

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO À SAÚDE COLETIVA

SOLANGE RODRIGUES DA COSTA NASCIMENTO

**ANSIEDADE E SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM GESTANTES: UM DESAFIO A
SER ENFRENTADO**

VITÓRIA
2006

SOLANGE RODRIGUES DA COSTA NASCIMENTO

**ANSIEDADE E SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM GESTANTES: UM DESAFIO A
SER ENFRENTADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Helena Costa Amorim.

VITÓRIA
2006

SOLANGE RODRIGUES DA COSTA NASCIMENTO

**ANSIEDADE E SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM GESTANTES: UM DESAFIO A
SER ENFRENTADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Atenção à Saúde Coletiva, na área de concentração Riscos e Agravos em Saúde.

Aprovada em 13 de Outubro de 2006.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr.^a Maria Helena Costa Amorim
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof. Dr.^a Janine Schirmer
Universidade Federal de São Paulo
Examinador Externo

Prof. Dr. Luiz Henrique Borges
Universidade Federal do Espírito Santo
Examinador Interno

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

N244a Nascimento, Solange Rodrigues da Costa, 1972-
Ansiedade e sintomas de depressão em gestantes : um desafio a ser
enfrentado / Solange Rodrigues da Costa Nascimento. – 2006.
94 f. : il.

Orientadora: Maria Helena Costa Amorim.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo,
Centro Biomédico.

1. Enfermagem. 2. Depressão mental. 3. Ansiedade. 4. Gravidez -
Aspectos psicológicos. 4. Gravidez indesejada. 6. Gravidez. I. Amorim,
Maria Helena Costa. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro
Biomédico. III. Título.

CDU: 614

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que me permite viver e realizar grandes conquistas.

Aos meus pais, Elias e Alcina, aos meus irmãos, Rubem, Sueli e Selmir, ao meu querido e amado esposo, Edson, pela compreensão, por acreditarem nos meus sonhos, por me darem apoio nos momentos difíceis e pelo amor incondicional.

Às amigas, Paula, Márcia e Viviane, pela amizade sincera.

À Cândia, colega de trabalho, pelo carinho, incentivo e estímulo.

Às gestantes sujeitos da pesquisa, que permitiram a invasão de sua privacidade durante a entrevista e que, embora se tenham emocionado em alguns momentos, possibilitaram a realização do estudo.

Aos queridos professores Nelma Mattede, Sheila Diniz Bicudo, Jorge de Souza Guimarães e Elibabeth Regina de Oliveira, pelo estímulo contínuo.

Aos grandes mestres Dr.^a Denise Silveira de Castro, Dr. Luiz Henrique Borges e Dr.^a Nágela Valadão Cade, pelo apoio na fase de conclusão do estudo.

À Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), pela possibilidade da realização dos cursos de graduação, especialização e mestrado, pela oportunidade de atuação como docente da Instituição e também pela concessão da bolsa de mestrado, através da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), contribuindo grandemente para minha formação acadêmica.

À minha querida orientadora Prof.^a Dr.^a Maria Helena Costa Amorim, pelo apoio de quase uma década em minha caminhada acadêmica, por compreender minhas limitações, pelo profissionalismo e pela enfermeira, professora, pesquisadora, ser humano que quanto mais conheço mais admiro.

Aos amigos, familiares, professores, colegas de trabalho, alunos, colegas de mestrado, enfim, a todas as pessoas que de alguma forma colaboraram para a realização deste trabalho, seria difícil nomeá-los, porém de alguma forma serão lembrados para sempre.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACTH - Adrenocorticotropina Coriônica Humana

DPP - Depressão Pós-Parto

EMESCAM - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

EPDS - Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh

ESF – Estratégia Saúde da Família

FSH – Hormônio Folículo Estimulante

GABA – Ácido Gama-Amino-Butírico

HPA – Hipotálamo-Pituitária-Adrenal

IDATE – Inventário de Ansiedade Traço e Estado

LH – Hormônio Luteinizante

LHP – Lactogênio Placentário Humano

MS – Ministério da Saúde

PAS – Pregnancy Anxiety Scale

PHPN – Programa de Humanização do Parto e Nascimento

PSF – Programa Saúde da Família

SCH – Somatotropina Coriônica Humana

SISPRENATAL – Sistema de Informação sobre Pré-natal

SNC – Sistema Nervoso Central

SNP – Sistema Nervoso Periférico

TCH – Tireotropina Coriônica Humana

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

URS – Unidade Regional de Saúde

US – Unidade de Saúde

“Amanhã, será um lindo dia, da mais louca alegria
Que se possa imaginar
Amanhã, redobrada força, pra cima, que não cessa
Há de vingar”.

Guilherme Arantes

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características sócio-demográficas das gestantes pesquisadas. Serra/ES, out/2005 – fev/2006.....	39
Tabela 2	Características sócio-demográficas das gestantes pesquisadas, de acordo com os trimestres de gestação. Serra/ES, out/2005 – fev/2006.....	43
Tabela 3	Hábitos das gestantes pesquisadas. Serra/ES, out/2005 - fev/2006...	44
Tabela 4	Hábitos das gestantes pesquisadas, segundo os trimestres de gestação. Serra/ES, out/2005 – fev/2006.....	45
Tabela 5	Característica gineco-obstétrica das gestantes pesquisadas. Serra/ES, out/2005 – fev/2006.....	46
Tabela 6	Característica gineco-obstétrica das gestantes participantes da pesquisa, segundo trimestres de gestação. Serra/ES, out/2005 – fev/2006.....	50
Tabela 7	Motivo de gravidez não planejada das gestantes pesquisadas. Serra/ES, out/2005 – fev/2006.....	51

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Complicações na gravidez atual das gestantes pesquisadas. Serra/ES, out/2005 – fev/2006	49
Figura 2	Nível do traço e estado de ansiedade das gestantes pesquisadas out/2005 – fev/2006.....	52
Figura 3	Nível do traço de ansiedade das gestantes pesquisadas. Serra/ES, out/2005 – fev/2006.....	53
Figura 4	Nível do estado de ansiedade das gestantes pesquisadas. Serra/ES, out/2005 – fev/2006.....	54
Figura 5	Nível de sintomas depressivos das gestantes pesquisadas. Serra/ES out/2005 – fev/2006.....	55
Figura 6	Classificação das gestantes pesquisadas quanto ao nível de sintomas depressivos. Serra/ES, out/2005 – fev/2006.....	56
Figura 7	Nível de ansiedade (traço e estado) das gestantes pesquisadas. Serra/ES, out/2005 – fev/2006.....	60
Figura 8	Nível de sintomas depressivos e estado de ansiedade das gestantes pesquisadas. Serra/ES, out/2005 – fev/2006.....	61
Figura 9	Nível de sintomas depressivos das gestantes pesquisadas, segundo planejamento da gravidez atual. Serra/ES, out/2005 – fev/2006.....	62
Figura 10	Nível de sintomas depressivos das gestantes pesquisadas, segundo o apoio social na gravidez atual. Serra/ES, out/2005 – fev/2006.....	63
Figura 11	Nível de sintomas depressivos das gestantes pesquisadas, segundo estado civil. Serra/ES, out/2005 – fev/2006.....	64
Figura 12	Nível de sintomas depressivos das gestantes pesquisadas, segundo uso de bebida alcoólica. Serra/ES, out/2005 – fev/2006....	65
Figura 13	Nível de sintomas depressivos das gestantes pesquisadas, segundo uso de tabaco. Serra/ES, out/2005 – fev/2006.....	67

SUMÁRIO

TEMPORALIDADE DA AUTORA	12
1 INTRODUÇÃO	14
1.1 ALTERAÇÕES EMOCIONAIS DURANTE A GRAVIDEZ.....	15
1.2 ANSIEDADE DURANTE A GESTAÇÃO.....	17
1.3 DEPRESSÃO DURANTE A GESTAÇÃO.....	21
1.4 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E SUAS IMPLICAÇÕES NA ANSIEDADE E A DEPRESSÃO DURANTE A GRAVIDEZ	24
1.5 OBJETIVOS.....	29
2 METODOLOGIA.....	30
2.1 TIPO DE ESTUDO.....	31
2.2 LOCAL DE ESTUDO.....	31
2.3 AMOSTRA.....	32
2.3.1 Processo de amostragem.....	32
2.3.2 Características da amostra.....	33
2.4 VARIÁVEIS DE INTERESSE.....	33
2.5 PRODUÇÃO DE INFORMAÇÕES.....	33
2.5.1 Instrumentos.....	33
2.5.2 Escalas para avaliar ansiedade e depressão.....	34
2.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	36
2.7 TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS	37
3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	38
4 CONCLUSÕES	68
5 SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES.....	70
6 REFERÊNCIAS.....	73
APÊNDICES.....	80
APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO.....	81
APÊNDICE II - FORMULÁRIO DE ENTREVISTA.....	83
APÊNDICE III - CARTA DE SOLICITAÇÃO.....	85
ANEXOS.....	87
ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	88
ANEXO B - CLASSIFICAÇÃO SÓCIOECONÔMICA.....	90
ANEXO C - TRAÇO DE ANSIEDADE/TRAIT ANXIETY.....	91
ANEXO D - ESTADO DE ANSIEDADE/STATE ANXIETY.....	92
ANEXO E - ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDINBURGH.....	93

RESUMO

Este estudo caracteriza o traço e o estado de ansiedade e a presença de sintomas depressivos na mulher durante a gestação e os aspectos sóciodemográficos e gineco-obstétricos. Abrange uma amostra de 255 gestantes que realizaram acompanhamento pré-natal em nove Unidades de Saúde do Município de Serra, no Espírito Santo, no período de 3 de outubro de 2005 a 22 de fevereiro de 2006. Busca também examinar a relação entre o traço e o estado de ansiedade e a presença de sintomas depressivos com as variáveis: idade, grau de instrução, ocupação, estado civil, apoio social, classe social, paridade, tipo de parto, tabagismo, etilismo, planejamento da gravidez, complicações na gravidez, trimestre gestacional, traço de ansiedade, estado de ansiedade e sintomas depressivos. Para a coleta de dados, utiliza entrevista com registro em formulário. Utiliza também escalas de auto-avaliação, o STATE TRAIT ANXIETY INVENTORY (IDATE) e a escala de Depressão Pós-Parto de Edinburg (EPDS). No tratamento estatístico utiliza o SPSS-versão 14 (2006). Conclui que, quanto maior o traço de ansiedade, maior o estado de ansiedade, quanto maior o nível de ansiedade, maior o nível de sintomas depressivos durante a gravidez, e que, o casamento, o apoio social e o planejamento da gravidez contribuem para a prevenção do surgimento de sintomas depressivos. Não encontra diferenças significativas nos níveis de ansiedade e de sintomas depressivos durante o primeiro, segundo e terceiro trimestre de gestação. Não encontra correlação entre as demais variáveis e os níveis de ansiedade e de sintomas depressivos. Encontra associação entre uso de tabaco e de bebidas alcoólicas e sintomas depressivos durante a gestação.

Palavras-chave: Enfermagem. Depressão pós-parto. Ansiedade. Gravidez não planejada. Gravidez.

ABSTRACT

This study characterises trace and state of anxiety and presence of depressive symptoms in pregnant women during the gestational period, as well as their socio-demographic and gynaecological-obstetric aspects. It includes a sample of 255 expectant mothers who followed the antenatal care at 9 health centres of Serra city (Espírito Santo state), from the 3rd of October 2005 to the 22nd of February 2006.

The study also verifies the relation between trace and state of anxiety and presence of depressive symptoms with the following variables: age, level of schooling, occupation, marital status, social support, social class, parity, type of labour, smoking, life-style, pregnancy planning, pregnancy complications, gestational trimester, trace of anxiety, state of anxiety and depressive symptoms. Data was collected through interviews and registered on forms. It was also used a self-evaluation scale, the STATE TRAIT ANXIETY INVENTORY (IDATE) and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). The statistical treatment used was the SPSS version 14 (2006). It was concluded that the bigger the trace of anxiety, the bigger the state of anxiety; the bigger the level of anxiety, the bigger the depressive symptoms during pregnancy. It was also found that being married, having social support and a planned pregnancy help to prevent depressive symptoms. No significant differences were found between the level of anxiety and depressive symptoms during the first, second and third trimester of gestational period. There was no correlation between the other variables and level of anxiety and depressive symptoms. There was correlation between smoking and alcohol consumption with depressive symptoms during pregnancy.

Keywords: Nursing. Depression, Postpartum. Anxiety. Pregnancy, Unplanned. Pregnancy.

TEMPORALIDADE DA AUTORA

O interesse pela saúde da mulher surgiu na graduação em Enfermagem, quando cursava a disciplina Enfermagem Obstétrica, no ano de 1999, e aprimorou durante a especialização em Enfermagem Obstétrica, em 2001, ambos os cursos realizados na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), onde mais tarde, no período de 2003 a 2004, atuei como professora substituta do Departamento de Enfermagem na disciplina Saúde da Mulher e, voluntariamente, em um projeto de extensão relacionado à saúde da mulher. Durante a especialização, desenvolvi um trabalho de conclusão de curso no qual foi realizada uma avaliação dos serviços oferecidos por uma maternidade no município Serra, Espírito Santo (ES), local onde trabalhei como coordenadora do serviço de enfermagem no período de 2000 a 2002. As pacientes avaliaram o serviço prestado nesta Instituição como bom ou muito bom. O menor índice de satisfação ocorreu no atendimento prestado pela equipe de saúde na sala de pré-parto, o que me chamou a atenção e me levou a preocupar-me com a qualidade do atendimento oferecido nesse período.

Como docente, pude acompanhar parturientes e perceber o quanto elas ficam ansiosas nas horas que antecedem ao parto, e também como essa ansiedade pode afetar o bom andamento da parturição. Percebi ainda que, nesse momento, há grandes possibilidades de minimizar esse estado por meio de um trabalho em equipe, porém acredito que uma intervenção realizada durante o pré-natal, além de mais adequada, apresenta melhor qualidade, devido ao maior tempo de que a gestante dispõe para assimilação das orientações e preparo para o parto.

De volta à Prefeitura Municipal de Serra em 2005 mediante de concurso público, fui lotada em Unidade Básica de Saúde (UBS), onde desenvolvi consulta de enfermagem para pré-natal de baixo risco, planejamento familiar, coleta para preventivo e trabalho educativo coletivo e individual com essas mulheres. As gestantes eram orientadas principalmente no sentido de esclarecer dúvidas sobre a gestação e o parto, bem como encorajadas ao parto normal e ao aleitamento materno. Devido à necessidade de a UBS se transformar em unidade do Programa Saúde da Família (PSF) e à minha falta de disponibilidade para o trabalho em

horário integral, fui transferida, neste ano de 2006, para outra UBS onde atuo coordenando o Serviço de Enfermagem.

O ano de 2005 trouxe a oportunidade para o retorno não somente a essa Prefeitura, mas também à docência, pois passei a integrar o corpo docente do curso de graduação em Enfermagem da Escola Superior de Ciência da Saúde da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, onde ministro a disciplina Enfermagem e Saúde da Mulher. A atuação nessa disciplina possibilita o desenvolvimento de trabalhos acadêmicos relacionados à temática e à troca de conhecimentos. Para 2006, estará sendo implantado um projeto de extensão multidisciplinar direcionado à educação escolar para adolescentes.

A vivência com a saúde da mulher, principalmente no período pré-natal, permite a observação do estado emocional em que as grávidas se encontram. Muitas vão à consulta pré-natal não somente para o acompanhamento dos aspectos fisiológicos da gravidez, mas também para um diálogo, para ser escutada pelo profissional de saúde. Quando ocorre essa interação entre o profissional e a paciente, melhora não somente a adesão ao acompanhamento pré-natal, como também a qualidade do atendimento. A importância desse processo deve-se às repercussões sobre gravidez, parto e puerpério.

1 INTRODUÇÃO

1.1 ALTERAÇÕES EMOCIONAIS DURANTE A GRAVIDEZ

Embora a gravidez seja um fenômeno biologicamente normal, é um acontecimento excepcional na vida de uma mulher e de sua família e exige um desvio na organização de valores e funções, o que pode desencadear uma crise maturacional ou de desenvolvimento. Durante o primeiro trimestre, a gestante pode apresentar ambivalência, rejeição/aceitação psicológica da gravidez, pode ficar confusa, carente e com alterações no humor. No segundo trimestre, tende a ocorrer uma adaptação melhor à gravidez, porém, no terceiro trimestre, pode voltar à ambivalência do primeiro trimestre, pois deseja a criança, mas teme o nascimento. As mudanças de humor e os efeitos conflitantes dessas emoções são aspectos normais da gravidez (ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

A instabilidade emocional da gestante ocorre em parte devido à preocupação, às alterações hormonais e ao impacto da gravidez, que tornam a mulher mais sensível. Os fenômenos emocionais característicos que se desenvolvem na gestação tanto influenciam, as alterações fisiológicas da gravidez como são influenciados por ela (ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

O caráter e a afetividade da gestante modificam-se de modo sensível. Pode dar-se uma inversão na esfera da emotividade, tornando-se a gestante irritável e agressiva para com o marido e pessoas pelas quais tinha predileção e simpatia. Acredita-se que o fator inconsciente intervém poderosamente, deixando a mulher apreensiva pelas responsabilidades que lhe vão caber (GUARIENTO; DELASCIO, 1994).

A escuta e a orientação bem como o esclarecimento de dúvidas durante o pré-natal diminuem o medo e a ansiedade da gestante, constituindo um procedimento importante para a boa evolução da gravidez. Os profissionais de saúde precisam estar atentos para realizarem essa atividade de forma a atender os anseios da gestante.

Distúrbios afetivos considerados psicogênicos podem ser causados por alterações bioquímicas peculiares à gravidez. A progesterona exerce ação comprovadamente

depressora sobre o sistema nervoso central (SNC), produzindo sonolência, fadiga e alentecimento psicomotor. É necessário melhor estudo sobre as alterações do humor da gestante para que lhes seja reconhecido o papel hierárquico e o inter-relacionamento com os demais integrantes orgânicos (REZENDE, 2001).

