UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

JULIANA CASEIRO VIVIANI

Caracterização psicossocial de gestantes diabéticas em acompanhamento pré-natal em hospital terciário

RIBEIRÃO PRETO - SP
2013

JULIANA CASEIRO VIVIANI

Caracterização psicossocial de gestantes diabéticas em acompanhamento pré-natal em um hospital terciário

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Psicologia

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Gorayeb

RIBEIRÃO PRETO - SP

2013

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Viviani, Juliana Caseiro
Caracterização psicossocial de gestantes diabéticas em acompanhamento pré natal em um hospital terciário. Ribeirão Preto, 2013.
123p.: il; 30 cm.

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP. Área de concentração: Psicologia
Orientador: Gorayeb, Ricardo.

1.Gravidez de Alto Risco, 2. Aspectos Psicológicos, 3.Depressão na gestação, 4. Diabetes *Mellitus*

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Viviani, Juliana Caseiro

Título: Caracterização psicossocial de gestantes diabéticas em acompanhamento pré-natal em hospital terciário

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia, da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: _____/_____/2013.

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Aos meus pais **Edson e Lígia** e ao meu marido **Mário**, pelo apoio e confiança a mim dedicados. Pela compreensão quando estive ausente e pelo carinho em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

À minha família: pais, irmãs e marido. Toda minha gratidão pela presença e apoio de vocês!

Ao meu orientador, Prof. Dr. Ricardo Gorayeb, confiança no meu trabalho, por compartilhar o seu conhecimento e por me incentivar no processo de fazer ciência.

A toda a equipe da Obstetrícia, em especial a Dra Elaine Moisés pela assistência prestada e pelo aprendizado que me proporcionou durante todo esse percurso.

Às colegas psicólogas, pelo apoio e incentivo nos momentos de desânimo, em especial a Renata Nakao que vivenciou comigo todas as lutas e angústias desse processo.

Aos funcionários do Serviço de Psicologia, Danilo, Marilene e Rachel, e a todas as aprimorandas e residentes. Obrigada pelo acolhimento e compreensão.

A todas as gestantes que fizeram parte deste trabalho. Obrigada por compartilharem suas histórias de vida e me possibilitarem o desenvolvimento deste estudo.

“Mas na profissão, além de amar, tem de saber. E o saber leva tempo pra crescer”.

Rubem Alves

RESUMO

Viviani, J. C. (2013). **Caracterização psicossocial de gestantes diabéticas em acompanhamento pré-natal em hospital terciário.** Dissertação, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

A gestação é um período marcado por diversas transformações na vida da mulher e envolve aspectos sociais, biológicos, conjugais e psicológicos. No entanto, a maneira como cada gestante reage varia de acordo com as circunstâncias em que ocorreu a gravidez. Todos esses fatores são agravados na gestação de risco. O suporte social tem sido considerado como importante fator de proteção às adversidades desse período. Avaliar e considerar aspectos sociais e psicológicos se destaca como uma forma de contribuir para a melhoria da qualidade de vida da gestante. O objetivo deste estudo foi realizar uma caracterização psicossocial de 66 gestantes de alto risco, diabéticas em acompanhamento pré-natal, quanto aos aspectos sociodemográficos e psicológicos e buscar possíveis associações estatísticas entre tais aspectos. Quanto aos aspectos psicológicos, foram avaliados níveis de ansiedade, depressão, estresse e suporte social referido. Como resultados, pode-se constatar que 57,57% das pacientes avaliadas tinham idade entre 26 e 35 anos, 60,60% tinham de nove a onze anos de estudo e 92,42% tinham um companheiro. Dentre as pacientes, 4,55% tinham diabetes *mellitus* tipo 1, 33,33% tinham diabetes *mellitus* tipo 2 e 62,12% tinham diabetes *mellitus* gestacional. As pacientes avaliaram sua gravidez como planejada em 51,51% da amostra. Com relação a aspectos psicológicos, 36,36% das pacientes apresentaram sintomas significativos de ansiedade e depressão e a média da pontuação para o estresse foi de 24,24, em uma escala de até 56 pontos. Na amostra, 48,48% das pacientes referiram ter atividades de lazer em sua rotina e 93,94% apresentam uma boa percepção do apoio familiar. Foram encontradas associações entre número de gestações e depressão, sendo que dentre as pacientes que apresentaram sintomas depressivos, 50% delas estavam na segunda gestação. Não foram encontradas associações estatísticas entre idade, nível socioeconômico, escolaridade, planejamento da gravidez com sintomas de ansiedade e depressão. Pacientes que apresentaram maiores níveis de ansiedade e depressão apresentaram mais sintomas de estresse e menores níveis de suporte social. Ampliar o conhecimento sobre variáveis psicológicas no ciclo gravídico-puerperal possibilitará a estruturação de intervenções psicológicas específicas a este período tão particular.

Palavras-Chave: Gravidez de Alto Risco, Aspectos Psicológicos, Depressão na gestação, Diabetes *Mellitus*

ABSTRACT

Viviani, J. C. (2013**). Psychosocial characterization of diabetic pregnant women in prenatal care in a tertiary hospital.**. Dissertation, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

Pregnancy is a period marked by several changes in women's lives and involves social, biological, psychological and marital aspects. However, the way each woman reacts varies according to the circumstances in which the pregnancy occurred. All these factors are worsen in high-risk pregnancies. Social support has been considered an important protective factor for the adversities of that period. Evaluating and considering social and psychological aspects stand out as a way to contribute to the improvement of the pregnant woman's quality of life. The aim of this study was to make a psychosocial characterization of 66 high-risk diabetic pregnant women, in prenatal care, in terms of socio-demographic and psychological aspects, and search for possible statistical associations between these aspects. Concerning psychological aspects, levels of anxiety, depression, stress and related social support were evaluated. In the results, it can be seen that 57.57% of the patients evaluated were aged between 26 and 35 years, 60.60% had between nine to eleven years of study and 92.42% had a partner. Among the patients, 4.55% had diabetes mellitus type 1, 33.33% had diabetes mellitus type 2 and 62.12% had gestational diabetes mellitus. The patients rated their pregnancy as planned in 51.51% of the sample. Regarding psychological aspects, 36.36% of the patients had significant symptoms of anxiety and depression and the average score for stress was 24.24 out of a 56 points scale. In the sample, 48.48% of the patients reported having leisure activities routine and 93.94% have a good perception of family support. It was found associations between number of pregnancies and depression, whereas among patients with depressive symptoms, 50% were in their second pregnancy. There were no statistical associations between age, socioeconomic status, education and pregnancy planning with symptoms of anxiety and depression. Patients who had higher levels of anxiety and depression showed more symptoms of stress and lower levels of social support. Increasing the knowledge of psychological variables in pregnancy and childbirth will enable the structuring of specific psychological interventions to such a particular period.

Keywords: High-Risk Pregnancy, Psychological Aspects, depression in pregnancy, Diabetes Mellitus

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição das profissões dos companheiros das pacientes (n=61)..... 51

Gráfico 2 - Distribuição do diagnóstico das pacientes diabéticas encaminhadas ao pré-natal no HCFMRP-USP (n=66)..... 52

Gráfico 3 – Distribuição do diagnóstico de encaminhamento pela idade das pacientes avaliadas (n=66)..... 53

Gráfico 4 - Distribuição do diagnóstico de diabetes em relação ao trimestre da gestacional das pacientes (n= 66)..... 54

Gráfico 5 - Distribuição do número de gestações das pacientes diabéticas em pré-natal no HCFMRP-USP (n=66)..... 56

Gráfico 6 – Conhecimento das pacientes pelo quadro clínico em relação aos diferentes tipos de diabetes (n=66)..... 59

Gráfico 7 - Distribuição do conhecimento pelo quadro clínico em relação à idade das gestantes avaliadas (n=66)..... 60

Gráfico 8 - Distribuição do conhecimento pelo quadro clínico em relação à escolaridade das gestantes avaliadas (n=66)..... 60

Gráfico 9 – Distribuição das categorias de respostas relativas às dúvidas das pacientes (n=20)..... 61

Gráfico 10 – Distribuição das religiões praticadas pelas pacientes (n=57)..... 63

Gráfico 11- Distribuição dos sintomas de ansiedade pelo HAD (n=66)..... 64

Gráfico 12 – Distribuição dos sintomas de depressão pelo HAD (n=66)..... 64

Gráfico 13 – Distribuição de sintomas psicológicos entre as pacientes avaliadas (n=66)..... 65

Gráfico 14 – Avaliação do relacionamento conjugal pelas gestantes (n=61)..... 68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das frequências e porcentagens das características sociodemográficas das gestantes diabéticas (n=66)..... 49

Tabela 2 - Frequência das comorbidades clínicas observadas nas gestantes diabéticas (n=69)..... 54

Tabela 3 - Conhecimento das pacientes ao diagnóstico clínico para acompanhamento pré-natal do HCFMRP-USP (n=66)..... 57

Tabela 4 - Frequência de dúvidas apresentadas pelas gestantes relativas ao quadro clínico (n=66)..... 61

Tabela 5 - Percepção das pacientes quanto às atividades de lazer e suporte social (n=66)..... 62

Tabela 6 - Distribuição média e em *quartis* da pontuação das gestantes pela Escala de Suporte Social (MOS) (n=66)..... 64

Tabela 7 - Frequência de busca por atendimento psicológico ou psiquiátrico anterior (n=66)..... 65

Tabela 8 - Frequência de utilização de álcool, tabaco e drogas ilícitas pelas pacientes (n=66)..... 66

Tabela 9 - Frequência de relações sexuais semanais das pacientes (n=48)..... 67

Tabela 10 - Distribuição das avaliações das pacientes quanto aos seus relacionamentos conjugais (n=61)..... 68

Tabela 11 - Comparação de variáveis socieconômicas e sintomas de ansiedade pelo HAD (n=66) 69

Tabela 12 - Comparação de variáveis socieconômicas e sintomas depressivos pelo HAD (n=66)..... 69

Tabela 13 - Associação de variáveis sociodemográficas e medidas de ansiedade e depressão pelo HAD (n=66)..... 70

Tabela 14 - Comparação de estado civil e medida de estresse pela EPP (n=66)..... 70

Tabela 15 - Comparação de estado civil e medida de suporte social pelo MOS (n=66)..... 70

Tabela 16 - Comparação da idade das pacientes com medida de suporte social pelo MOS (n=66)..... 71

Tabela 17 - Associação de dados gestacionais e medidas de ansiedade e depressão pelo HAD (n=66)..... 71

Tabela 18 - Comparação do planejamento da gravidez e medida de estresse pela EPP (n=66)..... 72

Tabela 19 - Comparação de planejamento da gravidez e medida de suporte social pelo MOS (n=66)..... 72

Tabela 20 - Associação de dados clínicos e medidas de ansiedade e depressão pelo HAD (n=66)..... 73

Tabela 21 - Comparação entre conhecimento pelo quadro clínico e escolaridade (n=66)..... 73

Tabela 22 - Comparação entre os tipos de diagnósticos de encaminhamento e o trimestre gestacional (n=66)..... 73

Tabela 23 - Comparação entre conhecimento pelo quadro clínico e os tipos de diagnósticos de encaminhamento (n=66)..... 74

Tabela 24 - Associação entre conhecimento pelo quadro clínico e idade da paciente (n=66)..... 74

Tabela 25 - Associação de atividade de lazer/rede de suporte social e medidas de ansiedade e depressão pelo HAD (n=66) 74

Tabela 26 - Comparação de atividade de lazer/suporte social e medida de estresse pela EPP(n=66) 75

Tabela 27 - Comparação de atividade de lazer/suporte social e medida de suporte social pelo MOS (n=66) 76

Tabela 28 - Comparação entre procura por atendimento psicológico/psiquiátrico e medidas de ansiedade e depressão pelo HAD (n=66)..... 77

Tabela 29 - Comparação entre busca por atendimento psicológico/psiquiátrico e medida de estresse pela EPP (n=66)..... 77

Tabela 30 - Comparação de busca por atendimento psicológico/psuquiátrico e medida de suporte social pelo MOS (n=66) 78

Tabela 31- Associação entre o uso de álcool e tabaco e medidas de ansiedade e depressão pelo HAD (n=66)..... 78

Tabela 32 - Comparação entre o uso de álcool e tabaco e medidas de estresse pela EPP (n=66)..... 79

Tabela 33 - Associação da percepção do relacionamento conjugal pelas pacientes e medidas de ansiedade e depressão pelo HAD (n=66)..... 79

Tabela 34 - Comparação da percepção/satisfação do relacionamento conjugal e medida de estresse pela EPP (n=66)..... 80

Tabela 35 - Comparação da percepção/satisfação do relacionamento conjugal e medida de suporte social pelo MOS (n=66) 81

Tabela 36 - Comparação de medidas de ansiedade e depressão pelo HAD e medida de suporte social pelo MOS (n=66)..... 81

Tabela 37 - Comparação de medidas de ansiedade e depressão pelo HAD e medida de estresse pela EPP (n=66)..... 82

Tabela 38 – Comparação de medida de estresse pela EPP e medida de suporte social pelo MOS (n=66)..... 82

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 27
1.1 Aspectos psicológicos da gestação 27
1.1.1 Psicopatologia da gravidez 28
1.2 Suporte social e gestação 32
1.3 Gestações de alto risco 33
1.3.1 Diabetes *mellitus* e gestação 35
1.3.2 Alterações emocionais em gestações de alto risco 38
2 OBJETIVO 41
2.1 Objetivo geral 41
2.2 Objetivos específicos 41
3 CASUÍSTICA E MÉTODO 43
3.1 Delineamento do estudo 43
3.2 Local 43
3.3 Participantes 43
3.4 Aspectos éticos 44
3.5 Instrumentos 44
3.5.1 Termo de consentimento livre e esclarecido 44
3.5.2 Entrevista estruturada 45
3.5.3 Escala de Suporte Social – MOS (Medical Outcomes Study) 45
3.5.4 Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD) 46
3.5.5 Escala de Estresse Percebido (EPP) 46
3.6 Estudo piloto 47
3.7 Procedimentos de coleta de dados 47
4 ANÁLISE DE DADOS 48
5 RESULTADOS 49
5.1 Caracterização sociodemográfica, clínica e psicológica da amostra 49
5.1.1 Caracterização sociodemográfica 49
5.1.2 Condições clínicas e gestacionais das participantes 52
5.1.3 Percepção das pacientes sobre condições clínicas e tratamento médico durante o pré-natal do HCFMRP-USP 57
5.1.4 Percepção de lazer e rede de suporte social 62
5.1.5 Sintomas de ansiedade, depressão e estresse 64
5.1.6 Hábitos de vida 66

5.1.7 Percepção das pacientes quanto ao seu relacionamento conjugal 67
5.2 Análise estatística de variáveis psicológicas, sociodemográficas, clínicas e gestacionais 69
5.2.1 Comparação e associação de características sociodemográficas e variáveis psicológicas 69
5.2.2 Comparação de dados gestacionais e aspectos psicológicos 71
5.2.3 Associação de dados clínicos e aspectos psicológicos 72
5.2.4 Associação de dados clínicos e sociodemográficos..... 73
5.2.5 Comparação de atividades de lazer/rede de suporte social e aspectos psicológicos 74
5.2.6 Associação de hábitos de vida e medidas de ansiedade, depressão e estresse 78
5.2.7 Associação da percepção do relacionamento conjugal e aspectos psicológicos 79
5.2.8 Comparação de medidas de ansiedade, depressão, estresse e suporte social 81
6 DISCUSSÃO..... 83
6.1 Caracterização sociodemográfica, clínica e psicológica da amostra 83
6.1.1 Caracterização sociodemográfica e condições clínicas das gestantes..... 83
6.1.2 Suporte Social, condições psicológicas das pacientes, hábitos de vida e percepção do relacionamento conjugal..... 88
6.1.3 Associação e comparação entre variáveis estudadas..... 93
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 99
REFERÊNCIAS..... 101
APÊNDICES 111
APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido 111
APÊNDICE B - Roteiro de entrevista estruturado 113
ANEXOS..... 117
ANEXO A - Escala de Apoio Social (MOS)..... 117
ANEXO B - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD)..... 118
ANEXO C - Escala de Estresse Percebido (EPP) 120
ANEXO D - Aprovação do comitê de ética da FFCLRP-USP..... 121
ANEXO E - Aprovação do comitê de ética do HCFMRP-USP..... 122

ANEXO F - Parecer de aprovação para realização da pesquisa..... 123

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos psicológicos da gestação

A gestação é um período marcado por diversas transformações na vida da mulher e envolve aspectos sociais, biológicos, conjugais e psicológicos (Bortoletti, 2007; Maldonado & Dickstein, 2010; Piccinini, Gomes, Nardi & Lopes, 2008). Essas modificações são comuns a todas as mulheres, no entanto, a maneira como cada uma reage varia de acordo com as circunstâncias em que ocorreu a gravidez (Bortoletti, 2007). As mudanças nos níveis hormonais e alterações metabólicas ocorrem de maneira intensa durante esse período e associado a isso há a necessidade de um ajustamento emocional referente às modificações corporais e às mudanças de identidade e papéis sociais (Maldonado, 1997).

Em relação à aspectos psicológicos, a mulher vivencia, neste momento, intensos sentimentos em relação a tornar-se mãe e desenvolve-se o processo de constituição da maternidade (Piccinini et al., 2008). Há a necessidade de uma transformação do papel de filha para o papel de mãe e isso tem implicações quanto à aquisição de novas responsabilidades e deveres em relação ao bebê (Maldonado, 1997; Souza, 2010). Mesmo quando bem planejada, a gravidez desperta sentimentos de ambivalência afetiva e esta permeia as vivências desde o início da gestação até o período puerperal (Bortoletti, 2007; Maldonado & Dickstein, 2010).

O primeiro trimestre gestacional, correspondente as primeiras 13 semanas de gestação, caracteriza-se pela adaptação à ideia da gravidez, pela ambivalência afetiva e incerteza da gestação. Associados a este período tem-se sensações corporais aversivas comuns do início da gestação, como náuseas e vômitos, que de alguma forma confirmam a existência da gestação. É nesse período que tem início o vínculo materno-fetal (Maldonado & Dickstein, 2010). Em geral, é nesse momento também que ocorre a comunicação da gravidez ao parceiro e familiares e tal fato pode influenciar a formação do vínculo da gestante com o concepto (Bortoletti, 2007).

O segundo trimestre, que corresponde a um período gestacional de 14 a 27 semanas, é considerado o mais estável do ponto de vista psicológico. É neste momento que ocorrem os primeiros movimentos fetais que concretizam de fato a realidade da gravidez para a mulher. A gestante atribui características próprias ao feto, baseadas na maneira como ele se movimenta e como ela interpreta (Bortoletti, 2007). Além disso, é no segundo trimestre, em geral, que as gestantes descobrem o sexo do bebê, tornando-o ainda mais concreto. As alterações corporais

também são significativamente observadas. A barriga cresce, há maior alteração do peso da gestante e, associado a isso, o medo da irreversibilidade dessas mudanças no o pós-parto (Maldonado & Dickstein, 2010).

No terceiro trimestre, a partir de 28 semanas de gestação, há preocupações e ansiedades relacionadas ao parto e alterações de rotina com a chegada do bebê. Além disso, as sensações de cansaço e o desconforto físico estão presentes e relacionadas ao avanço da gestação. São comuns queixas digestivas, dificuldade para dormir e, também, dores pélvicas (Maldonado & Dickstein, 2010).

1.1.1 Psicopatologia da gravidez

Durante muito tempo afirmava-se que a gravidez era um período de bem estar e tranquilidade emocional, porém, é comum observarmos sintomas de ansiedade e até mesmo alterações de humor ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal. Deve-se considerar que é nesse momento que a mulher sofre alterações em diversos aspectos de sua vida e há a necessidade de um ajustamento para então um novo equilíbrio psicológico ser instalado. No entanto, deve-se atentar para a persistência e intensidade de tais sintomas ao longo de toda a gestação (Botega & Dias, 2002).

As transformações que ocorrem ao longo de toda a gestação podem contribuir para o desenvolvimento ou exacerbação de transtornos mentais, principalmente com maior prevalência de transtornos depressivos e ansiosos. Esses transtornos são comuns especialmente no primeiro e terceiro trimestres e nos primeiros 30 dias de puerpério. Deve-se considerar, no entanto, que ao longo de todo o período gestacional, o diagnóstico de transtornos psiquiátricos é comprometido por características próprias do ciclo gravídico. Sintomas como fadiga, cansaço, alterações de sono, peso e libido, comuns durante a gravidez, podem ser considerados sintomas psiquiátricos (Daher, Baptista & Dias, 1999; Botega & Dias, 2002) ou ainda, podem ser considerados como próprios desse período quando de fato podem significar sintomas depressivos (Marcus, 2009).

A depressão tem como característica principal o humor deprimido, sendo que a pessoa deprimida possui aumento da frequência de comportamentos de fuga-esquiva. Em geral as respostas de fuga e esquiva têm como função evitar estímulos aversivos e podem apresentar respostas emocionais como aumento da labilidade emocional, irritabilidade, lentidão, pensamentos de morte, entre outros (Baptista & Baptista, 2005).

De acordo com os critérios diagnósticos do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM-IV-TR (2000), a definição de episódio depressivo envolve ao menos cinco dos seguintes sintomas por um período de pelo menos duas semanas: humor deprimido na maior parte do dia, acentuada diminuição de interesse ou prazer por todas ou quase todas as atividades, perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga/perda de energia, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva, capacidade diminuída de pensar ou concentra-se e pensamentos de morte recorrentes. Além disso, os sintomas causam sofrimento significativo ou prejuízos no funcionamento social e/ou ocupacional e tais sintomas não devem ser efeitos diretos de substâncias ou condições médicas gerais.

Estudos internacionais sugerem que cerca de 10% das gestantes apresentam o diagnóstico de depressão maior (Marcus, 2009; Melville, Gavin, Guo, Fan & Katon, 2010) e que aproximadamente 18% do total de gestantes apresentam sintomas significativos para depressão (Marcus, 2009). No Brasil, de acordo com Botega e Dias (2002), aproximadamente 25% das gestantes apresentam sintomas significativos de ansiedade e/ou depressão.

As variações de prevalência estão associadas à diversidade de instrumentos utilizados para auxiliar o diagnóstico e a inexistência de critérios específicos de classificação para este momento tão particular da vida da mulher. Assim, para a identificação do diagnóstico preciso de transtornos psiquiátricos no ciclo gravídico-puerperal, são necessárias avaliações que envolvam tanto aspectos sociais como psicológicos.

No aspecto social é importante avaliar, através de entrevistas, o contexto atual de vida da gestante. Para isso, durante a avaliação, é importante considerar aspectos como: estado civil, ocupação profissional da gestante e do companheiro, quando houver, renda familiar atual e número de pessoas que dependem da renda, dados sobre gestações anteriores, idade dos filhos, quando houver e dados gestacionais, como seu quadro clínico durante a gestação. Tais dados possibilitam a percepção dos fatores socioeconômicos relacionados ao contexto de vida da paciente e, assim, a identificação de fatores que possam estar relacionados ao desenvolvimento de transtornos mentais (Freitas & Botega, 2002; Pinheiro, Laprega, & Furtado,2005).

No aspecto psicológico, é importante considerar história prévia de transtornos mentais bem como acompanhamentos psicológicos e psiquiátricos prévios (Alvorado et al., 1993). Baptista, Baptista e Torres (2006) em um estudo realizado com o objetivo de avaliar sintomas

depressivos e ansiosos em gestantes, encontraram como resultado 29,5% das pacientes com sintomatologia depressiva e 6,8% com altos índices de ansiedade.

De acordo com a literatura, os principais fatores de risco associados à depressão gestacional são história anterior de depressão, dificuldades financeiras, baixa escolaridade, desemprego, ausência de suporte social, dependência de substâncias e violência doméstica (Pereira & Lovisi, 2008). Além disso, a falta de planejamento da gestação parece ser um fator de risco para depressão ao longo da gestação (Benute et al., 2010).

Um estudo americano realizado por Melville et al., (2010) com o objetivo de estimar a prevalência de depressão, transtorno do pânico e ideação suicida, encontrou que 9,9% das gestantes apresentam sintomas significativos de depressão, 3,2% transtornos do pânico e 2,6% apresentam ideação suicida. Dentre as pacientes com quadro depressivo, 29,5% apresentam ideação suicida. Nesse estudo, os autores observaram que doenças crônicas, estresse e violência doméstica estavam associados a sintomas depressivos.

Apesar de depressão gestacional ser um importante fator de risco para depressão puerperal, no Brasil poucos estudos foram realizados com esta temática (Andersoon, Sundstön-Poromaa, Aström & Bixo, 2006). De acordo com o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (2006), todas as gestantes devem ser triadas quanto à depressão durante a gravidez, uma vez que há alta prevalência dessa morbidade e implicações no pós-parto.

A mulher deprimida no período da gestação apresenta menor autocuidado e tal fator pode estar relacionado a não adesão ao tratamento pré-natal, além de estar associado ao maior consumo de álcool e tabaco (Pereira & Lovisi, 2008). Além da sintomatologia depressiva, os sintomas de ansiedade são comuns a todo o ciclo gravídico-puerperal (Conde & Figueiredo, 2003).

De acordo com o DSM-IV-TR (2000) são típicos sintomas de ansiedade: palpitações ou taquicardia, sudorese, tremores, sensações de falta de ar, dor ou desconforto torácico, náuseas, tonturas ou desmaios, medo de perder o controle ou enlouquecer, sensações de formigamento, calafrios ou ondas de calor, medo de morrer. A descrição dos sintomas pelas gestantes vem acompanhada de grande desconforto físico e psicológico e tais sensações podem ser desencadeadas por situações relacionadas ou não a gravidez. No entanto, é comum nesse período a exacerbação de preocupações e expectativas associadas à função materna de cuidados com bebê o que, muitas vezes, gera grande sensação de ansiedade (Maldonado, 1997). Estima-se que aproximadamente 20% das gestantes apresentam sintomas de ansiedade (Grimstad, Schur, Backe & Jacobsen, 1999).

Um estudo realizado por Öhman, Grunewalde e Waldenstrom (2003) procurou determinar quais as preocupações mais relevantes de mulheres durante a gravidez. Como resultados, encontraram que nesse período as preocupações relacionavam-se à saúde do bebê, parto e aborto. Constataram também que dentre as mais ansiosas encontram-se as mulheres mais novas, solteiras e fumantes. Os níveis de ansiedade variam ao longo de toda a gestação, aumentando desde o início desta, diminuindo a partir do segundo trimestre e voltando a aumentar por volta do oitavo mês até o parto. Alguns estudos confirmam essa relação observada entre ansiedade e tabagismo e apontam também para outras relações como aumento de ansiedade associada à má adesão ao pré-natal e ansiedade como fator determinante para mudanças endócrinas (Cooper & Rachel, 1996; Mancuso, Schetter, Rini, Roesch & Hobel, 2004).

A ansiedade pode afetar a gestação de forma negativa, tanto por ser considerada mediadora de mudanças hormonais como também por mediar determinados comportamentos de risco como tabagismo, ingerir bebidas alcoólicas, má adesão ao pré-natal e alimentação inadequada/baixo ganho de peso ao longo da gravidez (Orr, James, Miller & Barakat, 1996; Grimstad, et al., 1999). Outras consequências dos transtornos de ansiedade no período gestacional são: depressão pós-parto (Faisal-Cury & Menezes, 2006) e baixo peso ao nascer (Consonni, 2002).

