

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**

WANDA SCHERRER DE ARAÚJO

**EFEITOS DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM-RELAXAMENTO NOS NÍVEIS
DE ANSIEDADE E DE DEPRESSÃO EM GESTANTES DE ALTO RISCO**

**VITÓRIA
2013**

WANDA SCHERRER DE ARAÚJO

**EFEITOS DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM-RELAXAMENTO NOS NÍVEIS
DE ANSIEDADE E DE DEPRESSÃO EM GESTANTES DE ALTO RISCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem na área de concentração Cuidado e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Helena Costa Amorim
Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Walckiria Garcia Romero

VITÓRIA
2013

EFEITOS DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM-RELAXAMENTO NOS NÍVEIS DE ANSIEDADE E DE DEPRESSÃO EM GESTANTES DE ALTO RISCO

WANDA SCHERRER DE ARAÚJO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, na área de concentração Cuidado e Administração em Saúde.

Avaliada em 29 de outubro de 2013.

COMISSÃO EXAMINADORA:

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

Prof^a. Dr^a. Walckiria Garcia Romero
Universidade Federal do Espírito Santo
Coorientadora

Prof^a. Dr^a. Ivis Emília de Oliveira Souza
Universidade Federal do Rio de Janeiro
1º Examinador

Prof^a. Dr^a. Eliana Zandonade
Universidade Federal do Espírito Santo
2º Examinador

Prof^a. Dr^a. Denise Silveira de Castro
Universidade Federal do Espírito Santo
Suplente Interno

Prof. Dr. Edson Theodoro dos Santos
Universidade Federal do Espírito Santo
Suplente Externo

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pela vida, pela saúde e pela oportunidade de estudar que, para mim, é um grande privilégio. Agradeço também por ter me dado sabedoria e por estar ao meu lado em todos os momentos.

Ao meu esposo, Gedimar, pelo amor incondicional, pela compreensão e porque, durante este tempo, soube me apoiar, dando-me estímulo e força nos momentos difíceis. Aos meus filhos, Marcus Vinícius e Paulo Victor, e às suas respectivas namoradas, Mariana e Rebecca, por não medirem esforços no auxílio à construção desta pesquisa. Sem o apoio de vocês, isso não seria possível. Obrigada, eu amo vocês!

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Maria Helena Costa Amorim, pelo rico aprendizado durante a orientação e também pelo apoio, respeito, carinho e confiança ao longo desses anos de convivência. Muito obrigada!

À Prof^a. Dr^a. Walckiria Garcia Romero, minha coorientadora, pelo apoio e disponibilidade de ajuda na execução deste estudo.

À Prof^a. Dr^a. Ivis Emília de Oliveira Souza, que é uma valiosa referência na área materno-infantil, pelo carinho, prontidão e riqueza de conhecimentos, trazendo contribuições preciosas ao estudo.

Às professoras Eliana Zandonade e Denise Silveira de Castro, membros da Banca Examinadora da Qualificação e também da defesa, que, sob diferentes olhares de conhecimentos, contribuíram muito na fase de conclusão do estudo.

Aos funcionários da Maternidade do Hospital das Clínicas, em especial, à equipe de Enfermagem, pelo apoio, carinho e pela prontidão em me fornecer tudo que precisei para a realização das entrevistas e das intervenções com as gestantes de alto risco.

A todas as gestantes de alto risco que se dispuseram a participar da pesquisa pela oportunidade e carinho que recebi. A todas minha eterna gratidão e respeito.

Às colegas do mestrado, com as quais dividi ansiedades, momentos alegres e tristes, discussão sobre assuntos pesquisados e companheirismo, espírito de grupo e apoio mútuo.

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

Perdi meu último bebê por causa da diabetes e estava me sentindo tensa, com medo e sem conseguir dormir, o relaxamento tem me ajudado muito. (D22)

RESUMO

Gestação de alto risco é aquela em que a saúde da mãe e/ou do feto tem maiores chances de sofrer complicações do que a média das gestações. Todo contexto de gestação de risco e do tratamento pode gerar estresse, trazendo sinais e sintomas como apatia, depressão, desânimo, sensação de desalento, hipersensibilidade emotiva, raiva, ansiedade e irritabilidade, que requerem técnicas mais especializadas de assistência hospitalar. **Objetivo:** Avaliar os efeitos da intervenção de Enfermagem-Relaxamento nos níveis ansiedade e de depressão em gestantes de alto risco hospitalizadas. **Metodologia:** Trata-se de um ensaio clínico aleatorizado. A amostra constituiu-se por 50 gestantes de alto risco (25 grupo controle e 25 experimental), internadas na maternidade do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes, Vitória(ES), em qualquer idade gestacional, hospitalizadas há mais de 24 horas. Aplicou-se a técnica de relaxamento proposta por Benson e adaptada por Amorim. Para a coleta dos dados, utilizou-se a técnica de entrevista com registro em formulário, *STAI-STATE TRAIT ANXIETY INVENTORY* (IDATE), Escala de Depressão Puerperal de Edinburgh (EPDS). A pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória do grupo experimental foram aferidas antes e após a intervenção de Enfermagem-Relaxamento. Para o tratamento estatístico dos dados, utilizou-se o Pacote Estatístico para Ciências Sociais-SPSS, versão 20.0. **Resultados:** A aplicação dos testes estatísticos *Mann-Whitney*, *Wilcoxon* e teste *t* evidenciaram diminuição significativa dos níveis de estado de ansiedade no grupo experimental ($p=0,001$), passando de média a baixa ansiedade, e diminuição significativa dos níveis de depressão no grupo experimental ($p=0,000$) após a prática de relaxamento. **Conclusão:** A intervenção de Enfermagem-Relaxamento deve ser incorporada à prática cotidiana da enfermeira no atendimento às gestantes de alto risco.

Palavras-chave: Relaxamento. Ansiedade. Depressão. Gravidez de alto risco. Enfermagem.

ABSTRACT

High-risk pregnancy is that in which the pregnant's and/or fetus' health has higher chance to experience complications than the average in pregnancies. The whole context of the risk pregnancy and treatment may causes stress, bringing signs and prognostics as: apathy, depression, discouragement, dismay, emotional hypersensibility, anger, anxiety and irritability, and require more specialized technics of hospital care. **Objective:** To evaluate the effects of nursing interventions-relaxation on anxiety levels and depression symptoms in pregnant women at high risk hospitalized. **Methodology:** This was a randomized clinical trial. The sample consisted of 25 pregnant women in the control group and 25 pregnant women in the experimental group that were hospitalized at the Hospital Universitario Cassiano Antonio de Moraes, Vitória-ES, with diagnosis of high-risk pregnancy at any gestational age, hospitalized for more than 24 hours. The technic of relaxation proposed by Benson and adapted by Amorim was applied. For data collection we used interview with record form, Inventory State-Trait Anxiety (STAI), Depression Scale Puerperal Edinburgh (EPDS). Blood pressure, heart rate and respiratory rate in the experimental group were measured before and after the intervention of Nursing-Relaxation. For statistical treatment of the data were used the Statistical Package for Social Sciences - SPSS, version 20.0. **Results:** The statistical tests Mann-Whytney, Wilcoxon test and t-test, showed a significant decrease in levels of state anxiety in the experimental group ($p=0.001$), from medium to low anxiety, and significant decrease in the levels of depression in the experimental group ($p=0.000$) after relaxation practice. **Conclusion:** The nursing intervention-relaxation should be incorporated into daily practice nurse in the care of women in the pregnancy.

Keywords: Relaxation. Anxiety. Depression. High-risk pregnancy. Nursing.

LISTA DE SIGLAS

EPDS – Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh

ES – Espírito Santo

HUCAM – Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes

IDATE – Inventário de Ansiedade Traço-Estado

OMS – Organização Mundial da Saúde

RPM – Ruptura Prematura de Placenta

SHEG – Síndrome Hipertensiva da Gravidez

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TPP – Trabalho de Parto Prematuro

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

Metodologia

Figura 1 – Relação entre as variáveis do estudo..... 36

Figura 2 – Procedimento para coleta de dados..... 39

Proposta de Artigo 1

Figura 1 – Nível do traço de ansiedade de gestantes de alto risco internadas em uma maternidade pública de Vitória(ES), abril-julho/2013..... 51

Figura 2 – Comparação dos níveis do estado de ansiedade de gestantes de alto risco, grupo controle e experimental, no primeiro momento e no quinto dia após a internação em uma maternidade pública de Vitória(ES), abril-julho/2013..... 52

Figura 3 – Dados de ansiedade de gestantes de alto risco internadas em uma maternidade pública de Vitória(ES), abril-julho/2013..... 53

Proposta de Artigo 2

Figura 1 – Comparação dos níveis de depressão de gestantes de alto risco, grupo controle e experimental, no primeiro momento e cinco dias após a internação de gestantes de alto risco em uma maternidade pública de Vitória(ES), abril-julho/2013..... 68

Figura 2 – Dados de depressão de gestantes de alto risco internadas em uma maternidade pública de Vitória(ES), abril-julho/2013..... 69

LISTA DE TABELAS

Proposta de Artigo 1

Tabela 1 – Caracterização de gestantes de alto risco internadas em uma maternidade pública de Vitória(ES), abril-julho/2013..... 49

Tabela 2 – Dados ginecológicos de gestantes de alto risco internadas em uma maternidade pública de Vitória(ES), abril-julho/2013..... 51

Proposta de Artigo 2

Tabela 1 – Grupo controle – Teste de *Mc Nemar*, para categorizar grupos com e sem depressão, em gestantes de alto risco internadas em uma maternidade pública de Vitória/ES, abril-julho/2013..... 70