Os estrógenos parecem influenciar muitos processos biológicos que ocorrem no cérebro, e os problemas psicológicos que se dão no climatério estão fortemente relacionados com a deficiência de estrógenos (GENAZZANI, 2006).

Acredita-se que o desequilíbrio hormonal possa contribuir grandemente para o surgimento de distúrbios psicológicos e emocionais, pois, durante alguns ciclos da vida da mulher, tais como adolescência, gravidez, puerpério e climatério, aumenta a prevalência de transtornos do humor. É importante considerar que esses são períodos em que ocorrem alterações bruscas nas taxas de hormônio.

Na gravidez, as taxas de hormônios elevam-se consideravelmente, principalmente as de progesterona e estrogênio, o que leva a crer que estes colaborem para o desenvolvimento de alterações emocionais durante a gestação.

O entendimento das alterações psicossomáticas durante a gravidez é relevante tanto para o profissional de saúde como para a gestante, para que a gravidez, o parto e o puerpério aconteçam nas melhores condições possíveis, e para que a mulher tenha uma experiência positiva com a gravidez.

Quando o organismo materno não consegue adaptar-se às alterações fisiológicas da gravidez, pode ocorrer o desenvolvimento de patologias. Neste trabalho, elegemos para estudo as alterações emocionais que se apresentam com sintomas de depressão e ansiedade.

1.2 ANSIEDADE DURANTE A GESTAÇÃO

Segundo Andrade e Gorenstein (1999), a ansiedade é um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do espectro normal das experiências humanas, sendo propulsora do desempenho. Ela passa a ser patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione.

A ansiedade abrange sentimentos de medo, de insegurança e de antecipação apreensiva, conteúdo de pensamento dominado por catástrofe ou incompetência pessoal; há também aumento do estado de vigília ou alerta, com uma sensação de constrição respiratória, levando a hiperventilação e suas conseqüências; tensão muscular que causa dor, tremor e inquietação e uma variedade de desconfortos somáticos conseqüentes da hiperatividade do sistema nervoso autonômico (ANDRADE; GORENSTEIN,1999).

Em sujeitos normais e em pacientes, é útil a distinção entre ansiedade-traço e ansiedade-estado. O estado de ansiedade é conceituado como um estado emocional transitório, ou condição do organismo humano que é caracterizada por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão, conscientemente percebidos, e por aumento na atividade do sistema nervoso autônomo. O traço de ansiedade refere-se a diferenças individuais relativamente estáveis na propensão à ansiedade, isto é, a diferenças na tendência de reagir a situações percebidas como ameaçadoras com intensificação do estado de ansiedade (ANDRADE; GORENSTEIN, 1999).

A ansiedade constitui uma manifestação da atividade emocional ou afetiva em que predominam os sentimentos desagradáveis: o mal-estar e a apreensão, a preocupação e a expectativa, a intranqüilidade e o desamparo (FONSECA, 1997).

A ansiedade pode ser um sentimento normal diante de situações novas e desconhecidas, quando não é desproporcionalmente intensa, pode melhorar o desempenho global, promover soluções criativas e estimular a cooperação (BOTEGA, 2006).

A gestação é considerada uma das experiências mais emocionantes e importantes da vida de uma mulher. É grande o impacto que ela causa na mulher e em sua família. Devido às diferenças e mudanças nos padrões culturais da sociedade, a gestação é, muitas vezes, vivenciada sem o apoio da família e dos amigos. Pode ser uma experiência gratificante e excitante, mas pode também ser um período de estresse e mudanças abruptas na vida dos futuros pais. É importante que os profissionais de saúde reconheçam que necessidades sócioeconômicas, educação e crenças religiosas influem nos cuidados durante a gestação e no parto (BURROUGHS, 1995).

Desde o início da gestação, ocorrem inúmeros eventos estressores (hipotensão arterial, adinamia, depressão do sistema nervoso, torpor, perturbações hormonais, neurovegetativas e da permeabilidade capilar, melanodermia). Desperta, assim, a reação de alarme provocada pela exposição súbita do indivíduo ao agente estressante, representado por ela própria. O organismo da mulher grávida, por falta de preparação e antes de se adaptar, age de forma variada, não-específica, às vezes com manifestações de esgotamento, embora a resposta biológica seja unívoca e provavelmente dependente de impulsões anímicas e hormonais. Ocorrem também estímulos psicogênicos abrigados no inconsciente (REZENDE, 2001).

O corpo feminino é o ambiente ideal para o desenvolvimento saudável do feto. Alterações psicológicas ou distúrbios mentais maternos podem afetá-lo. A experiência da gravidez pode ser um período de maior crise para a mulher e pode resultar em transtornos emocionais (HUIZINK et al., 2004).

Alguns fatores contribuem para uma resposta psicológica, tanto positiva quanto negativa, da mulher em relação à gestação. São eles: as alterações no corpo, a segurança emocional, as expectativas, o apoio de pessoas próximas, o fato de a gestação ser desejada ou não e a situação financeira. Um fator de grande influência no impacto psicológico da gestação é o nível de maturidade e preparo da mulher para a maternidade. Mudanças de humor, introversão e passividade são normais e comuns durante a gestação. As gestantes seguidamente enfrentam instabilidade

emocional, sensibilidade acentuada, necessidade de maior afeto, grande irritabilidade e medo, que podem gerar ansiedade (BURROUGHS, 1995).

As alterações do humor durante a gestação e o parto podem estar relacionadas à maior predisposição genética da mulher, maior vulnerabilidade a eventos estressantes, modulação do sistema neuroendócrino pela flutuação dos hormônios gonadais ou a uma combinação de fatores (VERAS; NARDI, 2005).

Transtornos e sintomas psiquiátricos são comuns especialmente no primeiro e terceiro trimestres de gestação e nos primeiros trinta dias de puerpério. Dentre os fatores envolvidos estão as mudanças na inserção social, na organização familiar, na auto-imagem e na identidade feminina (BOTEGA, 2006).

A dúvida leva ao medo e este à ansiedade, isto somado às alterações físicas e emocionais que acontecem no organismo materno durante a gravidez e aos fatores de risco aos quais, principalmente as gestantes carentes estão expostas, e que contribuem para o agravamento do quadro. Portanto, faz-se necessário um investimento maior no que concerne ao preparo da gestante para um trabalho de parto e parto tranqüilo, para que o medo e a ansiedade possam dar lugar à segurança e ao prazer em um momento tão importante para a vida da mãe e do feto.

Os três aspectos distintos da ansiedade específica da gravidez são: medo de dar à luz, medo de dar à luz a criança com deficiência física ou mental e preocupação com sua aparência. Crianças nascidas dessas mães podem apresentar problemas e atraso no desenvolvimento no primeiro ano de vida. Assim, ansiedade na gravidez mostra ter validade preditiva (HUIZINK et al., 2004).

Heron et al. (2003), avaliaram o humor de gestantes e puérperas. Fizeram várias avaliações durante o período pré-natal e no puerpério e ao final do estudo, concluíram que a ansiedade durante a gestação ocorre freqüentemente sobreposta com a depressão e aumenta os riscos de depressão puerperal.

O'Connor et al. (2002), em um estudo com 7.144 gestantes na Inglaterra, concluíram que a ansiedade durante a gestação é associada com problemas emocionais e

comportamentais na criança. Os autores indicam a importância do tratamento da ansiedade pré-natal, para prevenir esses distúrbios.

Dole et al. (2003), em uma pesquisa com 1.962 gestantes nos Estados Unidos, concluíram que altos níveis de ansiedade durante a gestação estão relacionados com o nascimento prematuro iniciado pelo rompimento das membranas.

O nível de ansiedade materna é associado com resultados perinatais adversos, especificamente prematuridade e baixo peso ao nascimento em mulheres nulíparas, com gestação única (BHAGWANANI et al., 1997).

Segundo Alvarado, Medina e Aranda (1996), a ansiedade relaciona-se com o trabalho de parto prolongado, complicações durante o trabalho de parto e nascimento prematuro, trazendo conseqüências para a saúde materno-fetal.

Segundo Norbeck e Anderson (1989), é importante prevenir ou eliminar as possíveis fontes de estresse e, quando necessário, aumentar o apoio social ou a habilidade de enfrentamento do estresse para promover a adaptação aos fatores psicológicos adversos, principalmente em mulheres de baixa renda. Albrecht e Rankin (1989) ressaltam que as mulheres grávidas que têm menor apoio social têm risco de ter maiores níveis de estado e traço de ansiedade. Portanto, o apoio proporcionado pelos profissionais de saúde às mulheres grávidas e carentes é de extrema importância para a saúde pública.

A gestação é um processo natural durante o qual ocorrem alterações fisiológicas no organismo materno para adaptá-lo às novas condições impostas pelo abrigo ao novo ser. A maioria dos casos de gravidez transcorre normalmente e evolui para o parto espontâneo e o puerpério fisiológico. Em algumas situações, pode ocorrer um desequilíbrio nessas alterações, ou outras condições internas ou externas que favoreçam esse desequilíbrio, podendo resultar em patologias, entre elas ansiedade e depressão.

1.3 DEPRESSÃO DURANTE A GESTAÇÃO

A depressão é caracterizada por humor triste e choroso, irritabilidade, desesperança e desamparo, diminuição da capacidade de concentração, diminuição da energia, interferência com o sono, diminuição do apetite, afastamento de relacionamentos sociais, incapacidade de participação em atividades gratificantes, culpa, diminuição da libido, aceleração ou lentificação da fala e da atividade e pensamentos de morte ou de suicídio (BEREK; ADASHI; HILLARD, 1998).

Acredita-se que a depressão tenha etiologia bioquímica e biológica subjacente e seja também um componente do comportamento. É acompanhada por regulação anormal da adrenalina e diminuição da serotonina, pode ou não estar relacionada a um fator precipitante discernível como um evento negativo da vida. A prevalência geral de distúrbios afetivos durante toda a vida é de 8,3%; nas mulheres o risco é 10 a 25%. A maior incidência de depressão é na faixa etária de 25 a 44 anos (BEREK; ADASHI; HILLARD, 1998).

Ao longo da vida, uma em cada vinte pessoas é acometida por episódio depressivo moderado ou grave. De cada 50 casos de depressão, um necessita de internação e 15% dos deprimidos graves suicidam-se. Os transtornos depressivos conformam o grupo de diagnósticos psiquiátricos mais prevalentes em hospital geral. Estudos nacionais revelam que transtornos depressivos, de diversos níveis de gravidade, acometem 20 a 33% dos pacientes internados em clínica médica. A depressão pode comprometer a qualidade de vida tanto ou mais do que outras condições médicas (FREITAS; BOTEGA, 2002).

Conflito conjugal, história familiar de depressão, antecedente de transtornos depressivos e gravidez indesejada constituem fatores de risco para o surgimento de quadros depressivos na gravidez (O'HARA et al., 1990).

Segundo Cunningham et al. (2000), os fatores bioquímicos, assim como o estresse psicológico, podem contribuir para a doença psiquiátrica durante a gravidez. Quase 10% das gestantes atendem aos critérios diagnósticos para depressão. Costa et al.

(1999), afirmam que o humor depressivo durante a gravidez é um fator de risco para o humor depressivo pós-parto.

Os sintomas de depressão durante o período de gestação são mais comuns do que após o nascimento e progredem com a evolução da gravidez, portanto, durante o terceiro trimestre, as gestantes são mais susceptíveis à depressão do que nos outros trimestres (EVANS et al. 2001).

Mulheres que são ansiosas, depressivas e enfrentam medo durante a gravidez tendem a experimentar mais dificuldades e complicações durante o parto. A importância de identificar mulheres com essas reações psicológicas no pré-natal deve-se, ao fato de poder possibilitar-lhes suporte emocional adicional, conduzi-las à diminuição da ansiedade e depressão e, conseqüentemente, reduzir complicações durante o parto (LIGHTFOOT; KEELING; WILTON, 1982).

A depressão durante a gravidez aumenta os riscos para o suicídio e o descuido com a saúde, e coloca em risco o desenvolvimento fetal. Mulheres depressivas têm risco aumentado para trabalho de parto prematuro e recém-nascido pequeno para a idade gestacional (BURT; STEIN, 2002).

A Depressão Pós-Parto (DPP) tem significativo impacto negativo sobre a duração do aleitamento materno (JENNIFER et al., 2003). Sabe-se que a depressão durante a gestação constitui fator de risco para a DPP, sendo necessário uma melhor intervenção durante o pré-natal para reduzir esse risco, tendo em vista a importância do aleitamento materno para a saúde da criança e da mulher.

Embora a doença depressiva seja freqüentemente percebida como um distúrbio de mulheres no puerpério, ela é comum em mulheres grávidas, porém tem sido relativamente negligenciada, ou seja, a depressão durante o pré-natal tem sido menos estudada do que a depressão puerperal. A literatura indica que o humor depressivo durante a gravidez está associado com baixo peso ao nascimento e nascimento prematuro, o que reforça a necessidade de mais estudos nessa área (HOFBERG; WARD, 2005).

Heron et al. (2003), relatam que a ansiedade e depressão durante a gravidez podem ocorrer simultaneamente e que ambas são fatores de risco para DPP, e afirmam que muitas pesquisas têm enfatizado o papel da DPP sobre o desenvolvimento da criança. No entanto pouco se tem estudado sobre os efeitos da ansiedade e depressão.

Há poucos dados sobre depressão durante a gravidez. Algumas pesquisas sugerem que a gravidez é um período em que a mulher fica mais susceptível ao estresse sócioambiental do que o puerpério. É possível que a pobreza e a falta de apoio psicológico interajam sinergicamente para influenciar a incidência de depressão durante o pré-natal. Ainda também é possível que mulheres primíparas de baixa renda sejam mais susceptíveis para desenvolver depressão em resposta ao estresse específico do nascimento (SILVA et al., 1998).

Mulheres depressivas durante a gravidez desenvolvem posteriormente depressão puerperal, o que sugere que deram continuidade, no puerpério, a sintomas preexistentes. Um pequeno número de instituições na Austrália e no Canadá tem desenvolvido protocolos de avaliação psicológica durante o pré-natal, para a detecção de mulheres sintomáticas ou que apresentem fatores de risco para doença mental. Tais protocolos têm sido clinicamente aceitáveis e têm identificado mulheres que necessitam de algum monitoramento ou tratamento (AUSTIN, 2003).

Baptista e Baptista (2005), em um estudo em que avaliaram depressão em gestantes de alto risco em um grupo de acompanhamento, concluíram que as mulheres que apresentaram sintomatologia depressiva durante a gestação mostraram-se com a mesma característica após o parto.

Os autores acima encontraram, em seus estudos, uma associação entre depressão gestacional e depressão puerperal, o que reforça a importância da detecção precoce, durante o pré-natal, de sintomas depressivos nas gestantes e a realização das devidas intervenções.

Em primíparas, há uma redução de 20% das taxas de depressão puerperal quando realizadas intervenções. É reconhecida a relevância clínica da identificação de

mulheres com risco sintomáticas ou com diagnóstico de depressão ou ansiedade, e os benefícios do monitoramento adequado ou intervenção precoce tanto no pré-natal quanto no puerpério (AUSTIN, 2003).

São cada vez mais claros e inequívocos os resultados das pesquisas sobre os efeitos danosos da depressão da mãe, durante a gestação, sobre as futuras funções maternas no momento do parto e no período neonatal, a começar pela maior incidência de necessidade de analgesia em pacientes previamente deprimidas. Crianças de mães deprimidas são mais prováveis de admissão em unidades de cuidados intensivos de recém-nascidos (BALLONE, 2005).

Torna-se necessário uma atenção maior ao fator emocional durante o atendimento pré-natal. Existem instrumentos práticos, fáceis de aplicar, que podem ser usados pelos profissionais de saúde para o rastreamento de sintomas sugestivos de ansiedade e depressão durante o pré-natal, para que sejam feitos os devidos encaminhamentos e as possíveis intervenções, evitando-se complicações futuras. Os profissionais de saúde precisam reconhecer que o trabalho educativo coletivo e individual é tão importante, quanto à consulta propriamente dita.

1.4 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E SUAS IMPLICAÇÕES NA A ANSIEDADE E NA DEPRESSÃO DURANTE A GRAVIDEZ

A saúde pública tem trazido uma nova forma de abordagem à gestante, pois se trata de um período delicado na vida da mulher, devido à amplitude das questões que surgem, que vão além das alterações fisiológicas e culturais. É um momento importante para a vida da mulher e para o ser que nasce.

Nesse contexto, foi introduzido o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), um programa do Ministério da Saúde, da Secretaria de Políticas de Saúde, especificidade da Área Técnica de Saúde da Mulher, que objetiva o resgate da atenção obstétrica integrada, qualificada e humanizada, com o envolvimento, de forma articulada, dos estados, municípios e das unidades de saúde nessas ações (BRASIL, 2000).

Considerando que o conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e à prevenção da morbimortalidade materna e perinatal, a principal estratégia do PHPN é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos da cidadania. O programa fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério (BRASIL, 2000).

O objetivo essencial da saúde pública com a criação do PHPN é melhorar a assistência à saúde da mulher e da criança e com isto reduzir as altas taxas de morbimortalidade materno-infantil, com emprego de técnicas simples e de fácil compreensão. Esse processo requer mudança de atitude do profissional de saúde, de forma a centrar as atenções à gestante, ao bebê e à sua família. É preciso assistir a gestante como um todo e não somente a sua gestação. A grávida é uma mulher que tem família e vida social e pode apresentar problemas não relacionados com a gravidez, mas que podem comprometer a gestação. Daí a importância de atendê-la de forma holística.

A assistência pré-natal reduziu mundialmente os índices de mortalidade materna e infantil. No Brasil, o acesso e a adesão ao acompanhamento pré-natal estão aumentando desproporcionalmente à redução da mortalidade materno-infantil, mostrando a necessidade de se investir na melhoria da qualidade desse atendimento. Uma preocupação importante é uma melhor atenção às alterações emocionais durante o processo gestacional.

Os profissionais de saúde que realizam atendimento à gestante devem estar atentos aos aspectos emocionais, muitas vezes subjetivos, que podem trazer manifestações fisiológicas e complicações para o parto e para o bebê.