Um estudo brasileiro, realizado por Araújo, Pereira e Kac (2007) desenvolveu uma revisão sistemática sobre a ansiedade na gestação e relacionou a ansiedade com baixo peso ao nascer e prematuridade. Identificou poucos estudos nessa área de investigação e dentre eles, os resultados obtidos são contraditórios. Alguns estudos apresentam associação entre ansiedade e prematuridade, outros não. Os autores enfatizam que tal fato deve-se a delineamentos experimentais bastante divergentes, com medidas de ansiedade em diferentes momentos da gestação, variação no número de medidas de ansiedade no ciclo gravídico bem como a diversidade de instrumentos para realizar tais medidas.

As modificações psicossociais e fisiológicas no período gestacional também podem produzir um significativo aumento nos sintomas de estresse e, dessa forma, mensurar essa sintomatologia também pode contribuir para uma avaliação global dos aspectos psicológicos associados à gestação.

Lipp (1994) define o estresse como resultado de interações entre a pessoa e o contexto ambiental, em que o indivíduo sente-se ameaçado ou em perigo e permanece em estado de alerta. Para Cohen, Doyle, Skoner, Rabin e Gwaltney Jr (1997) a definição de estresse está

associada a uma demanda interna ou externa, real ou imaginária que excede a capacidade adaptativa do indivíduo, resultando em mudanças biológicas e psicológicas.

Assim como para os transtornos de ansiedade e depressão, diversos são os instrumentos que podem ser utilizados para mensurar o estresse, no entanto, nenhum deles é específico para o período gestacional. O estresse na gestação tem sido associado a efeitos adversos sobre a saúde com diversas implicações como: depressão pós-parto, má adesão ao pré-natal, complicações obstétricas, parto pré-termo e problemas comportamentais (Beydoun & Saftlas, 2008).

Karkow et al. (2006) avaliaram gestantes, no terceiro trimestre, quanto aos níveis de estresse e, como resultados, encontraram presença significativa desses sintomas em 78% das participantes. Identificaram também que a gravidez não desejada, associada a fatores como baixa renda *per capita*, grande número de filhos e baixa escolaridade, parece estar relacionada a um aumento significativo do estresse. Em outro estudo, realizado por Kingston e Heaman (2012), com o objetivo de explorar fatores associados ao estresse na gestação, identificaram que 12% de altos níveis de estresse na população estudada e esses níveis foram estatisticamente associados a história de depressão na gravidez. Chou, Avant, Kuo, e Fetzer (2008) encontraram maiores níveis de hiperemese e menor apoio social de sua família em gestantes que apresentaram maiores índices de estresse.

1.2 Suporte social e gestação

O suporte social e familiar contribui na prevenção e redução de sintomas depressivos (Baptista, 2004) bem como na redução dos níveis de estresse (Chou et al., 2008). O papel do suporte social é fundamental para o enfrentamento das adversidades que ocorrem nesse período gestacional (Baptista, Baptista & Torres 2006), estando associado a menores impactos adversos sobre o pré-natal quando possuem um suporte social/familiar adequado (Kingston & Heaman, 2012).

De acordo com Caplan (1974), apoio social é um sistema de relações formais e informais pelo qual os indivíduos recebem ajuda emocional, material ou de informação para enfrentarem situações de estresse. O suporte social e/ou familiar é muito importante para a manutenção da saúde mental, está associado à melhor adesão ao tratamento, a estratégias de enfrentamento e com a redução de impacto de eventos estressores e transtornos psiquiátricos, como depressão e transtornos de ansiedade. Tal aspecto também se aplica para o ciclo

gravídico-puerperal, favorecendo maior controle do ambiente e autonomia pela gestante (Baptista, Baptista & Torres, 2006).

Dessen e Braz (2000) realizaram um estudo qualitativo para avaliar famílias (gestantes e companheiros) quanto ao apoio social recebido. Cerca de 80% das gestantes relataram ocorrências de mudanças em sua rede de apoio durante sua gravidez, tanto positivas (70%), quanto negativas (30%). Dentre as alterações positivas, as gestantes citaram apoio psicológico, cuidados físicos, orientações sobre a gravidez e alimentação, ajuda financeira e auxílio nas tarefas domésticas. Dentre as negativas, relataram não receber apoio psicológico da família, afastamento de pessoas consideradas importantes, dificuldades no relacionamento com o companheiro e familiares, alterações de humor, alterações da rotina de trabalho e mudanças nas atividades de lazer.

A religiosidade também tem sido considerada um importante fator de suporte social. Estudos sugerem uma relação entre essa variável e bem estar psicológico, com menores índices de depressão, abuso de substâncias e comportamentos suicidas (Dalgalarrondo, 2006; Vasconcelos, 2010). Em gestantes, também foram encontradas tais evidências (Silva, Ronzani & Furtado, 2009)

Benute et al. (2011) avaliaram gestantes com o objetivo de identificar comportamentos suicidas e relacionaram esses comportamentos com sintomas de depressão e religião. Concluíram que a religião pode ser um fator de proteção em relação a comportamentos suicidas e sintomas depressivos. Assim, as práticas religiosas funcionam como importante rede de suporte social e podem contribuir para a redução dos níveis de estresse.

1.3 Gestações de alto risco

A gestação é um fenômeno fisiológico e por isso, na maioria dos casos a evolução clínica da gestante se dá sem intercorrências. No entanto, para uma minoria das gestantes, porém não menos importante, a gravidez envolve doenças que podem ser pré-existentes à gestação ou mesmo se desenvolverem nesse processo e que assim, apresentam maiores riscos de evolução desfavorável. Esse grupo é chamado de gestantes de alto risco (Ministério da Saúde, 2010).

> "Gestação de alto risco é aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou recém nascido têm maiores riscos de serem atingidas que as da média da população considerada" (Caldeyro-Barcia, 1973).

Embora não haja nenhuma classificação sistemática capaz de predizer objetivamente os problemas de forma clara e consistente, existem fatores de risco conhecidos no meio científico e clínico que podem ser identificados nas gestantes e assim proporcionar um alerta a equipe de saúde com eventuais fatores de complicação gestacional (Ministério da Saúde, 2010).

Dentre os fatores considerados de risco, alguns podem estar presentes ainda antes da ocorrência da gestação ou mesmo surgir durante o ciclo gravídico. De acordo com o Ministério da Saúde (2010), os marcadores de risco presentes antes da gestação dividem-se em: características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, história reprodutiva anterior e condições clínicas preexistentes.

No que se refere a características individuais e condições sociodemográficas estão relacionados fatores como idade inferior a 15 anos ou superior a 35 anos, índice de massa corporal menor que 19 ou acima de 30, anormalidades dos órgãos reprodutivos, situações conjugais de instabilidade, baixa escolaridade, dependência química (drogas lícitas ou ilícitas), exposição a riscos ocupacionais como esforço físico, carga horária, exposição a agentes físicos ou químicos e estresse. Relativos à história reprodutiva anterior associam-se três ou mais abortos anteriores, morte perinatal, história de gestação com restrição de crescimento fetal ou malformações, parto pré-termo, diabetes gestacional, nenhuma gravidez anterior ou diversas gestações anteriores, síndrome hemorrágica ou hipertensiva, cirurgia uterina anterior, incluindo duas ou mais cesáreas prévias. Finalmente, relativos a condições preexistentes estão associados fatores como hipertensão arterial, cardiopatias, doenças respiratórias, nefropatias, endocrinopatias, hemopatias, doenças infecciosas, doenças autoimunes, neoplasias e ginecopatias.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2010), além dos fatores de risco pré-gestacionais, existem complicações que podem surgir no decorrer da gestação, tais como: exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos, doenças obstétricas atuais e intercorrências clínicas. Está associada a fatores teratogênicos, toda a exposição pela gestante a substâncias, agentes físicos ou organismos que possam influenciar o desenvolvimento embrionário. Relativos a doenças obstétricas na gestação atual, estão envolvidas diabetes gestacional, pré-eclampsia, eclampsia, insuficiência istmo cervical, óbito fetal, ganho

ponderal inadequado, trabalho de parto prematuro atual, amniorrexe prematura. E ainda, relacionam-se a intercorrências clínicas, doenças infecciosas durante essa gestação como infecções do trato urinário, toxoplasmose, rubéola, doenças respiratórias ou doenças clínicas diagnosticadas na gestação como cardiopatias e endocrinopatias.

Torna-se importante ressaltar que a presença de um ou mais desses fatores em si não significa a necessidade imediata de recursos com tecnologia mais avançada do que o que é oferecido na atenção básica, pela equipe de baixo risco gestacional. Porém, os profissionais que prestam assistência às gestantes devem estar atentos em que momento essa paciente necessitará de assistência especializada ou de interconsultas com outros profissionais (Ministério da Saúde, 2010).

Na rede básica de saúde da região de Ribeirão Preto, quando diagnosticado alguma patologia obstétrica, as gestantes são encaminhadas para acompanhamento pré-natal no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP), por caracterizar-se uma gravidez de alto risco. No pré-natal do HCFMRP-USP as pacientes são acompanhadas em ambulatórios de acordo com sua patologia obstétrica. No Ambulatório de Moléstias Infecciosas Ginecológicas e Obstétricas (AMIGO) têm acompanhamento as pacientes com os mais variados tipos de infecção associado à gravidez, no Ambulatório de Endocrinopatias e Obstetrícia (AENDOB) são acompanhadas as pacientes com diabetes *mellitus* e alterações tireoidianas, no Ambulatório de Malformações Fetais (AMEFE) são acompanhadas as gestantes que apresentam malformações fetais e também gestação multipla, no Ambulatório de Hipertensão Gestacional (AHIG) são acompanhadas pacientes com hipertensão e cardiopatias, e no Ambulatório de Prematuridade (APREM) são acompanhadas gestantes com risco para prematuridade (Secretaria Municipal de Saúde, 2008).

1.3.1 Diabetes *mellitus* e gestação

Dentre todas as gestações de alto risco em acompanhamento neste serviço pré-natal, o diabetes *mellitus* é uma patologia bastante frequente e está associada a complicações maternas e fetais, além de internações recorrentes durante o ciclo gravídico-puerperal.

Até 1921, sem a descoberta da insulina a gravidez associada ao diabetes era muito inviável. Nos poucos casos relatados, eram altas as taxas de mortalidade materna e perinatal (Golbert & Campos, 2008). Com a utilização da insulina houve uma grande melhora em tais taxas e a viabilidade da gestação associada a esta patologia.

O diabetes *mellitus* na gravidez pode ser dividido como pré-gestacional ou gestacional. Como diabetes pré-gestacional estão o diabetes *mellitus* tipo 1 e diabetes *mellitus* tipo 2. No diabetes *mellitus* tipo 1 ocorre uma deficiência absoluta de secreção de insulina, principalmente pela destruição autoimune das células beta pancreáticas, o que torna esses pacientes dependentes de insulina exógena. Há complicações em uma a cada 300 gestações. No diabetes *mellitus* tipo 2, a causa é a combinação da resistência à ação da insulina e a resposta secretória insulínica compensatória inadequada. Nos Estados Unidos, dois terços do diabetes pré-gestacional são do tipo 2 e no Reino Unido a prevalência varia de 30 a 40%. O diabetes *mellitus* gestacional (DMG) é definido como a intolerância à glicose que aparece ou é diagnosticado durante a gravidez, mas que desaparece após o parto. A confirmação da regressão dos desvios glicêmicos após o parto é de grande importância, pois, é frequente a detecção primária de um diabetes *mellitus* do tipo 2 durante a gestação, sendo portanto inicialmente diagnosticado como DMG. A incidência de DMG nos Estados Unidos varia de 3 a 8%, no Reino Unido de 2% e no Canadá de 3,8% (Golbert & Campos, 2008). No Brasil, o diabetes pré-gestacional representa 10% das gestantes com diabetes na gravidez e a prevalência de diabetes gestacional em mulheres com mais de 20 anos, atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é de 7,6% (Ministério da Saúde, 2010).

A gravidez na mulher diabética está associada a altos riscos, tanto para o feto como para a mãe. Com relação às repercussões maternas, o diabetes está associado à incidência de complicações, como infecções urinárias e pielonefrite, toxemia e polidrâminio. Além disso, nos casos de diabete pré-gestacional, a gravidez está associada a complicações do quadro na mulher, como retinopatia e nefropatia diabética. Com relação às repercussões fetais estão associados óbito fetal, macrossomia fetal (fetos acima de 4kg), síndrome da angústia respiratória, malformações fetais e hipoglicemias neonatais (Montenegro & Rezende, 2008).

O diabetes pré-gestacional requer manejo adequado antes da gravidez e é de extrema importância que no período da concepção os níveis glicêmicos estejam regulados (Ministério da Saúde, 2010).

Os fatores de risco para o desenvolvimento de uma DMG são: antecedentes obstétricos de diabetes em gestações anteriores, morte fetal ou neonatal e também a macrossomia fetal, história familiar de diabetes com parentesco em primeiro grau; baixa estatura (≤1,50); idade superior a 25 anos; obesidade (IMC ≥ 27) ou ganho de peso excessivo na gestação atual; síndrome do ovário policístico, hipertensão ou pré-

eclampsia na gravidez atual, crescimento fetal excessivo e polidrâmnio; origem étnica origem não caucasiana (Negrato, et al., 2010).

O rastreamento do DMG deve ser universal e há diferentes testes e medidas diagnósticas. Quando iniciam o pré-natal, todas as gestantes devem realizar a glicemia de jejum, sendo considerados valores normais < 85mg/dl. Quando valores entre 85 e 125 mg/dl, deve ser realizado imediatamente o teste oral de tolerância a glicose (GTT). Valores de glicemia de jejum maior que 126 mg/dl, a paciente já é diagnosticada com DMG. Entre 24 e 28 semanas de gestação, todas as gestantes que tiveram valores normais de glicemia de jejum devem realizar o GTT. Esse teste é considerado o mais adequado para o diagnóstico de diabetes *mellitus* na gestação. É realizado através da ingestão de 75 gramas de glicose em até no máximo de 5 minutos, estando a paciente em jejum de aproximadamente 12 horas antes do exame. Imediatamente após a ingestão, uma e duas horas depois, são coletadas amostras de sangue para a dosagem de glicemia no sangue. Durante esse período de exame não é permitido fumar nem mesmo caminhar. De acordo com a *International Association of Diabetes* os pontos de corte utilizados devem ser de ≥ 92 mg/dl, ≥ 180 mg/dl, ≥ 153 mg/dl e são considerados diagnósticos de DMG um ou mais valores alterados no exame. No entanto, aqui no Brasil, é consenso utilizar pontos de corte de ≥ 95 mg/dl, ≥ 180 mg/dl, ≥ 155 mg/dl seguindo tendências da *American Diabetes Association.* (Negrato, et al., 2010).

No que se refere à diabetes e gestação, as pacientes são encaminhadas para seguimento pré-natal no HCFMRP-USP quando têm o diagnóstico de diabetes *mellitus* pré-gestacional ou quando se faz o diagnóstico durante a gestação. A partir de então, quando iniciam o pré-natal neste serviço, as pacientes diabéticas são submetidas a uma avaliação nutricional no primeiro atendimento e todas elas passam por uma avaliação psicológica no primeiro retorno médico, ou seja, em sua segunda consulta no HCFMRP-USP. Neste atendimento psicológico, tem-se como objetivo realizar uma entrevista para a avaliação de aspectos sociais e psicológicos e avaliar a compreensão pela paciente de seu quadro clínico durante a gravidez. Assim é possível identificar demanda para atendimento psicológico ao longo de todo o acompanhamento pré-natal neste serviço.

De acordo com dados do Ministério da Saúde (2000), cerca de 20% das gestações constituem o grupo de gestações de alto-risco. Além de questões sociais que podem contribuir para uma gravidez de alto risco, tais como condições socioeconômicas desfavoráveis, baixa escolaridade, pouco suporte familiar, há também indicadores

psicológicos que podem agravar este quadro. O diagnóstico de uma patologia associada ao ciclo gravídico potencializa os sintomas de ansiedade e depressão, sobretudo em pacientes que necessitam de hospitalização (Maldonado, 1997).

1.3.2 Alterações emocionais em gestações de alto risco

A gestante de alto risco identifica a perda de controle sobre a gravidez e as possíveis consequências sobre sua saúde e a do feto, o que possibilita o aumento dos sintomas ansiosos e depressivos (Tedesco, 1997). Esses sintomas se manifestam tanto em relação a aspectos psicológicos (choro, irritabilidade, hipervigilância a sensações corporais) como em relação a aspectos físicos (alterações do sono, falta de ar, taquicardia, descontrole de medidas fisiológicas). No entanto, poucos são os estudos que avaliam aspectos psicológicos em gestações de alto risco no Brasil. Ansiedade, depressão prévia ou na gestação, estresse, baixa autoestima e baixo suporte social são aspectos psicológicos que devem também ser analisados (Souza, 2010).

Estudos mostram que gestantes de alto risco apresentam mais sintomas de ansiedade e depressão (Couto et al., 2009; Souza, 2010) além de uma redução na qualidade de vida, quando comparadas a gestantes de baixo risco. Sabe-se também que gestantes que apresentaram intercorrências em gestações anteriores (óbitos neonatais, aborto anterior, patologias obstétricas) demonstraram maior escore de ansiedade na gestação atual (Conde & Figueiredo, 2003).

Silva, Santos e Parada (2004), em um estudo qualitativo, avaliaram o significado da gravidez para gestantes diabéticas através de uma entrevista semiestruturada e obtiveram como resultados a exacerbação da ambivalência afetiva em pacientes que não tiveram o planejamento da gravidez e que tiveram menor suporte do companheiro.

Santos (2003), com o objetivo de avaliar sintomas de ansiedade e depressão em gestantes que receberam o diagnóstico de DMG, utilizou a escala de ansiedade e depressão hospitalar (HAD) elaborada por Zigmond e Snaith (1983), traduzida, validada e adaptada para o Brasil por Botega et al. (1998) com o objetivo de mensurar sintomas de ansiedade e depressão. Identificou que 35% das gestantes diabéticas apresentaram sintomas de depressão e 30% apresentaram sintomas de ansiedade. Fatores como nível socioeconômico, dados clínicos, obstétricos e planejamento da gravidez, ao serem relacionados com os níveis de ansiedade e depressão, não tiveram evidências de associação estatística.

Katon, Russo, Gavin, Melville e Katon (2011) estudaram a associação entre diabetes e depressão. Foram realizadas avaliações quanto à depressão em gestantes diabéticas e como resultados não foram encontradas associações entre essas variáveis. No entanto, identifica-se maior incidência de quadros depressivos em gestantes que, além do diabetes, apresentam outras doenças crônicas, como hipertensão, por exemplo.

Dada a escassez de estudos brasileiros na área e a diversidade de resultados sobre o tema, há a necessidade de ampliar o conhecimento sobre essa população. Dessa forma, o objetivo desse trabalho é caracterizar as gestantes diabéticas em acompanhamento pré-natal no HCFMRP-USP, avaliar aspectos sociais e emocionais (ansiedade, depressão, estresse e suporte social), e relacionar tais fatores com o quadro clínico das gestantes.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Caracterizar gestantes diabéticas, em acompanhamento pré-natal no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), quanto aos aspectos sociodemográficos e psicológicos, e buscar possíveis relações entre as variáveis estudadas.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar gestantes diabéticas em acompanhamento pré-natal no HCFMRP-USP quanto a dados sociodemográficos;
- Avaliar suporte social recebido pelas gestantes;
- Identificar sintomas de depressão e ansiedade;
- Identificar níveis de estresse;
- Relacionar fatores psicológicos (ansiedade, depressão e estresse) com níveis de suporte social e quadros clínicos das gestantes;

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo, de levantamento, de corte transversal, com amostra de conveniência, composta por gestantes diabéticas em seguimento pré-natal no HCFMRP-USP.

3.2 Local

A pesquisa foi realizada no ambulatório de gravidez de alto risco do HCFMRP-USP, em sala reservada para o atendimento psicológico.

3.3 Participantes

Inicialmente foi realizada uma análise estatística para definição amostral considerando o tempo de coleta de dados de um ano e diferentes suposições para os valores de precisão. Com precisão de 4% chegou-se a um número de 105 gestantes. No entanto, devido a algumas dificuldades na execução da coleta, foram convidadas a participar do estudo 68 gestantes diabéticas em seguimento pré-natal, das quais uma recusou e outra foi excluída da amostra por dificuldades de compreensão dos instrumentos utilizados. Estas pacientes não diferiam das demais que participaram do estudo quanto à idade, diagnóstico e nível socioeconômico. A participação acontecia no primeiro retorno médico. Não foram mensuradas perdas amostrais.

Os critérios utilizados para inclusão e exclusão das participantes foram os seguintes:

Critérios de inclusão:

- Ser diagnosticada com Diabetes Mellitus gestacional ou pré-gestacional e ser acompanhada no pré-natal do HCFMRP-USP

Critérios de exclusão:

- Mostrar-se incapaz de compreender os instrumentos e/ou respondê-los de forma verbal, clara e consistente;

- Não apresentar contato com a equipe médica entre a primeira consulta com o médico (caso novo) e o primeiro retorno;
- Recusar participação na pesquisa ou não assinar o TCLE.

3.4 Aspectos éticos

A coleta de dados teve início após a aprovação do projeto pela Comissão de Pesquisa do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, processo n°41/2011, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP, processo n°603/2011. Uma cópia de ambas as aprovações foi encaminhada ao comitê do HCFMRP-USP, para conhecimento do projeto, sendo que a coleta de dados seria realizada neste hospital (Anexo D, Anexo E e Anexo F).

Antes de iniciar a entrevista, a pesquisadora esclarecia às participantes que sua identidade seria preservada e que todas as outras informações coletadas seriam mantidas em sigilo e seriam utilizadas apenas para fins científicos, enfatizando que as pacientes poderiam, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa. A participação no estudo só foi válida por meio da assinatura do TCLE e as informações que se fizeram necessárias a respeito do projeto de pesquisa e seu objetivo foram oferecidas em linguagem acessível.

Os dados foram coletados em dias em que as pacientes já teriam que comparecer ao hospital, evitando a duplicação de visitas à instituição somente para atender objetivos de pesquisa. O atendimento médico destas pacientes segue seu fluxo normal no pré-natal do HCFMRP-USP. Deste modo, tal estudo não envolve riscos significativos às participantes. Se identificado demanda para atendimento psicoterápico, o mesmo seria realizado pela pesquisadora responsável.

3.5 Instrumentos

3.5.1 Termo de consentimento livre e esclarecido

Elaborado pelos autores do presente projeto, seguindo as orientações da Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (CONEP/96) para pesquisa com seres humanos, contendo o nome da pesquisa, os objetivos desta, bem como a relevância de sua realização. Este documento assegura ao participante o total sigilo das informações oferecidas e seu

completo anonimato e devendo ser assinado pela participante da pesquisa e pela pesquisadora responsável em duas vias, uma para o participante e outra para a pesquisadora (Apêndice A).

3.5.2 Entrevista estruturada

Elaborada com base em revisão de literatura (Souza, 2010) e na experiência dos pesquisadores, esta entrevista tem como objetivo levantar dados sócio-demográficos (escolaridade, estado civil, renda familiar, local de residência, atividade profissional e atividades de lazer), hábitos de vida (tabagismo, lazer, apoio familiar, alcoolismo, drogadição), antecedentes gestacionais (número de gestações, intercorrências em gestações anteriores), informações sobre o relacionamento conjugal, quando houver, informações a respeito do seu quadro clínico (motivos do encaminhamento ao pré-natal deste serviço, medicações em uso e conhecimento sobre o funcionamento de sua doença), antecedentes psicológicos e psiquiátricos (Apêndice B).

3.5.3 Escala de Suporte Social – MOS *(Medical Outcomes Study)*

Este instrumento foi originalmente elaborado para o Medical Outcomes Study (MOS) por Sherbourne e Stewart (1991). Foi traduzido, adaptado e validado para a população brasileira por Griep, Chor, Faerstein e Lopes (2003) em que, num primeiro momento avaliaram a confiabilidade teste-reteste e consistência interna da escala e, posteriormente, Griep et al. (2005) realizou a validade de constructo por meio de análise fatorial e de correlação item-escala corrigida. Ambos os estudos concluíram que o instrumento manteve propriedades psicométricas adequadas. A escala é composta por 19 itens em que os participantes devem responder a cada uma delas com uma das opções: nunca, raramente, às vezes quase sempre ou sempre. Este instrumento avalia três dimensões funcionais de apoio social: material (provisão de recursos práticos e ajuda material); interação social positiva/ apoio afetivo (disponibilidade de pessoas para se divertirem ou relaxarem e demonstrações físicas de amor e afeto); apoio emocional/ informação (expressões de afeto positivo, compreensão e sentimentos de confiança e disponibilidade de pessoas para obtenção de conselhos ou orientações).

Os escores das dimensões bem como o escore de suporte geral são calculados pela soma dos pontos de todas as respostas dadas e divididos pelo número máximo de pontos

possíveis de serem obtidos na mesma dimensão. O resultado da razão é multiplicado por 100 como forma de padronizar os resultados das dimensões, uma vez que são compostas por um número diferente de questões em cada dimensão. Quanto maior o escore, maior o nível de apoio social (Griep et al., 2005) (Anexo A).

3.5.4 Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD)

Este instrumento elaborado por Zigmond e Snaith (1983) e tem como objetivo avaliar graus leves de transtornos de humor em ambientes não psiquiátricos e em situações de comorbidades física. Foi validado por Botega et al.,(1995) para pacientes internados em enfermarias, e em 1998 para pacientes ambulatoriais (Botega et al., 1998). A escala é composta por 14 questões, com quatro alternativas cada, indicativas de frequência, sendo sete questões para avaliação de sintomas de ansiedade e sete para avaliação de sintomas de depressão. A resposta deve corresponder a como o indivíduo tem se sentido ao longo da última semana. Considera-se a presença significativa de sintomas a pontuação igual ou acima de oito tanto para ansiedade como para depressão em pacientes ambulatoriais (Crawford, Crombie & Taylor, 2001), sendo esta a nota utilizada como ponto de corte neste estudo (Anexo B).

3.5.5 Escala de Estresse Percebido (EEP)

Instrumento originalmente elaborado por Cohen, Karmack e Mermelstein (1983), traduzido, validado e adaptado por Luft, Sanches, Mazo e Andrade (2007). A escala possui 14 questões com quatro opções de resposta que variam de zero a quatro indicativa de frequência dos sintomas de sintomas (0=nunca; 1=quase nunca; 2=às vezes; 3=quase sempre 4=sempre). As questões com conotação positiva (4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13) têm sua pontuação somada invertida, da seguinte maneira, 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 e 4=0. As demais questões são negativas e devem ser somadas diretamente. O total da escala é a soma das pontuações destas 14 questões e os escores variam de zero a 56. Não são sugeridos pontos de corte, pois se entende o estresse percebido como uma variável contínua, que deve ser analisada como tal. (Anexo C).