Tabela 2 – Grupo experimental – Teste de *Mc Nemar* para categorizar grupos com e sem depressão, em gestantes de alto risco internadas em uma maternidade pública de Vitória/ES, abril-julho/2013..... 70

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	TEMPORALIDADE DA AUTORA.....	15
1.2	GESTAÇÃO DE ALTO RISCO.....	16
1.3	ASPECTOS EMOCIONAIS EM GESTANTES DE ALTO RISCO.....	19
1.3.1	Ansiedade em gestantes de alto risco	21
1.3.2	Depressão em gestantes de alto risco	23
1.4	RELAXAMENTO COMO TECNOLOGIA ASSISTENCIAL EM SAÚDE.....	26
2	OBJETIVOS	29
3	METODOLOGIA	31
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	32
3.2	LOCAL DE ESTUDO.....	32
3.3	POPULAÇÃO.....	32
3.4	AMOSTRA.....	32
3.4.1	Processo de amostragem	32
3.4.2	CrITÉrios de inclusão e exclusão	33
3.5	VARIÁVEIS.....	33
3.5.1	Variáveis dependentes	33
3.5.2	Variável independente	33
3.5.3	Variáveis de confundimento	36
3.6	PRODUÇÃO DE INFORMAÇÕES.....	37
3.6.1	Instrumentos	37
3.6.1.1	Escalas de avaliao de níveis de ansiedade e de depressão.....	37
3.7	ESTUDO-PILOTO.....	40
3.8	COLETA DE DADOS.....	40
3.9	ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS.....	40
4.0	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	40
4	RESULTADOS	41
4.1	PROPOSTA DE ARTIGO 1: Efeitos da Interveno de Enfermagem-Relaxamento nos níveis de ansiedade em gestantes de alto risco	42
4.2	PROPOSTA DE ARTIGO 2: Efeitos da interveno de Enfermagem-	

Relaxamento nos sintomas de depressão em gestantes de alto risco.....	59
5 CONCLUSÃO GERAL.....	79
6 PROPOSTAS.....	81
7 REFERÊNCIAS.....	83
APÊNDICES.....	89
APÊNDICE A – Termo de consentimento – grupo controle.....	90
APÊNDICE B – Termo de consentimento – grupo experimental.....	92
APÊNDICE C – Formulário de entrevista.....	94
APÊNDICE D – Diário de campo.....	96
ANEXOS.....	97
ANEXO A – Autorização para pesquisa.....	98
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética do CCS.....	99
ANEXO C – Estado de ansiedade.....	102
ANEXO D – Traço de ansiedade.....	103
ANEXO E – Escala de depressão pós-parto de Edinburgh.....	104

1.1 TEMPORALIDADE DA AUTORA

O interesse por desenvolver estudo sobre níveis de ansiedade e sintomas de depressão em gestantes de alto risco surgiu da minha experiência como enfermeira obstetra por cerca de 20 anos, trabalhando em uma maternidade de referência para gestação de alto risco. Nos atendimentos individuais ou em grupo, como enfermeira, pude perceber o quanto elas ficam ansiosas durante o período de hospitalização. Os motivos mais frequentes são: estão fragilizadas pelo fato de a gestação ser de risco; estão afastadas de seu contexto social, de seus familiares, do seu emprego por longo período e sofrem pela perda de autonomia e privacidade.

Nessa trajetória, observei que a equipe multiprofissional que presta assistência à gestante de alto risco limita-se a executar procedimentos técnicos relacionados com a doença, deixando o componente emocional em segundo plano na maioria das vezes. Muitas gestantes estão preocupadas, precisam não somente do tratamento medicamentoso, mas também querem ser escutadas, acolhidas e, quando ocorre a interação entre o profissional e a mulher, isso pode melhorar a adesão ao tratamento, assim como a qualidade do atendimento.

No ano 2001, tive a oportunidade de cursar especialização em Enfermagem Obstétrica, na Universidade Federal do Espírito Santo/Ufes. Desenvolvi o trabalho de conclusão de curso sobre “Atuação do Enfermeiro em Programas de Educação Coletiva na Maternidade e Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes-HUCAM”. Esse estudo foi relevante, pois sugeriu estratégias educativas na Maternidade e Ambulatório de Ginecologia.

Ao experienciar a função de supervisão noturna de Enfermagem, também na área materno-infantil, a partir de 2001, surgiu a oportunidade de observar essas gestantes e dialogar com elas, podendo ver todo o seu sofrimento e temor quanto à gravidez de risco.

Diante do exposto, busquei o curso de mestrado para aprofundar o estudo sobre ansiedade e sintomas de depressão em gestantes de alto risco.

1.2 GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

O Ministério da Saúde (2012) define gestação de alto risco como aquela em que a saúde da mãe e/ou do feto tem maiores chances de sofrer complicações do que a média das gestações. Estas gestantes, por serem portadoras de alguma doença, sofrerem algum agravo ou desenvolverem problemas, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para a mãe como para o feto.

No Brasil, a saúde da mulher e da criança tem sido admitida como prioridade. No entanto, constata-se, ainda, que ocorre um número elevado de mortes de mulheres e crianças por complicações da gravidez, parto e puerpério. A mortalidade materna, apresentou queda de 46% entre os anos de 1990 a 2007. Declinou de 140/100.000 nascidos vivos em 1990, para 75/100.000 nascidos vivos em 2007, de acordo com o Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos do Milênio. A morbimortalidade materna e perinatal continuam muito elevadas no Brasil, incompatíveis com o atual nível de desenvolvimento econômico e social do País (BRASIL, 2010).

Aproximadamente 530.000 gestantes morrem a cada ano por causas relacionadas com a maternidade em países em desenvolvimento. Desses casos, 80% se devem a causas classificadas como obstétricas diretas, que inclui hemorragia grave, infecção, aborto e eclâmpsia. Para cada mulher que morre, muitas outras sofrem enfermidades que as incapacitam de alguma forma em sua vida produtiva (SIBLEY *et al.*, 2008). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, anualmente, 20 milhões de mulheres no mundo apresentam complicações relacionadas com a gestação.

A mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2009).

Existem vários fatores de risco gestacional. Destacam-se aqui as condições clínicas preexistentes (hipertensão arterial, cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias, doenças infecciosas, doenças autoimunes, ginecopatias e neoplasias) e as doenças obstétricas na gravidez atual (pré-eclâmpsia e eclâmpsia,

diabetes gestacional, amniorrexe prematura, trabalho de parto prematuro, hemorragias da gestação e a insuficiência istmo cervical), tornando-a em gestação de alto risco (BRASIL, 2012). Dessa forma, restringiu-se, neste estudo, a descrever as principais doenças obstétricas apresentadas pelas gestantes participantes deste estudo.

- a) **Trabalho de parto prematuro (TPP)** é o aparecimento de contrações uterinas regulares, acompanhadas de alterações cervicais, entre 22 e 37 semanas de gestação, podendo resultar em óbito neonatal ou em prematuridade (HAMILTON *et al.*, 2007).

- b) **Placenta prévia** é a implantação total ou parcial da placenta no segmento inferior do útero. Pode ser classificada em: baixa, quando está localizada próxima ao colo do útero; marginal, quando atinge o orifício interno do colo do útero; e completa, quando recobre totalmente o orifício interno do colo do útero. Pode levar a sangramentos no segundo ou terceiro trimestre da gestação (BRASIL, 2012).

- c) **Ruptura prematura de membranas (RPM)** é a ruptura espontânea da membrana amniótica antes do início do trabalho de parto, ou antes da 37ª semana de gestação. Pode resultar em infecções materna e fetal, parto prematuro, contribuindo assim para o aumento da mortalidade perinatal (BRASIL, 2012).

- d) **Diabetes** é considerada a complicação clínica mais comum da gravidez, caracterizada por hiperglicemia. Pode ser classificado como: diabetes gestacional, que é diagnosticado durante a gravidez, e o diabetes pré-gestacional, que é o diabetes prévio à gravidez. É responsável por índices elevados de morbimortalidade perinatal, especialmente macrossomia fetal e malformações fetais (BRASIL, 2012).

- e) **Síndromes hipertensivas da gravidez (SHEG)** é uma doença multissistêmica exclusiva da gravidez, de etiologia desconhecida, e uma das principais complicações do período gravídico puerperal, mantendo-se

como importante causa de morbimortalidade materna e perinatal em todo o mundo (SASS *et al.*, 2011). Hipertensão arterial consiste em pressão arterial igual ou maior que 140/90 mmHg baseada na média de pelo menos duas medidas.

SHEG são classificadas como: hipertensão crônica – quando identificada antes da gravidez, ou antes de 20 semanas de gestação; pré-eclâmpsia – hipertensão arterial (igual ou acima de 140/90 mmHg), edema que ocorre após 20 semanas de gestação, acompanhada de proteinúria, com desaparecimento até 12 semanas após o parto; eclâmpsia – ocorre quando o quadro de hipertensão se associa a convulsões tônico-clônicas generalizadas ou coma em mulher com qualquer quadro hipertensivo, não causado por epilepsia; pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica – é o surgimento de pré-eclâmpsia em mulheres com hipertensão crônica ou doença renal; hipertensão gestacional – surge após a metade da gestação e se distingue da pré-eclâmpsia por não apresentar proteinúria. Normaliza-se até 12 semanas após o parto.

O surgimento de formas graves se dá quando ocorrem as convulsões tônico-clônicas generalizadas e/ou coma em gestantes sem doença neurológica que justifique o quadro, caracterizando a eclâmpsia. Outra forma severa da pré-eclâmpsia é a síndrome HELLP, que é caracterizada por hemólise, elevação das enzimas hepáticas e plaquetopenia (BRASIL, 2012).