Os sintomas que antecipam a ansiedade e a depressão podem ser identificados precocemente, durante o acompanhamento pré-natal, evidenciando-se assim a importância da atuação dos profissionais de saúde nesse momento.

Uns dos primeiros aconselhamentos sobre o pré-natal foram encontrados em livros hindus (Tscharava e Susruta) nos quais os autores recomendavam que as gestantes devessem manter-se alegres, evitando a cólera e o medo, e obedecendo a regras dietéticas especiais. Entretanto, admite-se que a primeira obra publicada considerando os cuidados pré-natais seja a de Thomas Bull em 1837. A primeira clínica pré-natal especializada foi criada em 1910, na Austrália, e dirigida por T. G. Wilson, que sistematizou a assistência pré-natal recomendando: 1) a supressão da ansiedade e do medo entre as gestantes e puérperas; 2) o diagnóstico e o tratamento precoce das moléstias capazes de agravar o prognóstico materno; 3) a redução da mortalidade perinatal (BUSSÂMARA, 2000).

Desde os primórdios da assistência pré-natal, havia preocupação com a saúde mental da gestante, porém, com o avanço das tecnologias, com o passar dos tempos esta preocupação tem sido na maioria das vezes esquecida. O que se observa no atendimento pré-natal é um cuidado voltado para o exame físico (direcionado aos sinais e sintomas) e achados laboratoriais. Essa conduta reflete as condições de trabalho impostas pelas instituições de saúde, bem como a postura pessoal do profissional.

A assistência pré-natal constitui-se de uma série de contatos e entrevistas da gestante com a equipe de saúde, com o objetivo de vigiar a evolução da gestação, de preparar a gestante adequadamente para o parto e orientar sobre os cuidados com o recém-nascido (BRASIL, 2004a).

Visa atender a gestante como um todo, em suas ansiedades e preocupações, salientando os aspectos psicológicos, pelo fato de uma nova família estar sendo criada, tendo como objetivo principal os cuidados com a saúde da gestante e do conceito, mostrando que a assistência pré-natal atua na prevenção, assistência e educação à gestante (CAMANO et al., 2003).

Quando a maternidade por motivos vários gera um grau de ansiedade mais intenso, há maior probabilidade de se observarem complicações obstétricas na gravidez, no parto e no puerpério, o que determina a importância de intervenções durante o período de acompanhamento pré-natal (MALDONADO, 1984).

Cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com uma mulher gestante, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família. O diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção daqueles que acompanham o pré-natal, são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e de sua família – atores principais da gestação e do parto (BRASIL, 2001).

Buscar uma escuta aberta, sem julgamentos nem preconceitos, que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança, fortalece a gestante no seu caminho até o parto e ajuda a construir o conhecimento sobre si, levando-a a um nascimento tranquilo e saudável (BRASIL, 2001).

O pré-natal com qualidade é um passo significativo na humanização do nascimento e do parto, efeitos fundadores da sociedade humana. As medidas preventivas contemplam todas aquelas ações que favoreçam a vivência do processo de nascimento (gestação ao puerpério) livre de riscos, que podem levar à redução das taxas de morbidade e mortalidade maternas, sendo a atenção ao pré-natal um dos fatores primordiais (BRASIL, 2004a).

O Ministério da Saúde preconiza que o pré-natal deve ter no mínimo seis consultas e de preferência que se inicie no primeiro trimestre de gestação, proporcionando assim atendimento integral à gestante, inclusive assistência psicológica, ajudando a resolver conflitos e problemas.

Devido ao reflexo dos investimentos do Estado em políticas que promovem melhoria no atendimento à saúde materno-infantil, o acesso das mulheres à assistência pré-natal aumentou muito nos últimos anos, porém ainda é pequeno o número de mulheres que procuram a unidade de saúde para acompanhamento pré-natal

precocemente, durante o primeiro trimestre, o que dificulta o bom acompanhamento da gravidez.

É importante que a gestante seja incluída em um programa ou em grupo de orientações sobre gravidez e pré-natal. Esse espaço proporciona troca de conhecimentos e fortalecimento das relações entre o profissional de saúde e a futura mamãe; é o momento em que a gestante pode encontrar apoio para o enfrentamento de possíveis problemas.

A equipe multidisciplinar é de fundamental importância para o acompanhamento pré-natal. Os atendimentos individuais e coletivos proporcionam, além da troca de conhecimentos entre a mulher, a família e os profissionais de saúde, maior adesão ao pré-natal e melhor atendimento às necessidades da gestante.

Na vivência em instituições de saúde, o que se percebe é que o pré-natal se constitui de consulta rápida, que a conduta de escuta à gestante é pouco utilizada, o que acaba comprometendo a qualidade do pré-natal. A preocupação com essa qualidade é uma constante na saúde pública. Haja vista os investimentos que vêm sendo realizados nessa área.

Mediante a necessidade do atendimento à gestante como um todo e voltado não somente para o desenvolvimento fetal, a possibilidade de intervenção precoce e a importância da atuação durante o pré-natal, tendo em vista as consequências dos transtornos emocionais e psíquicos para a mãe e o feto, surgiu o interesse em identificar os sintomas de ansiedade e depressão em mulheres grávidas.

1.5 OBJETIVOS

- a. Caracterizar o traço e o estado de ansiedade e a presença de sintomas depressivos na mulher, durante a gestação.
- b. Examinar a relação entre o traço e o estado de ansiedade e a presença de sintomas depressivos com as variáveis:
 - idade;
 - grau de instrução;
 - ocupação;
 - estado civil;
 - apoio social;
 - classe social;
 - paridade;
 - tipo de parto;
 - tabagismo;
 - etilismo;
 - planejamento da gravidez;
 - complicações na gravidez;
 - trimestre gestacional;
 - traço de ansiedade;
 - estado de ansiedade;
 - depressão.

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. Segundo Tobar (2001), a pesquisa quantitativa é aquela que expressa a realidade, submetendo-a a controles que permitam resultados livres de valores, crenças e preferências do pesquisador.

Segundo Rudio (2000), a pesquisa descritiva é interessada em descobrir, observar, descrever, classificar e interpretar os fenômenos, ou seja, deseja conhecer sua natureza, sua composição, os processos que os constituem ou neles se realizam.

A abordagem quantitativa descritiva consiste em investigações de pesquisa empírica cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos, avaliação de programas, ou isolamento de variáveis principais (LAKATOS; MARCONI, 2002).

Segundo Santos e Clos (1998), o estudo descritivo quantitativo delinea a realidade, pois descreve, registra, analisa e interpreta a natureza atual ou processos fenômenos. O enfoque desse método é sobre as condições dominantes da realidade.

2.2 LOCAL DE ESTUDO

Esta pesquisa foi realizada em Unidades de Saúde (US), localizadas no município de Serra, estado do Espírito Santo, onde existem 36 US. Todas oferecem atendimento médico à mulher no ciclo gravídico puerperal. No município, existem 118 bairros especificados estes bairros são agrupados, formando sete regiões. A meta da Secretaria de Saúde Municipal é construir uma Unidade Regional de Saúde (URS) com maior número de profissionais de saúde, para cada região, e contemplar todos os bairros com a Estratégia Saúde da Família (ESF). As US existentes são divididas da seguinte forma, quatro URSs, 22 Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e dez unidades em fase de implantação da ESF ou do Programa Saúde da Família (PSF), como são normalmente chamadas. Portanto a atenção primária à disposição

da gestante e puérpera é composta por 36 US. Foram selecionadas para o estudo, através de sorteio, duas URSs, cinco UBSs e duas unidades do PSF, ou seja, um total de nove unidades, caracterizando uma amostra de conveniência, que busca contemplar as diferentes realidades do município. Com base numa certa proporção dos diferentes tipos de unidades, foi sorteado esse número, dentro daquelas existentes.

2.3 AMOSTRA

Foram estudadas 255 gestantes que foram submetidas a acompanhamento pré-natal no período do estudo, nas USs selecionadas para compor a pesquisa.

2.3.1 Procedimento de coleta de dados

Utilizou-se como técnica de coleta de dados uma entrevista estruturada, que, segundo Tobar (2001), implica expor cada informação da amostra aos mesmos estímulos, isto é, fazer exatamente as mesmas perguntas a cada informante.

Foram entrevistadas gestantes em qualquer idade gestacional que aguardavam a consulta pré-natal. Foi escolhido um local tranquilo, consultório, auditório ou qualquer outra sala que estivesse disponível, para que as gestantes fossem entrevistadas.

Nas URSs existem em torno de cinco médicos obstetras que realizam atendimento pré-natal, uma vez por semana. Foram sorteados dois dos cinco profissionais, e, uma vez por semana, durante um mês (quatro semanas), foram entrevistadas gestantes que chegavam àquele serviço no dia da coleta de dados, para atendimento com os médicos escolhidos. Nas demais unidades existem um ou dois médicos, que também realizam acompanhamento pré-natal, uma vez por semana. Foi sorteado um médico e, de forma semelhante, foram realizadas as entrevistas.

Foram treinadas pela pesquisadora três acadêmicas do sétimo período de Enfermagem, para a aplicação dos instrumentos. Cada uma recebeu treinamento e

acompanhamento durante quatro semanas. Uma aluna atuou por quatro semanas, e duas atuaram por oito semanas, e a pesquisadora, durante todo o período de coleta de dados, que ocorreu de três de outubro de 2005 a 22 de fevereiro de 2006.

2.3.2 Características da amostra

Constituíram a amostra do estudo gestantes em qualquer idade gestacional/trimestre, que realizaram pré-natal nas USs selecionadas para o estudo, e que manifestaram aquiescência com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após esclarecimento sobre a pesquisa (APÊNDICE I).

2.4 VARIÁVEIS DE INTERESSE

Foram consideradas as seguintes variáveis de interesse: idade, grau de instrução, ocupação, estado civil, apoio social, classe social, paridade, complicações na gravidez atual, tipo de parto, aborto, desejo da gravidez, planejamento da gravidez atual e trimestre gestacional.

2.5 PRODUÇÃO DE INFORMAÇÕES

2.5.1 Instrumentos

Para levantamento das variáveis de interesse foi utilizado um formulário (APÊNDICE II), contendo dados de identificação, história do pré-natal atual, hábito de uso de tabaco e álcool na gravidez atual, e antecedentes gineco-obstétricos. Para a variável classe social foi utilizado um formulário de classificação econômica do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), (ANEXO D).

Para identificação do traço e estado de ansiedade e dos sintomas depressivos, foram utilizadas escalas de auto-avaliação, conforme descrição a seguir.

2.5.2 Escalas para avaliar ansiedade e depressão

Para avaliar o traço de ansiedade e estado de ansiedade foi utilizado o instrumento STAI-STATE TRAIT ANXIETY INVENTORY, elaborado por Spielberger et al. (1970, 1979), que é chamado, no Brasil, de Inventário de Ansiedade Traço (A-traço) e Estado (A-estado), (IDATE), ANEXOS A E B. É formado por duas partes, cada uma contendo vinte afirmações. O Traço de Ansiedade/Trait Anxiety avalia como normalmente a mulher se sente antes da gravidez medido através da escala: QUASE SEMPRE = 4, FREQUENTEMENTE = 3, ÀS VEZES = 2, QUASE NUNCA = 1; e o Estado de Ansiedade/State Anxiety avalia o estado de ansiedade da mulher no momento da entrevista, medido na escala: NÃO = 1, UM POUCO = 2, BASTANTE = 3, TOTALMENTE = 4. Cada instrumento apresenta pontuação variando de 20 a 80 pontos, e o resultado é categorizado de acordo com a pontuação obtida.

Neste estudo, a mediana da pontuação foi de 41 pontos para o traço de ansiedade e de 42 para o estado de ansiedade. Quanto mais próximos de 80 pontos, maiores os escores para traço e estado de ansiedade. No estudo de Sjöström et al. (2002), que avaliou a ansiedade no final da gravidez, a amostra foi estratificada pela pontuação obtida, e as gestantes foram agrupadas da seguinte forma: baixo estado de ansiedade: 20 - 31 pontos; alto estado de ansiedade: 32 - 57; baixo traço de ansiedade: 20 - 29; alto traço de ansiedade: 30 - 54 pontos.

Levando-se em consideração o estudo acima, a amostra apresenta um número significativo de mulheres com traço e estado de ansiedade, visto que a média de pontuação obtida foi de 42 para traço e 42.8 para estado de ansiedade.

O STAI é um instrumento utilizado para avaliar traço e estado de ansiedade durante a gravidez. Costa et al. (1999), em um estudo com 161 gestantes no Canadá, encontraram níveis estáveis de traço e estado de ansiedade durante a gestação. Eles afirmam que o STAI demonstrou ser adequado e válido para esse tipo de pesquisa.

Levin (1991), questiona a confiabilidade e a validade do STAI, instrumento criado por Spilberger, Gorsuch e Lushene em 1970, pois não o considera um instrumento específico para avaliar a ansiedade durante a gravidez e aponta a importância da criação de um instrumento específico.

Considerando-se o número de estudos que o validam, o STAI continua sendo o melhor instrumento para avaliar ansiedade em mulheres e, conseqüentemente, para pesquisas em obstetrícia.

Para avaliar a depressão, utiliza-se o EPDS (ANEXO C), conhecido no Brasil como escala de auto-avaliação de depressão pós-parto. É um instrumento de auto-registro composto de dez enunciados, cujas opções são pontuadas (0 a 3) de acordo com a presença e intensidade do sintoma. Seus itens avaliam sintomas como humor deprimido, distúrbio do sono, perda do prazer, idéias de morte e suicídio, diminuição do desempenho e culpa. A escala foi traduzida e validada para o português pelo trabalho de Santos, Martins e Pasquali (1999). Essa escala também foi aplicada em gestantes dos três trimestres da gestação.

Neste estudo, usou-se como ponto de corte a pontuação 12, para reconhecer os sintomas depressivos; portanto, mulheres com pontuação 12 ou mais apresentavam sintomas depressivos. Segundo Santos, Martins e Pasquali (1999), o ponto de corte 11/12 apresenta maior adequação ao Brasil.

O EPDS tem sido usado para avaliar depressão durante o pré-natal. Silva et al. (1998), avaliaram depressão durante o período pré e pós-natal em mulheres brasileiras de baixa renda e afirmam que o EPDS é um bom instrumento, devido à simplicidade e à disseminação de seu uso em vários países.

Em um estudo com 8.323 gestantes realizado numa comunidade da Inglaterra, Heron et al. (2003) utilizaram o STAI e o EPDS para avaliar ansiedade e depressão durante a gestação e durante o puerpério e apontam a importância e as limitações da utilização desses instrumentos, pois, apesar de fácil aplicação, podendo ser utilizados por qualquer profissional de saúde, os dados são baseados somente em auto-relatos.

Huizink et al. (2004), num estudo realizado em uma Universidade da Holanda com 230 gestantes, utilizaram o STAI e o EPDS para avaliar traço e estado de ansiedade e depressão durante a gravidez; os autores confirmam a validade do EPDS para avaliar depressão gestacional e apontam o STAI e o EPDS como instrumentos apropriados para utilização no período pré-natal.

Brouwers, Baar e Pop (2001) afirmam que o EPDS avalia ansiedade e depressão, pois há uma subescala para essa avaliação dentro do EPDS, ou seja, ele mede ansiedade e depressão ao mesmo tempo. Porém enfatizam que tanto a ansiedade, quanto a depressão são mais bem avaliadas (medidas) quando são usados o STAI e o EPDS do que quando usado somente o EPDS.

Fergusson et al. (1996) utilizaram o EPDS para avaliar os sintomas depressivos durante a gravidez e o puerpério e consideram que esta escala é própria para avaliação da depressão após o nascimento, porém tem sido validada para uso durante a gravidez.

Dayan et al. (2002) afirmam que o STAI e o EPDS são escalas válidas e confiáveis para medir ansiedade e depressão e têm sido administrados em populações variáveis, além de gestantes e puérperas. Tanto o STAI quanto o EPDS, tem mostrado apropriados quando aplicados à obstetrícia.

2.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A escolha do município Serra deu-se por se tratar de um município carente, com grande número de gestantes, e devido ao vínculo de afeto da pesquisadora pela região, pois, durante o desenvolvimento do projeto, ainda não trabalhava nessa cidade.

O projeto de pesquisa e uma carta solicitando à Diretora do Departamento de Ações Ambulatoriais autorização para a realização do estudo (APÊNDICE III), foram encaminhados à Secretaria Municipal de Saúde. Uma vez concedida a autorização (APÊNDICE III), o projeto foi enviado ao comitê de ética do Centro Biomédico da

Universidade Federal do Espírito Santo para análise e aprovação (ANEXO E), por se tratar de pesquisa com seres humanos. Em seguida, procedeu-se à coleta de dados.

2.7 TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Foi realizada uma análise descritiva dos dados, por meio de tabelas de freqüências e gráficos de dispersão, box-plot, linhas e erro-bar. Para comparar o nível de ansiedade e depressão dos grupos foram utilizados os testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. As variáveis qualitativas e grupos foram comparados pelo teste qui-quadrado. O pacote estatístico, Social Package Statistical Science (SPSS) Versão 14 (2006), foi utilizado nessas análises, para as quais se fixou um nível de significância de 5%, correspondendo a $p = 0,05$ (limite de confiança de 95%), e um grau de ajuste para a explicação de uma variável pela outra, de 1, correspondendo o valor da reta $R^2 = 1$, ou seja, quanto mais próximo de 1 o R^2 , melhor o ajuste, mais relacionadas estão as variáveis.

3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O propósito deste estudo foi caracterizar o traço e o estado de ansiedade e a presença de sintomas depressivos na mulher, durante a gestação, por meio da utilização de escalas de auto-avaliação. Foram utilizados instrumentos de medida relativos à idade, grau de instrução, ocupação, estado civil, apoio social, classe social, paridade, tipo de parto, tabagismo, etilismo, planejamento da gravidez, complicações na gravidez, trimestre gestacional, traço de ansiedade, estado de ansiedade e depressão.