3.6 Estudo piloto

Antes de iniciar a coleta de dados para esta pesquisa, foi realizado um estudo piloto com o objetivo de verificar a adequação do roteiro de entrevista estruturada, para a padronização pela pesquisadora quanto à aplicação dos instrumentos e para checagem quanto ao tempo aproximado da coleta de dados. Assim, foram selecionadas aleatoriamente três gestantes diabéticas em seguimento pré-natal no HCFMRP-USP. Tais aplicações de entrevista e instrumentos possibilitaram alguns ajustes no roteiro de entrevista para a melhor compreensão pelas pacientes durante a coleta de dados.

3.7 Procedimentos de coleta de dados

As pacientes que preencheram os critérios de inclusão da pesquisa foram convidadas pessoalmente pela pesquisadora responsável a participar do estudo. Durante o contato foram apresentados os objetivos da pesquisa, as atividades desenvolvidas e o caráter voluntário de participação do estudo, através da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Isto ocorria no dia do primeiro retorno de atendimento médico da paciente no ambulatório de pré-natal do HCFMRP-USP. Caso não fossem avaliadas neste momento, eram excluídas da amostra, o contribuiu para dificultar a participação das gestantes no estudo.

Após o aceite em participar da pesquisa, a paciente era levada para uma sala individual, no próprio ambulatório, para a realização da entrevista estruturada inicial e aplicação dos seguintes instrumentos, sempre na mesma ordem: Escala de Suporte Social (MOS) e Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) e Escala de Estresse Percebido (EEP).

Após esta avaliação, quando identificadas demandas para atendimento psicológico, as gestantes eram encaminhadas para seguimento psicoterápico em todos os retornos médicos, sendo este acompanhamento realizado pela própria pesquisadora.

É importante ressaltar que a coleta de dados não pretendeu interferir, em nenhum momento, no funcionamento do ambulatório. Para tanto, a coleta foi realizada no próprio ambulatório durante a espera da paciente pelo atendimento médico ou após este atendimento, no mesmo dia.

4 ANÁLISE DE DADOS

Para análise dos dados, inicialmente foi feita uma descrição das variáveis por meio de tabelas de frequências para as variáveis qualitativas e estatísticas descritivas para as variáveis quantitativas.

Para atingir os objetivos propostos foram utilizados: Teste Exato de Fisher, Teste de Mann-Whitney, Teste de Kruskal-Wallis e correlação de Spearman. Os resultados foram obtidos com o auxílio do software SAS^{R} 9, através da PROC FREQ e PROC NPAR1WAY, e do software R.

O Teste Exato de Fisher foi utilizado para verificar a associação de duas variáveis qualitativas, enquanto o Teste de Mann-Whitney, como técnica não paramétrica, foi utilizado para comparar duas distribuições independentes, sem a necessidade de suposições quanto à distribuição dos dados. O Teste de Kruskal-Wallis, também como técnica não paramétrica, foi utilizado para comparar distribuições de três ou mais grupos. No caso em que se identificou diferença entre algum dos grupos, foi realizado o pós-teste de Dunn. Em todas as análises, adotou-se como nível de significância, alfa igual a 0,05.

As respostas às perguntas da entrevista estruturada foram categorizadas de acordo com o conteúdo principal das falas dos participantes, utilizando-se o método quantitativo-interpretativo, proposto por Biasoli-Alves (1998). A categorização leva em conta os critérios de (1) exaustividade, abrangendo todo tipo de resposta obtida, (2) exclusividade, com o uso de categorias diferentes entre si e (3) manutenção de um mesmo nível de inferência e/ou interpretação dos comportamentos. Tendo isto feito, retorna-se à quantificação dos resultados através de cálculos de frequência, porcentagens, entre outros (Biasoli-Alves, 1998). Trata-se de um sistema de análise de dados que busca identificar o significado que a fala ou comportamento do informante podem assumir no contexto e na abordagem conceitual do estudo.

Os instrumentos de avaliação psicológica (HAD, MOS, e EEP) foram avaliados de acordo com os critérios e recomendações definidos pelos seus próprios autores, uma vez que apresentam adaptação e validação para a população brasileira.

5 RESULTADOS

A apresentação dos dados foi dividida em duas partes para facilitar a compreensão dos dados. A primeira parte corresponde a dados relativos à caracterização sociodemográfica, clínica e psicológica da amostra, destacando aspectos sociodemográficos, gestacionais, percepção de lazer rede de suporte social e sintomas emocionais de ansiedade, depressão e estresse. Em um segundo momento, são apresentados as associações estatísticas realizadas, enfatizando aspectos psicológicos relacionados a gestação e a dados clínicos das participantes.

5.1 Caracterização sociodemográfica, clínica e psicológica da amostra

5.1.1 Caracterização sociodemográfica

A amostra do estudo foi composta por 66 gestantes diabéticas em pré-natal no HCFMRP-USP. Os dados referentes às condições sociodemográficas das participantes (idade, escolaridade, estado civil, status ocupacional, ocupação e renda mensal *per capita*) estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das frequências e porcentagens das características sociodemográficas das gestantes diabéticas (n=66)

Características Sociodemográficas	***f***	**%**
Idade		
Menor de 18 anos	1	1,52
18 – 25 anos	13	19,7
26 – 30 anos	22	33,33
31 – 35 anos	16	24,24
36 ou mais	14	21,21
Escolaridade		
Sem estudo	2	3,03
Ensino Fundamental Incompleto ou completo (EFI ou EFC)	18	27,28
Ensino Médio Incompleto ou completo (EMI ou EMC)	40	60,60
Ensino superior completo ou incompleto (ESI ou ESC)	6	9,09
Estado Civil		
Com companheiro	61	92,42
Sem companheiro	5	7,58
Status ocupacional*		
Está empregada	32	72,72
Não está empregada	12	27,27

Ocupação **		
Técnicos de nível médio	5	7,57
Trabalhadores em serviços administrativos	2	3,03
Trabalhadores em serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	34	51,52
Trabalhadores agropecuários, florestais de caça e pesca	1	1,52
Profissionais das ciências e das artes	2	3,03
Do lar	22	33,33
Renda mensal *per capita* ***		
Até R$ 311,00	10	15,15
De R$ 312,00 – R$ 622,00	35	53,03
R$ 623,00 – R$ 1244,00	18	27,27
R$ 1245,00 – R$ 1866,00	2	3,03
Acima de R$ 1867,00	1	1,52
Não soube referir	0	0

*****Dentre as pacientes que definem uma profissão
****** Dados retirados da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO (Ministério do Trabalho e Emprego, 2002), exceto categoria "do lar", inserida pela pesquisadora.
*** Valor de referência: salário mínimo (622,00) – Lei n° 12.382 – decreto n°7.655 – de 23 de dezembro de 2011.

A idade média das participantes foi de 30,57 anos (DP=6,13, Mediana= 30), variando de 17 a 44 anos. Em relação à escolaridade, houve predominância na categoria de "EMI ou EMC", ou seja, de 9 a 11 anos de estudo, com 60,60% das participantes e a média de anos de estudo foi de 9,76 anos, o que significa que mais de 50% da amostra tinham o ensino médio completo ou incompleto.

A renda média *per capita* foi de R$ 596,00 (DP=340,10, Mediana=500), com uma variação de R$ 83,33 a R$2000, sendo que 68,18% (45) das pacientes possuem renda de até um salário mínimo. Nota-se que, na amostra avaliada houve grande variação em relação à renda média *per capita*, sendo que grande parte apresentou baixa renda. Este pode ser considerada um fator de interferência no tratamento médico visto que as pacientes avaliadas correspondem as gestantes com diagnóstico de diabetes. Em relação à presença de companheiro, acima de 80% da amostra tinha um companheiro fixo, podendo ser casadas, amasiadas ou com namorado que contribui financeiramente com as despesas durante a gestação.

As profissões dos companheiros estão apresentadas na abaixo no Gráfico 1, abaixo. As categorias apresentadas também foram retiradas da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO (Ministério do Trabalho e Emprego, 2002).

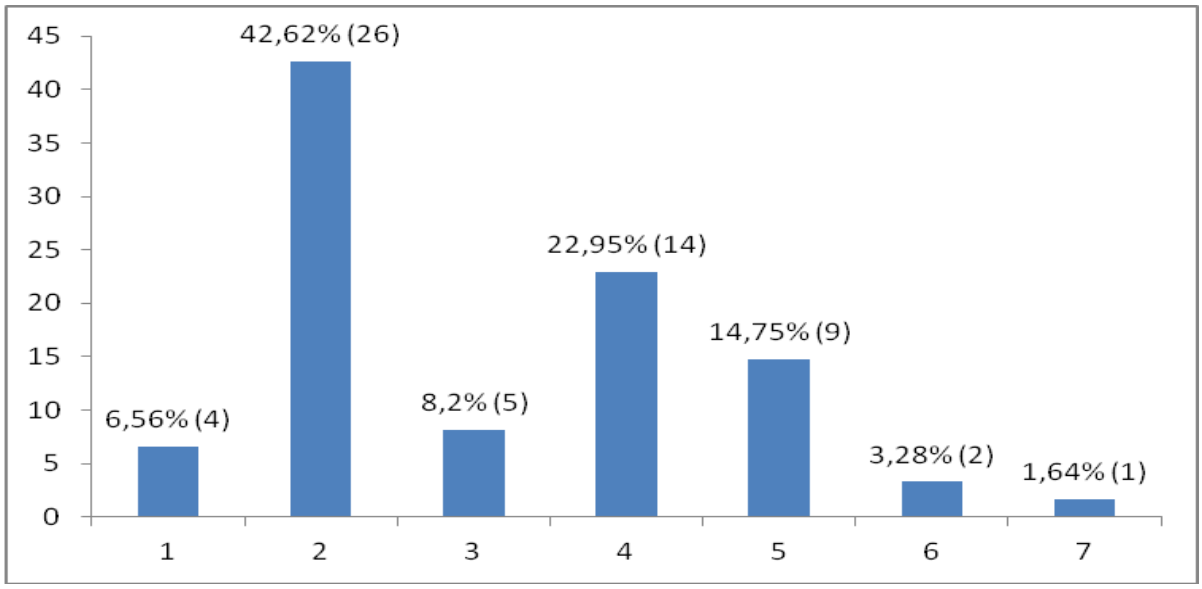

Gráfico 1 - Distribuição das profissões dos companheiros das pacientes (n=61) em que 1= Técnicos de Nível Médio, 2= Trabalhadores em serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados, 3= Trabalhadores agropecuários, florestais, de caça e pesca, 4= Trabalhadores de manutenção e reparação, 5= Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais, 6= Membros superiores do poder público, bombeiros, militares ou forças armadas e 7= sem resposta

Para enquadrar as profissões dos companheiros de maneira adequada nas categorias profissionais, foram utilizados três juízes que classificaram todas as profissões dos companheiros de acordo com a definição oferecida pelo Ministério do Trabalho (2002). A partir daí, quando houve discordância entre os juízes, utilizou-se a classificação da maioria. Não houve nenhuma profissão enquadrada em três categorias distintas.

São exemplos da categoria *Técnicos de Nível Médio* as profissões: torneiro mecânico, técnico de informática e agente de controle de vetores. Na categoria *Trabalhadores em serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados* foram classificadas as profissões como padeiro, soldador, gesseiro, promotor de vendas, confeiteiro, zelador, porteiro, frentista, chapeiro, vendedor, balconista e motorista, taxista e açougueiro. Em *Trabalhadores agropecuários, florestais, de caça e pesca* foram enquadradas profissões de lavrador, e irrigador de café. Na categoria *Trabalhadores da manutenção e reparação* estão classificadas as profissões de calheiro, carpinteiro, pintor, serralheiro, serviços gerais, auxiliar de mecânico e pedreiro. Em *Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais* está classificada a profissão de operador de máquina e na categoria *Membros superiores do poder público, bombeiros ou militares* foram enquadradas as profissões de guarda municipal e vereador.

Nota-se que, a maioria dos companheiros das gestantes tem profissões que se enquadram nas categorias *Trabalhadores em serviços, vendedores do comércio em lojas e*

mercados, *Trabalhadores de manutenção e reparação* e *Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais*, correspondendo a um percentual 80,32% (49).

5.1.2 Condições clínicas e gestacionais das participantes

Todas as participantes avaliadas em seguimento pré-natal no HCFMRP-USP são consideradas gestantes de alto risco em função do seu quadro clínico, podendo apresentar os diagnósticos pré-gestacionais de Diabetes M*ellitus* 1 (DM1), Diabetes *Mellitus* 2 (DM2) ou ainda Diabetes *Mellitus* Gestacional (DMG).

No Gráfico 2, abaixo, são apresentados os diagnósticos das pacientes identificados no prontuário no primeiro retorno médico.

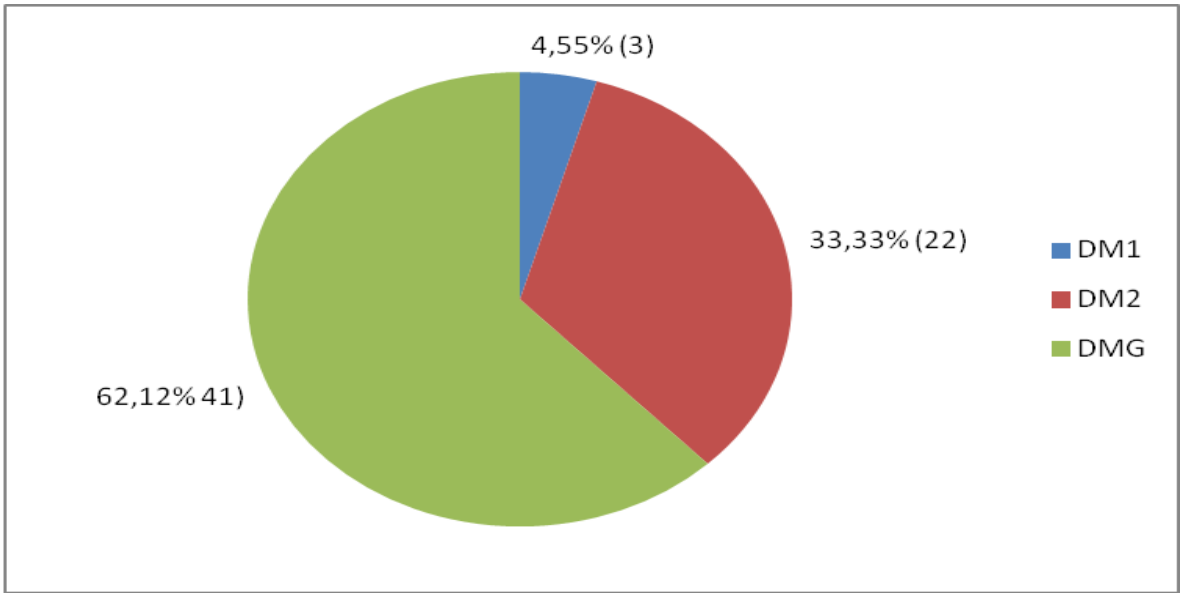

Gráfico 2 - Distribuição do diagnóstico das pacientes diabéticas encaminhadas ao pré-natal no HCFMRP-USP (n=66) em que DM1= Diabetes *Mellitus* 1, DM2= Diabetes *Mellitus* 2 e DMG= diabetes gestacional

Observa-se que 62,12% (41) das pacientes, apresentaram DMG, 33,33% (22) das pacientes DM2 e constituindo o menor grupo de encaminhamento, 4,55% (3) pacientes com DM1.

Nas análises, buscou-se identificar também a média de idade das pacientes em cada um dos diagnósticos de encaminhamento. Para as pacientes com diagnóstico de DM1 a média da idade foi de 29 anos, para as pacientes com DM2 a média foi de 32,54 anos e para as

pacientes com DMG a média encontrada foi de 29,63 anos. Os dados podem ser observados no gráfico 3, abaixo.

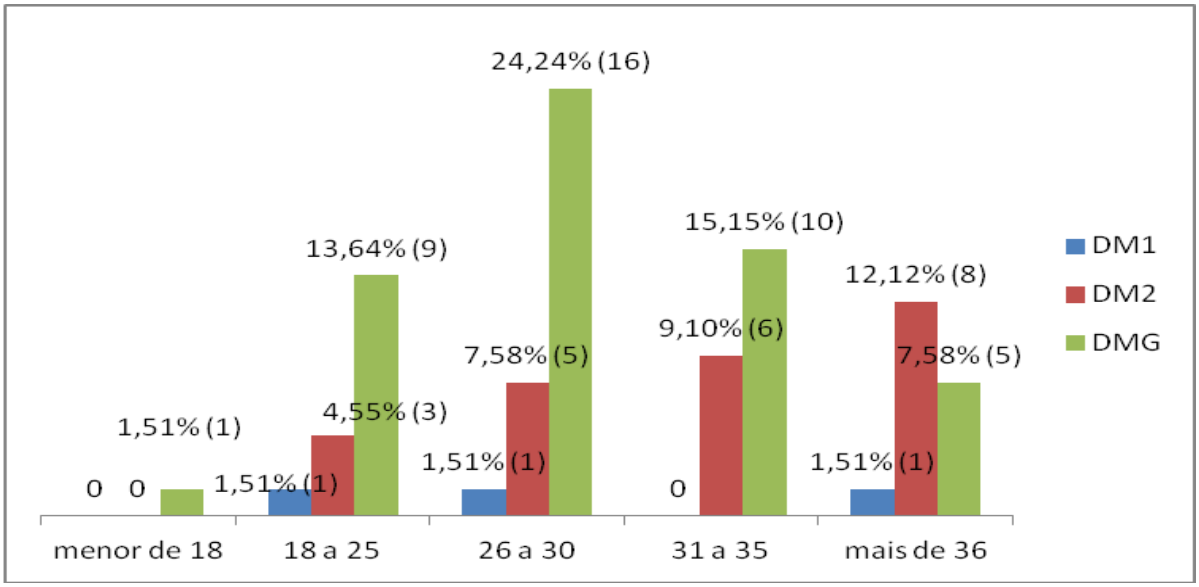

Gráfico 3 - Distribuição do diagnóstico de encaminhamento pela idade das pacientes avaliadas (n=66)

No gráfico 3, é possível constatar que, dentre as pacientes avaliadas, o grupo de pacientes com DM2 é maior em pacientes com mais idade. Nota-se que, quanto maior a idade, maior o número de pacientes com DM2 e esta mesma tendência não é observada em pacientes com DMG. Além disso, quando feita a distribuição de prevalência por idade nota-se que o em pacientes com mais de 36 anos o percentual de pacientes com DMG é menor do que o percentual de pacientes com DM2.

Analisou-se ainda a distribuição dos trimestres gestacionais em relação ao tipos de diabetes que as pacientes apresentavam. É importante ressaltar que a avaliação feita para este estudo ocorreu no primeiro retorno médico, dessa maneira, podemos entender que esses dados nos fornecem o trimestre gestacional do momento aproximado em que as pacientes iniciaram o pré-natal neste serviço. Os dados estão apresentados no gráfico 4.

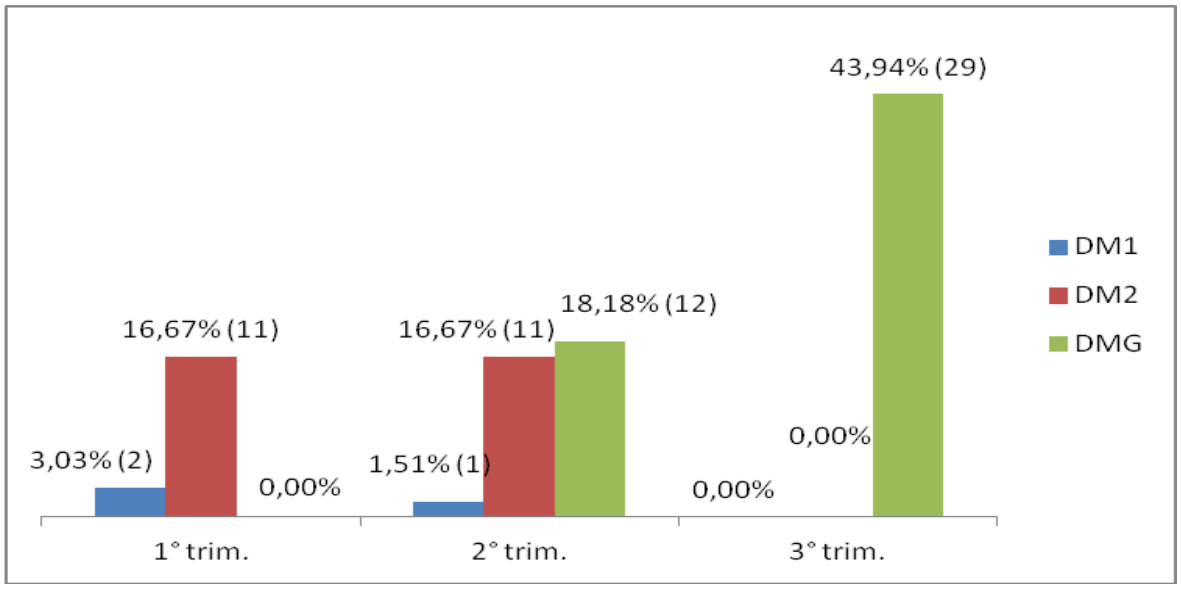

Gráfico 4 - Distribuição do diagnóstico de diabetes em relação ao trimestre gestacional das pacientes (n=66)

Nota-se pelo gráfico 4 que as pacientes encaminhadas ainda no primeiro trimestre tem o diagnóstico de DM1 ou DM2. Neste momento, não foram encontradas pacientes com diagnóstico de DMG. Nota-se também que16,67% (11) de pacientes com DM2 e de 1,51% (1) de pacientes com DM1.

Além do diagnóstico de diabetes, pelo qual o encaminhamento da paciente para o pré-natal do HCFMRP-USP, as pacientes podem apresentar uma ou mais comorbidades clínicas. Pela amostra avaliada 74,25% das pacientes apresentam comorbidades além diabetes *mellitus* no período gestacional. A classificação das comorbidades utilizada neste estudo está descrita na Tabela 2, abaixo.

Tabela 2 - Frequência das comorbidades clínicas observadas nas gestantes diabéticas (n=69)

Comorbidades	***f***	**%**
Doenças metabólicas	30	43,48
Endocrinopatias	3	4,34
Infecções na gestação	6	8,70
Hipertensão	13	18,84
Tabagismo	4	5,80
Condições maternas desfavoráveis	5	7,24
Depressão	4	5,80
Outras	4	5,80

Na categoria *Doenças metabólicas*, foram incluídas doenças como obesidade, dislipidemia, hipertrigliceremia e anemia. Em *Endocrinopatias* estão hipotireoidismo ou hipertireoidismo. Em *Infecções na gestação* são consideradas infecções tratadas ou em tratamento nesta gestação e foram consideradas infecções do trato urinário, condilomatose,

giardíase, herpes genital. Na categoria *Hipertensão* foram incluídas alterações de níveis pressóricos na gestação ou em tratamento antes do período gestacional. Em *Tabagismo* e na categoria *Depressão* estão incluídas, respectivamente, gestantes que referem fazer uso de tabaco e história prévia ou atual de depressão. Em *Condições maternas desfavoráveis* foram enquadradas gestantes adolescentes, história de duas ou mais cesáreas anteriores e gestantes com idade materna avançada. Na categoria *Outras* estão presentes as gestantes que apresentavam história de abortamento de repetição, doenças respiratórias e alterações fetais. As categorias foram criadas de acordo citação no prontuário médico das patologias em hipóteses diagnósticas da gestante em acompanhamento pré-natal.

Pela Tabela 2, nota-se que dentre as comorbidades mais recorrentes estão as categorias *Doenças metabólicas* com 43,48% (30), *Hipertensão* com 18,84% (13) e *Infecções na gestação* com 8,70% (6).

Como as gestantes eram encaminhadas de acordo com seu quadro clínico, chegavam ao ambulatório em diferentes momentos da gestação. A média da idade gestacional de início do pré natal neste serviço foi de 24,78 semanas de gestação (DP=9,62, Mediana=23,57), sendo que 19,70% (13) iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, 36,36% (24) no segundo trimestre e 43,94% (29) no terceiro trimestre gestacional.

Considerou-se como primeiro trimestre gestacional, pacientes com até 13 semanas e 6 dias, como segundo trimestre gestantes com idade gestacional entre 14 semanas e 27 semanas e 6 dias e como terceiro trimestre, idade igual ou superior a 28 semanas. Todas as idades gestacionais foram consideradas a partir de exame ultrassonográfico.

Além da diversidade observada em relação ao trimestre gestacional, as pacientes apresentavam número de gestações diversas, encontrando-se uma variação de 1 a 5.

No Gráfico 5, abaixo, são apresentados os números de gestações das pacientes.

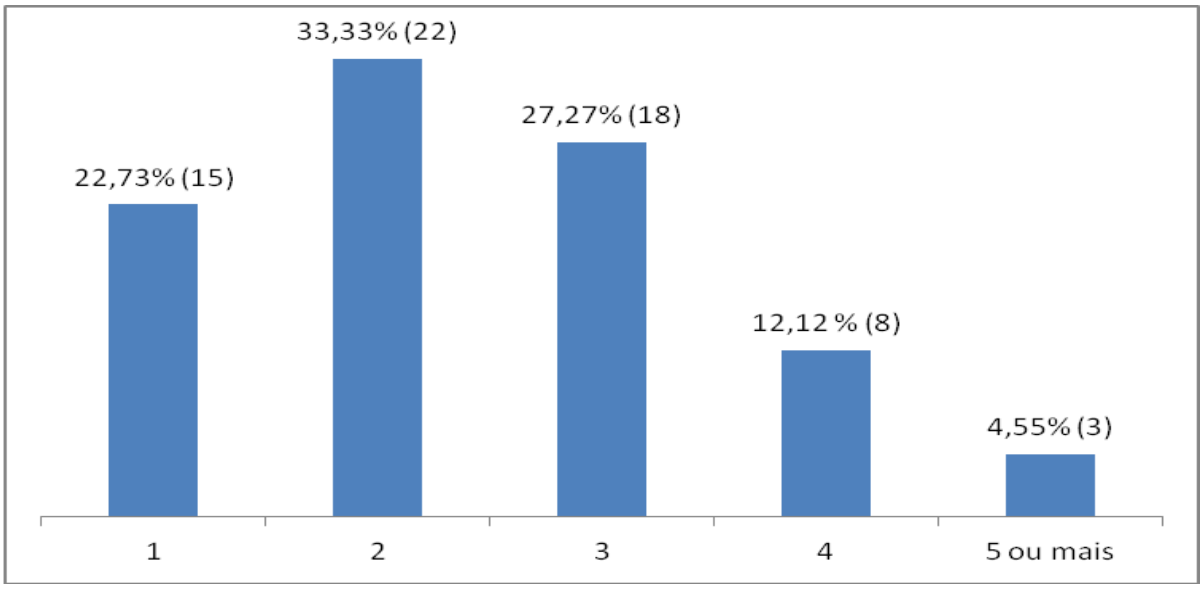

Gráfico 5 - Distribuição do número de gestações das pacientes diabéticas em pré-natal no HCFMRP-USP (n= 66)

Nota-se que a maior frequência está na categoria 2, com 33,33% (22) das pacientes gestantes pela segunda vez, seguida pela categoria 3, 27,27% (18) , gestantes pela terceira vez. A média do número de gestações entre as pacientes foi de 2,43.