Destaca-se também sua ocorrência a partir da revisão da literatura.

Em estudo sobre análise epidemiológica da gestante de risco realizado no Hospital Guilherme Álvaro, em Santos, foram analisados 206 prontuários. As principais patologias encontradas foram pós-datismo, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, síndrome hipertensiva da gravidez, ruptura prematura de membranas e dilatação cervical (BARBOSA, 2009).

Amorim *et al.* (2008) avaliaram, entre 2003 e 2007, pacientes com morbidade materna grave e verificaram que as causas mais comuns de internação em uma UTI

obstétrica do Recife, Pernambuco, foram as síndromes hipertensivas (78,4%), hemorragia (25,4%) e infecção (16,5%). A eclâmpsia ocorreu em 38,8% dos casos.

Em outro estudo, realizado por Batista e Feitosa (2009), na Universidade Federal do Ceará, sobre perfil epidemiológico e resultados perinatais em pacientes com síndromes hipertensivas da gravidez, foram analisadas 201 pacientes, nas quais se destacaram alta incidência de pré-eclâmpsia grave, sobrepeso e obesidade, e altas taxas de prematuridade (44,2%), baixo peso (37%) e taxa de 65 óbitos por mil nascidos vivos.

A morbidade materna é foco de atenção dos pesquisadores da área da saúde da mulher, considerando que sua proporção é bem maior do que a morte. É muito relevante compreender por que as mulheres grávidas adoecem, do que adoecem e quais são as repercussões para sua saúde. Um dos maiores desafios enfrentados é quando a morbidade materna se torna grave, com repercussões prejudiciais à saúde física, mental e social da mulher e de sua família (GODOY *et al.*, 2008). Conhecimentos sobre esse assunto podem colaborar para melhorar as políticas públicas e a qualidade da assistência de Enfermagem às gestantes que desenvolvem um episódio de morbidade materna.

1.3 ASPECTOS EMOCIONAIS DE GESTANTES DE ALTO RISCO

A gravidez representa um período sensível na vida da mulher, pois observam-se diversas mudanças fisiológicas, como a variação hormonal, que podem trazer mudanças orgânicas e comportamentais significativas, inclusive o desencadeamento ou exacerbação de sintomatologia depressiva e ansiosa, comum ao período gestacional (BATISTA; BATISTA; OLIVEIRA, 2004). Os níveis de estrógeno e progesterona na gestação são superiores àqueles vistos nas mulheres fora do período gestacional e esse fator pode estar envolvido nas alterações emocionais que ocorrem nessa fase (CAMACHO *et al.*, 2006).

A gestação é um momento que, para a maioria das mulheres traz felicidade e emoção, mas as consideradas de alto risco podem gerar emoções e sentimentos de culpa e falhas. Elas se sentem apreensivas e ansiosas, com medo do inesperado e

de perder o filho. O nascimento de um bebê prematuro caracteriza momento de crise para a família, pois, diante do risco de morte para o bebê, os pais são tomados por uma série de sentimentos de culpa, ansiedade e preocupação (CARVALHEIRA; TONETE; PARADA, 2010).

Considera-se também que as repercussões emocionais da morbidade materna podem resultar em efeitos adversos para as mulheres, seus filhos e sua família, afetando negativamente a qualidade de vida e ainda persistindo por longo período (CECATTI *et al.*, 2009).

Em seu estudo sobre qualidade de vida, depressão e ansiedade entre mulheres com antecedente de resultados gestacionais adversos, Couto e colaboradores (2009) observaram que mulheres com história gestacional de aborto espontâneo, óbito fetal e prematuridade ou óbito neonatal têm pior qualidade de vida e mais sintomas de ansiedade e depressão durante a gestação subsequente, quando comparadas com mulheres sem esses antecedentes. Sabe-se ainda que a presença de ansiedade ou depressão na gestação está associada a sintomas depressivos no puerpério (BLOCH *et al.*, 2003).

Todo contexto de gestação de risco e do tratamento pode gerar estresse, trazendo sinais e sintomas, como: apatia, depressão, desânimo, sensação de desalento, hipersensibilidade emotiva, raiva, ansiedade e irritabilidade. Devido à complexidade que envolve essas gestantes, entende-se que a atenção não deve ser reduzida apenas ao aspecto biológico, ao tratamento das intercorrências, centrando-se somente nos riscos e na sobrevivência do bebê. A visão deve ser ampliada nunca esquecendo que a mulher e os familiares também estão vivenciando o processo da gravidez e as crises ligadas a ele. As necessidades de saúde do grupo de alto risco, por definição requerem técnicas mais especializadas de assistência hospitalar, ainda que alguns casos possam ser solucionados no nível primário dessa assistência, por meio de procedimentos simples. Entretanto, outros necessitarão de cuidados mais complexos presentes nos níveis secundário e terciário, com equipes multidisciplinares constituídas por especialistas, dentre os quais enfermeiros,

psicólogos, assistentes sociais, tendo o enfermeiro papel decisivo no acompanhamento e na atuação dessa equipe (BRASIL, 2012).

Há poucos estudos na literatura que abordam questões emocionais na gravidez. Souza (2010) avaliou 30 gestantes hospitalizadas com diagnóstico de síndrome hipertensiva na gravidez, do Hospital Prof. Carlos da Silva Lacaz, em São Paulo, e encontrou prevalência de ansiedade e depressão de 66,7% e 36,7%, respectivamente. Estudo realizado com mulheres que passaram por uma experiência de morbidade grave durante a gravidez, parto ou puerpério retrata que, segundo as participantes, essa experiência "... trouxe marcas difíceis de apagar, como alteração na autoimagem e depressão" (GODOY, 2008, p. 536). Outro estudo com gestantes com pré-eclâmpsia revela o medo como o sentimento mais presente, especialmente o medo de morrer e de perder o bebê, medo do desconhecido, a insegurança quanto ao tipo de assistência que irá receber, além dos sentimentos de solidão e desamparo, agravados pela ausência ou inadequação de informação (SOUZA *et al.*, 2007).

Dentre os aspectos emocionais vivenciados em uma gestação de alto risco, podem-se destacar a ansiedade e os sintomas de depressão.

1.3.1 Ansiedade em gestantes de alto risco

A ansiedade é um estado emocional considerado parte do estado normal das experiências humanas. Inclui componentes psicológicos e fisiológicos sendo responsáveis pela adaptação do organismo às situações de perigo. Afeta, aproximadamente, uma entre nove pessoas (KAPLAN *et al.*, 2003). Passa a ser patológica quando é desproporcional à situação que o desencadeia. Situações adversas ou desagradáveis causam um desequilíbrio interno no organismo e provocam uma reação biológica e comportamental ao fator estressante (VIEIRA *et al.*, 2009). Quando ocorre um conjunto de reações que envolvem medo, apreensão, tensão muscular, aumento das frequências cardíaca e respiratória, sudorese e tremores, sem um perigo iminente real, considera-se uma reação inadequada das funções cerebrais, denominada transtorno de ansiedade (GORDILHO, 2002).

A ansiedade aparece como um sentimento de apreensão, uma sensação de que algo está para acontecer. Pessoas ansiosas respondem de forma excessiva aos estímulos ambientais, demorando mais a adaptar-se às alterações do sistema nervoso autônomo. Registra-se uma ocorrência duas vezes maior no sexo feminino (BALLONE, 2005).

A ansiedade na gestação é entendida como um componente emocional que se estende até o momento do parto e é caracterizada por um estado de insatisfação, inquietude, incerteza e insegurança, acompanhado de sensações de medo, sentimentos de incompetência, transtornos de sono e tensão muscular. Esses sintomas ansiosos podem se intensificar no terceiro trimestre de gestação devido ao aumento de contrações uterinas, dificuldades digestivas, pressão dos órgãos internos abdominais, assim como o cansaço fica mais frequente (BAPTISTA *et al.*, 2006). Segundo Maldonado (1997), quando a maternidade gera um grau de ansiedade mais intenso, há maior probabilidade de se observarem complicações na gravidez, parto e puerpério.

Se a gestação significa um processo de mudanças que, mesmo sob condições ótimas, pode tornar-se estressante física e mentalmente, na gestação de alto risco pode-se verificar um acréscimo de problemas emocionais e sociais para a gestante e sua família (DIAS *et al.*, 2008).

Níveis elevados de ansiedade durante a gestação podem trazer consequências negativas para sua saúde e bem-estar. Assim os sintomas físicos decorrentes da gestação, por exemplo, náuseas, vômitos e fadiga são agravados. Há maior ocorrência de complicações obstétricas e aumento de risco de desenvolvimento de pré-eclâmpsia. Quanto às implicações da ocorrência de níveis elevados de ansiedade ao longo da gravidez no desenvolvimento fetal, há uma maior probabilidade de o bebê apresentar baixo peso ao nascer, bem como nascer prematuramente (CONDE; FIGUEIREDO, 2003).

Poucos estudos descrevem os efeitos da ansiedade para a mulher e o bebê. Uma pesquisa realizada por Araújo *et al.* (2008), com 151 gestantes entre a 19 e 21

semanas de gestação, atendidas em Centro de Saúde do Rio de Janeiro, utilizando o inventário de Traço-Estado de Ansiedade (IDATE), observou uma prevalência de ansiedade de 64,9%. Mulheres mais jovens e de menor escolaridade apresentaram maior chance de desenvolver ansiedade. Outro estudo com 44 gestantes atendidas no Centro de Saúde do interior de São Paulo, utilizando também o IDATE, e a Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh (EPDS), verificou que 29,5% apresentaram sintomatologia depressiva, e 70,5% sintomas ansiosos (estado) controlados (BAPTISTA, 2006).