Tabela 1. Características sócio-demográficas das gestantes pesquisadas. Serra/ES, out/2005 – fev/2006.

Característica	Número	Percentual
Faixa etária		
15 – 19 anos	63	24,7
20 – 24 anos	98	38,4
25 – 29 anos	59	23,1
30 – 35 anos	35	13,7
Escolaridade		
Analfabeta	2	0,8
Ensino fundamental	118	46,3
Ensino médio	134	52,5
Ensino superior	1	0,4
Estado civil		
Casada/União estável	221	87,7
Solteira/Separada	34	13,3
Vive com conjugue		
Sim	220	86,3
Não	35	13,7
Ocupação remunerada		
Sim	74	29,0
Não	181	71,0
Ocupação remunerada parceiro		
Sim	190	86,4
Não	30	13,6
Classe social		
B e C	100	39,2
D e E	155	60,8

Para caracterizar a amostra das gestantes pesquisadas, foram agrupados os dados referentes a faixa etária, grau de instrução, estado civil, ocupação da gestante, ocupação do parceiro e classe social.

Conforme a Tabela 1, uma parcela considerável da amostra (61,5%) possui idade entre 20 a 29 anos. Esta faixa etária é preconizada pelo Ministério da Saúde (2000) como ideal para a gestação.

É relevante a alta taxa de gravidez na adolescência (13 a 19 anos) em aproximadamente 25% da amostra, um problema que não é específico desse município, pois segundo Carvalho e Barros (2000), a taxa de gravidez na adolescência tem aumentado no Brasil, principalmente na faixa etária de 10 a 14 anos, e tornou-se um problema de saúde pública.

O adolescente precisa ser educado para a prática do sexo seguro, ou seja, sem risco de engravidar e de contrair doenças sexualmente transmissíveis. Existe a necessidade de compreensão de que a relação sexual deve ser realizada, sobretudo com compromisso com o próximo e a si mesmo e com responsabilidade e respeito.

Segundo Balone (2006), no Brasil, de cada dez mulheres que têm filhos, duas são adolescentes. De acordo com dados do Ministério da Saúde (MS), cerca de 20% dos nascidos no Brasil são filhos de mães adolescentes.

A precocidade do início das atividades sexuais, aliada a desinformação quanto ao uso adequado dos contraceptivos e a deficiência de programas de assistência ao adolescente são alguns dos fatores referidos como responsáveis pelo aumento da gravidez, abortamento e doença sexualmente transmissível na adolescência (SABROZA et al., 2004).

É importante estruturar a abordagem multidisciplinar à saúde do adolescente, aos quais necessitam ser educados sobre: sistema reprodutor masculino e feminino, sexualidade, métodos contraceptivos, hábitos de higiene geral e bucal, prevenção ao uso de drogas, preservação do meio ambiente, cidadania, dentre outros.

No município Serra, Espírito Santo, foi criado, em 2005 o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), com o objetivo de implantar ações de assistência à saúde do adolescente. É importante que este programa atue junto com as USs e também com a educação escolar. Observa-se nas escolas públicas de ensino fundamental e

médio, uma deficiência dos educadores, no que diz respeito à educação sexual. A falta de conhecimento sobre o tema e de estímulo para essa abordagem deixa muitos professores alheios a essa temática.

A escola é o ambiente ideal para o investimento e a realização de educação em saúde, visto que, a grande maioria das crianças frequenta regularmente essa instituição. A integração entre as áreas de saúde e educação pode estimular não somente os cuidados com a saúde, mas também à perspectiva de futuro.

A educação sexual escolar deve ser um espaço para conscientizar os adolescentes sobre a conveniência de práticas saudáveis, e assim oferecer-lhes a possibilidade de realizar melhor suas escolhas. Acredita-se que esse procedimento possa contribuir para a redução dos índices de gravidez na adolescência, de baixa escolaridade e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), bem como dos reflexos destes para a saúde coletiva.

É importante que o Município estimule a integração entre a atenção primária à saúde e a educação escolar. Os profissionais de saúde devem realizar trabalhos educativos nas escolas e estimular os professores a desenvolverem essas atividades, bem como apoiá-los através do fornecimento de conhecimentos e de materiais educativos.

Ainda de acordo com a Tabela 1, há um número de lares (71%), onde as mulheres não exercem ocupação remunerada, tal fato se deve ao baixo nível sócio-econômico. Sabe-se que tal situação predispõe ao trabalho informal, e a gravidez acaba contribuindo para que essas mulheres abandonem suas atividades.

As gestantes da amostra pesquisada têm ensino fundamental completo ou incompleto, vivem com o parceiro em união estável, ou seja, contam com estrutura familiar consolidada, porém, na grande maioria dos casos, somente seus companheiros têm ocupação remunerada essas mulheres pertencem à classe social C ou D, ou seja, são extremamente carentes.

São necessários maiores investimentos na área social para a melhoria dos índices de pobreza, que é alto nesse Município. Por ser um dos municípios da grande Vitória que mais recebem recursos financeiros, deve-se atentar para um investimento cada vez maior na área social.

Tabela 2. Características sócio-demográficas das gestantes pesquisadas, de acordo com os trimestres de gestação. Serra/ES, out/2005 – fev/2006.

Característica	1.º trimestre		2.º trimestre		3.º trimestre		p-valor
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Faixa etária							
15 – 19 anos	8	16,3	31	29,5	24	23,8	0,207
20 – 24 anos	27	55,1	34	32,4	37	36,6	
25 – 29 anos	9	18,4	26	24,8	24	23,8	
30 – 35 anos	5	10,2	14	13,3	16	15,8	
Escolaridade							
Ensino fundamental	18	36,7	45	42,9	57	56,4	0,041
Ensino médio	31	63,3	60	57,1	44	43,6	
Estado civil							
Casada/União estável	43	87,8	87	82,9	91	90,1	0,301
Solteira/Separada	6	12,2	18	17,1	10	9,9	
Vive com conjuge							
Sim	44	89,8	86	81,9	90	89,1	0,236
Não	5	10,2	19	18,1	11	10,9	
Ocupação remunerada							
Sim	15	30,6	34	32,4	25	24,8	0,466
Não	34	69,4	71	67,6	76	75,2	
Ocupação remunerada parceiro							
Sim	40	90,9	72	83,7	78	86,7	0,525
Não	4	9,1	14	16,3	12	13,3	
Classe social							
B e C	21	42,9	42	40,0	37	36,6	0,747
D e E	28	57,1	63	60,0	64	63,4	

Pode-se observar na Tabela 2 que não houve diferença significativa na faixa etária, no segundo trimestre de gestação, o que caracteriza a homogeneidade da amostra. O grau de instrução foi maior nas gestantes que estavam no primeiro trimestre de gestação, podendo significar que quanto maior o grau de instrução maior o entendimento sobre a importância do acompanhamento pré-natal, justificando assim a maior adesão precoce ao pré-natal por estas mulheres.

A importância do início precoce do acompanhamento pré-natal deve-se à possibilidade de melhor monitoramento da gravidez e redução nas taxas de morbimortalidade materno-infantil. Esse serviço precisa ser divulgado pelas escolas, igrejas e pela mídia, para que as mulheres reconheçam a necessidade do acompanhamento pré-natal. No Município, há facilidades para acesso a esse atendimento, uma vez que a oferta é maior que a demanda.

A existência de uma maternidade municipal poderia suprir a demanda das gestantes de baixo risco dessa região e incentivaria a adesão ao pré-natal. Talvez para as mulheres seja controverso ter atendimento durante a gravidez e ficar desamparada no momento de maior necessidade, que é durante o trabalho de parto e parto propriamente dito.

A implantação de serviços de atenção primária em horário noturno (18 as 22 horas) é uma boa iniciativa do Município, principalmente para a classe trabalhadora, até então sem opção para atendimento básico de saúde. As mulheres trabalhadoras precisam ter acesso a todos os tipos de serviços básicos, em especial no que diz respeito ao ciclo gravídico-puerperal.

As gestantes pesquisadas têm baixo grau de instrução, fato esperado, visto que a amostra foi composta de usuárias do serviço público de um município de baixo poder aquisitivo.

Não houve diferença significativa entre estado civil, ocupação da gestante, ocupação do parceiro e classe social segundo os trimestres de gestação, o que também caracteriza a homogeneidade da amostra.

Tabela 3. Hábitos das gestantes pesquisadas. Serra/ES, out/2005 – fev/2006.

Característica	Número	Percentual
Fumar		
Sim	25	9,8
Não	212	83,1
Não, mas já fumou	18	7,1
Beber		
Sim	10	3,9
Não	223	87,5
Não, mas já bebeu	22	8,6

Como visto na Tabela 3, a maioria das gestantes não é de fumantes e não bebe, porém é significativa a porcentagem de mulheres grávidas que fumam (9,8%), ou seja, 25 gestantes fumantes é um número preocupante, devido aos riscos à saúde do feto.

Quanto ao uso de bebida alcoólica, houve uma porcentagem de 3,9% (dez gestantes), o que também é considerável diante do grande risco que esse hábito oferece à saúde do feto e do recém-nascido.

A atuação do programa de saúde mental junto com o programa de saúde da mulher pode ser uma alternativa para o enfrentamento de problemas como o consumo de álcool e tabaco durante a gravidez. A integração desses programas é importante para a redução dos índices de dependência química durante a gestação.

Tabela 4. Hábitos das gestantes pesquisadas, segundo os trimestres de gestação. Serra/ES, out/2005 – fev/2006.

Hábito	1.º trimestre		2.º trimestre		3.º trimestre		p-valor
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Fumar							
Sim	4	8,2	11	10,5	10	9,9	0,971
Não	41	83,7	86	81,9	85	84,2	
Não, mas já fumou	4	8,2	8	7,6	6	5,9	
Beber							
Sim	0	0,0	5	4,8	5	5,0	0,209
Não	44	89,8	95	90,5	84	83,2	
Não, mas já bebeu	5	10,2	5	4,8	12	11,9	

Podemos observar pela Tabela 4 que não houve diferença significativa quanto aos hábitos de fumar e de beber, segundo os trimestres gestacionais.

Tabela 5. Característica gineco-obstétrica das gestantes pesquisadas. Serra/ES, out/2005 – fev/2006.

Característica	Número	Percentual
Número de gestações		
1	108	42,4
2 – 3	108	42,4
4 ou mais	39	15,2
Número de partos		
0	101	39,6
1 – 2	125	49,0
3 ou mais	29	11,4
Filhos vivos		
Um	75	53,6
Dois	37	26,4
Três ou mais	28	20,0
História de abortos		
Não	205	80,4
Sim	50	19,6
Gravidez atual		
Planejada	80	31,4
Não planejada	164	64,2
Indesejada	11	4,3
Complicação gravidez atual		
Sim	51	20,0
Não	204	80,0
Suporte social		
Família/amigos/outros	232	91,0
Nenhum	23	9,0

A Tabela 5 apresenta as características gineco-obstétricas das gestantes pesquisadas. As gestantes da amostra são descritas da seguinte forma: mulheres que tiveram de uma a três gestações (84,8%) e um a dois partos (49,0%), têm em média um filho vivo (53,6%), em geral não planejaram a gravidez (68,5%) e têm apoio social (91%).

No estudo de Nader (2006) sobre aborto no município Serra/ES, em uma amostra de 166 mulheres, houve uma taxa de 80,1% de não planejamento da gravidez e 62% afirmaram desconhecer o programa de planejamento familiar do Município.

Tal fato leva à conclusão da possibilidade da redução dos índices de gravidez não planejada e de abortamentos provocados, bem como dos reflexos de tais

acontecimentos para a família, através de melhor investimento no planejamento familiar, ou seja, mais oportunidades para o casal planejar a família.

É importante observar o número de mulheres com história de abortamento anterior, 19,6% (cinquenta mulheres), porcentagem considerada alta. Segundo Cunningham et al. (2000), a taxa de abortamentos esperada para mulheres com idade inferior a 40 anos é de 12%. Vale ressaltar que não foi avaliado se os abortamentos foram espontâneos ou não, ou se havia uma doença preexistente bem como outros indicadores, o que compromete a avaliação isolada dessa variável.

De acordo com dados da Secretaria de Estado da Saúde, em 2005, no município de Serra/ES, das 6.956 internações por motivo de gravidez, 595 foram para curetagem pós-abortamento, fato que torna o Município o maior, em número de casos notificados na Grande Vitória, indicando que a porcentagem encontrada na amostra aponta para a ocorrência de um problema sério e real nessa região.

Levando em consideração que muitas mulheres que provocam o aborto, preferem não mencionar tal situação, o percentual de mulheres com história de abortamento anterior pode ser bem maior, fato que deve ser analisado como problema de saúde pública, não só pelas questões de saúde da mulher, mas também pelas implicações legais.

Segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde de Serra, o programa de planejamento familiar desse município, está implantado em todas as unidades de saúde, e oferece vários tipos de métodos contraceptivos tais como, anticoncepcional oral e injetável, dispositivo intrauterino, preservativo masculino e feminino, laqueadura tubária e vasectomia, sendo esses dois últimos oferecidos há mais ou menos um ano.

É necessário ampliar a divulgação desse programa para a população, a fim de atender, fomentar e buscar o acesso a esse atendimento, de forma a reduzir ou erradicar e prevenir a gravidez não planejada e conseqüentemente os abortamentos provocados, que apresentam atualmente altos índices neste município.

Segundo Reis et al. (1995), a subnotificação e não-notificação dos abortos praticados no Brasil são fatos concretos, difíceis de documentar e comprovar. Entre 256.000 a 327.000 mulheres são internadas anualmente por complicações do abortamento provocado em nosso País.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 500.000 mortes maternas ocorrem anualmente, e 14% dessas mortes são devidas a complicações decorrentes de abortamento.

A mulher carente, em muitos casos não encontra acesso a métodos contraceptivos gratuitos, e acaba se expondo a uma relação sexual desprotegida e arriscada, ficando dessa forma suscetível à DSTs e gravidez. Em alguns casos, o medo de ter um filho sem as mínimas condições de vida saudável, faz com que essas mulheres optem pelo aborto e com isso colocam em risco suas vidas, além do risco de responder a esse crime.

Daí a importância do papel da saúde pública na promoção da saúde, seja através de ações educativas preventivas, seja na distribuição regular e gratuita dos métodos contraceptivos, pois tais ações favorecem a prevenção de doenças, gravidez não planejada e abortamentos provocados.

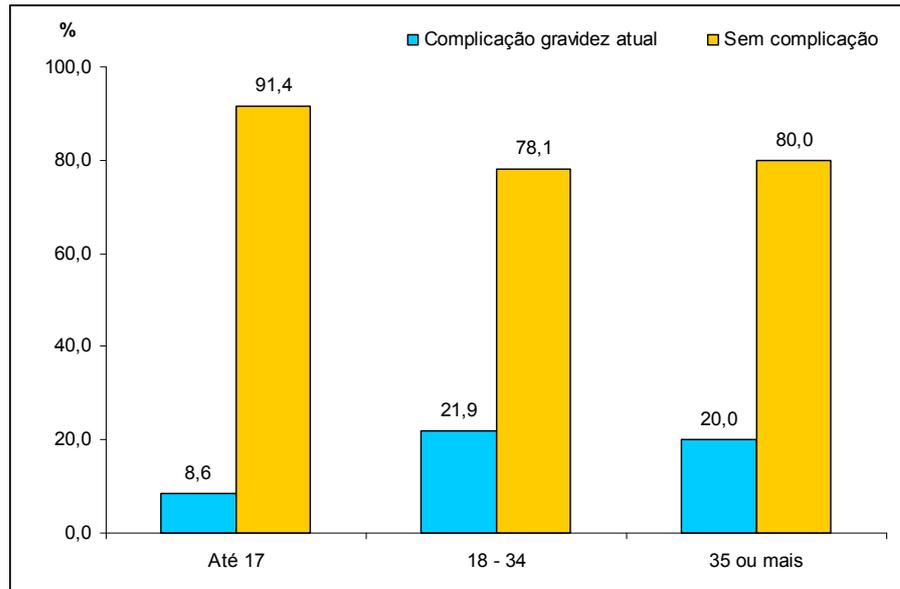


Figura 1. Complicações na gravidez atual das gestantes pesquisadas. Serra/ES, out/2005 – fev/2006.

A Figura 1 mostra que houve mais complicações na gravidez em mulheres com idade entre 18 e 34 anos de idade, faixa etária recomendada pelo MS como ideal para a gestação. Tal resultado indica que os índices de complicações na gravidez foram altos na amostra pesquisada.

Vários fatores podem contribuir para elevar esses índices, tais como doença preexistente, falta de adesão ao pré-natal, qualidade da assistência recebida e carência alimentar. As mulheres apresentaram maior frequência de complicações na gravidez atual

Tabela 6. Característica gineco-obstétrica das gestantes participantes da pesquisa, segundo os trimestres de gestação. Serra/ES, out/2005 – fev/2006.

Característica	1.º trimestre		2.º trimestre		3.º trimestre		p-valor
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Número de gestações							
1	18	36,7	46	43,8	44	43,6	0,518
2 – 3	25	51,0	45	42,9	38	37,6	
4 ou mais	6	12,2	14	13,3	19	18,8	
Número de partos							
Nenhum	20	40,8	39	37,1	42	41,6	0,728
1 – 2	25	51,0	55	52,4	45	44,6	
3 ou mais	4	8,2	11	10,5	14	13,9	
Filhos vivos							
Um	14	48,3	31	57,4	30	52,6	0,498
Dois	11	37,9	13	24,1	13	22,8	
Três ou mais	4	13,8	10	18,5	14	24,6	
História de abortos							
Não	40	81,6	82	78,1	83	82,2	0,739
Sim	9	18,4	23	21,9	18	17,8	
Gravidez atual							
Planejada	16	32,7	38	36,2	26	25,7	0,412
Não planejada	30	61,2	62	59,0	72	71,3	
Indesejada	3	6,1	5	4,8	3	3,0	
Complicação gravidez atual							
Sim	5	10,2	18	17,1	28	27,7	0,027
Não	44	89,8	87	82,9	73	72,3	
Suporte social							
Família/Amigos/Outros	45	91,8	95	90,5	92	91,1	0,962
Nenhum	4	8,2	10	9,5	9	8,9	

A Tabela 6 mostra que não houve diferenças significativas entre as variáveis, número de gestações, número de partos, número de filhos vivos, número de abortos, planejamento da gravidez e apoio social, segundo os trimestres gestacionais.