Além do número de gestações, foi avaliado também as intercorrências gestacionais anteriores. Entende-se aqui como intercorrência, aborto, óbito neonatal ou óbito fetal intraútero. Na amostra avaliada, por dados obtidos pelo prontuário médico e confirmados com a gestante, dentre as pacientes multíparas, que correspondem a 77,27% (51) da amostra, 33,33% (17) das pacientes apresentaram intercorrências em gestações anteriores.

Com relação à gestação atual, foi avaliado o planejamento da gravidez. Questionava-se a paciente sobre o planejamento ou não da gravidez, sendo possível a obtenção de duas respostas objetivas: *sim* ou *não*. Esta classificação era feita pela paciente de maneira subjetiva e, assim, identificou-se que, 51,51% (34) das pacientes consideraram sua gestação atual como planejada, 46,97% (31) consideraram a gestação como não planejada e em 1,52% (1) dos casos, não foi obtida resposta em função do não questionamento à paciente durante a entrevista. Sendo assim, nota-se que, no que se refere a gravidez, grande parte das pacientes não tiveram um planejamento prévio.

5.1.3 Percepção das pacientes sobre condições clínicas e tratamento médico durante o pré natal no HCFMRP-USP

Durante a entrevista as pacientes foram questionadas com relação à sua percepção sobre a gestação, seu quadro clínico associado e o tratamento médico ao qual estavam sendo submetidas.

As pacientes foram avaliadas quanto ao seu conhecimento sobre o diagnóstico clínico associado à gestação. Independente da especificidade do quadro clínico de cada paciente (DM1, DM2 e DMG), durante a avaliação, as pacientes foram convidadas a relatar sua percepção sobre a doença estabelecida, da maneira como elas entendiam. Assim, as pacientes foram questionadas sobre sua percepção do diabetes e considerou-se *conhecimento sobre o quadro clínico*, a resposta que envolvesse a deficiência insulínica ou aumento da glicemia e consequências do diabetes na vida da paciente (problemas de visão, rins e cicatrização) Quando a paciente descrevia a doença e consequências, considerava-se a resposta *sim*. Quando a paciente não conseguia descrever nada adequadamente, considerava-se a resposta *não* e quando a paciente descrevia somente a consequência ou a alteração glicêmica, considerava-se conhecimento *parcial*.

Na Tabela 3, é possível verificar a distribuição do conhecimento do quadro clínico pelas pacientes.

Tabela 3 - Conhecimento das pacientes ao diagnóstico clínico para acompanhamento pré natal do HCFMRP-USP (n=66)

Conhecimento do diagnóstico de encaminhamento	***f***	**%**
Sim	17	25,76
Não	24	36,36
Parcial	25	37,88
Total	**66**	**100**

Observa-se que 25,76% (17) das pacientes descreveram o diabetes *mellitus* adequadamente, apresentando conhecimento da doença, porém, grande parte da amostra, 36,36% (24), não conseguiu descrever nada relacionado à doença. Abaixo, seguem exemplos de respostas das pacientes com conhecimento sobre o diabetes, com conhecimento parcial e sem nenhum conhecimento sobre a doença.

Exemplos de respostas que demonstraram **conhecimento** sobre o quadro clínico:

Participante 2 - (30 anos): *"É a alteração de açúcar no sangue, pode ficar com a boca seca, com tontura... e com o tempo pode perder a visão, dar problemas de circulação"*

Participante 17 – (33 anos): *"É a falta de insulina que altera e aumenta a glicose no sangue. As vezes é hereditária. Tem tratamento, mas se não cuidar, pode dar problemas no rim, nos pés..."*

Exemplos de respostas que **não demonstraram conhecimento** sobre o quadro clínico:

Paciente 3 – (19 anos): *"Estou aprendendo... ainda não sei nada"*

Paciente 57 – (26 anos): *"Ter diabetes é porque come errado..."*

Exemplos de respostas que demonstram um **conhecimento parcial** sobre o quadro clínico:

Paciente 21 – (29 anos): *"Se subir ou descer o açúcar no sangue é perigoso pra mim e pro bebê"*

Paciente 32 – (28 anos): *"Tem que controlar a dieta para evitar complicações da doença"*

Nota-se que o conhecimento pelo quadro clínico é variável em relação ao tipo de diabetes. Essa distribuição do conhecimento pelo quadro clínico em relação o diagnóstico de cada um dos tipos de diabetes pode ser evidenciado no gráfico 6, abaixo.

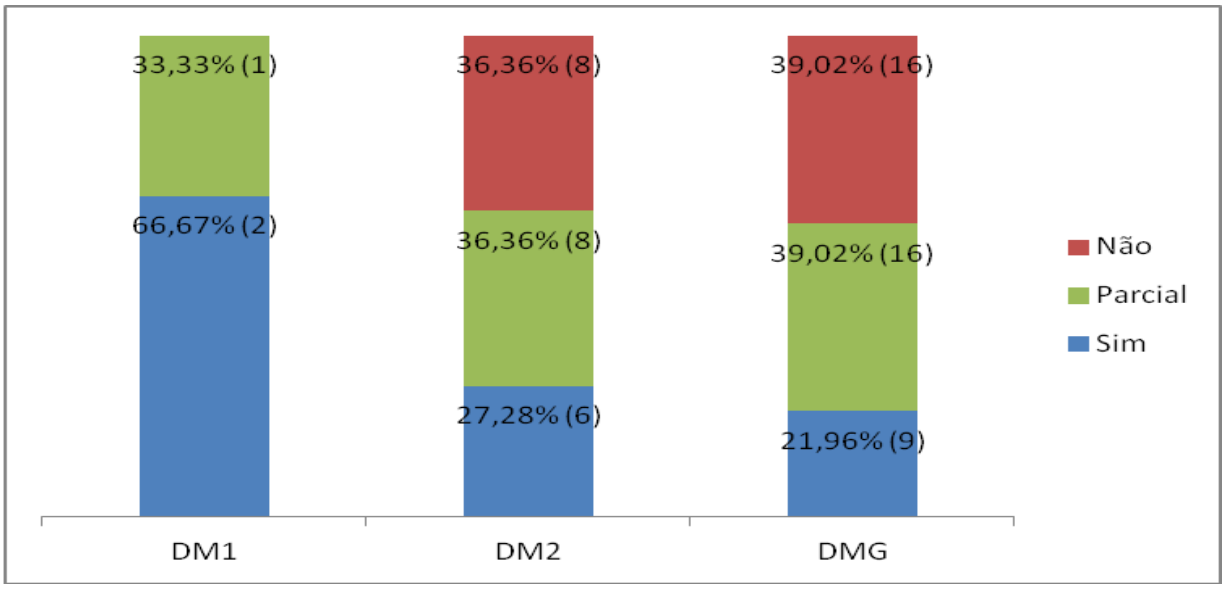

Gráfico 6 - Conhecimento das pacientes pelo quadro clínico em relação aos diferentes tipos de diabetes (n=66)

Pelo gráfico acima, observa-se que ao analisarmos os grupos de pacientes com diferentes diagnósticos de diabetes encontramos distribuições diversas em relação ao conhecimento das mesmas pelo seu diagnóstico. No grupo das pacientes com DM1, constata-se que 66,67% das pacientes apresentam conhecimento total pela doença e 33,33% apresentam conhecimento parcial. O grupos das pacientes com DM2 e o grupo das pacientes com DMG apresenta distribuição de conhecimento pela doença semelhante. No grupo com DM2 27,27% das pacientes apresentaram conhecimento pela doença, 36,36% das pacientes apresentaram conhecimento parcial e a mesma porcentagem não apresentou conhecimento pelo seu quadro clínico. No grupo de pacientes com DMG 21,95% apresentaram conhecimento pelo seu quadro clínico, 39,02% apresentaram conhecimento parcial e a mesma porcentagem demonstrou não ter nenhum conhecimento. Dentre as pacientes com o diagnóstico de DM2 encontramos pacientes que provavelmente já receberam o diagnóstico da doença anteriormente à gestação e também pacientes com o diagnóstico obtido durante o pré-natal, o que se difere de pacientes com o diagnóstico de DMG em que todas as pacientes receberam o diagnóstico durante a gravidez.

Além dessa análise, buscou-se também identificar o conhecimento pelo quadro clínico em relação às idades e escolaridade das pacientes, conforme apresentado no gráfico 7 e gráfico 8.

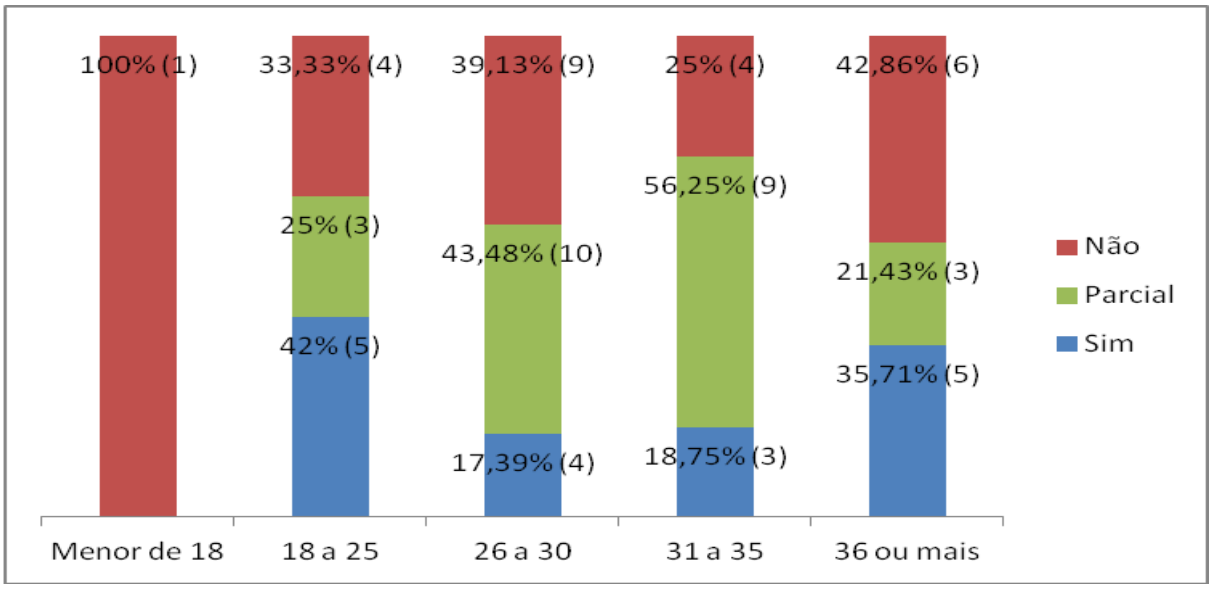

Gráfico 7 - Distribuição do conhecimento pelo quadro clínico em relação à idade das gestantes avaliadas (n=66)

Pelo gráfico 7 observa-se que dentre as gestantes avaliadas com até 30 anos de idade (36 pacientes), 61,11% (22) delas apresentaram conhecimento bom ou parcial do quadro clínico. Em pacientes com mais de 30 anos (30 gestantes) esse total corresponde a 66,67% (20). Nota-se que a parcela de gestantes sem conhecimento pelo quadro clínico diminuiu de 38,89% em pacientes com até 30 anos para 33,33% em pacientes com mais de 30 anos.

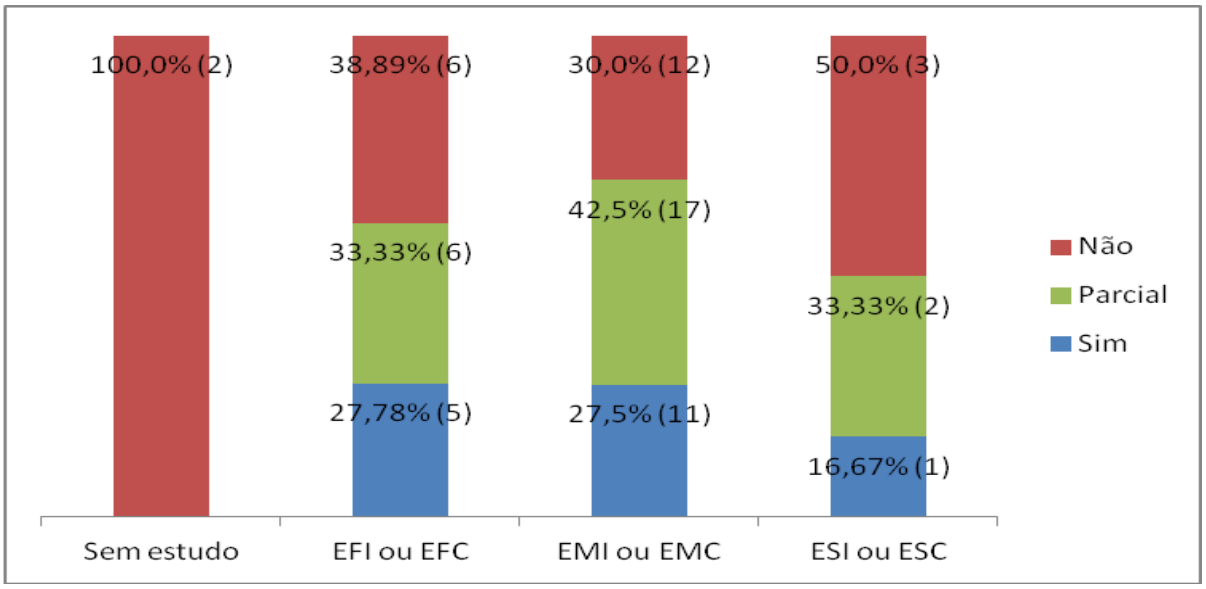

Gráfico 8 - Distribuição do conhecimento pelo quadro clínico em relação à escolaridade das gestantes avaliadas (n=66), em que EFI= Ensino fundamental incompleto; EFC= Ensino Fundamental Completo, EMI= Ensino Médio Incompleto; EMC= Ensino Médio Completo; ESI= Ensino Superior Incompleto; ESC= Ensino Superior Completo

Em relação à escolaridade, através do gráfico 8, nota-se que, as pacientes que não tiveram nenhum estudo, não apresentaram conhecimento pelo quadro clínico. As pacientes com EMI ou EMC apresentaram maior percentual de conhecimento pelo quadro clínico parcial e diminuição do percentual de falta de conhecimento pelo quadro clínco quando comparadas às pacientes com EFI ou EFC.

As pacientes também foram interrogadas quanto a dúvidas relativas ao seu quadro clínico. Constatou-se que 30,30% (20) das gestantes apresentaram dúvidas quanto ao quadro clínico associado à gestação, conforme mostra a Tabela 4, abaixo.

Tabela 4 - Frequência de dúvidas apresentadas pelas gestantes relativas ao quadro clínico (n=66)

Dúvidas quanto ao quadro clínico	***f***	**%**
Sim	20	30,30
Não	46	60,70
Total	**66**	**100**

Dentre as pacientes que apresentaram dúvidas foi possível categorizar as respostas e identificar a frequência de cada uma dessas categorias. No Gráfico 9, abaixo, é possível observar a frequência das respostas em cada uma das categorias descritas.

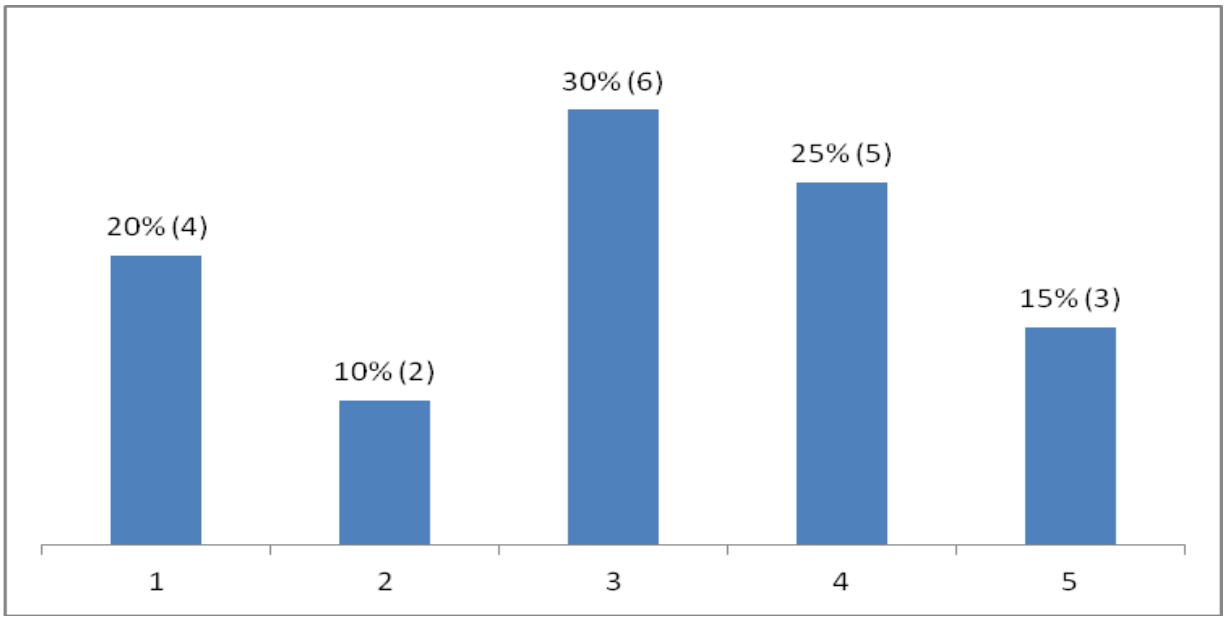

Gráfico 9 - Distribuição das categorias de respostas relativas às dúvidas das pacientes (n=20) em que 1= Instalação e tipos da doença; 2= Manifestação da doença e manutenção dos cuidados; 3= Consequências da doença para a gestante e para o feto; 4= Sem resposta e 5= Outros.

Dentre as dúvidas apresentadas, 30% relacionavam-se às *consequências da doença* ao longo da gestação e da vida e 20% das dúvidas eram relativas à *instalação e diferentes tipos*

de doença. Na categoria *outros*, correspondente a 15% (3) encaixavam-se dúvidas relativas à gestação, parto e período puerperal, e não referentes ao quadro clínico de diabetes *mellitus*.

5.1.4 Percepção de lazer e rede de suporte social

Durante a entrevista as pacientes foram avaliadas também quanto à sua percepção das atividades de lazer presentes em sua rotina, percepção de apoio de amigos e familiares e também questionadas quanto à prática religiosa. Em cada uma dessas questões foi avaliada também a satisfação pela paciente em cada um desses quesitos, podendo classificar cada um como satisfatório, indiferente ou insatisfatório. Orientava-se a paciente a pensar a questão como uma régua classificatória, em que os dois extremos indicavam a melhor e pior satisfação possível no quesito avaliado, e o centro, uma resposta neutra de indiferença.

Tais aspectos estão descritos na Tabela 5, abaixo.

Tabela 5 - Percepção das pacientes quanto às atividades de lazer e suporte social (n=66)

Percepção de lazer e suporte social	***f***	**%**
Práticas de atividade de lazer		
Sim	32	48,48
Não	34	51,52
Amigos/família para "desabafo"		
Sim	57	86,36
Não	9	13,64
Percepção de apoio pela família ou amigos		
Sim	62	93,94
Não	4	6,06
Religiosidade		
Sim	57	86,36
Não	9	13,64
Pratica religião		
Sim	41	71,93
Não	16	28,07

O percentual encontrado para a prática de atividades de lazer foi de 48,48% (32) e, em relação à percepção de apoio de amigos ou família para conversar, desabafar e dividir as dificuldades, as pacientes apresentaram boa percepção desse apoio, sendo que 86,36% (57) das entrevistadas sentiam-se apoiadas. Além dessa questão, as pacientes também foram avaliadas quanto à percepção de qualquer tipo de apoio, tanto em relação à família como em

relação a amigos. Mais de 90% das pacientes perceberam que recebem apoio da família ou mesmo de amigos em algum aspecto de sua vida.

Quando questionadas sobre religiosidade, 86,36% (57) das pacientes afirmaram ter uma religião. No Gráfico 10, abaixo, estão apresentadas as distribuições das religiões seguidas pelas pacientes.

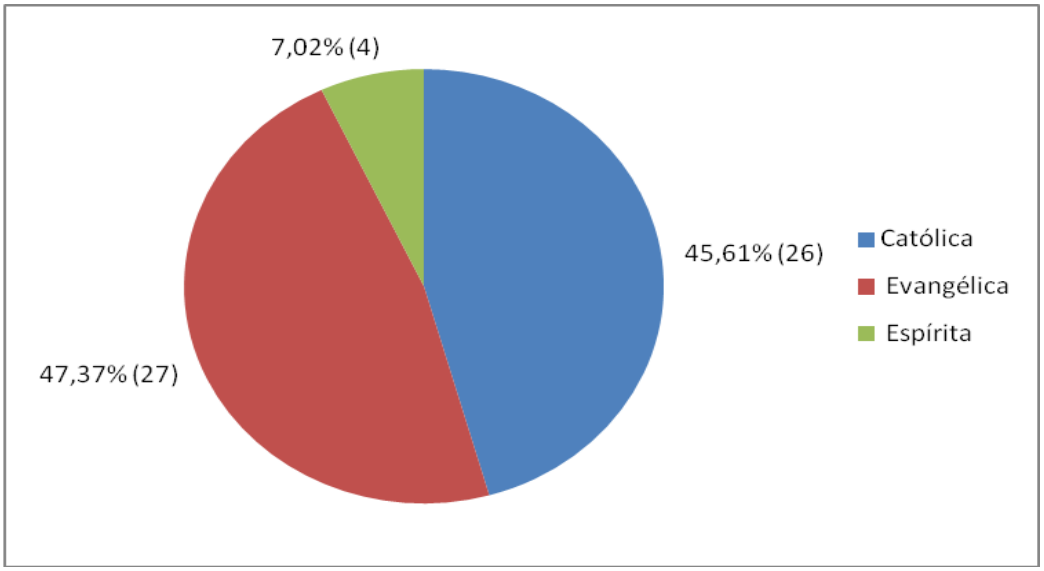

Gráfico 10 - Distribuição das religiões praticadas pelas pacientes (n= 57)

Nota-se que tanto a religião católica quanto a religião evangélica têm a distribuição muito semelhante, juntas, constituindo mais de 90% das pacientes que seguem uma religião.

As pacientes também foram questionadas sobre a participação ativa de atividades relacionadas à religião, sendo considerada participação ativa, o envolvimento em atividades religiosas ao menos uma vez por semana. Os dados estão apresentados na Tabela 6.

Dentre as que consideraram ter uma religião, referiram praticar ao menos uma vez por semana, 71,93% (41) delas e 28,07% (16) não praticam a religião.

Para avaliar a percepção de suporte social pelas participantes da pesquisa, utilizou-se a Escala de Suporte Social (MOS) que permite a verificação da quantidade de suporte social percebido pelas pacientes além de uma análise dos tipos de suporte disponíveis. Os tipos de suporte possíveis são: apoio material, apoio emocional e de informação e interação positiva e apoio afetivo. A pontuação média geral obtida entre as pacientes foi de 79,81. A distribuição da pontuação Geral e a pontuação nos demais domínios, divididas em *quartis* pode ser observada na Tabela 6, abaixo.

Tabela 6 - Distribuição média e em *quartis* da pontuação das gestantes pela Escala de Suporte Social (MOS) (n=66)

Suporte Social (MOS)	*f*	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Material	66	25	65	85	95	100
Emocional e Informação	66	20	65	80	90	100
Afetivo e Interação Positiva	66	25,71	74,29	91,43	97,14	100
Geral	66	28,42	72,63	84,21	92,63	100

De modo geral, observa-se que as participantes demonstraram elevados índices de suporte em todas as dimensões, sendo que os maiores níveis estão distribuídos no domínio *Afetivo e Interação Positiva*, seguindo a tendência dos valores do domínio *Geral*, o que significa que dentre todos os tipos de suporte recebido, as pacientes perceberam maior suporte social recebido através de demonstrações físicas de amor e afeto e por disponibilidade de se divertirem ou relaxarem.

5.1.5 Sintomas de ansiedade, depressão e estresse

As pacientes foram avaliadas quanto à presenças de sintomas de ansiedade e depressão através da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD). Os dados obtidos são apresentados no Gráfico 11 e 12.

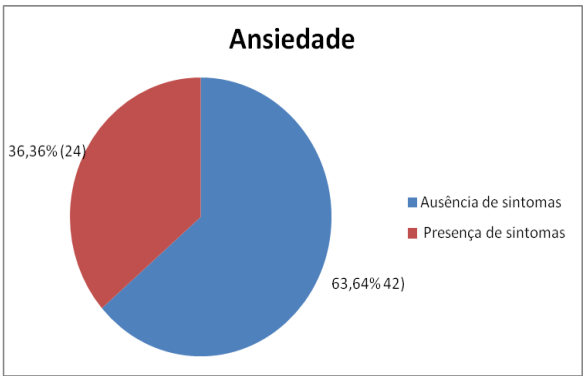

Gráfico 11 - Distribuição dos sintomas de ansiedade pelo HAD (n=66)

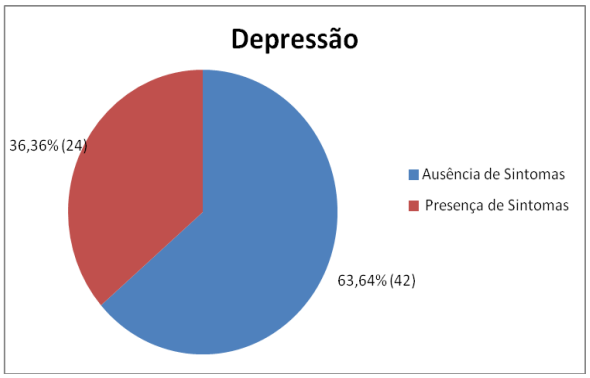

Gráfico 12 - Distribuição dos sintomas de depressão pelo HAD (n=66)

Através dos gráficos acima, observa-se que os sintomas de ansiedade e sintomas de depressão tiveram a mesma prevalência entre as pacientes, 36,36% (24) das pacientes.

Dentre toda a amostra avaliada buscou-se identificar também as pacientes que apresentaram sintomas isolados de ansiedade, sintomas de depressão, ambos os sintomas ou ainda, nenhum sintoma. Os dados estão apresentados no gráfico 13.