Em revisão sistemática de literatura, Araújo *et al.* (2007) observaram que a ansiedade na gestação foi associada à prematuridade e/ou ao baixo peso ao nascer em 8, dos 13 estudos analisados.

Correia e Linhares (2007), em revisão sistemática de literatura sobre ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal, verificaram que a ocorrência de altos níveis de ansiedade materna foi relacionada com complicações obstétricas, por exemplo, sangramento vaginal e ameaças de aborto, e com o desenvolvimento fetal, como diferenças no padrão de reatividade e altas taxas de batimento cardíaco.

1.3.2 Depressão em gestantes de alto risco

A sintomatologia depressiva é muito variada. Alguns indivíduos acometidos de depressão podem apresentar sintomas físicos, como dores, tonturas, cólicas, falta de ar, e também outros sintomas emocionais, como tristeza, angústia, medo, e ainda outros podem manifestar sua depressão com crises de raiva, irritabilidade, frustração, dificuldade de concentração ou pensamentos de morte (BALLONE, 2005).

Hoje a depressão atinge cerca de 154 milhões de pessoas no mundo, sendo mais comum em mulheres do que em homens. Aproximadamente a cada cinco gestantes, uma apresenta depressão, todavia a maioria dessas gestantes não é diagnosticada ou tratada adequadamente (PEREIRA *et al.*, 2010).

A depressão é o transtorno mental de maior prevalência durante a gravidez e o período puerperal (BENNETT, 2004). É considerada uma alteração do humor ou do afeto e está relacionada com eventos ou situações estressantes. Normalmente é acompanhada por uma alteração no nível global de atividade (CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS. CID-10, 2007).

Os níveis de estrógeno e progesterona na gestação são superiores àqueles vistos nas mulheres fora do período gestacional e esse fator pode estar envolvido nas alterações do humor que ocorrem nessa fase (CAMACHO *et al.*, 2006).

A prevalência da depressão durante a gravidez parece ser mais alta no terceiro trimestre, com incidência de cerca de 20% em países em desenvolvimento e de 10% a 15% em países desenvolvidos. Tende a aumentar em casos de gravidez de alto risco. Está associada a fatores de risco, como: história anterior de depressão, dificuldades financeiras, desemprego, baixa escolaridade, ausência de suporte social, dependência de substâncias, eventos estressantes e violência doméstica (PEREIRA; LOVISI, 2008). A intensidade das alterações psíquicas dependerá de fatores orgânicos, familiares, conjugais, sociais, culturais e da personalidade da gestante (FALCONE *et al.*, 2005).

A literatura atual mostra a maioria dos estudos com foco na depressão pós-parto, mas a depressão durante a gravidez pode ser considerada questão importante para o campo de saúde pública, pois constitui um forte fator de risco para a depressão puerperal, apontando a necessidade de intervenções antes do nascimento do bebê (PATEL, 2006). Estudo com 831 gestantes de Serviço de Atenção Primária, do setor público de saúde, na cidade de São Paulo, mostrou que mulheres com depressão pré-natal tiveram risco 2,4 vezes maior de apresentar depressão pós-parto do que mulheres que não tiveram tais sintomas durante a gravidez (FAISAL- CURY; MENEZES, 2012). Em uma meta-análise de estudos publicados entre 1990 e 2002 sobre fatores de risco para depressão pós-parto, os resultados indicaram que a ocorrência de depressão ou ansiedade durante a gravidez, histórico prévio de doença psiquiátrica, eventos de vida estressantes (como a morte da pessoa amada, rompimento de relacionamento ou divórcio, perda de emprego ou mudança de casa)

e a ausência de suporte social adequado atuaram como fatores fortes a moderados para a ocorrência de depressão pós-parto (ROBERTSON *et al.*, 2006).

A depressão tem importantes efeitos adversos sobre a saúde materna, fetal e infantil. Em revisão sistemática sobre repercussões materno-fetais da depressão na gravidez, Lima e Tsunechiro (2008) verificaram ser a depressão na gestação fator de risco para a depressão puerperal, pré-eclâmpsia, trabalho de parto prematuro, principalmente em gestantes de classe socioeconômica baixa. As principais repercussões da depressão sobre o feto foram elevação de norepinefrina e cortisol, baixo peso ao nascer, idade gestacional menor ao nascer, distúrbios do sono e desenvolvimento infantil prejudicado até os três anos de idade.

Em revisão sistemática de literatura sobre depressão no período gestacional e baixo peso ao nascer, Araújo *et al.* (2010), em amostra de dez artigos, determinaram que a depressão na gestação foi associada ao baixo peso ao nascer em sete artigos.

Em uma pesquisa sobre depressão em grávidas hipertensas, David *et al.* (2008) concluíram que essas gestantes se deparam com o medo em relação a si e ao bebê, gerando preocupações com o parto, com possíveis deficiências do bebê e com os riscos da gravidez, aumentando assim o nível de estresse e predispondo essas gestantes ao aparecimento de depressão.

A prevalência de depressão gestacional, em revisão bibliográfica no período de 1997 a 2007, de Pereira e Lovisi (2008), foi de cerca de 20% na maioria dos estudos analisados. Essa prevalência parece ser mais alta no terceiro trimestre de gravidez e relativamente maior nos países de baixa renda. Também tende a aumentar em casos de gravidez de alto risco. Em outro estudo realizado por Thiengo *et al.* (2012), em uma unidade básica de saúde de Nova Iguaçu, com 100 gestantes, a prevalência de depressão gestacional foi de 18%.

O estudo prospectivo, de setembro de 2006 a setembro de 2008, na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, com 588 díades (mãe e bebê), mostrou prevalência de depressão de 19,5%. Também constatou que 36,17% das crianças com baixo peso ao nascer eram filhas de mães com episódio depressivo (MENEZES *et al.*, 2012).

Diante do exposto, observa-se que é comum a presença de sintomas ansiosos e depressivos durante o período gestacional, muitas vezes ultrapassando o limite esperado, principalmente quando se trata de uma gestação de risco, com repercussões negativas na saúde materna e na do recém-nascido.

1.4 RELAXAMENTO COMO TECNOLOGIA ASSISTENCIAL EM SAÚDE

O uso de técnicas de relaxamento tem sido cada vez mais comum nos dias de hoje, com o objetivo de se obter alívio aos fatores estressantes da vida.

Edmund Jacobson foi o primeiro médico a usar o relaxamento muscular progressivo, em 1929, em pacientes com ansiedade, reação de estresse generalizado, doenças gastrointestinais e hipertensão (STEIN; CUTLER, 2002).

O cardiologista Benson (1975) foi quem estudou o desenvolvimento dos resultados da técnica de relaxamento com pacientes hipertensos, pois se interessava por tratamentos não farmacológicos para seus pacientes, destacando principalmente a integração corpo e mente (STEIN; CUTLER, 2002).

A técnica de relaxamento atua protegendo o organismo contra a superdosagem de estimulação, tendo como efeitos a redução da intensidade dos reflexos, o desaparecimento das correntes elétricas produzidas pelos músculos com diminuição da tensão muscular, o aumento da temperatura da pele, a elevação do volume dos braços e pernas devido ao aumento da circulação das veias e capilares, a redução da pressão arterial em hipertensos, a diminuição do ritmo cardíaco, a extensão dos movimentos respiratórios, alteração metabólica, redução do colesterol e diminuição à resposta do estresse. O relaxamento é o que se opõe ao estresse, reforça a homeostase, diminui a angústia e a emotividade (AURIOL, 1985).

Barry (1984) descreve os relaxamentos como técnicas simples e efetivas, que podem ser utilizadas pelas enfermeiras para reduzir a ansiedade dos pacientes internados. O relaxamento é uma técnica acessível a todos, não invasiva, que auxilia no equilíbrio mental e corporal, diminuindo a angústia e a emotividade. Para LIPP

(1998), há várias técnicas de relaxamento, algumas de orientação mais psicológica e outras de orientação mais fisiológica, ambas benéficas às pessoas.

Diversos estudos relataram a diminuição dos sintomas de ansiedade e depressão através da prática de técnicas de relaxamento. Um dos tratamentos utilizados pelos pesquisadores Redd *et al.* (2001) foi o relaxamento com pacientes adultos e crianças com câncer, antes de iniciarem o tratamento quimioterápico. Os resultados mostraram que os pacientes apresentaram redução da dor, do nível de ansiedade e facilidade para desviar a atenção. Conseguiram relaxamento dos grupos musculares, uma respiração profunda e passaram a usá-lo sempre que se encontravam tensos e ansiosos. O estudo usando um programa de formação de imagens de relaxamento diário com gestantes em trabalho de parto prematuro indicou que esse treinamento melhorou as respostas de estresse imediato e diminuiu o nível de ansiedade dessas mulheres (CHUANG *et al.*, 2011).

Amorim (1999), ao avaliar os efeitos da intervenção de Enfermagem-Relaxamento no sistema imunológico, em mulheres com diagnóstico de câncer de mama, observou aumento da atividade das células *natural killer* (NK), que possuem ação citotóxica e antimetastática.

Inúmeros estudos, ao avaliarem os efeitos da intervenção de Enfermagem utilizando a técnica de relaxamento proposta por Benson (1993) e seus efeitos no sistema imunológico de puérperas e níveis de ansiedade e depressão, demonstraram aumento dos níveis de IgA salivar de puérperas, diminuição nos níveis de ansiedade e redução dos níveis de depressão no pós-parto (PRIMO; AMORIM, 2007; PRIMO; AMORIM, 2008; PRIMO; AMORIM; LEITE, 2011).