Entendeu-se como apoio social neste estudo o apoio à disposição das participantes da pesquisa por parte de amigos, vizinhos, marido e familiares para colaboração com os afazeres domésticos e para compartilhar os problemas sociais diversos, no período de gravidez e do puerpério, alguém com quem a gestante poderia contar quando houvesse necessidade.

O percentual de mulheres com gravidez não planejada é maior no terceiro trimestre de gestação, o que pode significar que o não-planejamento da gravidez influencia

negativamente a adesão ao pré-natal e justificaria a demora em procurar o serviço de saúde para acompanhamento da evolução da gravidez.

Observou-se uma diferença significativa na variável complicação na gravidez atual, pois a amostra apresenta altos índices dessas complicações, tanto em mulheres com mais de 35 anos de idade, quanto para aquelas na faixa etária recomendada pelo MS.

É importante destacar o aumento das complicações no terceiro trimestre, o que indica que elas são mais esperadas com o avançar da gravidez. Segundo Cunningham et al. (2000), a maioria das patologias que podem ocorrer durante a gravidez torna-se clinicamente evidente durante o terceiro trimestre.

Tabela 7. Motivo de gravidez não planejada das gestantes pesquisadas. Serra/ES, out/2005 – fev/2006.

Motivo	Número	Percentual
Uso inadequado do anticoncepcional oral	32	18,3
Uso inadequado do preservativo	6	3,4
Não uso de método contraceptivo	42	24,0
Discordância do parceiro em usar preservativo	1	0,6
Retirada do DIU	1	0,6
Não quiseram responder	93	53,1
Total	175	100,0

De acordo com a Tabela 7, das 256 mulheres participantes da pesquisa, 175, ou seja, 68,5% da amostra, não haviam planejado a gravidez. Os motivos apontados pelas gestantes para a ocorrência da gravidez foram: o não-uso de métodos contraceptivos durante a relação sexual que culminou na gravidez e o uso incorreto de contraceptivos orais, o que reforça a importância da realização do planejamento familiar.

É importante ressaltar que esse Município apresenta altos índices de DSTs; o não-uso de métodos contraceptivos colabora para o aumento desses índices. O que justifica a necessidade de investimentos maiores no programa de planejamento familiar.

Os gastos públicos com os problemas referentes à não-adesão a tal programa são extremamente altos e difíceis de serem contemplados pelo Município. Portanto, investimentos nessa área causariam um impacto de grande relevância para a saúde coletiva, como, por exemplo, a redução na mortalidade materno-infantil.

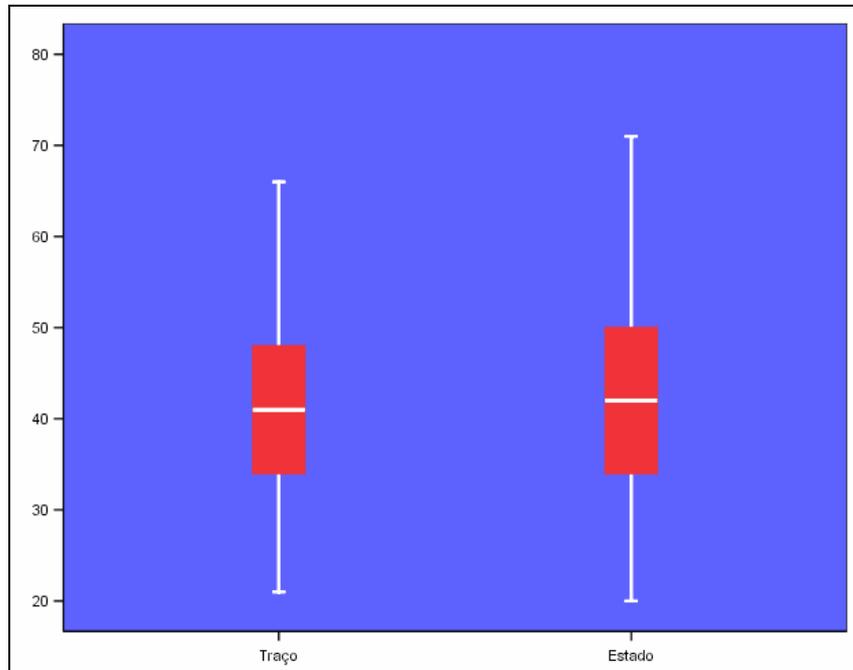


Figura 2. Nível do traço e estado de ansiedade das gestantes pesquisadas. Serra/ES, out/2005 – fev/2006.

Conforme mostra a Figura 2, a mediana da pontuação foi de 41 pontos para o traço de ansiedade e de 42 para o estado de ansiedade, ou seja, as pessoas que apresentaram maior nível de traço de ansiedade também apresentaram maior estado de ansiedade.

Dayan et al. (2002) avaliaram o papel da ansiedade para o início do trabalho de parto espontâneo prematuro e consideraram como ponto de corte a pontuação 45 tanto para traço como para estado de ansiedade.

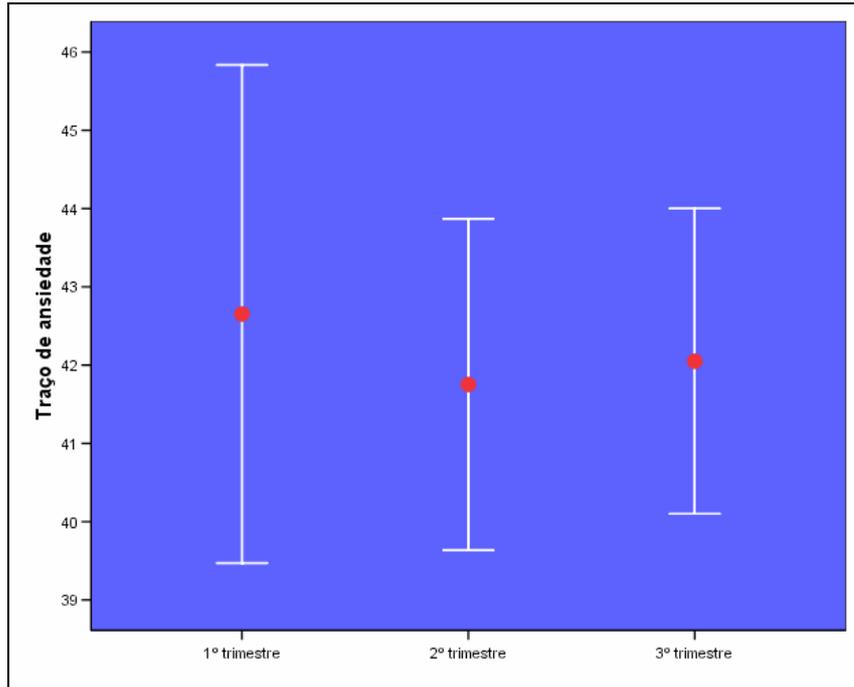


Figura 3. Nível do traço de ansiedade das gestantes pesquisadas. Serra/ES, out/2005 – fev/2006.

Analisando a Figura 3, observa-se que o traço de ansiedade das gestantes é um pouco maior no primeiro trimestre e tem uma pequena queda no segundo, mantendo-se praticamente estável no terceiro.

Cunningham et al. (2000) relata que ocorre aumento da ansiedade no início e no final da gravidez. Costa et al. (1999a) afirmam que o nível de ansiedade é maior no primeiro trimestre, tem uma queda no segundo trimestre devido ao ajustamento psicológico e emocional da mulher à gravidez e, no terceiro trimestre, é maior, quando comparado ao primeiro e ao segundo trimestre.

Em contraste com os estudos acima sobre ansiedade, esta pesquisa apresenta níveis de traço de ansiedade pouco diferentes nos trimestres gestacionais.

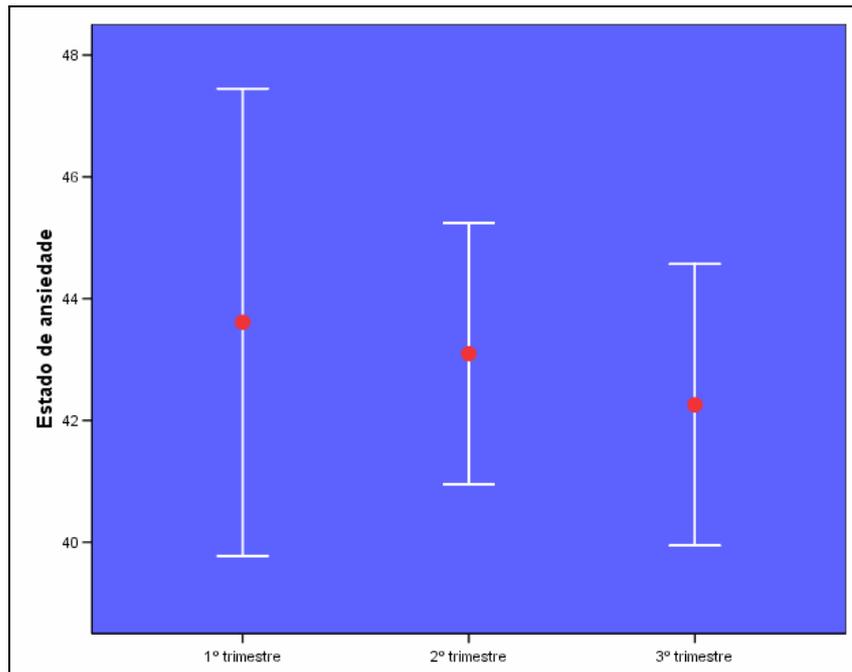


Figura 4. Nível do estado de ansiedade das gestantes pesquisadas. Serra/ES, out/2005 – fev/2006.

Conforme mostra a Figura 4, o estado de ansiedade das gestantes é um pouco maior no primeiro trimestre e sofre queda discreta no segundo e no terceiro trimestre. Tal fato contrasta com o resultado das pesquisas abaixo, que apontam elevação do nível de ansiedade no primeiro e no terceiro trimestre.

Freitas e Botega (2002) encontraram maiores níveis de ansiedade no primeiro trimestre de gestação, com declínio no segundo, e novamente um aumento, com a proximidade do parto, no terceiro trimestre.

Os resultados deste estudo estão de acordo com os achados de Maldonado (1984), que apontou o segundo trimestre como um período mais estável do ponto de vista emocional. Ao mesmo tempo, o estudo contradiz a autora, que indica que, no terceiro trimestre, o nível de ansiedade tende a elevar-se, fato não observado neste estudo.

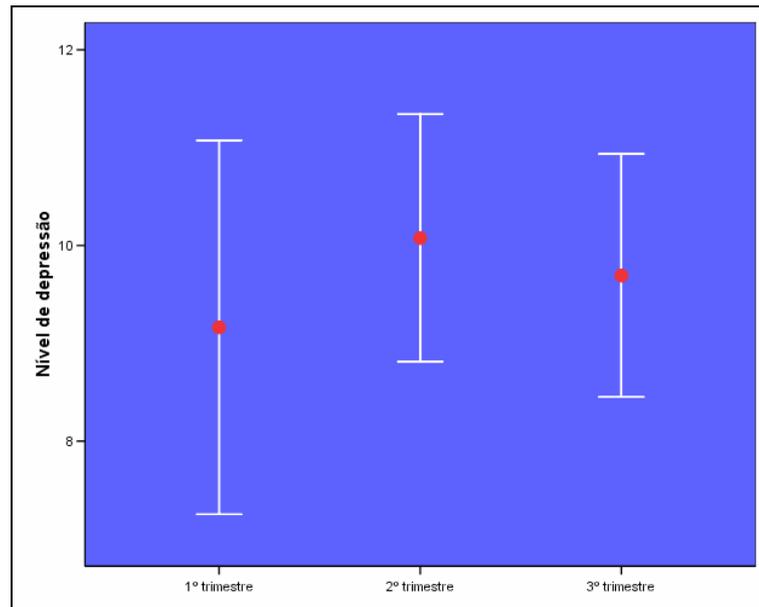


Figura 5. Nível de sintomas depressivos das gestantes pesquisadas. Serra/ES, out/2005 – fev/2006.

A Figura 5 mostra um nível mais elevado de sintomas depressivos no segundo trimestre, que se reduz no terceiro, porém, em ambos, o nível é mais elevado que no primeiro trimestre.

Esse resultado está de acordo com Evans (2001), que afirma que os sintomas de depressão durante o período de gestação progridem com a evolução da gravidez, ou seja, durante os últimos trimestres as gestantes são mais susceptíveis à depressão do que durante o primeiro.

Viçosa (1993), em um estudo de observação clínica por 10 anos, encontrou ansiedade mais elevada no primeiro e no terceiro trimestre. Sabe-se que o início e término da gravidez são considerados períodos críticos, devido ao fato de as intercorrências serem mais freqüentes do que no segundo trimestre, o que pode contribuir para a ocorrência de transtornos do humor.

Contrastando com os resultados deste estudo, Hoffman e Hatch (apud ANDERSSON et al., 2003) encontraram em seus estudos que, independente da classe social, acontecem níveis maiores de depressão no terceiro trimestre do que no primeiro e no segundo trimestres de gestação.

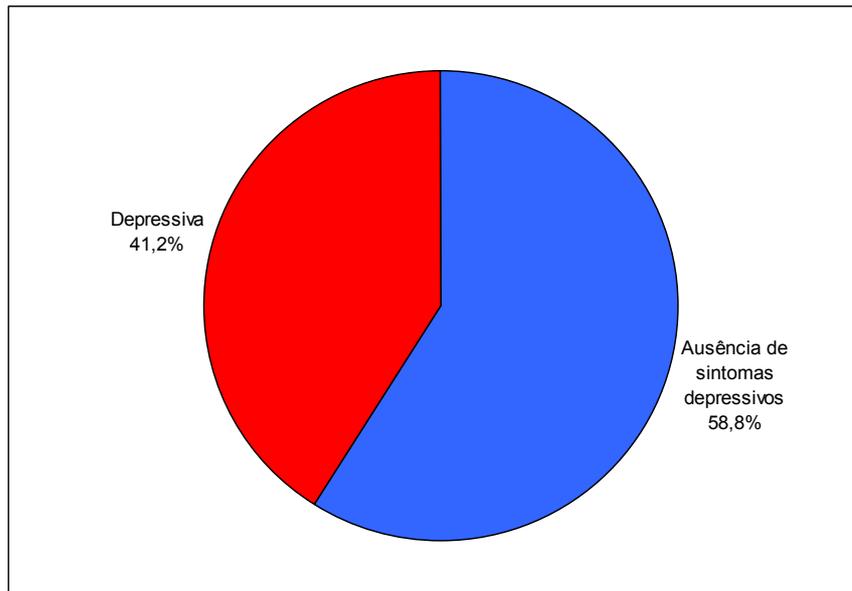


Figura 6. Classificação das gestantes pesquisadas quanto aos sintomas depressivos. Serra/ES, out/2005 – fev/2006.

A Figura 6 mostra que 41,2% das gestantes apresentam sintomas depressivos, resultado que confirma que tais sintomas são comuns na gravidez. Os autores abaixo relatam que a depressão durante a gravidez é muito mais freqüente do que a depressão durante o puerpério, porém a depressão gestacional é pouco estudada.

Segundo Chen et al. (2004), a incidência de sintomas depressivos durante a gravidez tem sido registrada entre 10 a 40%. Na China, a porcentagem é de 23%. Em estudo realizado em Singapura, na Ásia, 20% das gestantes apresentavam sintomas depressivos.

Chee et al. (2005), em uma amostra, também de Singapura, encontraram a prevalência de 12,2% de depressão durante o pré-natal. Esses autores apontam para a importância de estudos sobre depressão perinatal, definida como aquela que ocorre durante a gravidez e até o primeiro ano pós-parto.

Estima-se que de 25 a 35% das mulheres apresentam sintomas depressivos na gravidez e que até 20% delas podem preencher os critérios para depressão. Os

transtornos psiquiátricos durante a gravidez são subdetectados e subtratados na prática clínica (ZINGA; PHILLIPS; BORN, 2005).

Silva et al. (1998), em seu estudo com gestantes e puérperas brasileiras, constataram que 38% das mulheres estavam deprimidas. Fergusson et al. (1996), em um estudo com 9.000 gestantes na Inglaterra encontraram uma porcentagem de 43% das mulheres vulneráveis para depressão. As depressivas em dezoito semanas de gestação permaneceram depressivas com trinta e duas semanas.

Coverdale et al. (1996) apontam que uma das possíveis conseqüências da depressão durante a gestação é a não-adesão ao pré-natal, o que indica que a quantidade de mulheres com sintomas depressivos desta pesquisa, poderia ser ainda maior.

É importante salientar que a alta incidência de gestantes, neste estudo, com sintomas depressivos pode ter sofrido a influência do gênero. As mulheres sofrem duplamente com as conseqüências dos transtornos mentais, dadas as condições sociais, culturais e econômicas em que vivem. Estas condições e são reforçadas pela desigualdade de gênero tão arraigada na sociedade brasileira, que atribui à mulher uma postura de subalternidade em relação aos homens (BRASIL, 2004b).

As mulheres ganham menos do que os homens, sofrem mais violência (doméstica, física, sexual e emocional), vivem dupla e tripla jornada de trabalho, são as mais penalizadas com o sucateamento de serviços e políticas sociais, entre outros problemas. Essas situações limitam o desenvolvimento e comprometem a saúde mental de milhões de mulheres (BRASIL, 2004b).

A incidência de sintomas depressivos durante a gravidez é comum, conforme constatou este estudo e os estudos acima. Devido aos reflexos desses sintomas para a gestação, torna-se imprescindível uma atenção maior aos aspectos psicológicos da mulher durante o acompanhamento pré-natal.