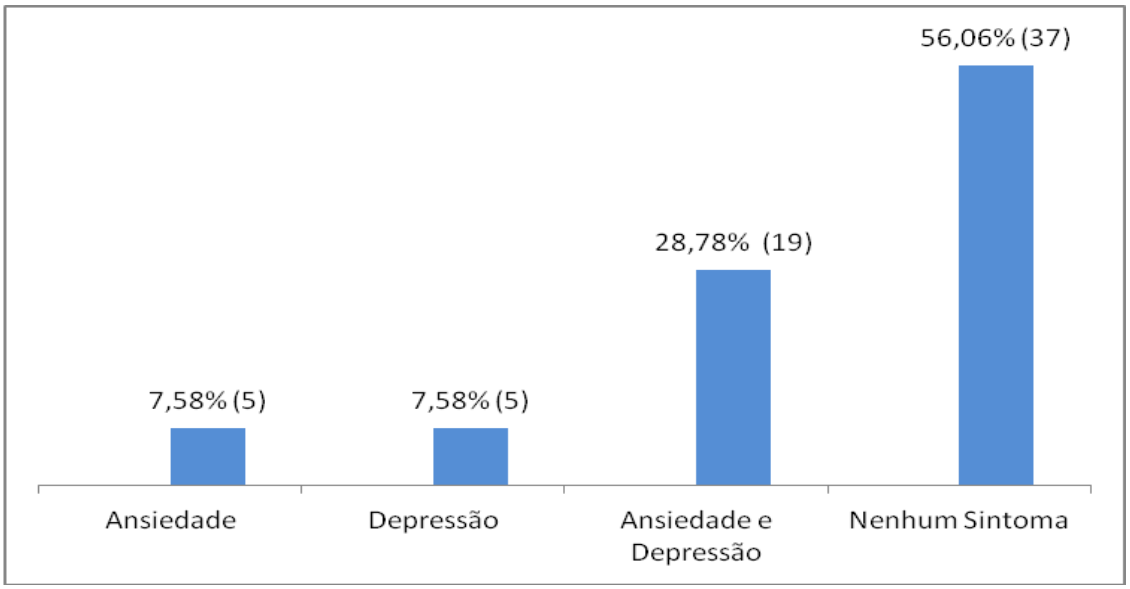

Gráfico 13 - Distribuição de sintomas psicológicos entre as pacientes avaliadas (n=66)

Pelo gráfico, observa-se que 43,94% das pacientes avaliadas apresentaram algum tipo de sintoma, seja de ansiedade, depressão ou ambos. Identifica-se grande parte com ambos os sintomas, 28,78% (19).

Os sintomas de estresse foram avaliados com a Escala de Estresse Percebido (EPP) e pode-se observar que a pontuação média foi de 24,29 (DP= 24,29, Mediana= 24).

Durante a entrevista, como forma de compreender os antecedentes psicológicos das pacientes, avaliou-se a busca por atendimento psicológico e psiquiátrico anterior. Na tabela 7 constam as frequências de busca por atendimentos anteriores.

Tabela 7 - Frequência de busca por atendimento psicológico ou psiquiátrico anterior (n=66)

Antecedentes Psicológicos	***f***	**%**
Já fez acompanhamento com psiquiatra		
Sim	10	15,15
Não	56	84,85
Já fez acompanhamento com psicólogo		
Sim	11	16,67
Não	55	83,33

Nota-se que tanto para atendimento psiquiátrico como para atendimento psicológico a busca por atendimento foi de aproximadamente 15%.

5.1.6 Hábitos de vida

As pacientes foram questionadas quanto a uso de álcool, drogas ilícitas e tabaco durante a gestação e anteriormente. A frequência da utilização de tais substâncias foi descrita na Tabela 8.

Tabela 8 - Frequência de utilização de álcool, tabaco e drogas ilícitas pelas pacientes (n=66)

Hábitos de Vida	***f***	**%**
1-Uso de Alcool		
1.1 - Na gestação		
Sim	5	7,58
Não	61	92,42
1.2 - Antes da gestação		
Sim	31	46,97
Não	35	53,03
2 - Tabagismo		
2.1 - Na gestação		
Sim	8	12,12
Não	58	87,88
2.2 - Antes da gestação		
Sim	21	31,82
Não	45	68,18
3 - Uso de Drogas Ilícitas		
3.1 - Na gestação		
Sim	0	0
Não	66	100
3.2 - Antes da gestação		
Sim	6	10
Não	60	90

Em relação ao uso de álcool, constata-se que a frequência utilizada por pacientes fora do período gestacional é cerca de 6,20 vezes maior que no período gestacional. Durante a gravidez, 7,58% (5) das pacientes referiram fazer uso de álcool.

Quanto ao tabagismo, 12,12% (8) das pacientes fumam durante a gravidez e 31,82% (21) afirmaram já ter feito uso de cigarro em algum momento de suas vidas, tendo parado em função da gestação ou por outras motivações.

No que se refere à utilização de drogas ilícitas, nenhuma paciente referiu fazer uso durante a gestação, porém, 10% (6) das pacientes relataram ter feito uso de drogas ilícitas em algum momento de suas vidas.

5.1.7 Percepção das pacientes quanto ao seu relacionamento conjugal

As pacientes foram questionadas quanto à frequência de relações sexuais semanais praticadas ao longo do período gestacional. Como resultado encontrou-se que 72,73% (48) das pacientes referiram ter relações sexuais e a frequência constatada das relações variou de 1 vez por semana a 4 vezes ou mais. Na Tabela 9 observa-se a variação da frequência entre as participantes do estudo.

Tabela 9 - Frequência de relações sexuais semanais das pacientes (n=48)

Frequência semanal de relações sexuais	***f***	**%**
Menos de 1 vez	8	16,67
1 vez	16	33,33
2 vezes	15	31,25
3 vezes	4	8,33
4 vezes ou mais	3	6,25
Sem resposta	2	4,17

Nota-se que 81,25% (43) das pacientes têm relações sexuais até 2 vezes por semana e 14,58% (7) referiram ter 3 vezes ou mais relações semanais.

As pacientes foram ainda questionadas quanto à percepção do seu relacionamento conjugal durante o período gestacional. Dentre as respostas, as pacientes poderiam classificar seu relacionamento em satisfatório, indiferente e insatisfatório. As pacientes eram orientadas a classificar seu relacionamento como satisfatório quando percebessem o relacionamento como positivo, insatisfatório quando percebessem o relacionamento de maneira negativa e indiferente quando não conseguiam definir.

O Gráfico 14 mostra a frequência de respostas de cada uma das categorias pelas pacientes.

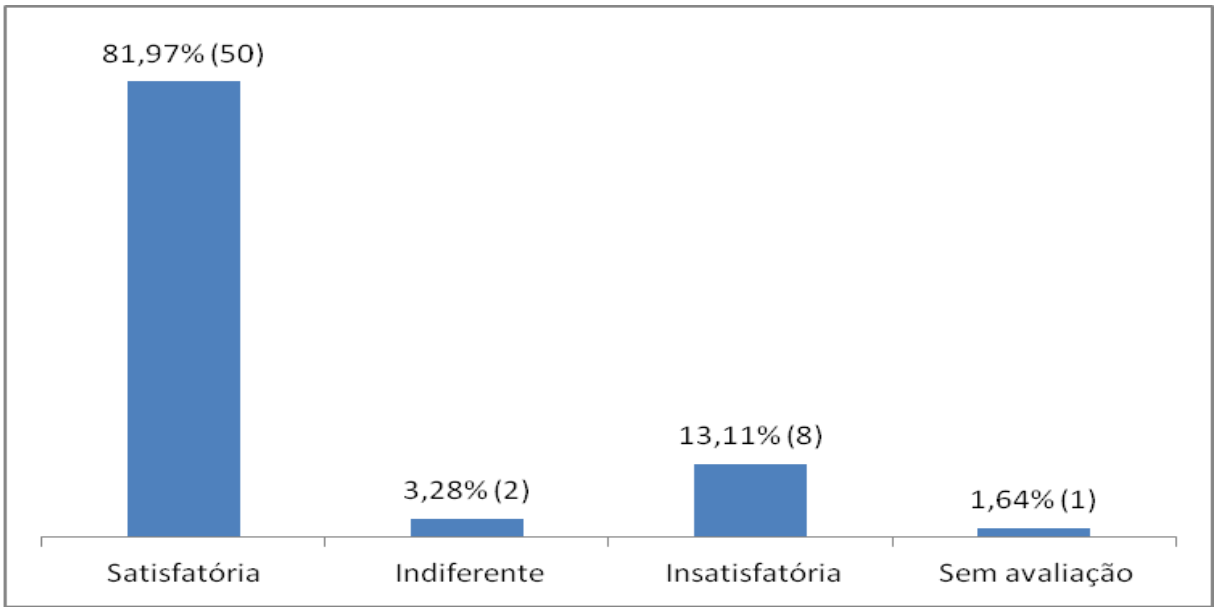

Gráfico 14 - Avaliação do relacionamento conjugal pelas gestantes (n=61)

Através do Gráfico acima, constata-se que, dentre as pacientes que possuem companheiro, grande parte faz uma avaliação positiva do relacionamento. No entanto, 13,12% das pacientes consideram seu relacionamento insatisfatório.

Além dessa classificação, avaliou-se com as pacientes a percepção das mesmas sobre o relacionamento conjugal no período gestacional em comparação com o relacionamento no período anterior à gestação. Os dados estão descritos na Tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição das avaliações das pacientes quanto aos seus relacionamentos conjugais (n=61)

Avaliação do relacionamento entre o período pré-gestacional e a gravidez	***f***	**%**
Sem mudança	33	54,10
Mudanças Positivas	17	27,87
Mudanças Negativas	10	16,39
Sem avaliação	1	1,64

Identificou-se que 54,10% (33) das pacientes consideraram que não houve mudança no relacionamento com a gravidez. Porém, dentre as pacientes que identificaram mudanças, 62,96% (17) consideraram estas mudanças como positivas para o relacionamento.

5.2 Análise estatística de variáveis psicológicas, sociodemográficas, clínicas e gestacionais

Após a análise descritiva foi realizada uma análise estatística buscando identificar possíveis associações entre variáveis psicológicas, sociodemográficas e clínicas. Os resultados das associações em que os valores de $p \leq 0,05$ estão destacados nas tabelas apresentadas em todo o texto abaixo.

5.2.1 Comparação e associação de características sociodemográficas e variáveis psicológicas

Ao se analisar as possíveis relações entre as variáveis sociodemográficas (idade, renda percapita, escolaridade e estado civil) com sintomas de ansiedade e de depressão, não foram encontradas evidências estatísticas de associações. As análises de comparação estão descritas nas tabelas 11, 12 e 13, abaixo.

Tabela 11 - Comparação de variáveis sócioeconômicas e sintomas de ansiedade pelo HAD (n=66)

	Ansiedade	***f* (%)**	**Mínimo**	**1° Quartil**	**Mediana**	**3° Quartil**	**Máximo**	**p***
Idade	**Ausência**	42(63,6)	19	27	30	35	42	
	Presença	24(36,3)	17	26,5	29	34,5	44	0,58
Renda *percapita*	**Ausência**	42(63,6)	83,33	400	541,67	750	2000	
	Presença	24(36,3)	124,4	400	483,34	600	1250	0,38

*Teste de Mann-Whitney

Tabela 12 - Comparação de variáveis socieconômicas e sintomas depressivos pelo HAD (n=66)

	Depressão	***f* (%)**	**Mínimo**	**1° Quartil**	**Mediana**	**3° Quartil**	**Máximo**	**p***
Idade	**Ausência**	42(63,64)	18	27	30	34	44	0,52
	Presença	24(36,36)	17	26,5	30,5	36,5	44	
Renda *per capita*	**Ausência**	42(63,64)	196	400	541,67	750	2000	0,44
	Presença	24(36,36)	83,33	400	483,34	600	1250	

*Teste de Mann-Whitney

Tabela 13 - Associação de variáveis sociodemográficas e medidas de ansiedade e depressão pelo HAD (n=66)

	Ansiedade			Depressão		
	Ausência *f* **(%)**	**Presença** *f* **(%)**	**p***	**Ausência** *f* **(%)**	**Presença** *f* **(%)**	**p***
Estado civil						
Com companheiro	38(57,58)	23 (34,85)	0,64	38(57,58)	23 (34,85)	0,64
Sem companheiro	4(6,06)	1 (1,51)		4(6,06)	1(1,51)	
Escolaridade						
Sem escolaridade	2(3,03)	0(0,00)	0,89	2 (3,03)	0 (0,00)	0,56
Até 8 anos	12 (18,18)	6 (9,09)		10 (15,15)	8(12,12)	
9 a 11 anos	24(36,36)	16(24,24)		25(37,88)	15(22,73)	
Acima de 11 anos	4(6,06)	2(3,03)		5(7,58)	1(1,51)	

*Teste exato de Fisher

Da mesma forma, quando comparado o estado civil e estresse, também não se encontraram evidências de diferença entre os grupos, conforme apresentado na Tabela 14.

Tabela 14 - Comparação de estado civil e medida de estresse pela EPP (n=66)

	Estresse						
	***f*(%)**	**Mínimo**	**1° Quartil**	**Mediana**	**3° Quartil**	**Máximo**	**p***
Estado Civil							
Com Companheiro	61(92,42)	3	17	24	33	56	0,10
Sem Companheiro	5(7,58)	0	11	16	25	26	

*Teste de Mann-Whitney

Buscando relacionar possíveis variáveis com níveis de suporte social, comparou-se o estado civil com medidas do MOS. Neste aspecto, conforme a Tabela 15, não se encontrou diferença entre gestantes com companheiro e sem companheiro.

Tabela 15 - Comparação de estado civil e medida de suporte social pelo MOS (n=66)

	Suporte Social Geral						
	***f*(%)**	**Mínimo**	**1° Quartil**	**Mediana**	**3° Quartil**	**Máximo**	**p***
Estado Civil							
Com Companheiro	61(92,42)	28,42	72,63	84,21	92,63	100	0,58
Sem Companheiro	5(7,58)	48,42	76,84	78,95	90,53	90,53	

*Teste de Mann-Whitney

Comparando ainda idade com níveis de suporte social obtido pela MOS, encontramos nos dados da Tabela 16. Para obtenção desses resultados, aqui foram utilizadas correlações de Spearman.

Tabela 16 - Correlação da idade das pacientes com medida de suporte social pelo MOS (n=66)

	Idade	
	rho	**p***
Suporte Social (MOS)		
Geral	-0,12	0,32
Material	0,07	0,57
Emocional e Informação	-0,06	0,61
Afetivo e Interação Positiva	-0,23	0,07

*Correlação de Spearman

Pelos resultados apresentados na Tabela 16 verifica-se que não foram observadas relações entre as variáveis idade e suporte social (MOS).

5.2.2 Comparação de dados gestacionais e aspectos psicológicos

Na análise buscou-se relacionar dados gestacionais (idade gestacional, numéro de gestações, intercorrências gestacionais e planejamento da gravidez) com sintomas de ansiedade e depressão. Foram encontradas evidências de associação entre o número de gestações e sintomas depressivos. Nos demais dados, não houve evidências de associação. A seguir, os dados estão dispostos na Tabela 17.

Tabela 17 - Associação de dados gestacionais e medidas de ansiedade e depressão pelo HAD (n=66)

	Ansiedade			**Depressão**		
	Ausência *f* **(%)**	**Presença** *f* **(%)**	**p***	**Ausência** *f* **(%)**	**Presença** *f* **(%)**	**p***
Número de gestações						
1	10 (15,15)	5 (7,58)	0,61	12 (18,19)	3 (4,54)	**0,04**
2	12 (18,19)	10 (15,15)		10 (15,15)	12 (18,19)	
3	11 (16,67)	7 (10,61)		12 (18,19)	6 (9,09)	
4	7 (10,61)	1 (1,51)		7 (10,61)	1 (1,51)	
5	1 (1,51)	1 (1,51)		0 (0,00)	2 (3,03)	
6	1 (1,51)	0 (0,00)		1 (1,51)	0 (0,00)	
Intercorrências						
Sim	11 (16,67)	6 (9,09)	0,99	10 (15,15)	7 (10,61)	0,77
Não	31 (46,97)	18 (27,27)		32 (48,48)	17 (25,76)	

Trimestre						
1°	8 (12,12)	5 (7,58)	0,29	6 (9,09)	7 (10,61)	0,25
2°	18 (27,27)	6 (9,09)		18 (27,27)	6 (9,09)	
3°	16 (24,24)	(19,70)		18(27,27)	11(16.67)	
Planejamento**						
Sim	22 (33,33)	12 (18,18)	0.99	21 (31,82)	13 (19,69)	0,99
Não	20 (30,30)	11 (16,67)		20 (30,30)	11 (16,67)	
Sem resposta	0 (0,00)	1 (1,52)		1 (1,52)	0 (0,00)	

*Teste Exato de Fisher

De acordo com os dados, dentre as pacientes que apresentaram depressão, 50% delas estavam na segunda gestação, 25% estavam na terceira gestação.

O planejamento da gravidez também foi relacionado com estresse e com medida de suporte social geral, porém, também não foram encontradas diferenças entre os grupos, conforme apresentado na Tabela 18 e 19.

Tabela 18 - Comparação do planejamento da gravidez e medida de estresse pela EPP (n=66)

	Estresse						
	***f*(%)**	**Mínimo**	**1° Quartil**	**Mediana**	**3° Quartil**	**Máximo**	**p***
Planejamento							
Sim	34 (51,51)	3	15	23,5	32	40	0,80
Não	31 (46,97)	0	17	24	33	56	
Sem resposta	1 (1,52)	27	27	27	27	27	

*Teste de Mann-Whitney

Tabela 19 - Comparação de planejamento da gravidez e medida de suporte social pelo MOS (n=66)

	Suporte Social Geral						
	***f*(%)**	**Mínimo**	**1° Quartil**	**Mediana**	**3° Quartil**	**Máximo**	**p***
Planejamento							
Sim	34 (52,31)	49,47	74,74	84,74	92,63	98,95	0,55
Não	31(47,69)	28,42	70,53	84,21	90,53	100	
Sem resposta	1 (1,52)	70,52	70,52	70,52	70,52	70,52	

*Teste de Mann-Whitney

5.2.3 Associação de dados clínicos e aspectos psicológicos

Conforme apresentado na Tabela 20, as medidas obtidas pelo HAD foram comparadas com dados clínicos, como o diagnóstico de encaminhamento e o conhecimento da paciente acerca do quadro clínico. Em ambas as análises não foram encontradas evidências de associações estatísticas.

Tabela 20 - Associação de dados clínicos e medidas de ansiedade e depressão pelo HAD (n=66)

	Ansiedade			Depressão		
	Ausência *f* **(%)**	**Presença** *f* **(%)**	**p***	**Ausência** *f* **(%)**	**Presença** *f* **(%)**	**p***
Diagnóstico de encaminhamento						
DM1	2 (3,03)	1 (1,52)	0,99	2 (3,03)	1 (1,51)	0,81
DM2	14 (21,21)	8 (12,12)		13 (19,70)	9 (13,64)	
DMG	26 (39,39)	15 (22,73)		27 (40,91)	14 (21,21)	
Conhecimento						
Sim	8 (12,12)	9 (13,64)	0,28	9 (13,64)	8 (12,12)	0,32
Não	17 (25,76)	7 (10,60)		18 (27,27)	6 (9,09)	
Parcial	17 (25,76)	8 (12,12)		15 (22,73)	10 (15,15)	

*Teste Exato de Fisher

5.2.4 Associação de dados clínicos e sociodemográficos

Os dados clínicos, como diagnóstico de encaminhamento e conhecimento pelo quadro clínico foram associados com dados sociodemográficos e também entre si. Os resultados estão apresentados nas Tabelas 21, 22, 23 2 24. Foram encontradas evidências de associação entre as variáveis diagnóstico de encaminhamento e trimestre gestacional.

Tabela 21- Associação entre conhecimento pelo quadro clínico e escolaridade (n=66)

	Escolaridade							
	Sem estudo *f* **(%)**	**EFI** *f* **(%)**	**EFC** *f* **(%)**	**EMI** *f* **(%)**	**EMC** *f* **(%)**	**ESI** *f* **(%)**	**ESC** *f* **(%)**	**p***
Conhecimento								
Sim	0 (0,00)	4 (6,07)	1 (1,51)	1 (1,51)	10 (15,16)	0 (0,00)	1 (1,51)	
Não	2 (3,03)	2 (3,03)	5 (7,58)	5 (7,58)	7 (10,62)	1 (1,51)	2 (3,03)	0,23
Parcial	0 (0,00)	3 (4,55)	3 (4,55)	1(1,51)	16 (24,24)	1 (1,51)	1 (1,51)	

*Teste Exato de Fisher

Tabela 22 - Associação entre os tipos de diagnósticos de encaminhamento e o trimestre gestacional (n=66)

	Trimestre gestacional			
	1° trimestre *f* **(%)**	**2° trimestre** *f* **(%)**	**3° trimestre** *f* **(%)**	**p***
Diagnóstico				
DM1	2 (3,03)	1(1,51)	0 (0,00)	
DM2	11 (16,67)	11 (16,67)	0 (0,00)	**<0,01**
DMG	0 (0,00)	12 (18,18)	29 (43,94)	

*Teste Exato de Fisher

Conforme identificado na Tabela 22, no primeiro trimestre foram encaminhadas principalmente pacientes com diagnóstico de DM1 e DM2 e no terceiro trimestre, apenas pacientes com diagnóstico de DMG, o que é característico desse quadro clínico, detectado mais tardiamente.

Tabela 23 - Associação entre conhecimento pelo quadro clínico e os tipos de diagnósticos de encaminhamento (n=66)

	Diagnóstico de Encaminhamento			
	DM1 *f* **(%)**	**DM2** *f* **(%)**	**DMG** *f* **(%)**	**p***
Conhecimento				
Sim	2 (3,03)	6 (9,09)	9 (13,64)	
Não	0 (0,00)	8 (12,12)	16 (24,24)	0,58
Parcial	1 (1,51)	8 (12,12)	16 (24,24)	

*Teste Exato de Fisher

Tabela 24 - Comparação entre conhecimento pelo quadro clínico e idade da paciente (n=66)

	Idade						
	***f* (%)**	**Mínimo**	**1° Quartil**	**Mediana**	**3° Quartil**	**Máximo**	**p***
Conhecimento							
Sim	17	18	24	30	37	44	
Não	24	17	25,5	29	35,5	42	0,69
Parcial	25	25	28	30	34	44	

*Teste de Kruskal-Wallis

5.2.5 Comparação de atividades de lazer/rede de suporte social e aspectos psicológicos

A percepção de lazer e rede de suporte social foram associadas com medidas de ansiedade e depressão pelo HAD, também com medida de estresse pela EPP e medidas gerais de suporte social pelo MOS. Na Tabela 25, as associações obtidas podem ser verificadas.

Tabela 25- Associação de atividade de lazer/rede de suporte social e medidas de ansiedade e depressão pelo HAD (n=66)

	Ansiedade			**Depressão**		
	Ausência *f* **(%)**	**Presença** *f* **(%)**	**p***	**Ausência** *f* **(%)**	**Presença** *f* **(%)**	**p***
Atividade de lazer						
Sim	22 (33,34)	10 (15,15)	0,45	25 (37,88)	7(10,61)	
Não	20 (30,30)	14 (21,21)		17 (25,76)	17 (25,76)	**0,02**

Satisfação com lazer						
Satisfeita	30 (45,46)	8 (12,12)	**0,01**	31 (46,97)	7 (10,61)	**<0,01**
Indiferente	6 (9,09)	8 (12,12)		4 (6,06)	10 (15,15)	
Insatisfeita	6 (9,09)	8 (12,12)		7 (10,61)	7 (10,61)	
Religiosidade						
Sim	39 (59,09)	18 (27,27)	0,06	38 (57,58)	19 (28,79)	0,26
Não	3 (4,55)	6 (9,09)		4 (6,06)	5 (7,57)	
Pratica a religião**						
Sim	27 (47,37)	14 (24,56)	0,75	26 (45,61)	15 (26,32)	0,53
Não	12 (21,05)	4 (7,02)		12 (21,05)	4 (7,02)	

*Teste Exato de Fisher
** Dentre as pessoas que têm religião, n=57

Pelos dados, pode-se constatar que foram encontradas associações entre as variáveis *práticas de atividade de lazer* e *depressão*, sendo que as pessoas que apresentaram maior percepção de prática de atividade de lazer apresentaram menos sintomas de depressão.

Constatou-se também associação entre *satisfação pelas atividades de lazer* e *depressão* e ainda, associação entre *satisfação de atividades de lazer* e *ansiedade*, sendo que as pessoas que apresentaram melhor percepção das atividades de lazer, apresentaram menos ansiedade e menos depressão.

Na Tabela 26, estão descritas as comparações entre medidas de estresse e atividades de lazer, presença de amigos e familiares para desabafo e ter uma religião.

Tabela 26 - Comparação do atividade de lazer/suporte social e medida de estresse pela EPP (n=66)

			Estresse				
	***f*(%)**	**Mínimo**	**1° Quartil**	**Mediana**	**3° Quartil**	**Máximo**	**p***
Atividade de lazer							
Sim	32 (48,48)	3	15,5	22	28,5	39	**0,05**
Não	34 (51,51)	0	17	28,5	35	56	
Amigos e família para desabafo							
Sim	57 (86,36)	0	16	22	31	43	
Não	9 (13,64)	11	24	31	34	56	0,10
Religiosidade							
Sim	57 (86,36)	0	16	22	31	56	
Não	9 (13,64)	16	31	34	39	42	**0,01**

*Teste de Mann-Whitney

Nessas comparações foram encontradas diferenças entre as variáveis *atividades de lazer* e *estresse*, sendo que, gestantes com melhor percepção de atividades de lazer, apresentaram menor escore de estresse. Evidenciou-se também uma diferença entre *religião* e *estresse*, sendo que pacientes com uma religião apresentaram menor escore de estresse.

Essas variáveis também foram comparadas com medida de suporte social, conforme apresentado na Tabela 27.

Tabela 27- Comparação entre atividade de lazer/suporte social e medida de suporte social pelo MOS (n=66)

	Suporte Social Geral						
	***f*(%)**	**Mínimo**	**1° Quartil**	**Mediana**	**3° Quartil**	**Máximo**	**p***
Atividade de lazer							
Sim	32 (48,48)	49,47	81,58	90	94,21	98,95	**≤0,01**
Não	34 (51,51)	28,42	66,32	76,84	85,26	100	
Amigos e família para "desabafo"							
Sim	57 (86,36)	49,47	74,74	85,26	92,63	100	
Não	9 (13,64)	28,42	54,74	70,53	77,89	93,68	**0,02**
Apoio da família e amigos							
Sim	62	28,42	74,74	84,21	92,63	100	
Não	4	48,42	48,95	55,79	66,32	70,53	**0,01**
Religião							
Sim	57 (86,36)	28,42	73,68	84,21	92,63	100	
Não	9 (13,64)	50,53	54,74	74,74	85,26	90,53	0,10

*Teste de Mann-Whitney

Foram identificadas diferenças entre *atividades de lazer* e *suporte social* (MOS), sendo que, quem apresentou melhor percepção de atividades de lazer, apresentou também maiores medidas de suporte social (MOS). Além disso, também houve evidências de diferenças entre as variáveis *amigos e família para desabafo* e *suporte social* (MOS), podendo-se observar que gestantes com melhor percepção de amigos e família para desabafo, apresentaram maior escore de suporte social (MOS). Foram encontradas também diferenças entre as variáveis *apoio de amigos e familiares* e *suporte social*. Quem apresentou melhor percepção de apoio pela família e amigos, apresentaram maior escore de suporte social.

Também como variáveis de suporte social, foram comparadas variáveis *buscas por atendimento psicológico* e *psiquiátrico* e medidas de *ansiedade*, *depressão*, *estresse* (EPP) e *suporte social* (MOS). As associações obtidas estão descritas nas Tabelas 28, 29 e 30.