Ao estudar os efeitos da técnica de relaxamento de Benson em pacientes com artrite reumatoide, Bagheri *et al.* (2006) observaram que essa técnica pode ser efetiva na redução da progressão da doença.

Em revisão bibliográfica no período de 1993-2007, realizada por Salvador *et al.* (2008), sobre o emprego do relaxamento para alívio da dor em pacientes com câncer, em que os autores utilizaram o relaxamento muscular progressivo, imagem

guiada, *biofeedback*, hipnose e meditação, concluíram que tais técnicas reduzem a percepção da dor, náuseas, estresse, insônia e atuam como coadjuvante com os medicamentos.

Outra intervenção que tem sido utilizada para trazer equilíbrio e harmonia é a *Hatha-Yoga*. Daleprane *et al.* (2013) pesquisaram os efeitos da intervenção Hatha-Yoga nos níveis de ansiedade e estresse de mulheres mastectomizadas e os resultados encontrados foram estatisticamente significantes, diminuindo o estresse e a ansiedade no grupo experimental, após a prática. Outro estudo com uso da Yoga em pacientes com síndrome hipertensiva mostrou que houve redução da pressão arterial, podendo ser usado como recurso não farmacológico complementar em pacientes com hipertensão (PINHEIRO *et al.*, 2007).

Diante do exposto, observa-se que gestantes de alto risco, que necessitam de internação pela intercorrência obstétrica, sem a presença dos familiares, podem vivenciar tristeza, ansiedade com a espera do nascimento e sintomas de depressão. Em virtude da morbidade e mortalidade que causam e as consequências emocionais que afetam o binômio mãe-filho, alguns questionamentos surgiram como norteadores para a realização deste estudo, tais como: Quais os efeitos da intervenção de Enfermagem-Relaxamento nos níveis de ansiedade e nos níveis de depressão em gestantes de alto risco internadas em Hospital Universitário?

O objetivo desta pesquisa foi:

Avaliar os efeitos da intervenção de Enfermagem-Relaxamento nos níveis de ansiedade e de depressão em gestantes de alto risco hospitalizadas em maternidade de referência.

O presente estudo foi desenvolvido em dois artigos:

Artigo 1 – avaliar os efeitos da intervenção de Enfermagem-Relaxamento nos níveis de ansiedade em gestantes de alto risco hospitalizadas;

Artigo 2 – avaliar os efeitos da intervenção de Enfermagem-Relaxamento nos níveis de depressão em gestantes de alto risco hospitalizadas.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo clínico aleatorizado.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na maternidade do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (Hucam), localizado na cidade de Vitória (ES), reconhecida como um centro de referência em gestação de alto risco, com atendimento ambulatorial e de internação nas diversas especialidades. A maternidade funciona atualmente com 20 leitos. Uma média de 40% é ocupada com gestantes de alto risco.

3.3 POPULAÇÃO

Gestantes de alto risco internadas na maternidade do Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes, em Vitória (ES).

3.4 AMOSTRA

Foi constituída por 50 gestantes de alto risco, 25 no grupo controle e 25 no grupo experimental.

Prevendo possíveis perdas de acompanhamento, por alta hospitalar ou evolução para parto antes do tempo previsto, foram adicionadas 31 pacientes no início da pesquisa.

3.4.1 Processo de amostragem

Foram levantados, diariamente, os prontuários referentes às gestantes de alto risco que participaram do estudo. Dessa forma, constituiu-se aleatoriamente (sorteio) os grupos controle e experimental nos dias de internação, valendo ressaltar que não houve contato prévio com as gestantes.

A gestante somente participou do estudo se, após a orientação, manifestasse aquiescência, com assinatura do Termo de Consentimento, documento que foi preenchido em três vias, uma para o prontuário, uma para a cliente e outra para a pesquisadora (Apêndices A e B).

3.4.2 Critérios de inclusão e exclusão

Gestantes de alto risco, hospitalizadas há mais de 24 horas nas enfermarias da maternidade do Hospital Universitário (Ufes), Vitória (ES), com idade maior ou igual a 18 anos.

Como critério de exclusão não foram consideradas gestantes com déficit de audição ou de linguagem, com deficiência mental ou quadro de demência que pudesse comprometer a entrevista ou a intervenção, e nem aquelas que permaneceram internadas por um período inferior a cinco dias.

Ambos os grupos foram submetidos ao tratamento tradicional, pois não havia interesse na mudança de condutas. O procedimento com os grupos controle e experimental foi idêntico. A única diferença foi a intervenção de Enfermagem-Relaxamento desenvolvida somente no grupo experimental.

3.5 VARIÁVEIS

3.5.1 Variáveis dependentes – estado de ansiedade e sinais e sintomas de depressão.

3.5.2 Variável independente – intervenção com a técnica de Enfermagem-Relaxamento.

A técnica de intervenção de Enfermagem-Relaxamento foi aplicada ao grupo experimental, após a definição dos grupos controle e experimental.

A intervenção de Enfermagem utilizando a técnica de relaxamento (BENSON, 1993) foi iniciada com as mulheres do grupo experimental no primeiro contato, após a entrevista e aplicação dos instrumentos de traço e estado de ansiedade e de depressão.

Esta técnica de relaxamento (BENSON, 1993) utiliza quatro elementos essenciais: um **ambiente tranquilo**, um **dispositivo mental**, uma **atitude passiva** e uma **posição confortável**, descritas a seguir:

- a) **um ambiente tranquilo** – o local para realizar a técnica deve ser sossegado, calmo, com o mínimo de distrações;
- b) **um dispositivo mental** – deve haver um estímulo constante. Uma palavra ou uma frase repetida varias vezes em voz alta ou baixa afasta outros pensamentos. O ideal é manter os olhos fechados e observar o ritmo da respiração para melhor concentração;
- c) **uma atitude passiva** – quando outros pensamentos surgirem durante o processo, é preciso ignorá-lo e continuar pensando e se concentrando nas frases ou palavras escolhidas;
- d) **uma posição confortável** – uma postura confortável é importante, para que não haja uma tensão muscular indevida.

A partir de inúmeros estudos já descritos, utilizando a técnica de Benson (1993) de forma adaptada em um Programa de Reabilitação para Mulheres Mastectomizadas (Premma), em Vitória (ES), desde 1999, optou-se, neste estudo, pela forma adaptada, ou seja, entre os passos 5 e 6 inclui-se a seguinte instrução: “***Agora procure fazer uma viagem através da sua mente para algum lugar em que já esteve e gostaria de retornar ou para algum lugar que nunca esteve e gostaria de conhecer***”, como descrita a seguir:

Passo 1– a cliente escolhe uma palavra ou uma curta frase, como ponto de referência, baseada na sua crença. Por exemplo: uma pessoa não religiosa talvez

escolha um número, ou a palavra amor, ou paz. Uma pessoa religiosa talvez escolha por um texto bíblico: "O Senhor é meu pastor" (Salmo 23) e uma pessoa judia talvez opte por SHALOM. Aqui não há inferência de palavra por parte do interventor;

Passo 2– a cliente silenciosamente senta-se de modo confortável;

Passo 3– fecha os olhos;

Passo 4– relaxa a musculatura;

Passo 5– respira devagar e, naturalmente, continua repetindo a palavra ou frase silenciosamente à medida que for expirando;

Passo 6– *"Agora procure fazer uma viagem através da sua mente para algum lugar em que já esteve e gostaria de retornar ou para algum lugar que nunca esteve e gostaria de conhecer"*.

Passo 7- do começo até o fim, assume uma atitude passiva, não se preocupando como está se saindo. Quando outros pensamentos vierem à mente, simplesmente dirá para si mesma "Oh, tudo bem!" e retornará ao pensamento anterior;

Passo 8– continua assim por alguns minutos. Quando terminar, deve permanecer com os olhos fechados por alguns instantes primeiramente e depois com os olhos abertos.

Orientou-se a técnica para cada gestante do grupo experimental durante cinco dias, e acompanhou-se a realização, de forma que pudesse aprender e realizá-la duas vezes ao dia, uma ao acordar e outra antes de dormir. Utilizou-se uma sala na maternidade, por ser um ambiente tranquilo, sem fluxo de funcionários ou pacientes.