Os sinais e sintomas da ansiedade e depressão podem ser identificados durante a gestação, através de instrumentos simples, de fácil aplicação, que podem ser utilizados por qualquer profissional de saúde. Tais instrumentos permitem a

detecção precoce de sintomas que caracterizam essas patologias, para que sejam realizados intervenções e encaminhamentos.

A assistência à saúde da gestante deve contemplar todos os aspectos, inclusive o emocional. Nesse estudo o alto índice de mulheres grávidas com sintomas de depressão (41,2%), pode indicar falha na assistência. Acredita-se que o acompanhamento pré-natal de qualidade, pode reduzir esses índices.

Investimentos para a melhoria da atenção pré-natal, como, melhor distribuição de medicamentos e realização de exames laboratoriais, acesso ao serviço de saúde e principalmente o atendimento de qualidade, é importante para mudar essa realidade.

O pré-natal tem importância singular no processo de gestação, pois é o período em que a mulher realiza uma série de contatos com o serviço de saúde; é o momento adequado para a realização de intervenções. No município onde foi realizado o estudo, a assistência pré-natal é de competência do profissional médico, que tem a responsabilidade de cuidar da gestante como um todo, inclusive no aspecto emocional. É necessário que haja um trabalho de equipe, pois a importância da intervenção multidisciplinar é irrefutável e precisa ser incluída na prática cotidiana da atenção primária.

Deve ser oferecida à gestante não só a consulta com o obstetra, mas também atividades educativas em grupo e orientações individuais com outros profissionais da equipe. Quando necessário, deve ser indicado encaminhamento especializado, para intervenção no estado emocional. Os problemas emocionais, quando detectados, monitorados e até mesmo tratados, podem prevenir ou minimizar os sintomas da depressão puerperal.

Nas atividades educativas multidisciplinares coletivas, deve ser incluída a técnica de relaxamento, que pode ser orientada por qualquer profissional de saúde da equipe, tendo em vista a importância dessa técnica para a saúde da mulher.

Amorim (1999), em um estudo em mulheres com câncer de mama, utilizando a técnica de relaxamento como intervenção de enfermagem, concluiu que essa

intervenção melhora a qualidade de vida da mulher. Primo (2005), utilizando a mesma técnica de relaxamento em puérperas, concluiu que a prática do relaxamento contribui para melhorar as emoções das mulheres e ajudar a diminuir a ansiedade.

Por ser uma técnica de fácil aplicação e comprovadamente benéfica para a saúde da mulher, torna-se pertinente sua utilização como instrumento de trabalho, durante as atividades educativas com gestantes.

A depressão puerperal é uma doença de baixa incidência, mas de grande preocupação para a saúde pública, devido a possíveis conseqüências, tais como complicações durante o trabalho de parto, baixo peso ao nascimento, desenvolvimento prejudicado da criança, suicídio materno e atentado materno contra a vida do bebê.

A manifestação de sintomas depressivos durante a gravidez tem alta incidência, e uma parcela considerável de mulheres pode manter ou evoluir esses sintomas durante o puerpério. Portanto, a intervenção precoce é recomendada para minimizar ou tratar os sintomas, e deve ser iniciada durante o pré-natal, por intermédio da equipe de saúde.

A atuação do programa de saúde mental junto com o programa de saúde da mulher, da criança e do adolescente pode ser uma opção louvável para o enfrentamento desse problema. A intersecção entre esses programas deve resultar em um serviço específico para essa clientela e estará em consonância com as políticas de saúde do MS e do Município.

Uma das metas do plano de ação (2004 a 2007) da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher é implantar um modelo de atenção à saúde mental com o objetivo de colaborar para a promoção da saúde da mulher. Essa meta é de fundamental importância, visto que as internações de mulheres motivadas pelo sofrimento causado pelos transtornos do humor vêm aumentando consideravelmente (Brasil, 2004b).

A integração da saúde mental à saúde da mulher (adulta e adolescente) deve ocorrer com o objetivo de oferecer um serviço que contemple o acompanhamento e o tratamento das gestantes com problemas emocionais, além de atuar como fonte de apoio social. A ESF é um excelente meio para interligar essas mulheres com a unidade de saúde e, conseqüentemente, com os demais serviços.

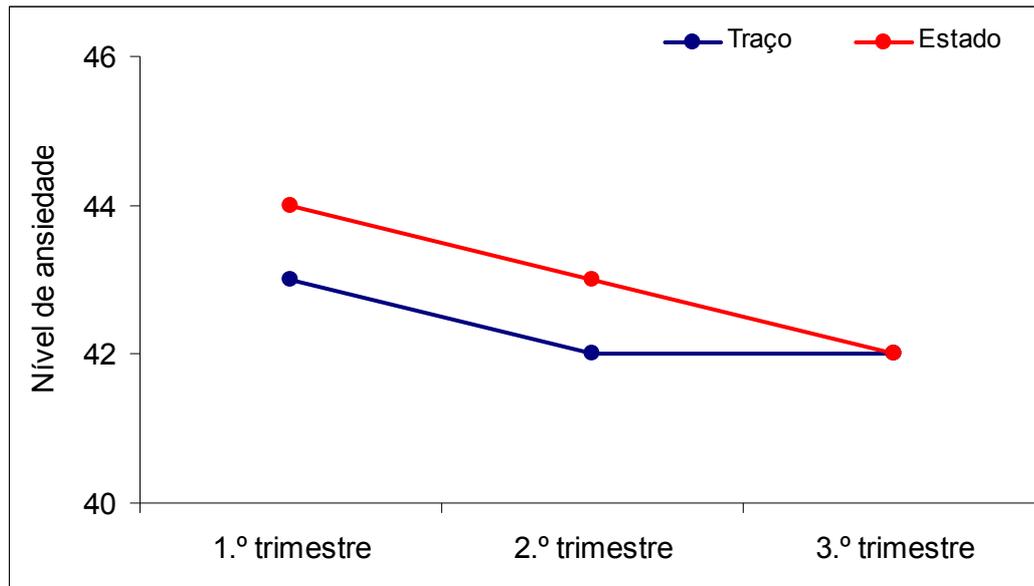


Figura 7. Nível de ansiedade (traço e estado) das gestantes pesquisadas. Serra/ES, out/2005 – fev/2006.

A Figura 7 mostra que quanto maior o traço de ansiedade, maior o estado de ansiedade durante a gravidez, ou seja, as mulheres que apresentam características individuais de propensão à ansiedade desenvolvem ansiedade durante a gestação.

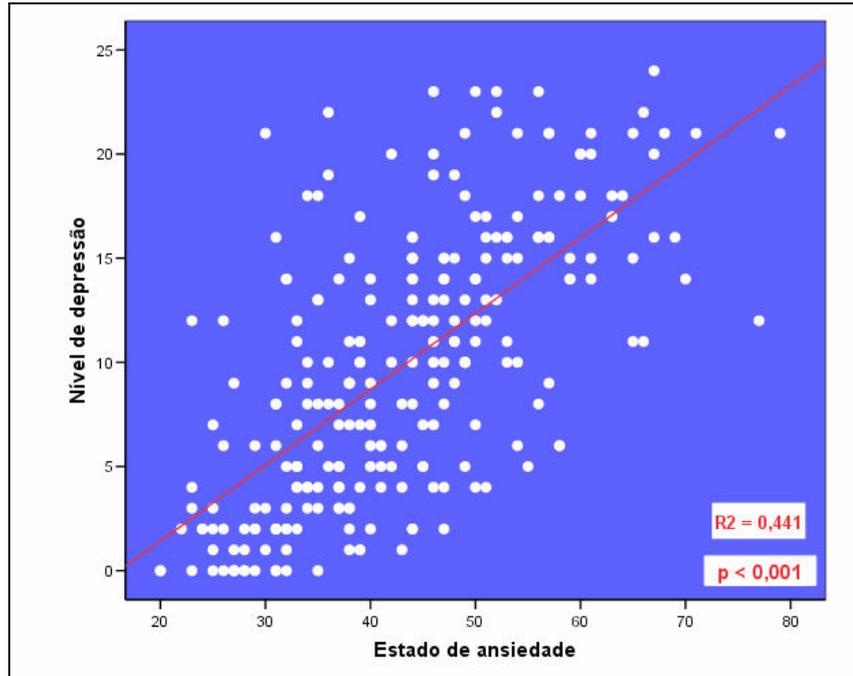


Figura 8. Nível de sintomas depressivos e de estado de ansiedade das gestantes pesquisadas. Serra/ES, out/2005 – fev/2006.

Pela Figura 8, observa-se que, quando se relaciona o estado de ansiedade da amostra estudada com o nível de sintomas depressivos, há relação significativa entre essas variáveis, ou seja, quanto maior o nível de ansiedade das gestantes, maior será o nível de sintomas depressivos durante a gravidez.

Estudos apontam que a ansiedade e a depressão podem ocorrer concomitantemente durante a gestação. Heron et al. (2003) concluíram em suas pesquisas que a ansiedade durante a gravidez ocorre frequentemente sobreposta com a depressão, e que ambas constituem fatores de risco para a depressão puerperal.

Austin (2003) também afirma que a depressão gestacional está associada à ansiedade e a outros distúrbios. A ansiedade em mulheres, de forma geral, constitui fator de risco para a depressão puerperal (SAISTO et al., 2001).

Dayan et al. (2002), usando o STAI e o EPDS em um estudo com 634 mulheres grávidas, encontraram ambas, ansiedade e depressão, na maioria das gestantes, e

concluíram que a detecção precoce e o tratamento da ansiedade e da depressão são benéficos para a mãe e para o feto.

Jadresic, Jará e Araya (1992), em um estudo sobre os fatores de risco para depressão durante a gravidez e o puerpério, encontraram uma clara associação entre ansiedade e depressão tanto durante a gravidez, quanto no pós-parto.

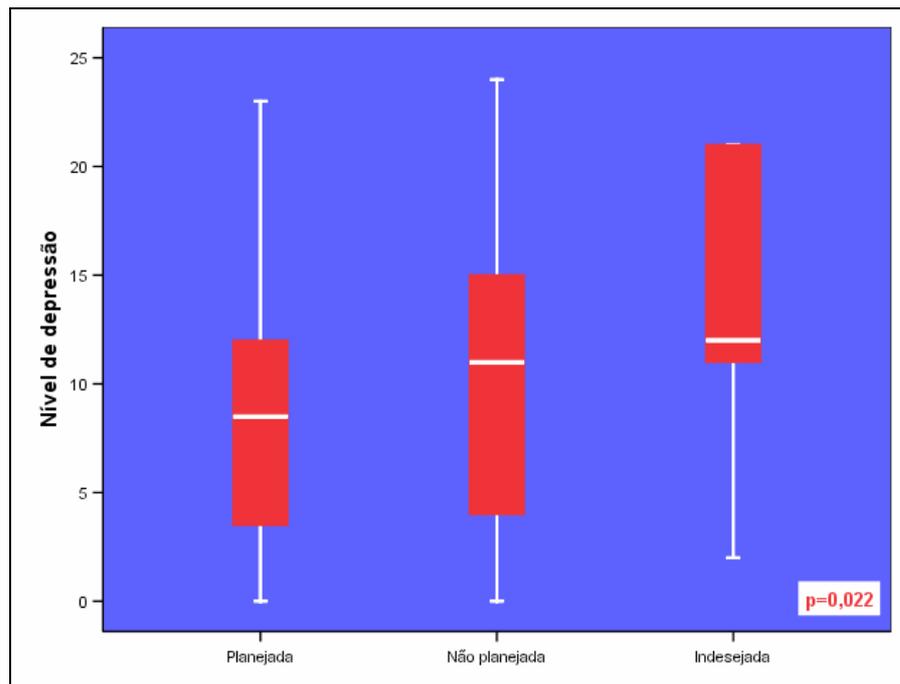


Figura 9. Nível de sintomas depressivos das gestantes pesquisadas, segundo planejamento da gravidez atual. Serra/ES, out/2005 – fev/2006.

Conforme mostra a Figura 9, as gestantes que não planejam a gravidez ou que têm gravidez indesejada apresentam mais sintomas depressivos, quando comparadas àquelas que planejaram a gravidez. Hasbún et al. (1999) associaram a gravidez inesperada ao estado depressivo pós-parto como um fator significativo.

Também segundo Zinga, Phillips, e Born (2005), a gravidez não planejada é um fator de risco para depressão pós-parto, risco que pode aumentar se associado a outros fatores.

Chee et al. (2005), em um estudo com 559 mulheres, constataram, entre outros, o apoio emocional prejudicado, a história prévia de depressão e a gravidez não

planejada como importantes fatores de risco para a depressão durante a gravidez e no período puerperal. Wender et al. (2002) apontam a gravidez indesejada como fator de risco para depressão pós-parto.

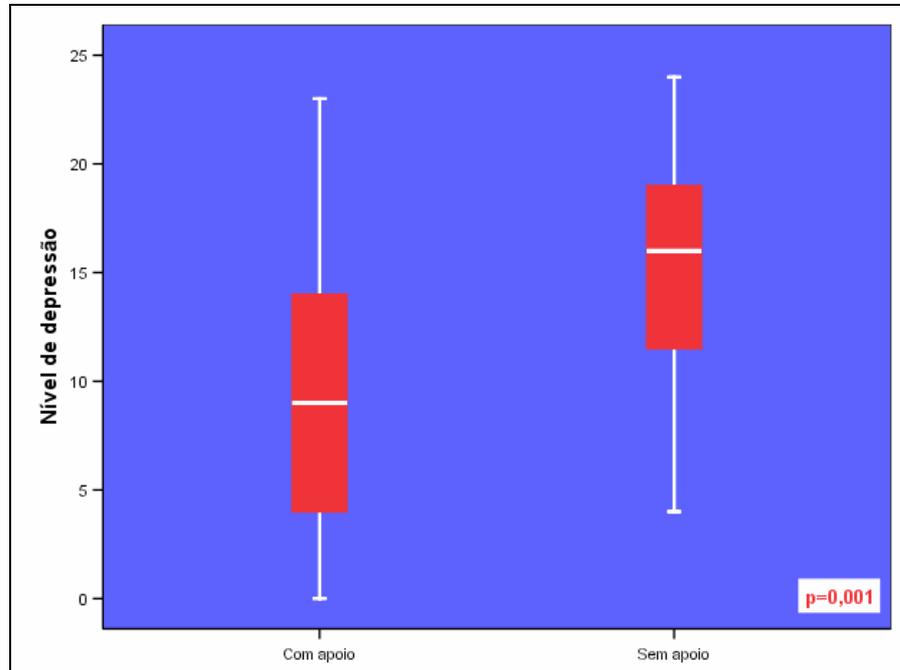


Figura 10. Nível de sintomas depressivos das gestantes pesquisadas, segundo o apoio social na gravidez atual. Serra/ES, out/2005 – fev/2006.

De acordo com a Figura 10, quanto menor for o apoio social à gestante durante a gravidez, maior o desenvolvimento de sintomas depressivos. Neste estudo, foi considerado como apoio social aquele fornecido por alguém da família ou por amigos/vizinhos, tanto durante a gravidez, quanto durante o puerpério, para os afazeres domésticos e para a resolução de problemas sociais.

Costa (1999), afirma que o apoio social está provavelmente envolvido na depressão durante a gravidez e pós-parto, porém enfatiza que essa influência ainda não está clara.

Alguns fatores estão associados com a depressão durante o pré-natal, entre eles história prévia de depressão e falta de apoio social (CHEE et al. 2005).

Mulheres sem o apoio da família, do parceiro ou de amigos durante a gravidez e o puerpério têm maior probabilidade de desenvolver sintomas depressivos no período pós-parto (ZINGA; PHILLIPS; BORN, 2005).

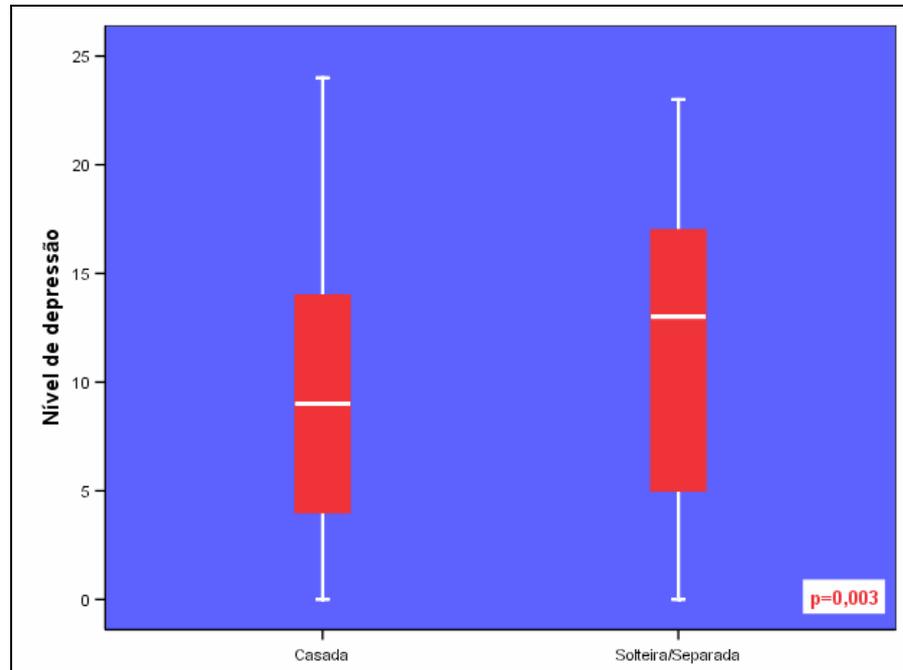


Figura 11. Nível de sintomas depressivos das gestantes pesquisadas, segundo estado civil. Serra/ES, out/2005 – fev/2006.

Os resultados apresentados na Figura 11 indicam que as mulheres casadas apresentam menos sintomas depressivos do que as não casadas, ou seja, a gravidez de mulheres solteiras ou separadas, que teoricamente não têm o apoio do parceiro é fator de risco para depressão no pós-parto.

O' Hara et al. (1990) afirmam que a correlação entre relacionamento conjugal empobrecido e síndrome depressiva em puérperas foi encontrada em vários estudos. Afirmam ainda que o relacionamento conjugal é um infortúnio particular das depressões no pós-parto.