Tabela 28 - Associação entre procura por atendimento psicológico/psiquiátrico e medidas de ansiedade e depressão pelo HAD (n=66)

	Ansiedade			**Depressão**		
	Ausência *f* (%)	**Presença *f* (%)**	**p***	**Ausência *f* (%)**	**Presença *f* (%)**	**p***
Psiquiatria						
Sim	2 (3,03)	8 (12,12)	**<0,01**	1 (1,51)	9 (13,64)	**<0,01**
Não	40 (60,61)	16 (24,24)		41 (62,12)	15 (22,73)	
Psicologia						
Sim	3 (4,54)	8 (12,12)		2 (3,03)	9 (13,64)	
Não	39(59,09)	16 (24,24)	**0,01**	40(60,61)	15 (22,73)	**<0,01**

*Teste Exato de Fisher

Tabela 29 - Comparação entre busca por atendimento psicológico/psiquiátrico e medida de estresse pela EPP (n=66)

	Estresse						
	***f*(%)**	**Mínimo**	**1° Quartil**	**Mediana**	**3° Quartil**	**Máximo**	**p***
Psiquiatria							
Sim	10 (15,15)	19	31	35	35	40	**≤0,01**
Não	56 (84,85)	0	15,5	22	30,5	56	
Psicologia							
Sim	11 (16,67)	25	30	33	35	40	
Não	55 (83,33)	0	15	22	31	56	**≤0,01**

*Teste de Mann-Whitney

Tabela 30 - Comparação entre busca por atendimento psicológico/psiquiátrico e medida de suporte social pelo MOS (n=66)

Suporte Social							
	***f*(%)**	**Mínimo**	**1° Quartil**	**Mediana**	**3° Quartil**	**Máximo**	**p***
Psiquiatria							
Sim	10 (15,15)	50,53	58,95	65,26	74,74	94,74	
Não	56 (84,85)	28,42	76,32	85,26	92,63	100	**0,01**
Psicologia							
Sim	11 (16,67)	50,53	62,11	74,74	84,21	90,53	
Não	55 (83,33)	28,42	73,68	85,26	92,63	100	**≤0,01**

*Teste de Mann-Whitney

A partir da avaliação das tabelas acima, percebe-se que, as pacientes que passaram por psiquiatras e psicólogos apresentaram mais sintomas de ansiedade, depressão e estresse e menores medidas de suporte social.

5.2.6 Associação de hábitos de vida e medidas de ansiedade, depressão e estresse

Nas análises, as variáveis *uso de álcool* e *uso de tabaco* durante a gravidez foram comparadas com medidas de *ansiedade* e *depressão*, medidos através do HAD e também comparados com medida de *estresse*, medido pela EPP.

Não foram encontradas evidências de associação entre essas variáveis. Na Tabela 31 estão representadas as comparações obtidas com o HAD e na Tabela 32 a comparação com medida de estresse, pela EPP.

Tabela 31 - Associação entre o uso de álcool e tabaco e medidas de ansiedade e depressão pelo HAD (n=66)

	Ansiedade			**Depressão**		
	Ausência *f* (%)	**Presença *f* (%)**	**p***	**Ausência *f* (%)**	**Presença *f* (%)**	**p***
Tabagismo						
Sim	7 (87,5)	1 (12,5)	0,24	6 (75)	2 (25)	0,70
Não	35 (60,34)	23 (39,66)		36 (62,07)	22 (37,93)	
Uso de álcool						
Sim	3 (60)	2 (40)	0,99	4 (80)	1 (20)	0,64
Não	39 (63,93)	22 (36,07)		38 (62,30)	23 (37,70)	

*Teste Exato de Fisher

Tabela 32- Comparação entre o uso de álcool e tabaco e medida de estresse pela EPP (n=66)

	Estresse						
	***f*(%)**	**Mínimo**	**1° Quartil**	**Mediana**	**3° Quartil**	**Máximo**	**p***
Tabagismo							
Sim	8 (12,12)	0	9,5	14,5	26,5	39	
Não	58 (87,88)	3	17	24,5	33	56	0,07
Uso de álcool							
Sim	5 (7,57)	16	22	23	39	42	
Não	61(92,43)	0	16	24	31	56	0,41

*Teste de Mann-Whitney

5.2.7 Associação da percepção do relacionamento conjugal e aspectos psicológicos

Foi realizada uma associação entre aspectos do relacionamento conjugal das pacientes (frequência de relações sexuais na gestação, satisfação com o relacionamento conjugal e percepção do relacionamento após a gravidez) com medidas de ansiedade, depressão e estresse.

Na Tabela 33 pode-se observar a descrição das comparações de aspectos do relacionamento conjugal com medidas do HAD e na Tabela 34 comparações com medidas de estresse.

Tabela 33 - Associação da percepção do relacionamento conjugal pelas pacientes e medidas de ansiedade e depressão pelo HAD (n=66)

	Ansiedade			Depressão		
	Ausência *f* (%)	**Presença *f* (%)**	**p***	**Ausência *f* (%)**	**Presença *f* (%)**	**p***
Percepção do relacionamento						
1-Sem mudança	23 (34,84)	13 (19,70)		24 (36,36)	12 (18,18)	
2-Mudança positiva	12 (18,18)	6 (9,09)		12 (18,18)	6 (9,09)	
3-Mudança Negativa	5 (7,58)	5 (7,58)	0,64	5 (5,78)	5 (5,78)	0,73
4-Sem avaliação	2 (3,03)	0 (0,00)		1 (1,51)	1 (1,51)	
Relações sexuais						
Sim	35 (53,03)	13 (19,70)	**0,02**	35 (53,03)	13 (19,70)	**0,02**
Não	6 (9,09)	9 (13,64)		6 (9,09)	9 (13,64)	

Satisfação com relacionamento						
Satisfeita	38 (57,58)	16 (24,25)		39 (59,09)	15 (22,73)	
Indiferente	2 (3,03)	1 (1,51)	**<0,01**	1 (1,51)	2 (3,03)	**<0,01**
Insatisfeita	1 (1,51)	7 (10,61)		2 (3,03)	6 (9,09)	
Sem avaliação	1 (1,51)	0 (0,00)		0 (0,00)	1 (1,51)	

*Teste Exato de Fisher

Pelos dados apresentados, foram encontradas associações entre as variáveis *relações sexuais* e sintomas de *ansiedade* e *depressão*, em que dentre as pacientes, as que tinham em sua rotina a presença de relações sexuais apresentaram menos sintomas de ansiedade e depressão. Outra relação obtida foi entre as variáveis *satisfação com relacionamento conjugal*, e sintomas de *ansiedade* e sintomas de *depressão*, sendo que as pacientes que se percebiam satisfeitas no relacionamento conjugal, apresentaram menos sintomas de ansiedade e depressão.

Tabela 34 - Comparação da percepção/ satisfação do relacionamento conjugal e medida de estresse pela EPP (n=66)

	Estresse						
	***f*(%)**	**Mínimo**	**1° Quartil**	**Mediana**	**3° Quartil**	**Máximo**	**p***
Percepção do relacionamento							
1- Sem mudança	36 (54,54)	0	16	24	31	56	
2-Mudanças positivas	18 (27,27)	3	14	22	33	36	0,47
3-Mudanças negativas	10 (15,15)	17	19	28	39	43	
Satisfação com relacionamento							
Satisfeita	54 (81,82)	0	16	22	31	56	
Indiferente	3(4,55)	18	18	35	39	39	**<0,01**
Insatisfeita	8 (12,12)	27	31	37	40,5	43	
Sem avaliação	1(1,51)	11	11	11	11	11	

*Teste de Kruskal-Wallis

De acordo com a Tabela 34, observa-se que foram encontradas diferenças entre a *satisfação do relacionamento conjugal* e *estresse*, sendo que quem apresentou mais satisfação no relacionamento, apresentou medidas menores de estresse. Além de comparar essas variáveis com medida de estresse, comparou-se também com o *suporte social*, conforme apresentado na Tabela 35. Neste caso, não foram encontradas diferenças entre as variáveis analisadas.

Tabela 35- Comparação da percepção/satisfação do relacionamento conjugal e medida de suporte social pelo MOS (n=66)

	Suporte Social						
	***f*(%)**	**Mínimo**	**1° Quartil**	**Mediana**	**3° Quartil**	**Máximo**	**p***
Percepção do relacionamento							
1- Sem mudança	36 (54,54)	28,42	75,79	87,74	92,11	98,95	
2-Mudanças positivas	18 (27,27)	49,47	72,63	84,21	92,63	100	0,75
3-Mudanças negativas	10 (15,15)	52,63	68,42	76,32	93,68	98,95	
4-Sem avaliação	2 (3,03)	48,42	48,42	66,84	85,26	85,21	
Satisfação com relacionamento							
Satisfeita	54 (81,82)	28,42	76,84	84,74	92,63	100	
Indiferente	3(4,55)	51,58	51,58	68,42	93,68	93,68	<0,05**
Insatisfeita	8 (12,12)	49,47	51,58	68,42	81,58	98,95	
Sem avaliação	1(1,51)	48,42	48,42	48,42	48,42	48,42	

*****Teste de Kruskal-Wallis
**Pós-teste de Dunn

5.2.8 Comparação de medidas de ansiedade, depressão, estresse e suporte social

Na análise, os instrumentos utilizados para medir ansiedade e depressão, estresse e suporte social (HAD, EPP e MOS, respectivamente) foram comparados entre si.

Na comparação de medidas de medidas de ansiedade e depressão e suporte social, constatou-se diferença conforme apresentado na Tabela 36.

Tabela 36- Comparação de medidas de ansiedade e depressão pelo HAD e medida de suporte social pelo MOS (n=66)

	Suporte Social						
	***f*(%)**	**Mínimo**	**1° Quartil**	**Mediana**	**3° Quartil**	**Máximo**	**p***
Ansiedade							
Ausência	42 (63,64)	48,42	80	88,42	92,63	100	**<0,01**
Presença	24 (36,36)	28,42	59,47	71,58	83,68	98,95	
Depressão							
Ausência	42 (63,64)	49,47	82,11	90	93,68	100	**<0,01**
Presença	24 (36,36)	28,42	59,47	71,58	80,53	98,95	

*Teste de Mann-Whitney

Pelos dados da tabela, pode-se dizer que as pacientes que apresentaram maiores medidas de ansiedade e depressão, apresentaram menor escore de suporte social.

Compararam-se também medidas de ansiedade e depressão com medida de estresse, conforme exposto na Tabela 37.

Tabela 37- Comparação de medidas de ansiedade e depressão pelo HAD e medida de estresse pela EPP (n=66)

	Estresse						
	***f*(%)**	**Mínimo**	**1° Quartil**	**Mediana**	**3° Quartil**	**Máximo**	**p***
Ansiedade							
Ausência	42 (63,64)	0	14	18	24	39	**<0,01**
Presença	24 (36,36)	14	31	33,5	37,5	56	
Depressão							
Ausência	42 (63,64)	0	14	18	24	42	**<0,01**
Presença	24 (36,36)	11	31	34	37,5	56	

*Teste de Mann-Whitney

Foram observadas diferenças entre as medidas de *ansiedade* e *estresse* e medidas de *depressão* e *estresse.* Constatou-se que, gestantes com maiores medidas de ansiedade e depressão, apresentaram maiores medidas de estresse.

Dados obtidos pela EPP, de estresse foram relacionados aos obtidos pela medida de suporte social, pela MOS. Estes dados podem ser observados na tabela, na sequência.

Tabela 38: Correlação de medida de estresse pela EPP e medida de suporte social pelo MOS (n=66)

	Estresse (EPP)	
	rho	**p***
Suporte Social (MOS)		
Geral	-0,50	**<0,01**
Material	-0,46	**<0,01**
Emocional e Informação	-0,45	**<0,01**
Afetivo e Interação Positiva	-0,56	**<0,01**

*correlação de Spearman

Pelos resultados observados na Tabela 38 foram obervadas diferenças entre *estresse* e todos os domínios de *suporte social*, inclusive com a medida *geral*. Através do coeficiente de Spearman identificamos que há uma relação moderada e inversa, ou seja, quanto maior o suporte social, menor o estresse.

6 DISCUSSÃO

Não foram encontrados na literatura estudos que considerassem as mesmas variáveis psicológicas associadas ao diabetes *mellitus* em gestantes. Dessa forma, este trabalho contribui para a ampliação do conhecimento sobre esta população e viabiliza uma reflexão relativa ao tratamento da doença e cuidados pré-natais considerando aspectos psicológicos envolvidos e assim, a realização de intervenções direcionadas às pacientes com maior possibilidade de sucesso.

6.1 Caracterização sociodemográfica, clínica e psicológica da amostra

6.1.1 Caracterização sociodemográfica e condições clínicas das gestantes

Neste trabalho constataram-se algumas semelhanças com achados de outros estudos em relação a características sociodemográficas das pacientes avaliadas. A média da idade, a presença de companheiro e a escolaridade foram semelhantes aos dados encontrados por Benute et al. (2010), Benute at al. (2011) e Corrêa e Gomes (2004). Tais similaridades podem ser explicadas pelas características dos centros de referência em que foram desenvolvidos esses estudos, sendo serviços brasileiros de atenção terciária que oferecem atendimento pelo Sistema Único de Saúde. No entanto, em relação às atividades profissionais, os dados aqui encontrados apontam para a importância da atividade profissional da mulher no sustento do lar, já que mais de 70% delas contribuem com a renda da família enquanto que, diferentemente dessa conclusão, no estudo de Benute et al. (2011) a participação da mulher na renda familiar é de cerca de 45%, não constituindo a maioria da amostra.

Apesar dessa significativa participação da gestante para a contribuição da renda familiar, nota-se que, nos resultados obtidos, a renda média *per capita* é baixa, menor que um salário mínimo. Se considerarmos que as pacientes avaliadas são gestantes e apresentam o diagnóstico de diabetes *mellitus*, podemos refletir sobre a influência da baixa renda na organização e realização da dieta pelas pacientes. Maganha, Vanni, Bernadini & Zugaib (2003) enfatizam a importância da adequada dieta e realização de exercícios físicos regulares no controle glicêmico em apoio a tratamentos medicamentosos. Entretanto, a baixa renda média *per capita* das pacientes pode dificultar

o consumo de alimentos adequados para a composição de sua dieta. De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares, realizada pelo IBGE (2012) os gastos individuais com alimentação constituem 16,10% da renda *per capita* o que significa, no caso das pacientes avaliadas, um total de aproximadamente 96 reais por pessoa, a serem despendidos com alimentação. O diagnóstico de diabetes *mellitus* implica na ingestão adequada de carboidratos e no aumento da ingestão de verduras, frutas e legumes, de forma balanceada e equilibrada. Em geral, esses alimentos, além de serem mais perecíveis, acabam exigindo maior gasto financeiro, o que pode dificultar o consumo e assim tornar-se um fator para a não adesão ao tratamento proposto pela equipe de saúde.

Cada tipo de diagnóstico de diabetes exige um acompanhamento médico e nutricional específico. No pré-natal do HCFMRP-USP, além do atendimento médico, as pacientes também são submetidas a uma avaliação nutricional. Com a ajuda dessa profissional, são calculadas as necessidades nutricionais diárias das pacientes considerando o trimestre gestacional, os gastos energéticos da paciente e o seu índice de massa corporal. Assim, é fornecida às pacientes uma orientação de dieta adequada para sua rotina. Porém, embora haja esse cuidado da equipe de saúde, se considerarmos outros fatores específicos dessa população, como a renda *per capita*, por exemplo, as orientações podem não ser suficientes para a adesão ao tratamento como um todo.

Referente ao seguimento pré-natal, em todos os casos de pacientes com DM1 o acompanhamento médico também envolve a prescrição de insulinoterapia. Em geral, todas as pacientes já possuem o seguimento na rede básica de saúde em função do diabetes, contudo no pré-natal há a necessidade de ajuste da dosagem de insulina. As pacientes com DM2 nem sempre tem a necessidade de fazer uso da insulina. Muitas vezes, elas recebem a prescrição de medicações orais e orientação de dieta. Já as pacientes com DMG, em sua maioria, apresentam bom controle glicêmico apenas com o seguimento das orientações de dieta, sem a necessidade de medicações. Nos casos das pacientes com diagnóstico de DM2 ou DMG que tem que a necessidade de iniciar a aplicação de insulina, um profissional da enfermagem realiza uma orientação para a correta administração do medicamento.

Observa-se então que, para o tratamento e controle eficaz do diabetes *mellitus*, independente do tipo específico, é necessária a emissão de diversos comportamentos pelas pacientes, como por exemplo, a ingestão de medicações nos horários prescritos e realização adequada da dieta. Há, portanto, a necessidade de grande participação da

paciente para o sucesso do controle glicêmico no período gestacional. O não seguimento às orientações de dieta e a não administração adequada das medicações prescritas aumentam o risco de complicações maternas e fetais conforme enfatizam Negrato et al. (2010).

Montenegro Jr et al. (2001) realizaram um estudo na mesma instituição deste trabalho e encontraram que 16,33% das pacientes possuíam DM1, 30,50% eram portadoras de DM2 e 53,2% tinham DMG, diferenciando-se dos dados encontrados pelo presente estudo. Essa disparidade pode estar associada a metodologia utilizada nos dois trabalhos. No estudo de Montenegro Jr et al. (2001) todas as pacientes que iniciaram o seguimento pré-natal foram avaliadas para a pesquisa já na primeira consulta e no presente trabalho, as pacientes foram avaliadas no primeiro retorno médico, ou seja, na segunda consulta. Isso pode ter contribuído para uma perda amostral uma vez que, se a paciente tivesse contato com a equipe médica entre a primeira consulta e o retorno médico era excluída da participação na pesquisa.

É importante considerar que tanto a pesquisa de Montenegro Jr et al. (2001), como o atual trabalho apresentam prevalências diferentes das encontradas na população geral. Negrato et al. (2010) descrevem a ocorrência de diabetes na gravidez na população geral de 0,1% para diagnóstico de DM1, entre 2 e 3% para DM2 e entre 12 e13% de DMG. Os trabalhos acima citados foram realizados em um serviço de referência de nível terciário de assistência, o que pode ter contribuído para os resultados obtidos.

Até o ano de 2009, gestantes com alterações glicêmicas detectadas durante o pré-natal, independente dos valores obtidos, recebiam o diagnóstico de DMG. A partir de novas recomendações da *American Diabetes Association* (2012), pacientes que apresentam uma glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl, uma hemoglobina glicada ≥ 6,5%, glicemia ocasional ≥ 200mg/dl ou ainda, glicemia plasmática pelo TOTG ≥ 200mg/dl são classificadas como DM2. Assim, os dados deste trabalho sugerem que as pacientes estão recebendo o diagnóstico de acordo com os novos critérios ou ainda que apresentavam esse diagnóstico pré-gestacional.

Quando consideramos os diferentes tipos de diabetes em comparação às médias das idade das pacientes, podemos fazer algumas pontuações. Observa-se que as pacientes com diagnóstico de DM2 apresentaram média de idade maior quando comparadas às pacientes portadoras dos outros tipos de diabetes *mellitus*. Esses resultados seguiram as mesmas tendências do estudo realizado por Corrêa & Gomes (2004), porém, quando

consideramos a variável idade em função da distribuição por faixas etárias, encontramos prevalências distintas do que é observado na literatura. Estudos apontam para o aumento da prevalência de DMG quanto maior a idade da paciente (Negrato et al., 2010; Montenegro Jr et al., 2001). Essa diferença pode estar relacionada ao tamanho da amostra do presente trabalho, pela metodologia aqui utilizada para a coleta de dados ou ainda por perdas amostrais não contabilizadas.

Ainda considerando o quadro clínico das pacientes, deve-se questionar o momento em que ocorre o encaminhamento das mesmas ao serviço de pré-natal de alto risco. Pelos resultados deste estudo, identificamos que algumas pacientes com diagnóstico de DM1 e DM2 foram encaminhadas apenas no segundo trimestre de gestação. Sabe-se que as pacientes com diagnóstico de diabetes pré gestacional devem ser encaminhadas ao pré-natal de risco assim que detectada a gestação e que, as pacientes diagnosticadas com diabetes durante o pré-natal na atenção básica de saúde devem ser encaminhadas ao pré-natal de alto risco logo que constatada essa alteração glicêmica. Assim, podemos refletir se houve atraso no encaminhamento, se houve demora para a realização do diagnóstico, demora da busca para o atendimento pré-natal pela paciente ou ainda por dificuldades estruturais do sistema de regulação para serviços de assistência de alto risco. Esta discussão também foi realizada por Corrêa & Gomes (2004) que concluíram que, de maneira geral, as gestantes diabéticas chegam tardiamente ao pré-natal de risco e que tal fato pode estar associado a um pior controle glicêmico e a maiores complicações no quadro clínico da gestante e do feto.

Além do diagnóstico de diabetes, em relação às comorbidades clínicas apresentadas pelas pacientes, o que encontramos neste trabalho se difere dos achados por Benute et al. (2010) em que, também em um serviço de alto risco, apenas 6,8% das pacientes apresentavam duas ou mais doenças associadas, enquanto que neste trabalho mais de 70% da amostra apresentaram alguma comorbidade. Uma justificativa para esse fato refere-se à não contabilização de algumas comorbidades clínicas no estudo de Benute et al. (2010), tais como, depressão, tabagismo, idade materna acima de 36 anos, gestante adolescente e duas ou mais cesáreas prévias.

Quanto ao histórico de gravidez anterior, os resultados mostram uma prevalência do número de gestações acima da obtida por Moura, Evangelista & Damasceno (2012). Em sua pesquisa, esses autores encontraram 17,8% das pacientes avaliadas entre a terceira e quinta gestações, enquanto que no presente estudo, 43,94% das pacientes

tinham essa mesma experiência gestacional anterior. Uma vez que ambos trabalhos foram realizados com gestantes diabéticas, a discrepância entre esses resultados pode ser explicada pela região do Brasil em que foram desenvolvidas as pesquisas. O estudo de Moura, Evangelista & Damasceno (2012) foi realizado no estado do Ceará, na cidade de Fortaleza, enquanto que este estudo foi realizado em São Paulo, na cidade de Ribeirão Preto. Além disso, o número de participantes do primeiro estudo compreende uma amostra cerca de 40% maior, o que pode ter influenciado a análise dos dados.

Percebe-se que, mesmo diante de todos os recursos existentes relativos à anticoncepção, nos dias atuais, grande parte das gestações não são planejadas e esses resultados corroboram os achados de Benute et al. (2011), que mostram em seu estudo com gestantes de risco que 50% das gestações não são planejadas. Em outro trabalho, Moura, Evangelista & Damasceno (2012) identificaram que o planejamento da gestação ocorreu em cerca de 35,7% das pacientes avaliadas. Nos estudos citados, as gestantes avaliadas eram consideradas de risco por apresentarem alguma morbidade clínica e esse fato permite a reflexão sobre o desenvolvimento de possíveis complicações maternas e fetais em função do não planejamento da gravidez. Além disso, a falta de planejamento da gravidez pode estar associada a uma percepção tardia da gestação pela mulher e assim, também a uma busca tardia por cuidados pré-natais. Corrêa e Gomes (2004) enfatizam a importância do planejamento da gestação em mulheres diabéticas, visto que essa condição clínica interfere diretamente no prognóstico da gestação, sobretudo nos casos em que não há o adequado cuidado pré-natal.

Em relação ao quadro clínico das pacientes, no início deste trabalho, tinha-se como hipótese que as pacientes com diagnóstico de DM1 e DM2 apresentariam mais conhecimento sobre a doença do que as pacientes do grupo com diagnóstico de DMG, o que não ocorreu. As pacientes com diagnósticos de DM2 não mostraram mais conhecimento pelo quadro clínico quando comparadas às pacientes com DMG e ainda, grande parte das pacientes, tanto com diagnóstico de DM2, quanto com diagnóstico de DMG, não demonstraram nenhum conhecimento pelo quadro clínico. Pace, Ochoa-Vigo, Caliri & Fernandes (2006) realizaram uma pesquisa sobre o conhecimento do diabetes *mellitus* e identificaram que a maioria dos pacientes não apresentavam bom conhecimento sobre o quadro clínico sendo que, apenas 28,6% deles relataram algum conhecimento sobre o que é a doença e suas causas.

Considerando também a escolaridade em relação ao conhecimento das pacientes sobre o seu diagnóstico, contrariando o que era esperado, as pacientes com ensino superior completo ou incompleto apresentaram menor percentual de *conhecimento pelo quadro clínico* quando comparadas a pacientes com escolaridade fundamental ou de ensino médio. Além disso, também em comparação a pacientes com menor escolaridade, foi observado um maior percentual da variável *ausência de conhecimento pelo quadro clínico*.

Esses resultados também foram observados no estudo de Murata et al. (2003) que buscaram verificar os fatores associados ao conhecimento sobre o diabetes *mellitus*. Os autores identificaram que, apesar de seu grupo de participantes apresentar em 85% o ensino médio completo e 46% o ensino superior completo, a maioria deles não compreendia o que era a doença e nem mesmo o seu tratamento, dados que se aproximam do observado no presente trabalho.

Apesar de grande parte dos dados do presente estudo indicar a *falta de conhecimento sobre o quadro clínico*, observa-se que poucas foram as pacientes que conseguiram expressar dúvidas sobre o seu diagnóstico durante coleta de dados Assim, é importante considerarmos algumas possibilidades diante desse comportamento tais como: a ausência de dúvidas devido a incompreensão total do seu diagnóstico, a dificuldade em expressar com palavras suas dúvidas ou ainda, a dificuldade em questionar seu quadro clínico para uma profissional que a paciente, provavelmente, ainda não estabeleceu uma relação de confiança.

6.1.2 Suporte social, condições psicológicas das pacientes, hábitos de vida e percepção do relacionamento conjugal

Durante a avaliação, foi questionado às pacientes a frequência com que realizavam atividades de lazer. Foi solicitado às pacientes que considerassem lazer atividades com objetivo de relaxar, distrair ou se ocupar nas horas vagas. Assim, buscava-se obter uma percepção das pacientes sobre um dos aspectos associados a suporte social que vivenciassem em seu dia-a-dia. Notou-se, porém, que mais da metade das pacientes avaliadas descreveram não ter atividades com essa função em sua rotina e muitas vezes em seus relatos havia a descrição de pouco tempo disponível para isso em função das atividades de trabalho e cuidados da casa.

Apesar do pouco envolvimento em atividades de lazer, de modo geral, as pacientes referiam sentir-se apoiadas pela família e amigos, estando essa percepção associada ao suporte social recebido. Baptista, Baptista & Torres (2006) apontam para a importância dessa percepção como uma estratégia de enfrentamento a eventos de vida estressantes, sobretudo àqueles associados ao período gestacional tais como: alterações corporais, mudanças no relacionamento conjugal e preocupações com a gestação e o parto.

Um outro ponto a ser considerado como fonte de suporte social é a religiosidade, mencionado pelas participantes como um importante fator em mais de 80% dos casos. Entende-se aqui como religiosidade um conjunto de crenças, práticas e rituais designados a aproximação com o que é considerado sagrado (Koenig, Mccullough & Larson, 2001). Dessa forma, neste trabalho foi considerada religiosidade qualquer manifestação dessa aproximação referida pela paciente. Silva, Ronzani & Furtado (2009) encontraram em seu estudo prevalências de religiosidade ainda maiores do que no presente trabalho, acima dos 90%, e apontam a importância da religiosidade como estratégia de enfrentamento às condições de saúde, auxiliando na adesão ao tratamento.