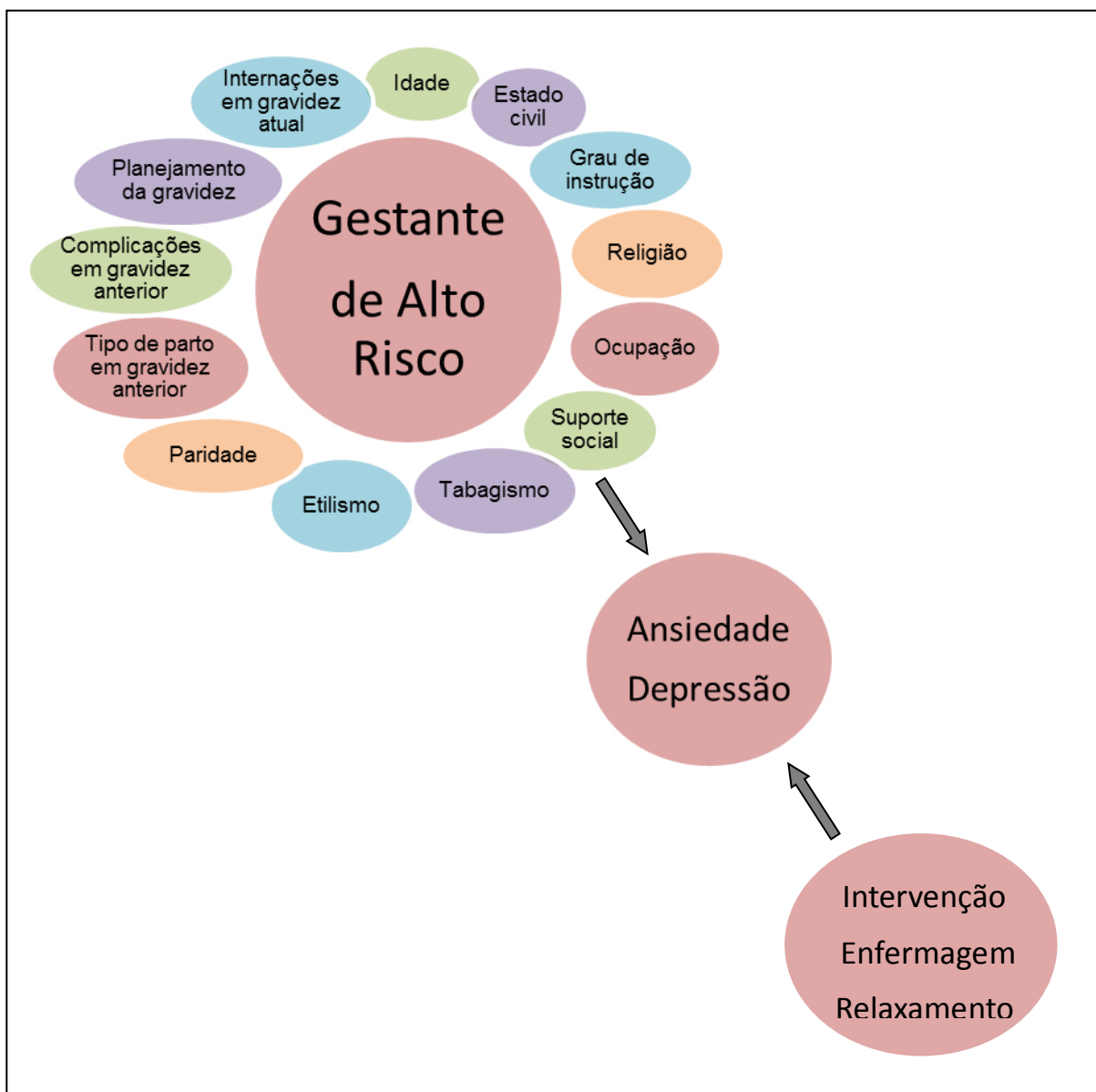
Para avaliar se a gestante se encontrava convenientemente relaxada, alguns parâmetros fisiológicos foram mensurados: pressão arterial e frequência cardíaca, antes e após cada prática, com o através do aparelho de pressão marca OMRON HEM-7200, e frequência respiratória que foi medida pela pesquisadora, por meio da contagem de ciclos respiratórios por minuto com a mesma frequência.

Para evitar o efeito Hawthorne, ou seja, para que não houvesse contaminação dos sujeitos do grupo controle com o grupo experimental, não foi permitido que as pacientes de ambos os grupos ficassem internadas na mesma enfermaria.

3.5.3 Variáveis de confundimento

Foram avaliadas as seguintes variáveis para caracterização dos grupos controle e experimental: idade, estado civil, grau de instrução, religião, ocupação, suporte social, tabagismo, etilismo, antecedentes gineco-obstétricos e gravidez atual (APÊNDICE C).

Figura 1– Relação entre as variáveis do estudo.



Relações das variáveis de confundimento e convergência da intervenção - Araújo e Amorim (2013).

3.6 PRODUÇÃO DE INFORMAÇÕES

3.6.1 Instrumentos

Para levantamento das variáveis (idade, estado civil, grau de instrução, religião, ocupação, suporte social, tabagismo, etilismo, antecedentes gineco-obstétricos e gravidez atual), utilizou-se entrevista estruturada, com registro em formulário próprio, que foi realizada no contato inicial com a gestante (APÊNDICE C).

3.6.1.1 Escalas de avaliação de níveis de ansiedade e de depressão

- **Níveis de Ansiedade**

Para avaliar as variáveis Traço de Ansiedade/*TraitAnxiety* Estado de Ansiedade/*StateAnxiety*, foi utilizado o instrumento *STAI-STATE TRAIT ANXIETY INVENTORY* (ANEXOS C e D), elaborado por Spielberger *et al.* (1970), traduzido e adaptado para o Brasil por Biaggio e Natalício em 1979.

O inventário de ansiedade Traço-Estado (IDATE) é um dos instrumentos mais utilizados para quantificar componentes subjetivos relacionados com a ansiedade. É composto por duas escalas para medir níveis de ansiedade: Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço (FIOVARANTI, 2006). O Traço de ansiedade/*TraitAnxiety* contém 20 afirmações e avalia como normalmente a mulher se sente. É medido pela escala: QUASE SEMPRE = 4, FREQUENTEMENTE = 3, ÀS VEZES = 2, QUASE NUNCA = 1; e o Estado de ansiedade/*StateAnxiety* avalia o estado de ansiedade da gestante no momento da entrevista, medido na escala: NÃO=1, UM POUCO=2, BASTANTE=3, TOTALMENTE=4. Para cada escala, a pontuação mínima alcançada é de 20 pontos e a máxima é de 80 pontos (SPIELBERGER *et al.*, 1970).

Em ambos instrumentos, existem afirmações em que os escores para análise são invertidos de 1, 2, 3, 4 para 4, 3, 2, 1, sendo eles:

Traço de ansiedade/ *TraitAnxieth* – itens 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19.

Estado de ansiedade/*StateAnxieth* – itens 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 (SPIELBERGER *et al.*, 1979).

- **Níveis de Depressão**

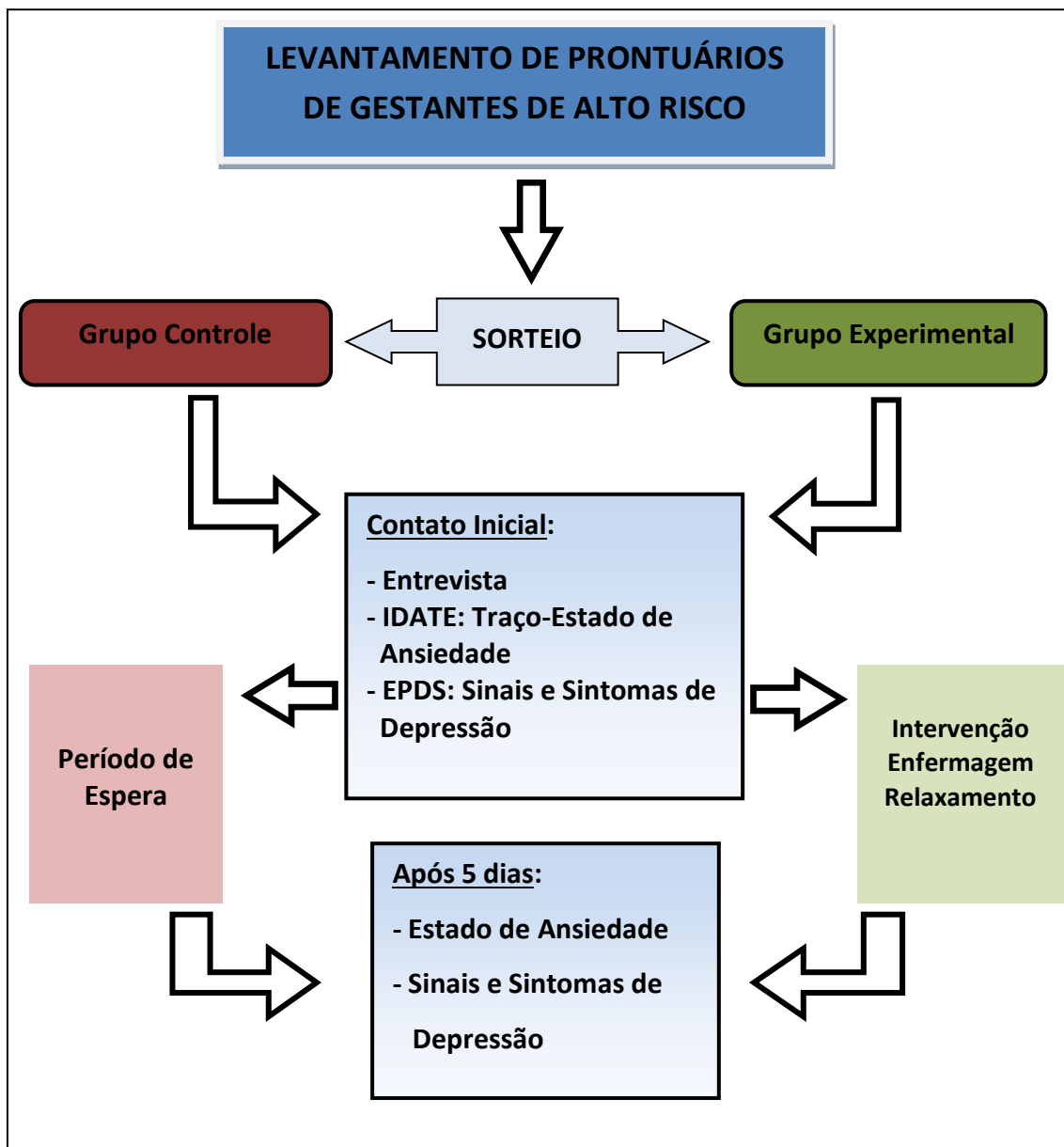
Para avaliar sinais e sintomas de depressão, foi utilizada a escala de depressão puerperal de Edinburgh (EPDS), desenvolvida e idealizada por Cox, em 1987, na Grã-Bretanha. No Brasil, a EPDS (ANEXO E) foi traduzida para o português e validada por Santos *et al.* (1999) em Brasília que, segundo o Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento (2003), é uma cidade que representa um dos maiores índices de desenvolvimento humano do Brasil. Usando o ponto de corte recomendado de 11/12, obteve-se sensibilidade de 72%, especificidade de 88% e valor preditivo de 78% (CAMACHO *et al.*, 2006). É considerado um instrumento de pontuação e respostas simples, para ser utilizado por profissionais não especializados em saúde mental (enfermeiros, obstetras, assistentes sociais). É um instrumento de autorregistro composto de dez enunciados, cujas opções são pontuadas (0-3) de acordo com a presença e intensidade do sintoma. Os enunciados cobrem sintomas psíquicos do humor depressivo, tais como: sensação de tristeza, autodesvalorização, sentimentos de culpa, idéias de suicídio ou morte, também sintomatologia fisiológica (insônia ou hipersonia) e alterações do comportamento (crise de choro).