Hasbún et al. (1999), em um estudo com 103 mulheres no Chile, concluíram que o fato de ser mãe solteira constitui um fator de risco para a depressão pós-parto,

assim como a ausência da figura paterna no lar. Wender et al. (2002) apontam que a instabilidade conjugal aumenta o risco para a depressão pós-parto.

Eblen, Vivas e García (1990) afirmam que existe relação entre o estado civil e os sintomas depressivos: os casados apresentam uma prevalência e um índice menor do que os não-casados.

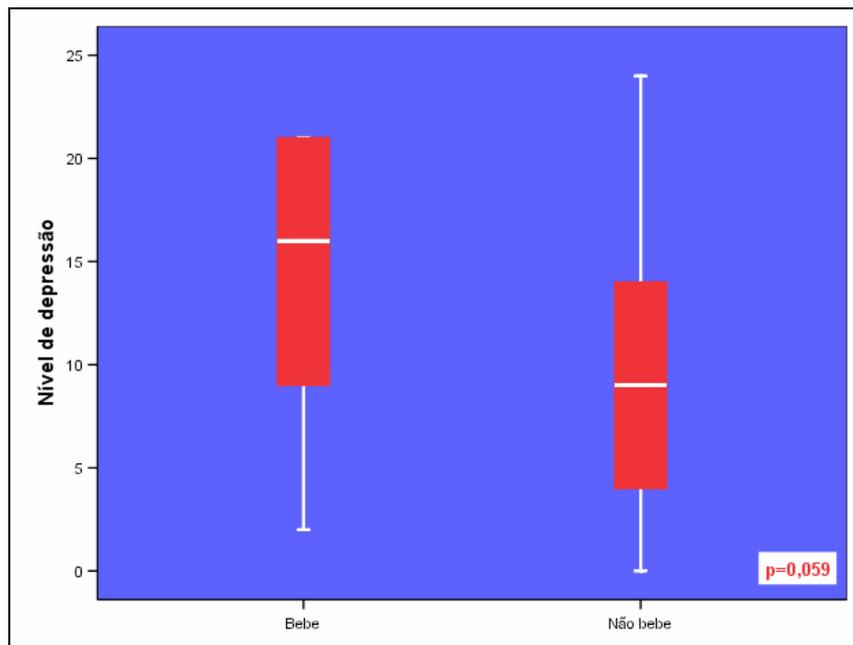


Figura 12. Nível de sintomas depressivos das gestantes pesquisadas, segundo uso de bebida alcoólica. Serra/ES, out/2005 – fev/2006.

De acordo com a Figura 12, as gestantes que fazem uso de álcool durante a gravidez apresentam maiores escores para sintomas depressivos, ou seja, são mais propensas a desenvolverem sintomas depressivos.

Segundo Pinheiro, Laprega e Furtado (2005) é comum a concomitância entre problemas emocionais e consumo de álcool. As mulheres que consomem álcool têm maior probabilidade de apresentar desordens emocionais, ou seja, o uso de álcool relaciona-se à maior intensidade de sofrimento emocional das gestantes.

Recentes evidências mostram que o consumo de álcool está positiva e linearmente relacionado com depressão durante o pré-natal. O uso de bebida alcoólica durante a gravidez também está associado ao tabagismo (ZINGA; PHILLIPS; BORN, 2005).

Homish et al. (2004) apontam que o uso de bebida alcoólica por mulheres com sintomas depressivos constitui fator de risco para o desenvolvimento de comorbidades no puerpério.

Alati et al. (2004) afirmam que a associação entre o consumo de álcool e o desenvolvimento de ansiedade e de sintomas depressivos durante a gravidez pode ser confundida em condições de baixa renda e hábito de fumar.

Chen et al. (2004) encontraram em seus estudos uma relação significativa entre o consumo de álcool e sintomas depressivos durante a gestação. Afirmam que o uso freqüente de álcool é considerado um dos fatores de risco para a depressão gestacional.

De acordo com os resultados desse estudo não se pode afirmar que o consumo de álcool seja um fator de risco para sintomas depressivos durante a gravidez, pois não foram analisados outros fatores relacionados com o consumo, como, por exemplo, a quantidade ingerida diariamente e a história de depressão preexistente.

Pelo exposto, não se pode afirmar que exista influência do álcool para a ocorrência dos sintomas de depressão em gestantes, pois o uso da bebida pode ter ocorrido para minimizar esses sintomas e não para propiciar o surgimento. Portanto, apesar das evidências dos estudos acima, não se pode afirmar que exista associação entre o hábito de consumir bebida alcoólica e a ocorrência de sintomas depressivos durante a gravidez.

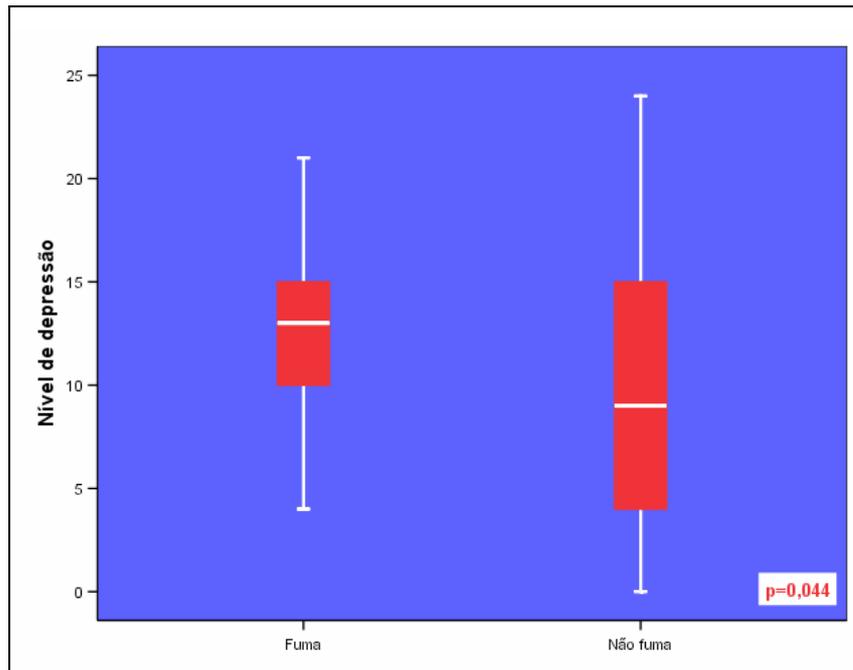


Figura 13. Nível de sintomas depressivos das gestantes pesquisadas, segundo uso de tabaco. Serra/ES, out/2005 – fev/2006.

A Figura 13 mostra a que os sintomas depressivos nas participantes da pesquisa são maiores nas fumantes do que nas não- fumantes. Segundo Zinga, Phillips e Born (2005), mulheres deprimidas que bebem ou fumam durante a gravidez estão mais sujeitas à possibilidade de que sua depressão continue no período pós-natal.

Homish et al. (2004) apontam que o uso do tabaco está associado a sintomas depressivos durante a gravidez e à co-morbidade pós-parto. Chen et al. (2004), afirmam que o uso de cigarros durante a gravidez é um fator de risco para a sintomatologia depressiva na gestação.

Mediante o exposto, não se pode afirmar a associação entre o tabaco e ocorrências de sintomas depressivos. O vício de fumar acalma as pessoas fumantes, e assim as mulheres também poderiam estar usando essa substância para diminuir os efeitos dos sinais e sintomas de depressão.

4 CONCLUSÕES

O presente estudo teve como objetivo caracterizar o traço e estado de ansiedade e sintomas depressivos na mulher durante a gravidez. Os resultados obtidos permitem concluir que:

- Não houve diferenças significativas no traço e estado de ansiedade e sintomas depressivos durante o primeiro, o segundo e terceiro trimestre de gestação;
- Os sintomas depressivos foram comuns nas mulheres pesquisadas, ou seja, 41% das gestantes apresentaram sintomas depressivos;
- Houve relação significativa entre o estado de ansiedade e sintomas depressivos, ou seja, as gestantes com maiores níveis de ansiedade tiveram maiores níveis de sintomas depressivos;
- Houve relação significativa entre as variáveis, estado civil, apoio social e falta de planejamento da gravidez, e sintomas depressivos, o que leva às seguintes conclusões: o casamento, o apoio social e o planejamento da gravidez contribuem para a prevenção de sintomas depressivos;
- Houve diferença significativa em relação ao grau de instrução durante os trimestres gestacionais, podendo indicar que, quanto maior o grau de instrução, mais precocemente a mulher procura o serviço de saúde para acompanhamento pré-natal;
- Não houve correlação entre as variáveis de interesse idade, ocupação, classe social, paridade, tipo de parto, complicações na gravidez e o nível de sintomas depressivos.

5 SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

A relevância deste estudo deve-se à identificação dos altos índices de ansiedade e sintomas depressivos na gravidez e dos fatores de risco que contribuem para tais transtornos. Os resultados encontrados levam a propor as seguintes sugestões e recomendações:

- Maior integração entre os programas de saúde da mulher, do adolescente e de saúde mental, visando à promoção da saúde mental da gestante;
- Incorporação da técnica de relaxamento na prática cotidiana das atividades coletivas educativas da atenção primária;
- Utilização sistemática de escalas de auto-avaliação para rastreamento de sintomas depressivos no atendimento pré-natal, tornando-as instrumentos de trabalho da equipe multidisciplinar;
- Incentivo a uma prática interdisciplinar no atendimento à gestante e inclusão de momentos de discussão interdisciplinares entre a equipe de saúde nos processos de capacitação desenvolvidos pela Secretaria Municipal;
- Maior investimento em planejamento familiar com vistas à prevenção da gravidez não planejada;
- Integração mais efetiva entre os setores de saúde e educação, no sentido de melhor educar os adolescentes sobre sexualidade e prevenção da gravidez na adolescência.

Na medida em que este trabalho permitiu caracterizar o traço e o estado de ansiedade e a presença de sintomas depressivos na mulher durante a gestação, bem como examinar a relação desses aspectos com as variáveis de interesse, acredita-se que traz contribuições importantes para um melhor planejamento dos investimentos na saúde da mulher e, conseqüentemente, na saúde coletiva.

Espera-se uma motivação do Município para investigações acerca de ansiedade e depressão na gestação, abortamentos, complicações na gravidez e planejamento familiar, para que se conheçam as reais necessidades da população e, desse modo, estratégias efetivas de intervenção possam ser delineadas e implementadas.

6 REFERÊNCIAS

ALATI, R. et al. Is there really a 'j-shaped' curve in the association between alcohol consumption and symptoms of depression and anxiety?: Findings from the Mater-University Study of Pregnancy and its outcomes. **Society for the Study of Addiction**. Queensland, v. 100, p. 643-651, 2004.

ALBRECHT, S. A; RANKIN, M. Anxiety level, health behaviors, and support systems of pregnant women. **Maternal-Child Nursing Journal**. Pittsburgh, v. 18, n. 1, p. 49-60, 1989.

ALVARADO, R.; MEDINA, E.; ARANDA, W. Componentes psicosociales Del riesgo durante la gestación: revisión bibliográfica. **Revista de Psiquiatria**. Santiago, v.13, n.1, p.30-41, 1996.

AMORIM, M. H. C. **A enfermagem e a psiconeuroimunologia no câncer de mama**. 1999. 142p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

ANDERSSON, L. et al. Neonatal outcome following maternal depression and anxiety: a population-based study. **Am. J. Epidemiol**. Lulea, v. 159, n. 9, p. 872-881, Dec. 2003.

ANDRADE, L. H. S. G.; GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Psiqu. Clin**. v. 25, p.285-90, 1999. Edição especial.

AUSTIN, M. P. Antenatal screening and early intervention for "perinatal" distress, depression and anxiety: where to from here? **Arch Womens Ment Health**. Sydney, 2003.

BALLONE, G. J. **Gravidez e depressão**. Acta Psychiatr Scand. Disponível em: <www.psiqweb.med.br>. Acesso em: 14 fev. 2005.

_____. **Gravidez na adolescência**, in Psiquweb, Disponível em: <www.uol.com.br/gballone/infantil/adolesc3hipofise>. Acesso em: 28 ago. 2006.

BAPTISTA, A. S. D.; BAPTISTA, M. N. Avaliação de depressão em gestantes de alto risco em um grupo de acompanhamento. **Interação em Psicologia**. Araras, v. 9, n. 1, p. 155-163, 2005.

BEREK, J. S.; ADASHI, E. Y.; HILLARD, P. A. **Novak: tratado de ginecologia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

BHAGWANANI, S. G. et al. Relationship between prenatal anxiety and perinatal outcome in nulliparous women: a prospective study. **Journal of the National Medical Association**. Cleveland, v. 89, n. 2, p. 93-98, 1997.

BOTEGA, N. J. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: SPP/ATSM, 2001. 199p.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos**. 3. ed. Brasília: SPS/MS, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos**. 3. ed. Brasília: SPS/MS, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**. Brasília: SAS/DAE, 2004b.

_____. Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo. **Informações em saúde**. Disponível em: <www.saude.es.gov.br>. Acesso em: 28 ago. 2006.

BROUWERS, E. P. M.; BAAR, A. L. V.; POP, V. J. M. Does the Edinburg postnatal depression scale measure anxiety? **Journal of Psychosomatic research**. v. 51, p. 659-663, May. 2001.

BURT, V. K.; STEIN, K. Epidemiology of depression throughout the female life cycle. **J. Clin Psychiatry**. Los Angeles, v. 63, p. 9–15, 2002.

BURROUGHS, A. **Uma introdução à enfermagem materna**. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

BUSSÂMARA, N. **Obstetrícia básica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Sarvier, 2000.

CAMANO, L. et al. **Obstetrícia**. São Paulo: Manole, 2003.

CARVALHO, G. M.; BARROS, S. M. O. Fatores psicossociais relacionados à gravidez na adolescência. **Acta Paul. Enf**. v. 13, n. 1, p. 9-17, São Paulo, 2000.

CHEE, C. Y. I. et al. Confinement and other psychosocial factors in perinatal depression: a transcultural study in Singapore. **Journal of Affective Disorders**. Singapore, v. 89, p. 157-166, 2005.

CHEN, H. et al. Depressive symptomatology in pregnancy: a Singaporean perspective. **Soc Psychiatry Epidemiol**. Singapura, v. 39, p. 975–979, 2004.

COSTA, D. et al. Variations in stress levels over the course of pregnancy: factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy-specific stress. **Journal of Psychosomatic Research**, Québec, v. 47, n. 6, p. 609–621, 1999a.

_____. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. **Journal of Affective Disorders**. v. 59, p. 31-40, Jun. 1999b.

COVERDALE, J. H. et al. Clinical implications and management strategies when depression occurs during pregnancy. **Australian New Zealand Journal Obstetric and Gynecology**, v. 36, n. 4, p. 424-429, 1996.

CUNNINGHAM, F.G.; et al. **Williams obstetrícia**. 20. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

DAYAN, J. et al. Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. **American Journal of Epidemiology**. Clemenceau, v. 155, n. 4, 2002.

DOLE, N. et al. Maternal stress and preterm birth. **Am. J. Epidemiol.** North Carolina, v. 157, p.14-24, 2003.

EBLEN, A.; VIVAS, V.; GARCÍA, J. Prevalencia del síndrome depresivo y su relación con factores socioeconômicos em uma muestra de la población de la ciudad de Valencia, Venezuela. **Acta Científica Venezolana**. Valencia, v. 41, p. 250–254, 1990.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. **Sistema de Informação de Mortalidade**. Sistema de Informação de Nascidos Vivos. Mortalidade Materna. Vitória, 2005.

_____. Prefeitura Municipal da Serra. Secretaria Municipal de Saúde. **Estrutura organizacional**. [S.l.: s.n.], 2004. Disponível em: <http://www.serra.es.gov.br/?arq=secretarias/sesa/estrutura/index&nav=secretarias/sesa/menu>. Acesso em 28 ago 2006.

EVANS, J. et al. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. **BMJ**, v. 323, n. 7.307, p.257-60, Aug. 2001.

FERGUSON, D. M. et al. Changes in depression during and following pregnancy. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**. Christchurch, v. 10, p. 279–293, 1996.

FONSECA, A. F. **Psiquiatria e psicopatologia**. 2. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1997.

FREITAS, G. V. S.; BOTEGA, N. J. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 48, n. 3, jul/set. 2002.

GENAZZANI, A. R. **Menopausa**: fatores que afetam a qualidade de vida. Disponível em: <www.womanlag.com>. Acesso em: 28 mar. 2006.

GUARIENTO, A.; DELASCIO, D. **Obstetrícia operatória briquet**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 1994.

HASBÚN, J. H. et al. Depression postparto: prevalência y fatores de riesgo. **Rev. Chil. Obstet. Ginecol.** Santiago, v. 64, n. 6, p. 466-470, 1999.

HERON, J. et al. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. **Journal of Affective Disorders.** Avon, v. 80, p. 65-73, Aug. 2003.

HOFBERG, K.; WARD, M. R. **Fear of pregnancy and childbirth.** Disponível em: <pmj.bmjournals.com>. Acesso em: 4 jul. 2005.

HOMISH, G. G. et al. Antenatal risk factors associated with postpartum comorbid alcohol use and depressive symptomatology. **Alcohol Clin Exp Res.** Buffalo, v. 28, n. 8, p. 1.242-1.248, 2004.

HUIZINK, A. C. et al. Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? **Early Human Development.** Rotterdam, v. 79, p. 81-91, Apr. 2004.

JADRESIC, E.; JARA, C.; ARAYA, R. Depressión em el embarazo y puerperio: estudio de factores de riesgo. **Acta Psiquiát. Psicol. Am. Lat.** Santiago, v. 39, n. 1, p. 63-74, 1992.

JENNIFER, H. J. et al. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. **Birth.** Subiaco, v. 30, n. 3, p. 175-180, 2003.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LEVIN, J. S. The factor structure of the pregnancy anxiety scale. **Journal of Health and Social Behavior.** Norfolk, v. 32, p. 368-381, Dec. 1991.