Ainda em relação ao suporte social, os resultados obtidos através da escala MOS estão de acordo com as informações obtidas na entrevista. Assim, quando observamos os valores correspondentes à pontuação *geral* do instrumento, percebemos que esses dados podem estar relacionados à *percepção das pacientes do apoio social recebido por amigos e/ou familiares*. Além disso, as maiores pontuações obtidas pelo instrumento são referentes ao domínio *apoio afetivo e interação positiva*, ou seja, suporte social recebido através de demonstrações físicas de afeto e disponibilidade para estarem juntos e relaxarem. Na entrevista, esse domínio pode estar relacionado à questão "*se você precisar, dispõe de alguém para lhe dar um abraço?", "alguém para divertir e relaxar com você?"* e ainda *"alguém que demonstre amor e carinho por você?"*.

Esse instrumento, utilizado para mensurar o suporte social recebido, apresenta propriedades adequadas para a identificação dessa variável na população de gestantes como mostram os dados de Silva e Coutinho (2005). Esses autores realizaram confiabilidade teste-reteste e estrutura de concordância dessa escala em gestantes, obtendo bons indicadores de uso para esta população. No entanto, foram realizadas buscas na literatura por outros estudos que utilizaram essa escala para avaliação de suporte social em gestantes e não foram observados trabalhos com gestantes consideradas

de alto risco. Embora sem a utilização de um instrumento, Schwartz, Vieira & Geib (2008) desenvolveram uma pesquisa exploratória com gestantes adolescentes e analisaram a percepção dessas pacientes quanto ao suporte social recebido. Os resultados obtidos sugerem a importância da rede de suporte familiar para o enfrentamento das dificuldades do período gestacional. Conforme também apontam Piccinini, Rapoport, Levandowski e Voigt (2002), o suporte social é uma importante contribuição para a percepção positiva da experiência da maternidade.

Em relação às condições psicológicas das pacientes avaliadas, 36,36% das gestantes apresentaram presença de sintomas de ansiedade e sintomas de depressão, prevalência superior à descrita na literatura. Em geral, os estudos apontam para uma variação na prevalência de gestantes com quadro depressivo de 9 a 25% (Botega & Dias, 2002; Marcus, 2009, Melville et al., 2010). Os dados encontrados no presente estudo corroboram os achados de Ragland et al. (2010) que identificaram uma prevalência de 42% de gestantes diabéticas com quadro depressivo. Também estão de acordo com os resultados de Gorayeb, Gorayeb, Berezowski & Duarte (2013) que realizaram um estudo com gestantes cujos fetos apresentavam malformação e identificaram sintomas de ansiedade e depressão com prevalência acima de 40%.

É importante considerarmos que o instrumento utilizado para a avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão, o HAD, apesar de ser bastante utilizado em contextos de saúde e ter adequadas propriedades psicométricas para tal, não é um instrumento específico para o período da gestação. Apesar de a escala não considerar os sintomas físicos típicos de quadros depressivos e ansiosos (alteração de ritmo cardíaco, sudorese, alteração de libido, alteração de sono) como critérios para identificação de presença de sintomas, ela considera alguns sentimentos/sensações que podem ser específicos do período gestacional (alteração do ritmo das atividades diárias, sensação de aperto no estômago e alteração dos cuidados com a aparência). Como já enfatizaram Coverdale, Mccullough, Chevernak e Bayer (1996), a falta de instrumentos específicos para o período gestacional permanece até os dias atuais e são necessários esforços científicos para o desenvolvimento de instrumentos apropriados. Esse fato pode ter contribuído para uma prevalência maior de sintomas de ansiedade e depressão do que, em geral, se encontra na literatura. Outro fator que pode ter contribuído para essa discrepância da prevalência dos sintomas relaciona-se ao tamanho da amostra utilizada neste trabalho. Pereira & Lovisi (2008) apontam para a importância do tamanho amostral para a

realização de algumas análises. Nesse estudo de revisão de literatura para investigação de prevalência de depressão na gestação, os autores encontraram valores ainda maiores em estudos com amostras abaixo de cem participantes. No presente trabalho, o tamanho amostral determinado não foi atingido em função do número de pacientes disponíveis no ambulatório no período de coleta de dados, perdas amostrais devido aos critérios de inclusão utilizados e apenas um pesquisador realizando a coleta de dados.

Ainda considerando aspectos psicológicos, em relação ao estresse, os resultados obtidos neste trabalho mostram que as participantes apresentaram uma média de sintomas de estresse próxima ao que é encontrado na população geral de gestantes, quando realizadas comparações com estudos que utilizaram o mesmo instrumento. (Segato, Andrade, Vasconcellos, Matias & Rolim, 2009). No entanto, esses resultados com as gestantes estão acima dos observados na população geral (Cohen & Williamson, 1988; Luft et al., 2007). É importante enfatizarmos que poucos são os estudos sobre gestação e estresse utilizando a Escala de Estresse Percebido. No presente trabalho, a escolha por esta escala foi feita por se tratar de um instrumento de avaliação global de estresse traduzida, validada e adaptada para a população brasileira, com propriedades psicométricas adequadas para essa variável.

Na literatura, encontramos muitos trabalhos que avaliaram sintomas de estresse com a utilização de outros instrumentos e que, assim como no presente estudo, também apontam para altos índices de sintomas de estresse no período gestacional (Araújo, Albertini & Guimarães, 2010, Rodrigues & Schiavo, 2011, Correia, Santos, Calheiros & Vieira, 2011). Estudos tem demonstrado os efeitos deletérios de altos níveis de estresse, medidos pelo cortisol sanguíneo, e a associação com predisposição para abortos espontâneos (Greenberg, 2002) e trabalho de parto prematuro (Steer, 2005).

Embora haja um número expressivo de pacientes com sintomas de ansiedade, depressão e estresse, constata-se que poucas são as pacientes que buscaram algum tipo de apoio psicológico através de atendimentos psicológicos e psiquiátricos. É importante considerarmos algumas possibilidades associadas a tal fato. Embora isso não tenha sido mensurado, durante a entrevista, algumas pacientes relataram ter a concepção de que o atendimento psicológico e psiquiátrico são considerados por elas como último recurso para lidar com as dificuldades e descrevem esses atendimentos como sendo úteis apenas para pessoas que não apresentam o juízo crítico preservado. Além disso, algumas pacientes referiram não ter acesso a esses atendimentos em sua rede de saúde ou ainda,

também referiram que mesmo após relatar sintomas depressivos e/ou ansiosos à equipe médica e de enfermagem, não foram encaminhadas para esses profissionais. Assim, independente desses argumentos, nota-se que os atendimentos em saúde mental ainda não são disponibilizados para toda a população como os demais tipos de atendimento à saúde e muitas vezes não são alternativas reconhecidas entre os pacientes ou mesmo entre as equipes de saúde, o que deve ser amplamente trabalhado pelos profissionais da psicologia

Como hábitos de vida, considerou-se a frequência de uso de álcool, drogas e tabagismo. Nesses três quesitos, os resultados aqui encontrados estão aquém do se encontra na literatura (Kelly, Zatzick & Anders, 2001; Pinheiro, Laprega & Furtado, 2005; Moraes & Reichenheim, 2007). No estudo desenvolvido por Pinheiro, Laprega & Furtado (2005) constatou-se que a prevalência de uso de álcool em algum momento da gestação foi de 33,70%, cerca de quatro vezes maior que o encontrado no atual trabalho. O uso e abuso de álcool na gestação está associado a restrição de crescimento fetal, à deficiências cognitivas do bebê, à síndrome fetal alcoólica, entre outros (Freitas & Botega, 2002) e por isso, tem sido bastante discutido em estudos com gestantes. A mesma preocupação é percebida quando se refere a uso de drogas ilícitas no período gestacional. Sabe-se que o uso dessas substâncias está associado a diversos riscos tanto à gestante quanto para o feto, dentre eles, o parto prematuro e o descolamento prematuro de placenta (Delaney et al., 1997). Poucas foram as pesquisas epidemiológicas encontradas que relacionaram gestação e consumo de drogas ilícitas, porém, estima-se que 10% das pacientes norte-americanas façam uso de cocaína e entre 10% e 27% utilizem maconha durante a gestação (Yamaguchi, Cardoso, Torres & Andrade, 2008). No atual trabalho nenhuma das pacientes refereriu uso de drogas ilícitas durante a gestação, no entanto, 10% delas referiu uso frequente antes do período da gravidez.

Em relação ao tabagismo, no presente estudo, encontrou-se uma prevalência de 12,12%, abaixo do que se observa na literatura. No estudo de Kroeff et al. (2004), gestantes de todas as regiões brasileiras foram questionadas sobre o hábito de fumar e como resultados, os autores constataram que 17,5% das gestantes eram fumantes. Outros trabalhos apontam para uma prevalência de aproximadamente 30% de gestantes tabagistas (Horta, Victora, Barros, Santos & Menezes, 1997; Kirkland, Dodds & Brosky, 2000). Além disso, esses estudos identificaram que, na gravidez, cerca de 20% das gestantes deixam de fumar. No presente trabalho não foram computados os dados de cessar o tabagismo em função da gravidez.

Nota-se que, tanto em relação ao uso de álcool, uso de drogas ilícitas e em relação ao tabagismo, os dados aqui descritos estão abaixo da prevalência encontrada na literatura. Tal questão pode estar associada ao fato da entrevista ser realizada no primeiro contato da pesquisadora com a paciente avaliada. É comum identificarmos uma postura coercitiva da equipe médica em relação à paciente na tentativa de controlar o comportamento das mesmas quanto ao uso de álcool, drogas ilícitas, consumo de cigarros e também em relação à adesão ao tratamento pré-natal. Dessa maneira, as pacientes muitas vezes deixam de apresentar sua realidade de vida à equipe como forma de se esquivar das repreensões que podem vir a receber. Essa mesma condição pode ter sido reproduzida durante o contexto da coleta de dados, visto que a pesquisadora realizou as entrevistas no ambulatório de atendimento pré-natal junto à equipe de saúde.

O questionamento do relacionamento conjugal, assim como a investigação dos hábitos de vida, foram realizados ao final do atendimento, já que nesse momento, provavelmente, a paciente estaria mais a vontade diante da entrevista. Essa estratégia tinha como objetivo a tentativa de controlar o viés da não vinculação existente entre paciente e pesquisadora. No entanto, mesmo com esse cuidado, identificou-se as mais diversas reações: algumas pacientes mostravam-se bastante abertas e viam naquele momento a possibilidade de dividir angústias e possíveis situações de conflito que estavam vivenciando, outras pacientes pareciam sentir-se pouco à vontade, respondendo apenas ao que lhes foi questionado. Assim, identificamos pelo comportamento verbal das pacientes, a satisfação com relacionamento conjugal em mais de 80% dos casos avaliados, o que pode não reproduzir com fidedignidade a realidade. Diante disso, para um estudo futuro, sugere-se que a entrevista de avaliação seja realizada ao menos em dois encontros, possibilitando à paciente um ambiente acolhedor e com uma figura de entrevistador não tão distanciada.

6.1.3 Associação e Comparação entre variáveis estudadas

Serão discutidas, neste momento, apenas as principais descobertas identificadas a partir das análises estatísticas realizadas.

Em relação à comparação de *características sociodemográficas* e sintomas de *ansiedade* e *depressão*, não foram identificadas associações estatísticas no presente trabalho, o que difere do que vem sendo apresentado pela literatura (Cunninggham &

Zayas, 2002; Pereira & Lovisi, 2008, Benute et al., 2010). No trabalho de Pereira & Lovisi (2008), uma revisão de literatura, os autores referem que os estudos tem associado a depressão na gravidez com baixa renda e baixa escolaridade, o que não foi observado na presente pesquisa. Isso pode ter ocorrido em função da amostra avaliada ser constituída basicamente por gestantes de baixa renda e baixa escolaridade, portanto, um viés a ser considerado.

Quando as análises realizadas envolvem aspectos gestacionais e aspectos psicológicos, como sintomas de ansiedade e depressão, observamos uma associação entre *sintomas depressivos* e *número de gestações*, corroborando os dados obtidos por Ragland et al. (2010), um estudo também realizado com gestantes diabéticas. No entanto, é importante enfatizar que, por se tratar de uma análise com o Teste Exato de Fisher, não é possível identificar relações de causalidade entre essas variáveis. Além disso, não foram observados outros trabalhos com gestantes que fizeram especificamente essa associação.

Ainda considerando aspectos gestacionais, em relação ao trimestre gestacional e sintomas psicológicos, neste estudo, não foram observadas evidências de associação entre sintomas de *ansiedade* e *depressão* e *trimestre gestacional*, corroborando dados de Baptista, Baptista & Torres (2006). Nesse sentido, tais resultados confrontam o apontamento de Bortoletti (2007) referindo-se à estabilidade emocional observada no segundo trimestre gestacional. Como os estudos não apresentam uma associação entre depressão e trimestres gestacionais, não podemos dizer que algum desses trimestres da gravidez seja mais tranquilo. Relacionando também, no presente estudo, *ansiedade* e *trimestres gestacionais*, não foram evidenciadas associações estatísticas, diferindo dos achados de Singh & Saxena (1991) que apontam para o aumento da ansiedade no primeiro trimestre, diminuição da mesma até o oitavo mês de gestação e novo aumento dos sintomas após esse período, até o parto.

É comum encontrarmos apontamentos na literatura e no senso comum, relacionando o planejamento da gravidez e estabilidade emocional no período gestacional. No presente trabalho, não foram evidenciadas associações entre presença de sintomas de *depressão* e *planejamento da gravidez*, e o que se encontra na literatura sobre o tema é bastante controvérsia entre os resultados. Benute et al. (2011) e Molina & Kiely (2011) relacionaram sintomas depressivos com planejamento da gravidez e não encontraram associações estatísticas enquanto que, em outro estudo, Benute et al. (2010)

encontraram associações entre as variáveis planejamento da gravidez e depressão. No presente trabalho, também não foram evidenciadas associações entre o *planejamento da gravidez* e sintomas de *ansiedade* e *estresse* e na literatura não foram encontrados estudos que relacionaram essas variáveis.

Quando comparados os *diagnósticos de encaminhamento* (DM1, DM2 e DMG) com sintomas de *ansiedade* e *depressão*, não evidenciamos associação entre as variáveis e esses resultados estão de acordo com o que encontramos no trabalho de Katon et al. (2011). Couto et al. (2009) encontram relação entre sintomas de ansiedade e depressão e diagnósticos de risco, no entanto, dentre esses diagnósticos não são avaliadas gestantes com diabetes.

Também referente ao quadro clínico, quando analisado o conhecimento das pacientes sobre o diagnóstico de encaminhamento relacionando a dados gestacionais, encontramos uma associação entre *conhecimento sobre o quadro clínico* e *trimestre gestacional*. Fica evidente que pacientes com diagnóstico de DMG são encaminhadas no terceiro trimestre e que, pacientes com diagnóstico de DM1 são encaminhadas quase que na totalidade no primeiro trimestre e as pacientes com o diagnóstico de DM2, são igualmente encaminhadas no primeiro e segundo trimestre da gravidez. Conforme apontado nos resultados, o momento do encaminhamento para o serviço de pre-natal de alto risco ocorre a partir do diagnóstico do diabetes *mellitus*. Quanto antes ocorre o diagnóstico, antes ocorre o encaminhamento ao serviço especializado. O diagnóstico de DMG, em geral, é realizado no terceiro trimestre. Assim, os resultados aqui obtidos, estão de acordo com o que é observado na prática do ambulatório.

Em relação aos aspectos psicológicos, para avaliar os tipos de suporte social percebido pelas pacientes, além da utilização dos resultados da Escala de Suporte Social (MOS), utilizou-se também dados provenientes da entrevista, como questões sobre a *rotina da paciente em relação a atividades de lazer*, *percepção de apoio por amigos/familiares* e *religiosidade*. Associando estas variáveis da entrevista com sintomas de *ansiedade*, *depressão* e *estresse*, encontramos que pessoas com mais atividades de lazer em sua rotina apresentam menos sintomas de depressão e isso também ocorre com as pacientes que tem melhor percepção dessas atividades de lazer. Também foram obtidas associações entre a *presença de atividade de lazer* e sintomas de *estresse*, sendo que pessoas com mais atividade de lazer em sua rotina apresentaram menos sintomas de estresse.Esses resultados confirmamos achados de Baptista, Baptista & Torres (2006) que

apontam para o suporte social como um fator que contribui para amenizar as situações de estresse do cotidiano, sobretudo em situações onde ocorrem diversas modificações fisiológicas e psicossociais, como é o caso da gravidez. Pereira, Santos & Ramalho (1999) encontraram também uma relação entre sintomas de estresse e suporte social e sugerem que níveis reduzidos de suporte parecem predispor a gestante a uma vulnerabilidade física e emocional que pode ser mensurada através dos sintomas de estresse.

Ainda referente ao suporte social, Dalgalarrondo (2006) descreve a religiosidade como um importante fator de suporte social. No entanto, esses dados não foram confirmados pelo presente trabalho. O estudo de Silva, Ranzini & Furtado (2009) também não evidenciou essa associação, apesar de identificar que pacientes com práticas religiosas apresentam mais bem estar psicológico. Relacionando também a variável *religiosidade* com sintomas de *ansiedade* e *depressão*, neste estudo, não foram encontradas associações, contrariando os resultados de Benute et al. (2011) que apontam para relação entre a religiosidade e sintomas depressivos. Pacientes com religiosidade apresentam menos sintomas de depressão e menores riscos de suicídio, portanto, pode ser reconhecida como um fator de proteção.

Considerando as comparações entre as váriáveis *fez acompanhamento psicológico*, *fez acompanhamento psiquiátrico* e *sintomas de ansiedade*, *depressão*, *estresse* e *suporte social*, diferentemente do que era esperado, identificamos que pacientes que já fizeram acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico apresentam mais sintomas de estresse, mais sintomas de ansiedade e depressão e menores níveis de suporte social. Na literatura, não foram observados estudos que apresentaram essas associações. No entanto, deve-se considerar que, este trabalho não avaliou se essas pacientes buscaram o atendimento espontaneamente ou foram encaminhadas por outros profissionais de saúde, fator que pode ser um viés para tais resultados. As pacientes podem ter demonstrado mais os sintomas à equipe de saúde, e assim foram mais facilmente identificadas, sendo encaminhadas ao serviço de atendimento psicológico e/ou psiquiátrico. Portanto, não podemos observar uma relação de causalidade entre essas variáveis. Para haver uma compreensão dessa relação entre acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico e sintomas psicológicos, novos estudos devem ser realizados.

Quando associamos os dados obtidos nos três instrumentos utilizados neste trabalho para mensurar sintomas de *ansiedade* e *depressão* pelo HAD, *suporte social* pela

MOS e *estresse* pela EPP, observamos uma relação importante entre todas essas variáveis. Nota-se que pacientes com sintomas de ansiedade e depressão apresentaram menores índices de suporte social, o que corrobora dados obtidos por Lancaster et al. (2010). Além disso, pacientes com maiores índices de estresse apresentaram níveis mais baixos na escala de percepção de suporte social, sugerindo uma correlação invertida e moderada entre as variáveis. Porém, na literatura não foram encontrados outros estudos que sugerissem essa relação, principalmente por não identificarmos estudos que associaram esses dois intrumentos. Assim, são necessários novos estudos para confirmar as relações observadas.

Entender essas associações, de acordo com Baptista, Baptista & Torres (2006), possibilita desenvolver estratégias de suporte social que possam influenciar diretamente nos sintomas de ansiedade, depressão e estresse e, assim, minimizar o impacto das mudanças do período gestacional.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho possibilitou a ampliação do conhecimento de características de uma amostra brasileira de gestantes diabéticas. Apesar de sua natureza quantitativa os dados coletados permitiram a compreensão de alguns aspectos sociodemográficos e psicológicos da população avaliada. Os resultados obtidos apontam para o baixo conhecimento pelas pacientes do diabetes *mellitus*, principalmente quanto às repercussões deste quadro clínico na gestação e no desenvolvimento fetal. Observa-se que tal falta de conhecimento não foi relacionado à idade e ao nível de escolaridade das pacientes, porém foi relacionada aos tipos de diabetes. Além disso, referente à gestação, constatou-se que grande número de gestações não são planejadas, porém, esses dados não foram associados a outras variáveis psicológicas, como ansiedade e depressão.

Quanto aos sintomas de ansiedade e depressão, os resultados apontam para uma grande porcentagem da população avaliada com significativos sintomas, o que deve ser considerado como um elemento fundamental no desenvolvimento de intervenções psicológicas durante o acompanhamento pré-natal dessas pacientes. Constatou-se também que esses sintomas relacionaram-se a um menor suporte social percebido e maiores sintomas de estresse, porém esses sintomas psicológicos não foram relacionados com aspectos da gravidez, como trimestre gestacional e o planejamento desta gestação. No entanto, esses mesmos sintomas foram associados a menor busca por atendimento psicológico e psiquiátrico.

Devido o número reduzido de estudos com enfoque psicológico na área de gestação de alto-risco no Brasil, faz-se necessário desenvolver novos trabalhos com amostras mais amplas que possibilitem a generalização dos resultados. Além disso, devido ao caráter transversal da pesquisa, seria importante considerar um estudo longitudinal como forma de verificar o curso das variáveis estudadas ao longo de todo o ciclo gravídico.

REFERÊNCIAS[1]

American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Health Care for Underserved Women (2006). ACOG Committee Opinion N.343: psychosocial risk factors: Perinatal screening and intervention. *Obstetrics & Gynecology, 108*, 469-77.

American Diabetes Association (2012). Diagnosis and classification of diabetes *mellitus. Diabetes Care, 35(1*), 64-70.

American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4ª ed. Texto revisado). Washington, DC: APA.

Andersson, L. Sundstön-Poromaa, I., Aström, M. & Bixo, M. (2006). Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 85(8),* 937-944.

Araújo, M. A. de, Albertini, R. & Guimarães, F. P. (2010). Incidência de sintomas de estresse em primíparas: Vivências e relatos de mulheres. *Polêm!ca, 9(4),* 64-73.

Araújo, D. M. R., Pereira, N. de L., Kac, G. (2007). Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática de literatura. *Cadernos de Saúde Pública, 23(4),* 747-756.

Baptista, M. N. (2004). Psicoterapias comportamental e cognitiva: aspectos teóricos e terapêuticos no manejo da depressão e suicídio. In. Baptista, M. N. *Suicídio e depressão: atualizações,* (pp. 161-176), Rio de Janeiro, RJ: Guanabara-Koogan.

Baptista, A. S. D. & Baptista, M. N. (2005). Avaliação de depressão em gestantes de alto risco em um grupo de acompanhamento. *Interação em psicologia, 9(1),* 155-163.

Baptista, M. N., Baptista, A. S. D. & Torres, E. C. R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *PSIC- Revista de Psicologia da Vetor Editora. 7(1),* 39-48.

Benute, G. R. G.; Nomura, R. M. Y.; Reis, J. S.; Fraguas, R. J.; Lucia, M. C. S. de & Zugaib, M. (2010). Depression during pregnancy in women with a medical disorder: risk factors and perinatal outcomes. *Clinics, 65(11),* 1127-1131.

[1] De acordo com as Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: documento eletrônico e impresso – Parte II (APA – *American Psychological Association*). São Paulo

Benute, G. R. G.; Nomura, R. M. Y.; Jorge, V. M. F.; Nonnenmacher, D.; Fraguas, R. J.; Lucia, M. C. S. de & Zugaib, M. (2011). Risco de suicídio em gestantes de alto risco: um estudo exploratório. *Revista Associação Médica Brasileira, 57(5),* 583-587.

Beydoun, H. & Saftlas, A. F. (2008). Physical and mental health outcomes of prenatal maternal stress in human and animal studies: A review of recent evidence. *Paediatric and perinatal Epidemiology, 22,* 438-466.

Biasoli-Alves, Z. M. M. (1998). A pesquisa em psicologia: Análise de métodos e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico. In. Romanelli, G. & Biasoli-Alves, Z. M. M. (orgs). *Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa*. (Cap. XX, pp.135-157). Ribeirão Preto, SP: Legis Summa.

Bortoletti, F. F. (2007). Psicodinâmica do ciclo gravídico-puerperal. In. Bortoletti, F. F., Moron, A. F., Filho, J. B., Nakamura, M. U., Santana, R. M. & Mattar, R. (Orgs). *Psicologia na prática obstétrica: Abordagem interdisciplinar*. (pp.21-31), Barueri, SP: Manole.

Botega, N. J. et al. (1998). Validação da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD) em pacientes epiléticos ambulatoriais. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 47(6),* 285-289.

Botega, N. J. & Dias, M. K. (2002). Gravidez e puerpério. In. Botega, N. J. (org). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. (pp.285-297), Porto Alegre, RS: Artmed.

Caldeyro-Barcia, R. (1973). Frecuencia cardíaca y equilíbrio acido base del feto. Montevideo: *Centro latinoamericano de perinatologia y desarollo humano*.

Caplan, G. (1974). *Support Systems and community mental health: Lectures on concept development*. New York: Behavioral Publications.

Chou, F. H., Avant, K. C., Kuo, S. H. & Fetzer, S.J. (2008). Relationships between nausea and vomiting perceived stress, social support, pregnancy planning, and psychosocial adaptation in a sample of mother: a questionnaire survey, *45,* 1185-1191.

Cohen, S. & Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the U. S. In. S. Spacapam & S. Oskamp (Org). *The social psychology of health: Claremont symposium on applied social psychology*, 31-67. Newbury Park.

Cohen, S., Doyle, W. J., Skoner, D. P., Rabin, B. S., & Gwaltney Jr, J. M., (1997). Social ties and susceptibility to the common cold. *Journal of the American Medical Association, 277,* 1940–1944.

Conde, A. & Figueiredo, B. (2003). Ansiedade na gravidez: Factores de risco e implicações para a saúde e bem estar da mãe. *Psiquiatria Clínica, 24(3),* 197-209.

Consonni, E. B. (2002). Repercussões de um programa multidisciplinar de preparo para o parto e maternidade: Ansiedade materna e resultados perinatais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 24,* p.205.

Cooper, M. S. N. & Rachel, L. (1996). The preterm prediction study maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty five weeks gestation. *American Journal of Obstetrics & Gynecol*ogy, *175,* 1286-1292.

Corrêa, F. H. S. & Gomes, M. de B. (2004). Acompanhamento ambulatorial de gestantes com diabetes *mellitus* no Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo, 48(4),* 499-504.

Couto, E. R.; Couto, E.; Vian, B.; Gregório, Z.; Nomura, M.; Zaccaria, R.; & Passini, R. J. (2009). Quality of life, depression and anxiety among pregnant women with previous adverse preganancy outcomes. *Medical Journal, 127(4),* 185-189.

Coverdale, J. H., Mccullough, L. B., Chervernak, F. A. & Bayer, T. (1996). Clinical implications and management strategies when depression occurs during pregnancy. Australian New Zeland Journal Obsteric and Gynecology, *36(4),* 424-429.

Cunningham, M. & Zayas, L. H. (2002). Reducing depression in pregnancy: designing multimodal interventions. *Social Work, 47(2),* 114-123.

Daher, A. S., Baptista, M. N. & Dias, R. R. (1999). Aspectos relevantes da depressão na gravidez e dos transtornos pós parto. *Psico-Usf, 4(1),* 77-89.