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

A EPDS foi aplicada em ambos os grupos, controle e experimental, no contato inicial com a gestante e cinco dias após. O Traço de Ansiedade foi avaliado em ambos os grupos no contato inicial com a gestante, e o Estado de Ansiedade foi avaliado em ambos os grupos no contato inicial, e cinco dias após no grupo experimental.

Utilizou-se também como instrumento o diário de campo, para evitar o viés nesse estudo. O diário foi entregue a todas gestantes que participaram do estudo no dia da entrevista. Foi solicitado que escrevessem diariamente seus sentimentos e reações, atividades de apoio, sono e repouso. Às do grupo experimental foi solicitado também que relatassem suas experiências com a técnica de relaxamento.

Figura 2 – Procedimento para coleta de dados



Fluxograma das etapas e dos procedimentos de coleta de dados - Araújo e Amorim (2013).

3.7 ESTUDO PILOTO

Realizou-se um estudo piloto com cinco gestantes de alto risco em situação semelhante das que participaram da pesquisa, para verificar a clareza e compreensão das escalas de avaliação de ansiedade e depressão, assim como a duração das entrevistas.

3.8 COLETA DE DADOS

A coleta das informações, o registro dos instrumentos e a aplicação da técnica de relaxamento foram iniciados após a aprovação no Comitê de Ética, tendo início em abril de 2013 e encerrados em julho de 2013.

As voluntárias da pesquisa assinaram um termo de consentimento (APÊNDICE A e B) informando sua participação no estudo de espontânea vontade e os procedimentos a que foram submetidas.

3.9 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Para a análise estatística, utilizou-se o Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS), versão 20.0 e fixado um nível de significância de 5% correspondendo a $p=0,05$ (limite de confiança de 95%).

As variáveis quantitativas foram avaliadas por meio da mediana, média e desvio padrão. Testaram-se as variáveis ansiedade e depressão entre os grupos (controle e experimental) pelo teste não paramétrico *Mann-Whitney* e teste paramétrico *t* independência. Para avaliar a ansiedade e depressão entre os momentos foram realizados o teste *Wilcoxon* e o teste *t* pareado. Utilizou-se o teste *Mc Nemar* para avaliar as diferenças no nível de depressão antes e após a intervenção, com os dados categorizados.

Foram testadas as variáveis: pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória intragrupos (entre os momentos), pelo teste *t* pareado.

4.0 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, sob o nº 273.302.

4.1 PROPOSTA DE ARTIGO 1

**Efeitos da intervenção de Enfermagem-Relaxamento
nos níveis de ansiedade em gestantes de alto risco**

Resumo

Este estudo teve como objetivo avaliar os efeitos da intervenção de Enfermagem-Relaxamento nos níveis de ansiedade de gestantes de alto risco hospitalizadas. Estudo clínico aleatorizado realizado na maternidade do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes, Vitória (ES). A amostra constituiu-se por 50 gestantes de alto risco (25 grupo controle e 25 experimental). Utilizou-se a técnica de relaxamento proposta por Benson. As variáveis de controle foram coletadas pela técnica de entrevista com registro em formulário específico; o traço e estado de ansiedade com base no Inventário de Ansiedade (IDATE) no contato inicial com a paciente para ambos os grupos. Cinco dias após relaxamento, avaliou-se novamente apenas o estado de ansiedade. Utilizou-se o Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS) - versão 20.0. A aplicação dos testes estatísticos *Mann-Whitney*, *Wilcoxon* e teste t evidenciou diminuição significativa dos níveis de estado de ansiedade no grupo experimental ($p=0,000$), passando de média a baixa ansiedade após a prática de relaxamento. Concluiu-se que a intervenção de Enfermagem-Relaxamento pode diminuir os níveis de ansiedade de gestantes de alto risco hospitalizadas, melhorando a qualidade da assistência de Enfermagem, podendo, portanto, ser incluída como prática na assistência prestada a essas gestantes.

Palavras-chave: Relaxamento; enfermagem; ansiedade; gravidez de alto risco.

Abstract

The objective of this study was evaluate the effects of the nurse intervention-relaxation in the levels of anxiety of high-risk pregnant hospitalized. A randomized clinical trial conducted at the Hospital Universitario Cassiano Antonio de Moraes,

Vitória-ES. The sample consisted of 50 high-risk pregnant (25 experimental and 25 control group). A relaxation technique proposed by Benson was used. The control variables were collected through an interview technic with record on a specific form, the trait and state of anxiety based on Anxiety Inventory (STAI) at initial contact with the patient for both groups, and a week after relaxation evaluated the state of anxiety. The Statistical Package for Social Sciences (SPSS) –Version 20.0 was used. The statistical tests Mann-Whytney, Wilcoxonandt test showed significant decrease in levels of state anxiety in the experimental group ($p=0.001$), from medium to low anxiety after relaxation practice. The intervention-relaxation can decrease levels of anxiety of hospitalized high-risk pregnant, improving the quality of care in nursing, and could therefore be included as a practice in care of those pregnant.

Keywords: Relaxation; nursing; anxiety; high risk pregnancy.

INTRODUÇÃO

A ansiedade é um estado emocional considerado parte do estado normal das experiências humanas. Inclui componentes psicológicos e fisiológicos e é responsável pela adaptação do organismo às situações de perigo. Afeta, aproximadamente, uma entre nove pessoas¹. Passa a ser patológica, quando é desproporcional à situação que a desencadeia. Aparece como um sentimento de apreensão, uma sensação de que algo está para acontecer. Pessoas ansiosas respondem de forma excessiva aos estímulos ambientais, demorando mais a adaptar-se às alterações do sistema nervoso autônomo. Tem uma ocorrência duas vezes maior no sexo feminino ².

Durante a gravidez, observam-se diversas mudanças fisiológicas, como a variação hormonal, que podem trazer mudanças orgânicas e comportamentais significativas,

inclusive o desencadeamento ou exacerbação de sintomatologia depressiva e ansiosa, comum ao período gestacional ³.

O Ministério da Saúde (2012) define gestação de alto risco como aquela em que a saúde da mãe e/ou do feto tem maiores chances de sofrer complicações do que a média das gestações. Existem vários fatores geradores de risco gestacional. Destacam-se aqui as condições clínicas que estão presentes antes da ocorrência da gravidez (hipertensão arterial, cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias, doenças infecciosas e outras), e as doenças obstétricas que podem surgir no decorrer da gestação (pré-eclâmpsia e eclâmpsia, diabetes gestacional, amniorrex prematura, trabalho de parto prematuro, hemorragias da gestação)². Essas gestantes são mais vulneráveis às alterações emocionais, pois afloram nelas emoções e sentimentos de culpa e falhas, criando uma grande expectativa quanto ao futuro de sua vida e a do seu filho. Durante a gestação e após o nascimento, ficam apreensivas e ansiosas, com medo do inesperado e de perder o filho ⁵.

Estudos apontam que aproximadamente 30% das mulheres experimentam algum tipo de distúrbio de ansiedade durante suas vidas e que, na gestação e no período pós- parto, episódios de ansiedade se tornam muito frequentes ⁶.

Níveis elevados de ansiedade durante a gestação podem trazer consequências negativas para sua saúde e bem-estar, como: sintomas físicos decorrentes da gestação, tais como náuseas, vômitos e fadiga, são agravados. Há maior ocorrência de complicações obstétricas e aumento de risco de desenvolver pré-eclâmpsia. Quanto às implicações da ocorrência de níveis elevados de ansiedade na gravidez para o desenvolvimento fetal, há maior probabilidade de apresentar baixo peso ao nascer e ser prematuro ⁷.

O uso de técnicas de relaxamento tem sido cada vez mais comum nos dias de hoje, com o objetivo de se obter alívio dos fatores estressantes da vida. Há várias técnicas de relaxamento, algumas de orientação mais psicológica e outras de orientação mais fisiológica, ambas benéficas às pessoas ⁸.

A técnica de relaxamento protege o organismo contra a superdosagem de estimulação, reduz a intensidade dos reflexos, diminui a tensão muscular, aumenta a temperatura da pele e a circulação das veias e capilares dos braços e das pernas, diminui o ritmo cardíaco, o colesterol, a resposta do estresse e o metabolismo se modifica ⁹.