LIGHTFOOT, E. C.; KEELING, B.; WILTON, K. M. Characteristics distinguishing high-anxious and medium-/low-anxious women during pregnancy. **Journal of Psychosomatic Research.** Christchurch, v. 26, n. 3, p. 345-350, Dec. 1982.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da gravidez.** 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1984.

NADER, P. R. A. **Abortamento induzido e sua relação com aspectos sociodemográficos e reprodutivos de mulheres admitidas em uma maternidade pública da Serra- Es:** um estudo transversal. 2006. 126 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

NORBECK, J. S., ANDERSON, N.J. Live stress, social support, and anxiety in mid- and late-pregnancy among low income women. **Research in Nursing & Health.** San Francisco, v. 12, n. 5, p. 281-287, Mar. 1989.

NORUSIS, M. J. **SPSS for windows base system users's guide release 6.0**. Chicago, IL: SPSS Inc., 1993.

O'CONNOR, T. G. et al. Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression. **J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry**. Avon, v. 41, n. 2, p. 1.470-1.477, Dec.2002.

O'HARA, M. W. et al. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. **Journal of Abnormal Psychology**. V. 99, p. 3-15, 1990.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Mortalidade materna**. [S.l.: s.n.], 2003. Disponível em: <http://www.opas.org.br/mostrant.cfm?codigodest=141>. Acesso em: 12 dez. 2005.

PINHEIRO, S. N.; LAPREGA, M. R.; FURTADO, E.F.; Psychiatric morbidity and alcohol use by pregnant women in a public obstetric service. **Rev. Saúde Pública**. v. 39, n. 4, p. 593-598, Aug. 2005.

PRIMO, C. C. **Efeitos da intervenção de enfermagem-relaxamento no sistema imunológico das Puérperas**. 2005. 132 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.

REIS, A. F. et al. Estudo epidemiológico do abortamento no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obst.** Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 453-461, , abr. 1995.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. Petrópolis: Vozes, 2000.

SABROZA, A. R. et al. Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999-2001. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2004.

SAISTO, T. et al. Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. **Acta Obstet. Gynecol Scand**. Jyväskylä, V. 80, p.39–45, 2001.

SANTOS, I.; CLOS, A. C. **Pesquisa quantitativa e metodologia**. In. GAUTHIER, J. H. M. et al. (org.). Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

SANTOS, M. F. S.; MARTINS, F. C.; PASQUALI, L. dos et al. Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. **Ver. Psiq. Clín.** Brasília, v. 26, n. 2, p. 90-95, 1999. Edição especial.

SIEGEL, S. **Estatística não paramétrica para ciências do Comportamento**. São Paulo, Mcgraw Hill, 1975.

SILVA, V. A. da et al. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. **Bras J Med Biol Res**, Niterói, V. 31, n. 6, p. 799-804, Jun. 1998.

SJÖSTRÖM, K. et al. Maternal anxiety in late pregnancy: effect on movements and fetal heart rate. **Early Human Development**, Malmö, v. 67, p. 87-100, 2002.

SOARES, J. F; SIQUEIRA, L. S. **Introdução à estatística médica**. Belo Horizonte: Departamento de Estatística, UFMG, 1999.

SPIELBERGER, C. et al. **Inventário de ansiedade traço-estado**. Tradução de Ângela M. B. Biaggio e Luiz Natalício. Rio de Janeiro: CEPA, 1979.

TOBAR, Y. F. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

VERAS, A. B.; NARDI, A. E. Hormônios sexuais femininos e transtornos do humor. **J. Bras. Psiquiatria**. Rio de Janeiro, V. 54, n.1, p. 57-68, jan. 2005.

VIÇOSA, G. Atendimento em grupo a gestantes adolescentes e seus companheiros: uma experiência de 10 anos. **Rev. Psiquiatr**, v. 2, p. 65-69, 1993.

WENDER, M. C. O. et al. Depressão puerperal: atualização. **Femina**. Porto Alegre, V. 30, n. 7, p. 440-444, 2002.

ZIEGEL, E. E; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985.

ZINGA, D.; PHILLIPS, S. D.; BORN, L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? **Rev. Bras. Psiquiatr**. Ontário, v. 27, p. 56-64, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO

Título do Estudo: “Ansiedade e sintomas de depressão em gestantes: um desafio a ser enfrentado”.

Nome da pesquisadora: Solange Rodrigues da Costa Nascimento, enfermeira mestranda da Universidade Federal do Espírito Santo - Tel: (027) 3335 7287.

Nome da orientadora: Professora Dr.^a. Maria Helena Costa Amorim.

Introdução: A gravidez é uma das experiências mais emocionantes e importantes da vida de uma mulher, porém pode acontecer alguma mudança nas suas emoções, que devem ser informadas à equipe de saúde para que você seja tratada durante o pré-natal, para evitar complicações para você e o seu feto.

Objetivos do Estudo: Caracterizar o traço e o estado de ansiedade e a presença de sintomas depressivos em gestantes durante a gestação.

Estamos convidando-a participar de uma pesquisa. É muito importante que você compreenda todos os princípios desta pesquisa:

- a) você só participa se desejar;
- b) você pode deixar de participar a qualquer momento;
- c) se você não quiser participar, não fique preocupada, o seu tratamento independe desta pesquisa;
- d) durante as orientações, você poderá fazer qualquer pergunta que desejar, não fique com nenhuma dúvida.

Procedimentos: Caso concorde em participar de nosso estudo, você e seu feto continuarão sendo acompanhados normalmente. Realizaremos uma entrevista mensal (no dia da consulta de pré-natal) com você até o final da gestação.

Confiabilidade do Estudo: Sua identidade não será revelada; em lugar nenhum na pesquisa constará o seu nome. Se você ficou sem entender alguma parte deste documento, solicite explicação à pesquisadora. Assine, somente se tiver entendido tudo.

Eu, em pleno gozo de minhas faculdades mentais, faço-me voluntária para participar desta pesquisa, sendo a minha participação voluntária e conhecida a natureza, o objetivo, duração, benefícios, métodos da pesquisa, esclarecidos a mim pela pesquisadora(nome da pesquisadora).

Sei que a qualquer momento posso deixar de participar desta pesquisa sem sofrer nenhum dano ou perda de todos os meus direitos.

Nome da pesquisadora em letra de forma:

Assinatura da voluntária:

Nome da paciente em letra de forma:

Endereço :

N.º do estudo: Data:

APÊNDICE II**FORMULÁRIO DE ENTREVISTA**

Número do Estudo: _____

Número do Prontuário: _____

Número do SISPRENATAL: _____

Mês de gestação / idade gestacional: _____

Mês de gestação em que iniciou o pré-natal _____

N.º de consultas pré-natais já realizadas _____

I - Idade: _____

II - Grau de instrução:

- Analfabeto
- Ensino fundamental incompleto / completo
- Ensino médio incompleto / completo
- Ensino superior incompleto / completo

III - Estado Civil:

- Casada / união estável
- Solteira
- Divorciada / separada

IV - Vive em companhia do cônjuge ou companheiro :

- Sim Não, mas viveu Nunca viveu

V - Ocupação Remunerada:

Mulher Sim Não Marido Sim Não

Tipo de ocupação da mulher _____

VI - Fumo : Sim Não Ex-fumante

Quantidade de cigarros que fuma por dia: _____

VII - Consome bebida alcoólica atualmente: () Sim () Não () Já bebi mas parei

VIII - Antecedentes Gineco-Obstétricos :

Gesta : _____ Para: _____ Aborto: _____ Filhos vivos: _____

Parto: Normal () Cesárea () Fórceps ()

Aborto: Espontâneo () Sim () Não

IX - Gravidez Atual:

Planejada () Sim () Não Desejada () Sim () Não

Complicações durante a gravidez: Sim () Não ()

X – Apoio social:

() familiar

() amigos

() outros _____

() nenhum

APÊNDICE III

CARTA DE SOLICITAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO BIOMÉDICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO À SAÚDE COLETIVA

Serra, 28 de Junho de 05.

À Diretora do Departamento de Assistência Ambulatorial
Sr^a. Angélica

Informo à Vossa Senhoria que estou cursando o mestrado em Saúde Coletiva no Centro Biomédico da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

Para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva faz-se necessário o desenvolvimento de uma Dissertação cujo objeto de estudo é: Avaliação do nível de ansiedade e depressão de mulheres que realizam pré-natal na rede municipal de saúde de Serra - ES, sob a orientação da Professora Doutora Maria Helena Costa Amorim.

É de meu interesse realizar este estudo nas unidades deste município para de forma efetiva poder contribuir com o município onde desenvolvo minhas atividades como enfermeira.

Como trata-se de uma pesquisa com seres humanos é exigência da Pós – Graduação que o projeto seja encaminhado ao Comitê de Ética do Centro Biomédico da UFES, por ser o único cadastrado no Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

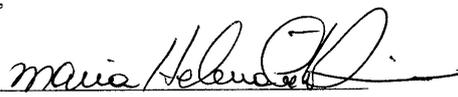
Dessa forma, venho por meio deste solicitar a Vossa Senhoria que autorize a realização desta pesquisa (em anexo) para que seja possível encaminhar ao Comitê de Ética da UFES.

Coloco-me a inteira disposição para esclarecimentos.

Atenciosamente,



Solange R. C. Nascimento



Maria Helena Costa Amorim



PREFEITURA MUNICIPAL DA SERRA

Folha Nº: _____

Processo Nº: _____

Rubrica: _____

AO DAM :

Parceiros sobre estudo para avaliação do nível de amideidade e de passar em melhores condições a pré-Natal na rede Municipal de Serra - ES.

Acreditamos que este estudo trará importante informação para estudos e melhoria de assistência a gestante, bem como o conhecimento dos fatores responsáveis pelas alterações.

Em Serra de Moura, em 25/07/2005
COORDENAÇÃO DE PROGRAMA
SESA/PMS

A Enf. Solange - UBS Pt. Serrano

Para conhecimento do parecer do PAISM, reforçamos a importância desse diagnóstico para nossa atuação futura.

Em, 25/07/05

Angélica

M. Angélica Buzato Talle
Diretora do SESA / PMS

ANEXOS

ANEXO A

APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Conselho Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Avaliação do nível de ansiedade e depressão em mulheres durante o pré-natal na rede municipal de saúde de Serra – ES.		
2. Área de Conhecimento: Ciências da Saúde	3. Código	4. Nível (Para Área 4)
5. Área Temática Enfermagem	6. Código 4.04	7. Fase (Para Área 3)
8. Unitermos: (3) Gestante, Pré-natal, Ansiedade e Depressão.		

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

9. Nome: Solange Rodrigues da Costa Nascimento Orientadora: Profa. Dra. Maria Helena Costa Amorim * Matrícula SIAPE: 002981408 *Professora Doutora do Programa de Pós - Graduação em Atenção à Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo.			
10. Identidade: 1.488.306	11. CPF 034.573.927-22	17. Endereço R. João Batista Miranda do Amaral, 285/301 Jardim Camburi, Vitória-ES	
12. Nacionalidade Brasileira	13. Profissão Enfermeira	18. CEP 29090-380	19. Cidade Vitória
14. Maior Titulação: Especialização	15. Cargo:	21. Fone 3437-4493	20. UF ES
16. Instituição a que pertence Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)			22. Fax
16. Instituição a que pertence Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)		23. E-mail: edsolan@ebrmet.com.br	
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. 196/96, Sua complementares e aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.		Data: 28/06/05 <i>[Assinatura]</i> Assinatura	

INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO

24. Nome: Secretaria Municipal de Saúde de Serra		28. Endereço Av. Norte Sul, S/N, Bl. 291/320 Bairro: Laranjeiras	
25. Unidade/Orgão: Unidade básica de saúde		29. CEP 29165380	30. Cidade Serra
26. Projeto Multicêntrico: Sim () Não (X)		32. Fone 33383402	31. UF ES
		33. Fax 33285568	E-mail:
27. Outras Instituições participantes			
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. 196/96, Sua complementares e aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.		Data: 28/06/05 <i>[Assinatura]</i> Assinatura	

PATROCINADOR

34. Nome: os custos serão assumidos pela pesquisadora		37. Endereço	
35. Patrocinador:		38. CEP	39. Cidade
36. Cargo/Função		40. UF	
		41. Fone:	42. Fax
		E-mail:	

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

43. Data de Entrada	44. Protocolo:	45. Conclusão: Aprovado: () Data:	46. Conclusão: Reprovado () Data:
47. Relatório(s) do pesquisador responsável previsto(a) para:			
Encaminho à CONEP: 48. Os dados acima para registro: 49. Os dados acima para apreciação: 50. Data:		51. Coordenador/Nome Assinatura	

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP

52. Protocolo:	54. Registro do Banco de Dados
53. Data recebimento:	55. Observações



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO BIOMÉDICO

Vitória-ES, 29 de setembro de 2005

Do: Prof. Dr. Fausto Edmundo Lima Pereira
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Biomédico

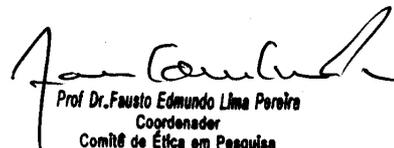
Para: Profa. Dra. Maria Helena Costa Amorim
Pesquisadora Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“Avaliação do nível de ansiedade e depressão em mulheres durante o pré-natal na rede municipal de saúde de Serra-ES”**

Senhora Pesquisadora,

Através deste informo à V.Sa., que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Biomédico da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa intitulado: **“Avaliação do nível de ansiedade e depressão em mulheres durante o pré-natal na rede municipal de saúde de Serra-ES”**, bem como o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, APROVOU o referido projeto, em reunião ordinária realizada em 28 de setembro de 2005.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.

Atenciosamente,



Prof. Dr. Fausto Edmundo Lima Pereira
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro Biomédico / UFES

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Biomédico
Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe – Vitória – ES – CEP 29.040-091.
Telefax: (27) 3335 7504

ANEXO B

PONTUAÇÃO PARA CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA

(Critério ABA/ANEP/ABIPEME)

Qual o grau de instrução/escolaridade do chefe da família?	Pontos
Não estudou/Primário incompleto	0
Primário completo/Ginásio incompleto	1
Ginásio completo/Ensino médio incompleto	2
Ensino médio completo/Ensino superior incompleto	3
Ensino superior completo	4
NS/NR	-

Na sua casa:	Pontos
Não tem geladeira nem freezer	0
Tem só geladeira sem freezer	2
Tem geladeira dúplex ou freezer	3

Quais e quantos itens abaixo existem na sua casa?

Item	Não tem	1	2	3	4	5	6 ou mais
Televisão em cores	0	2	3	4	5	5	5
Videocassete	0	2	2	2	2	2	2
Rádio	0	1	2	3	4	4	4
Banheiro	0	2	1	4	4	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1	1	1
CLASSES	A	B	C	D	E		
	25 ou +	17 a 24	11 a 16	06 a 10	00 a 05		

ANEXO C

TRAÇO DE ANSIEDADE/TRAIT ANXIETY

INSTRUÇÃO: Leia cada pergunta e faça um X no número, à direita, que melhor indicar como você, geralmente, se sente. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como geralmente você se sente. Utilize a escala: quase nunca = 1, às vezes = 2, freqüentemente = 3, quase sempre = 4.

Nº		Concordo			
		1	2	3	4
01	Sinto-me bem	1	2	3	4
02	Canso-me facilmente	1	2	3	4
03	Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
04	Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1	2	3	4
05	Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
06	Sinto-me descansada	1	2	3	4
07	Sou calma, ponderada e senhora de mim mesma	1	2	3	4
08	Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver	1	2	3	4
09	Preocupo-me demais com coisas sem importância	1	2	3	4
10	Sou feliz	1	2	3	4
11	Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12	Não tenho muita confiança em mim mesma	1	2	3	4
13	Sinto-me Segura	1	2	3	4
14	Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3	4
15	Sinto-me deprimida	1	2	3	4
16	Estou satisfeita	1	2	3	4
17	Às vezes, idéias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando	1	2	3	4
18	Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
19	Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20	Fico tensa e perturbada quando penso em meus problemas do momento	1	2	3	4

ANEXO D

ESTADO DE ANSIEDADE/STATE ANXIETY

INSTRUÇÃO: Leia cada pergunta e faça um X no número, à direita, que melhor indicar como você se sente agora, nesse momento de vida. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de sua opinião. Utilize a escala de freqüência: NÃO = 1, UM POUCO = 2, BASTANTE = 3, TOTALMENTE = 4.

Nº		FREQUÊNCIA			
		1	2	3	4
01	Sinto-me calma	1	2	3	4
02	Sinto-me Segura	1	2	3	4
03	Estou tensa	1	2	3	4
04	Estou arrependida	1	2	3	4
05	Sinto-me à vontade	1	2	3	4
06	Sinto-me perturbada	1	2	3	4
07	Estou preocupado com possíveis infortúnios	1	2	3	4
08	Sinto-me descansada	1	2	3	4
09	Sinto-me ansiosa	1	2	3	4
10	Sinto-me "em casa"	1	2	3	4
11	Sinto-me confiante	1	2	3	4
12	Sinto-me nervosa	1	2	3	4
13	Estou agitada	1	2	3	4
14	Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15	Estou descontraída	1	2	3	4
16	Sinto-me satisfeita	1	2	3	4
17	Estou preocupada	1	2	3	4
18	Sinto-me superexcitada e confusa	1	2	3	4
19.	Sinto-me alegre	1	2	3	4
20	Sinto-me bem	1	2	3	4

ANEXO E

ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDINBURGH - EPDS

Você terá um feto e nós gostaríamos de saber, como você está se sentindo. Por favor, marque a resposta que mais se aproxima do que você tem sentindo NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, não apenas como você está se sentindo hoje.

NOS ÚLTIMOS SETE DIAS....

1) Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas:

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

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

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

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

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

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

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

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

- () Sim, muitas vezes.
- () Sim, algumas vezes.
- () Não, muitas vezes.
- () Não, nenhuma vez.

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

- () Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles.
- () Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes.
- () Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles.
- () Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes.

7) Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir:

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

8) Eu tenho me sentido triste ou arrasada:

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

9) Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho chorado:

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

10) A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça:

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