Dalgalarrondo, P. (2006). Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, *8(3),* 177-178.

Delaney, D. B., Larrabee, K. D., Monga, M. (1997). Preterm premature rupture of membranes associated with recent cocaine use. American Journal Perinatology, *14,* 285-288.

Dessen, M. A. & Braz, M. P. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 16(3),* 221-231.

Faisal-Cury, A. & Menezes, P. R. (2006). Ansiedade no puerpério: Prevalência e fatores de risco. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*; *28,* 171-178.

Freitas, G. V. S. & Botega, N. J. (2002). Gravidez na adolescência: Prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Revista da Associação de Medicina Brasileira, 48(3),* 245-249.

Golbert, A. & Campos, M. A.(2008). Diabetes melito tipo 1 e gestação. *Arquivos Brasileirso de Endocrinologia & Metabologia, 52(2),* 307-314.

Gorayeb, R. P.; Gorayeb, R.; Berezowki, A. T. & Duarte G. (2013). Effectiveness of psychological intervention for treating symptoms of anxiety and depression among pregnant women diagnosed with fetal malformation. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, *121*, 123-126.

Greenberg, J. (2002). Administração do estresse. 6ª ed., Manole, São Paulo.

Griep, R. H., Chor, D., Faerstein, E. & Lopes, C. S. (2003). Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no estudo pró-saúde. *Caderno de Saúde Pública, 19(2),* 625-634.

Griep, R. H., Chor, D., Faerstein, E. Lopes, C. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró Saúde. *Cardeno de Saúde Pública, 21(3),* 703-714.

Grimstad H, Scheir B, Backe B, Jacobsen G.(1999). Anxiety, physical abuse, and low birth weight. *Scandinavian Journal Public Health*; *27,* 296-300.

Horta, B. L., Victora, C. G., Barros, F. C., Santos, I. S., Menezes, A. M. B. (1997). Tabagismo em gestantes de área urbana da região sul do Brasil, 1982 e 1993. Revista de Saúde Pública, *31,* 247-253.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2012). Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas.

Karkow, F. J., Madi, J. M., Oliveira Filho, P. F. de, Godoy, R. F. de, Karkow, A. G. M. (2006). Estado de estresse no último trimestre gestacional, segundo o tipo de parto idealizado. http://www.moreirajr.com.br/texto1.asp. Recuperado em 18/05/2011.

Katon, J. , Russo, J. Gavin, A. R. , Melville, J. L, Katon, W. J. (2011). Diabetes and depression in pregnancy: Is there na association? *Journal of women's health, 20(7),* 983-989.

Kelly, R. H., Zatzick, D. & Anders, T. (2001). The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in obstetrics. *American Journal Psychiatry, 158,* 213-219.

Kingston, D. & Heaman, M. (2012). Factors associated with perceived stress and stressful life events in pregnant women: Findings from the Canadian maternity experiences survey. *Matern Child Health, 16,* 158-168.

Kirkland, S. A., Dodds, L. A., Brosky, G. (2000). The natural history of smoking during pregnancy among women in Nova Scotia. Canadian Medical Association Journal, *163,* 281-282.

Koenig, H. G., Mccullough, M. E. & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health.* Oxford University Press, New York, 628p.

Kroeff, L. R., Mengue, S. S., Schmidt, M. I., Duncan, B. B., Favaretto, A. L. F. & Nucci, L. B. (2004). Fatores associados ao fumo em gestantes avaliadas em cidades brasileiras. *Revista de Saúde Pública, 38(2),* 261-267.

Lancaster, C. A., Gold, K. J., Flynn, H. A. Yoo, H., Marcus, S. M. & Davis M. M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal Obstetrics Gynecology, 202,* 5-14.

Lipp, M. E. N. (1994). Validação empírica do inventário de sintomas de estresse. *Estudos de Psicologia, 11(3),* 43-49.

Luft, C. D. B., Sanches S. de O., Mazo, G. Z. & Andrade, A. (2007). Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: Validação para idosos. *Revista de Saúde Pública, 42(4),* 606-615.

Maganha, C. A., Vanni, D. G. B. S., Bernardini, M. A. & Zugaib, M. (2003). Tratamento do diabetes Melito Gestacional. *Revista Associação Médica Brasileira, 49(3),* 330-334.

Maldonado, M. T. (1997). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério.* Petrópolis: Vozes.

Maldonado, M. T. & Dickstein, J. (2010). *Nós estamos grávidos.* São Paulo: Integrare.

Mancuso, R. A., Schetter, C. D., Rini, C. M., Roesch, S. C.; Hobel, C. J. (2004). Maternal prenatal anxiety and corticotrophin-releasing hormone associated with timing of delivery. *Psychosomatic. Medicine, 66,* 762-769.

Marcus, S. M. (2009). Depression during pregnancy: rates, risks and consequences. *Canadian Journal Clinical Pharmacology, 16(1),* 15-22.

Melville, J. L.; Gavin, A.; Guo, Y.; Fan, M.; Katon, W. J. (2010). Depressive disorders during pregnancy: Prevalence and risks factors in a large urban sample. *Journal of Obstetrics & Gynecology, 116(5),* 1064-1070.

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a saúde. (2000). *Gestação de Alto Risco.* 4ªed. Brasília: Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil; Série A: Normas e Manuais Técnicos.

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a saúde (2010). *Gestação de Alto Risco.*, 5ªed. Brasília: Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil; Série A: Normas e Manuais Técnicos.

Molina, K. M. & Kiely, M. (2011). Understanding depressive syntoms among high-risk, pregnant, African-American women. Women's Heath Issues, *21(4),* 293-303.

Montenegro Jr, R. M., Paccola, G. M. F. G., Faria, C. M., Sales, A. P. M., Montenegro, A. P. D. R., Jorge, S. M., Duarte, G. & Foss, M. C. (2001). Evolução materno-fetal de gestantes diabéticas seguidas no HC-FMRP-USP no período de 1992-1999. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia,45(5),* 467-474.

Montenegro, C. A. B. & Rezende, Jorge de (2008). *Obstetrícia Fundamental*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 607p.

Moraes, C. L. & Reichenheim, M. E. (2007). Rastreamento de uso de alcool por gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. Revista de Saúde Pública. *41(5),* 695-703.

Moura, E. R. F., Evangelista, D. R., Damasceno, A. K. de C. (2012). Conhecimento de mulheres com diabetes *mellitus* sobre cuidados pré-concepcionais e risco materno fetais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 46(1),* 22-29.

Murata, G. H., Shah, J. H., Adam, K. D., Wendel, C. S., Bokhari, S. U., Solvas, P. A. et al. (2003). Factors affecting diabetes knowledge in type 2 diabetic veterans. Diabetologia, *46*, 1170-1178.

Negrato, C. A., Montenegro Jr, R. M., Mattar, R., Zajdenverg, L., Francisco, R. P. V., Gonçalves Pereira, B,. Sancovski, M., Torloni, M. R., Dib, S. A., Viggiano, C. E., Golbert, A. Moises, E. C. D., Favaro, M. I., Calderon, I. S. F., Piliakas, V. D. D., Dias, J. P. L., Gomes, M. B. & Jovanovic L. (2010). Dysglicemias in pregnancy: from diagnosis to treatment. Brazilian consensus statement. *Diabetology & Metabolic Syndrome Journal, 2(27),* 6-14.

Öhman, S. G., Grunewald, C. & Waldenstrom, U. (2003). Women´s worries during pregnancy: testing the Cambridge Worry Scale on 200 swedish women. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 17(2),* 148-152.

Orr S., James S. A., Miller C. A., Barakat B. (1996) Psychosocial stressors and low birth weight in an urban population. *American Journal of Preventive Medicine, 12,* 459-466.

Pace, A. E., Ochoa-Vigo, K., Caliri, M. H. L. & Fernandes, A. P. M. (2006). O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. Revista Latino-americana de Enfermagem, *14(5).*

Pereira, P. K. & Lovisi, G. M. (2008). Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Psiquiatria Clínica, 35(4),* 144-153.

Pereira, M. da G.; Santos, A. C. & Ramalho, V. (1999). Adaptação à gravidez: Um estudo biopsicossocial. *Análise psicológica, 17(3),* 583-590.

Piccinini, C. A., Gomes, A. G.; Nardi, T. & Lopes, R. S. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em estudo, 13(1),* 63-72.

Piccinini, C. A., Rapoport, A., Levandowski, D. C. Voigt, P. R. (2002). Apoio social percebido por mães adolescentes e adultas: da gestação ao terceiro mês de vida do bebê. *Psico, 33(1),* 9-35.

Rodrigues, O. M. P. R. & Schiavo, R. de A. (2011). Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, *33(9),* 252-257.

Pinheiro, S. N., Laprega, M. R. & Furtado, E. F. (2005). Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública, 39(4),* 593-598.

Ragland, D., Payakachat, N., Hays, E. B., Banken, J., Dajani, N. K. & Ott, R. E. (2010). Depression and diabetes: Establishing the pharmacist's role in detecting comorbity in pregnant women. *Journal of the American Pharmacists Association, 50(2),* 195-199.

Secretaria Municipal de Saúde. (2008). *Protocolo para a assistência pré-natal e puerpério*. Disponível em: http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/. Acesso em outubro de 2011.

Santos, L. P. dos (2003). *Ansiedade e depressão associadas ao diagnóstico de diabetes mellitus gestacional.* Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.

Sherbourne, C. D., Stewart. A. L. (1991). The MOS social support. *Social Science Medicine, 38 (6),* 705-714.

Schwartz, T., Vieira, R. & Geib, L. T. C. (2008). Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. *Ciência & Saúde Coletiva, 16(5),* 2575-2585.

Segato, L., Andrade, A., Vasconcellos, D. I. C., Matias, T. S. & Rolim, M. K. S. B. (2009). Ocorrência e controle do estresse em gestantes sedentárias e fisicamente ativas. *Revista da Educação Física da Universidade Estadual de Maringá, 20(1),* 121-129.

Singh, U. & Saxena, M. S. (1991). Anxiety during pregnancy and after child birth. *Psychological Studies, 36(2),* 108-111.

Silva, K. S. da & Coutinho, E. S. F. (2005). Escala de apoio social aplicada a uma população de gestantes: confiablidade teste-reteste e estrutura de concordância dos itens. *Caderno de Saúde Pública, 21(3),* Rio de Janeiro.

Silva, L. S., Santos, R. C. & Parada, C. M. G. de L. (2004). Compreendendo o significado da gestação para grávidas diabéticas. *Revista Latino Americana de Enfermagem USP, 12(6),* 899-904.

Silva, C. S., Ronzani, T. M. & Furtado, E. F. (2009). Relações entre prática religiosa, depressão, ansiedade e uso de álcool entre gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde de Juiz de Fora. Juiz de Fora, *HU Revista, 35(2),* 111-118.

Souza, J. S. (2010). *Gestantes Hipertensas Hospitalizadas: Ansiedade, Depressão e Modos de Enfrentamento.* Dissertação de Mestrado, Pontífica Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.

Steer, P. (2005). The epidemiology of preterm labour. *BJOUG: na international journal of obstetrics and gynaecology, 112* (1-2).

Tedesco, J. (1997). Aspectos emocionais da gravidez de alto risco. In. Zugaib, M., Tedesco, J. & Quayle, J. (Orgs). *Obstetrícia psicossomática,* (pp.99-108), São Paulo: Atheneu.

Vasconcelos, E. M. (2010). A associação entre vida religiosa e saúde: Uma breve revisão de estudos quantitativos. *Revista Eletrônica de Informação e Inovação em Saúde,* Rio de Janeiro: *4(3),* 12-18, DOI: 10.3395/reciis.v4i3.381pt

Yamaguchi, E. T., Cardoso, M. M. S. C., Torres, M. L. A. & Andrade, A. G. de (2008). Drogas de abuso e gravidez. *Revista de Psiquiatria Clínica, 35(1),* 44-47.

Zigmond, A.D. & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatric Scandinavia, 67,* 361-370.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96)

NOME DA PESQUISA: "Caracterização psicossocial de gestantes diabéticas em acompanhamento pré-natal em hospital terciário"

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Psicóloga: Juliana Caseiro

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Gorayeb

Convido você a participar desta pesquisa, abaixo descrita:

No período gestacional ocorrem muitas alterações corporais, hormonais psicológicas e sociais na mulher. A saúde mental das gestantes é tema bastante discutido no meio científico, porém ainda são recentes os trabalhos realizados neste período.

Desta forma, a sua participação nessa pesquisa é muito importante para que possamos progredir nesse sentido. Ao participar do estudo você deverá responder algumas perguntas sobre você, como alguns dados sócio-demográficos (idade, escolaridade, local onde mora, profissão, renda), sua história gestacional (Gravidez anteriores, idade dos filhos), aspectos ao seu acompanhamento médico pré natal (motivo de acompanhamento no hospital, medicações utilizadas), rede de apoio social (lazer, pessoas significativas na sua vida), antecedentes psicológicos (se recebe ou já recebeu atendimento psicológico ou psiquiátrico) e sintomas psicológicos tais como de ansiedade, depressão e estresse. Sua participação ocorrerá em dias nos quais a Sr(a) tenha que comparecer ao hospital, evitando assim gastos financeiros como transporte.

Sua participação na pesquisa é voluntária e caso não aceite participar, isso em nada influenciará seu atendimento médico ou psicológico.

Dessa forma, gostaríamos de convidá-la a participar deste estudo. Caso aceite participar você precisa saber que:

1- A Sra. tem o direito de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a respeito desta pesquisa.

2- Sua identidade será mantida em sigilo. Os resultados obtidos serão publicados em revistas científicas, congressos e serão apresentados apenas os dados analisados, garantindo total anonimato dos dados de identificação.

3- Os riscos são considerados mínimos e correspondem a possibilidade de dificuldade com relação às respostas a questões apresentadas. Caso isso ocorra, a pesquisadora estará disponível para o esclarecimento de quaisquer dúvidas. O maior desconforto esperado é quanto ao tempo que o sr(a) terá que dispor para participar do estudo, em média 30 minutos.

4- Os participantes que apresentarem necessidades e/ou interesse de atendimento psicoterápico, verificada durante o estudo, serão encaminhados pela pesquisadora para a psicóloga contratada da Obstetrícia, Juliana Caseiro.

5- Para maiores esclarecimentos, em qualquer momento da pesquisa o serviço de psicologia poderá ser contatado através do telefone (16) 3602-2547 ou pelo comparecimento ao serviço de psicologia do HCFMRP-USP, localizado no 3° andar. Na ocasião, procurar Juliana Caseiro.

6- Sua participação a pesquisa poderá ser interrompida a qualquer momento e isso nada afetará seu tratamento médico-hospitalar.

7- Seu prontuário médico poderá ser consultado caso haja necessidade de dados complementares a respeito do quadro clínico e tratamento.

Eu,_____RG_____ , tendo sido esclarecido sobre as condições do estudo, especialmente no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, aos procedimentos a que serei submetido, aos riscos e benefícios do trabalho, declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e condições que me foram assegurados e que manifesto livremente minha vontade de participar do referido estudo.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 201__

_____ Juliana Caseiro
RG:43.584.4892-1

_____ Assinatura da participante

Serviço de Psicologia – HCFMRP-USP

Contato: (16) 3602-2547

Juliana Caseiro

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista estruturado

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data:__/__/_____ Entrevistador:_____

I-) Identificação e Dados sócio-demográficos

Nome:_____ Registro:_____

Idade:_____ Data de Nascimento: __/__/____

Cidade: _____ Telefone:_____

Escolaridade:
( ) Analfabeto
( ) Ensino Fundamental Incompleto
( ) Ensino Fundamental completo
( ) Ensino Médio incompleto
( ) Ensino Médio completo
( )Ensino Superior incompleto
( ) Ensino Superior completo
( ) Pós graduação

Anos de estudo:_____

Estado civil:
( ) casada ( ) amasiada ( ) Solteira ( ) Separada/Divorciada

Ocupação da gestante: _____ Encontra-se empregada? ( ) Sim ( ) Não

Ocupação do marido: _____ Encontra-se empregado? ( ) Sim ( ) Não

Renda familiar:

Valor Bruto:_____ Quantas pessoas dependem da renda? _____

Mora com: _____

Idade dos filhos(quando houver):_____

II-) Dados gestacionais

G__ P __ A__ C__ _____semanas _____ dias (pelo ultrasson)

Planejamento da gestação atual: ( )Sim ( ) Não

II) Pré Natal no HC:

Dados do prontuário:

HD: _____ Medicações em Uso: _____
_____ _____
_____ _____

Você conhece o motivo do encaminhamento para pré natal no HC? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual? _____
_____
_____

Tem conhecimento sobre seu quadro clínico? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, o que sabe?_____
_____
_____

Tem dúvidas a respeito do quadro clínico? ( ) Sim ( ) Não

Toma as medicações? ( ) Sim ( ) Não

Medicação	Dosagem	Horários
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Observações:
_____
_____
_____

III)- Lazer e rede de suporte social

Atividades de Lazer (existem atividades que você faça fora do horário de trabalho, fora de casa ou mesmo em casa, mas com o intuito de se distrair?)

( ) Sim ( ) Não, por quê?_____

E qual seu nível de satisfação em relação a isso?

( ) Satisfatório ( ) Indiferente ( ) Insatisfatório

Tem amigos ou pessoas da família com quem possa conversar sobre a vida, bater papo ou pedir ajuda em caso de problemas ou dificuldades?

( ) Sim ( ) Não Se sim, quem são essas pessoas? _____

Qual seu nível de satisfação em relação a isso?

( ) Satisfeita ( ) Indiferente ( )Insatisfeita

Você se sente apoiada pela família e/ou amigos? ( ) Sim ( ) Não

Você tem religião? ( ) Sim ( ) Não Qual? _____

Pratica a sua religião? (Vai a uma instituição ou atividades relacionadas a ela ao menos uma vez por semana)

( ) Sim ( ) Não ( ) Às vezes

IV-) Antecedentes Psicológicos

Alguma vez já fez tratamento psiquiátrico? (acompanhamento por pelo menos 3 meses)

( ) Sim ( ) Não

Alguma vez já fez acompanhamento psicológico? (por pelo menos 3 meses)

( ) Sim ( ) Não

Está em atendimento atualmente? Psicológico ( ) Sim ( ) Não
Psiquiátrico ( ) Sim ( ) Não

V-) Hábitos

Fumante? ( ) Sim ( ) Não Cigarros/dia _____

Já fumou? ( ) Sim ( ) Não Cigarros/dia _____

Faz uso de álcool? ( ) Sim ( ) Não quantidade _____ Frequência_____

Fazia uso antes da gestação? ( ) Sim ( ) Não quantidade _____ Frequência_____

Faz uso de drogas? ( ) Sim ( ) Não tipo _____ Frequência_____

Fazia uso antes da gestação? ( ) Sim ( ) Não tipo _____ Frequência_____

VI-) Sexualidade

Você tem relações sexuais na gestação? ( ) Sim ( ) Não Frequência: _____

Como você avalia sua relação conjugal ao longo da gravidez?

( ) Insatisfatória ( ) Indiferente ( ) Satisfatória

ANEXOS

ANEXO A - Escala de Apoio Social - MOS – (Sherbourne e Stewart, 1991).

As seguintes questões fazem referência ao apoio social ou ajuda com a qual você pode contar quando necessita. ***Se você precisar, com que freqüência dispõe de cada um dos seguintes tipos de apoio***?

		Nunca	***Raramente***	***Às vezes***	***Quase Sempre***	***Sempre***
1	Alguém que o ajude, se ficar de cama	1	2	3	4	5
2	Alguém para lhe ouvir, quando você precisa falar	1	2	3	4	5
3	Alguém para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise	1	2	3	4	5
4	Alguém para levá-lo(a) ao médico	1	2	3	4	5
5	Alguém que demonstre amor e afeto por você	1	2	3	4	5
6	Alguém para se divertir junto	1	2	3	4	5
7	Alguém para lhe dar informação que o(a) ajude a compreender uma determinada situação	1	2	3	4	5
8	Alguém em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas	1	2	3	4	5
9	Alguém que lhe dê um abraço	1	2	3	4	5
10	Alguém com quem relaxar	1	2	3	4	5
11	Alguém para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las	1	2	3	4	5
12	Alguém de quem você realmente quer conselhos	1	2	3	4	5
13	Alguém com quem distrair a cabeça	1	2	3	4	5
14	Alguém para ajudá-lo nas tarefas diárias, se você ficar doente	1	2	3	4	5
15	Alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos	1	2	3	4	5
16	Alguém para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal	1	2	3	4	5
17	Alguém com quem fazer coisas agradáveis	1	2	3	4	5
18	Alguém que compreenda seus problemas	1	2	3	4	5
19	Alguém que você ame e que faça você se sentir querido	1	2	3	4	5

ANEXO B - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) (Zigmond & Snaith, 1983)

Nome_____ REGISTRO:_____

AVALIADO POR _____

DATA _____ SCORE_____

Este questionário nos ajudará a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases e marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentindo ***na última semana***. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário, as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A 1- Eu me sinto tenso e contraído:
3 ( ) A maior parte do tempo
2( ) Boa parte do tempo
1( ) De vez em quando
0( ) Nunca

D 2- Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:
0 ( ) Sim, do mesmo jeito que antes
1 ( ) Não tanto quanto antes
2 ( ) Só um pouco
3 ( ) Já não sinto mais prazer em nada

A 3- Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:
3 ( ) Sim, de um jeito muito forte
2 ( ) Sim, mas não tão forte
1 ( ) Um pouco, mas isso não me preocupa
0 ( ) Não sinto nada disso

D 4- Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:
0 ( ) Do mesmo jeito que antes
1 ( ) Atualmente um pouco menos
2 ( ) Atualmente bem menos
3 ( ) Não consigo mais

A 5- Estou com a cabeça cheia de preocupações:
3 ( ) A maior parte do tempo
2 ( ) Boa parte do tempo
1 ( ) De vez em quando
0 ( ) Raramente

D 6- Eu me sinto alegre:
3 ( ) Nunca
2 ( ) Poucas vezes
1 ( ) Muitas vezes
0 ( ) A maior parte do tempo

A 7- Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:
0( ) Sim, quase sempre
1( ) Muitas vezes
2( ) Poucas vezes
3( ) Nunca

D 8- Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:
3( ) Quase sempre
2( ) Muitas vezes
1( ) De vez em quando
0( ) Nunca

A 9- Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:
0( ) Nunca
1( ) De vez em quando
2( ) Muitas vezes
3( ) Quase sempre

D 10- Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:
3 ( ) Completamente
2 ( ) Não estou mais me cuidando como eu deveria
1 ( ) Talvez não tanto quanto antes
0 ( ) Me cuido do mesmo jeito que antes

A 11- Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:
3 ( ) Sim, demais
2 ( ) Bastante
1 ( ) Um pouco
0 ( ) Não me sinto assim

D 12- Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:
0 ( ) Do mesmo jeito que antes
1 ( ) Um pouco menos do que antes
2 ( ) Bem menos do que antes
3 ( ) Quase nunca

A 13- De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:
3 ( ) A quase todo o momento
2 ( ) Várias vezes
1 ( ) De vem em quando
0 ( ) Não sinto isso

D 14- Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa:
0 ( ) Quase sempre
1 ( ) Várias vezes
2 ( ) Poucas vezes
3 ( ) Quase nunca

ANEXO C - Escala de Estresse Percebido (EEP) - (Cohen et al., 1983).

Itens e instruções para aplicação: As questões nesta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada caso, será pedido para você indicar o quão freqüentemente você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam similares, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável. Para cada pergunta, escolha as seguintes alternativas.

0 = nunca
1 = quase nunca
2 = às vezes
3 = quase sempre
4= sempre

1	Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	0	1	2	3	4
2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	0	1	2	3	4
3	Você tem se sentido nervoso e “estressado”?	0	1	2	3	4
4	Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?	0	1	2	3	4
5	Você tem sentido que está lidando bem com as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	0	1	2	3	4
6	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoas?	0	1	2	3	4
7	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com sua vontade?	0	1	2	3	4
8	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	0	1	2	3	4
9	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	0	1	2	3	4
10	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	0	1	2	3	4
11	Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão for do seu controle?	0	1	2	3	4
12	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	0	1	2	3	4
13	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	0	1	2	3	4
14	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	0	1	2	3	4

ANEXO D - Aprovação do comitê de ética da FFCLRP-USP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto

"Campus" de Ribeirão Preto

Of.CEtP/FFCLRP-USP/165/-jsl

Ribeirão Preto, 19 de dezembro de 2011

Prezada Pesquisadora,

Comunicamos a V. Sa. que o trabalho intitulado **"CARACTERIZAÇÃO PSICOSSOCIAL DE GESTANTES DE ALTO RISCO EM ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL"** foi reanalisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, em sua 103ª Reunião, realizada em 15.12.11, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo CEP-FFCLRP nº 603/2011 - 2011.1.2259.59.4.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª ANA RAQUEL LUCATO CIANFLONE
Coordenadora

À Senhora
Juliana Caseiro
Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP - USP

Com cópia para o orientador:
Prof. Dr. Ricardo Gorayeb
Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da FMRP - USP

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP
Fone: (16) 3602-4811
Fax: (16) 3633-2660 (direto) ou 3633-5015
Avenida Bandeirantes, 3900 - bloco 3 - sala 16 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Homepage: http://www.ffclrp.usp.br - e-mail: coetp@ffclrp.usp.br

ANEXO E - Aprovação do comitê de ética do HCFMRP-USP

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
Av. Bandeirantes, 3900 - 8º andar - Ribeirão Preto-SP - CEP 14049- 900
Fone (016) 602-2803 - Fax (016) 3633-0946

Ribeirão Preto, 24 de agosto de 2011.

Ilmo. Sr.
Prof. Dr. Ricardo Gorayeb

Prezado Professor,

O projeto intitulado "**Caracterização de gestantes de alto risco em acompanhamento pré-natal**", protocolado sob nº 41/2011, de sua autoria, recebeu parecer favorável para ser desenvolvido junto ao Departamento, devendo ser enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, antes do início da coleta de dados.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Antonio Alberto Nogueira
Presidente da Comissão de Pesquisa do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia – FMRP-USP

ANEXO F - Parecer de aprovação para realização da pesquisa

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.fmrp.usp.br

USP - RIBEIRÃO
assistência - ensino - pesquisa

Ribeirão Preto, 22 de dezembro de 2011

Projeto de pesquisa: "Caracterização psicossocial de gestantes de alto risco em acompanhamento pré-natal"

Pesquisadora responsável: Prof Dr Ricardo Gorayeb (Orientador) e Juliana Caseiro (Mestranda)

Instituição Proponente: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

"O CEP do HC e da FMRP-USP concorda com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, que cumpre as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Diante disso, o HCFMRP-USP, como instituição co-participante do referido projeto de pesquisa, está ciente de suas co-responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos desta pesquisa, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar".

Ciente e de acordo:

Prof. Dr. Osvaldo Massaiti Takayanagui
Diretor Clínico
CRM 20.980

Drª Marcia Guimarães Villanova
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - HCFMRP-USP

Prof. Dr. Eduardo Barbosa Coelho
Coordenador da Unidade de Pesquisa
Clínica – UPC - HCFMRP-USP

1/1

HC - Campus Universitário
Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA do HCFMRP-USP
(16) 3602-2228
cep@hcrp.fmrp.usp.br