Vários autores empregaram a técnica de relaxamento de Benson¹⁰ com resultados significantes. Em pesquisa realizada com puérperas¹¹, verificou-se aumento dos níveis de IgA salivar. Em mulheres com câncer de mama¹², observou-se, como efeito desse relaxamento, um aumento significativo de células *natural Killer*. Em pesquisa com puérperas¹³, a prática desse relaxamento aumentou os níveis de IgA salivar.

Utilizando imagem guiada para relaxamento em gestantes com trabalho de parto prematuro, melhoraram as respostas de estresse imediato e diminuiu o nível de ansiedade estado¹⁴. Com uso da música para relaxar, o autor observou diminuição de ansiedade e de dor no trabalho de parto¹⁵.

A intervenção Hatha Yoga tem sido utilizada para trazer equilíbrio e harmonia e mostrou diminuição nos níveis de ansiedade e estresse de mulheres mastectomizadas¹⁶. Em outro estudo com mulheres com diagnóstico de câncer de mama em radioterapia, a prática da Yoga diminuiu os níveis de ansiedade, depressão e percepção do estresse¹⁷.

Diante das evidências da literatura de que a gravidez é um período que pode acarretar ansiedade, este estudo torna-se importante, para que o enfermeiro e outros profissionais envolvidos na assistência a essas gestantes possam elaborar propostas assistenciais que melhor atendam a esse grupo. O presente estudo teve como objetivo avaliar os efeitos da intervenção de Enfermagem-Relaxamento nos níveis de ansiedade em gestantes de alto risco hospitalizadas.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo clínico no Hospital Universitário Universitário Cassiano Antônio de Moraes (Hucam), em Vitória (ES).

A amostra foi composta de forma aleatória por 50 gestantes de alto risco (25 do grupo controle e 25 do experimental) em qualquer idade gestacional, com idade maior ou igual a 18 anos, hospitalizadas há mais de 24 horas, nas enfermarias da maternidade do Hucam, que manifestaram aquiescência e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após informações sobre a pesquisa. Excluiu-se gestantes com déficit de audição ou de linguagem, deficiência mental ou quadro de demência que pudessem comprometer a entrevista ou a intervenção e aquelas internadas por um período inferior a cinco dias.

As variáveis idade, estado civil, grau de instrução, apoio espiritual, ocupação, suporte social, fumo, bebida alcoólica, antecedentes gineco-obstétricos (paridade, tipo de parto em gravidez anterior, complicações em gravidez anterior), e gravidez atual (planejamento da gravidez, nº de internações em gravidez atual) foram controladas e coletadas através da técnica de entrevista com registro em formulário, próprio com objetivo de avaliar se os grupos eram homogêneos.

Para se avaliar as variáveis Traço e Estado de Ansiedade aplicou-se o Inventário *STAI-State/Trait/Anxiety/Inventory*, elaborado por Spielberger et al¹⁸, validado no Brasil em 1979¹⁹ como Inventário de Ansiedade (A-Traço) e Estado (B-Estado) ou IDATE. Optou-se por essa escala por ser um dos instrumentos mais utilizados para quantificar componentes subjetivos relacionados com a ansiedade^{11-12,14,16}.

O IDATE é formado por duas escalas: Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço. O traço de ansiedade contém 20 afirmações e avalia como normalmente a mulher se sente. É medido pela escala: QUASE SEMPRE = 4, FREQUENTMENTE = 3, ÀS VEZES = 2, QUASE NUNCA = 1; e o Estado de ansiedade contém também 20 afirmações e avalia o estado de ansiedade da gestante no momento da entrevista, medido pela escala: NÃO = 1, UM POUCO = 2, BASTANTE = 3, TOTALMENTE = 4. Para cada escala, a pontuação mínima alcançada é de 20 pontos e a máxima é de 80 pontos¹².

Avaliou-se o traço de ansiedade em ambos nos grupos controle e experimental, no contato inicial com a gestante, e o estado de ansiedade no contato inicial e cinco dias após.

Quanto ao relaxamento a técnica utilizada foi a de Benson¹⁰ que é composta por sete passos: 1- a cliente escolhe uma palavra ou uma curta frase, como ponto de referência, baseada na sua crença.; 2- a cliente silenciosamente senta-se de modo confortável; 3- fecha os olhos; 4- relaxa a musculatura; 5- respira devagar e, naturalmente, continua repetindo a palavra ou frase silenciosamente à medida que for expirando; 6- do começo até o fim, assume uma atitude passiva, não se preocupando como está se saindo; 7- continua assim por alguns minutos. Porém neste estudo entre os passos 5 e 6 incluiu-se a seguinte instrução: “***Agora procure fazer uma viagem através da sua mente para algum lugar em que já esteve e***

gostaria de retornar ou para algum lugar em que nunca esteve e gostaria de conhecer". Isso se justifica a partir dos resultados obtidos no Programa de Reabilitação para Mulheres Mastectomizadas (Premma), em Vitória, ES. Orientou-se a técnica à gestante do grupo experimental individualmente, durante cinco dias, de forma que ela pudesse internalizar e realizar duas vezes ao dia, uma ao acordar e outra antes de dormir.

Aprovou-se a pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, sob o nº 237.302. Para análise estatística utilizou-se o Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS) – versão 20.0, o nível de significância foi de 5%, com limite de confiança de 95%. Realizou-se o teste qui-quadrado para medir a associação entre as variáveis de controle e os grupos estudados. O teste *Mann-whitney* e o teste *t independência* foram utilizados para comparar nível de ansiedade entre os grupos, e o teste *Wilcoxon* e *t pareado* para avaliar ansiedade entre os dois momentos.

RESULTADOS

Observa-se na Tabela 1 a caracterização da amostra, com valores absolutos e os percentuais das variáveis testadas nas gestantes dos grupos controle e experimental e mostra que não houve diferença significativa entre os grupos controle e experimental, pois os valores de p são $> 0,05$, exceto no tipo de parto que é $p=0,045$. Portanto, há homogeneidade entre os grupos, mostrando que são comparáveis. Não houve relação entre as variáveis de confundimento testadas e a variável dependente.

Tabela 1 – Caracterização de gestantes de alto risco internadas em uma maternidade pública de Vitória/ES, abril - julho/2013

Característica	Experimental		Controle		Sig.
	Nº	%	Nº	%	
Faixa etária					
Até 29 anos	16	64,0	12	48,0	0,477
30 – 34 anos	4	16,0	7	28,0	
35 anos ou mais	5	20,0	6	24,0	
Estado civil					
Solteira	2	8,0	1	4,0	0,522
Casada/União estável	23	92,0	24	96,0	
Escola					
Ensino fundamental incompleto	4	16,0	8	32,0	0,504
Ensino fundamental completo	6	24,0	6	24,0	
Ensino médio incompleto	4	16,0	4	16,0	
Ensino médio completo	10	40,0	5	20,0	
Ensino superior completo	1	4,0	2	8,0	
Religião					
Católica	5	20,0	6	24,0	0,765
Evangélica	19	76,0	17	68,0	
Outra	1	4,0	2	8,0	
Ocupação					
Empregada	5	20,0	12	48,0	0,107
Desempregada	1	4,0	1	4,0	
Dona de casa	19	76,0	12	48,0	
Suporte social					
Família	25	100,0	25	100,0	-
Tabagista					
Sim	1	4,0	4	16,0	0,157
Não	24	96,0	21	84,0	
Consome bebida alcoólica					
Sim	0	0,0	3	12,0	0,202
Não	24	96,0	21	84,0	
Já bebi, mas parei	1	4,0	1	4,0	
Gravidez planejada					
Sim	6	24,0	11	44,0	0,136
Não	19	76,0	14	56,0	
Gravidez desejada					
Sim	24	96,0	25	100,0	0,312
Não	1	4,0	0	0,0	
Complicação gravidez anterior					
Sim	16	72,7	12	57,1	0,284
Não	6	27,3	9	42,9	
Tipo de parto em gravidez anterior					
Somente cesárea	7	35,0	7	35,0	0,045
Somente normal	13	65,0	8	40,0	
Cesárea e normal	0	0,0	5	25,0	
Abortos					
Espontâneo	9	90,0	8	88,9	0,937
Não espontâneo	1	10,0	1	11,1	
Número de internações					
Uma vez	21	84,0	21	84,0	1,000
Duas ou mais vezes	4	16,0	4	16,0	
Número consultas de pré-natal					
6 consultas ou mais	18	72,0	15	60,0	0,370
0 – 5 consultas	7	28,0	10	40,0	
Total	25	100,0	25	100,0	

Em ambos os grupos controle e experimental, predominou a faixa etária até 29 anos (48% e 64%, respectivamente). Registrou-se que 96% do grupo controle e 92% do grupo experimental vivem em união estável. Para a variável grau de instrução, 72% no grupo controle e 56% no grupo experimental relataram ter desde ensino fundamental incompleto ao ensino médio incompleto. No que se refere à profissão, a maioria afirma ser dona de casa (48% no grupo controle e 76% no grupo experimental).

A maioria das gestantes refere ser evangélica (68% no grupo controle e 76% no grupo experimental). Atualmente não fazem uso de álcool e fumo, no grupo experimental (96% nas duas variáveis) e no grupo controle (84% nas duas variáveis).

Quanto aos dados gineco-obstétricos, a gravidez não foi planejada para a maior parte das gestantes (76% no grupo experimental e 56% no controle), mas foi desejada (100% no grupo controle e 96% no grupo experimental). Das gestantes do grupo experimental, 72% tiveram complicações na gravidez anterior e 57% do grupo controle, talvez por se tratar de gestantes de alto risco. Quanto ao tipo de parto, predominou o parto normal (65% no grupo experimental e 40% no grupo controle), com seis ou mais consultas de pré-natal na gestação atual.

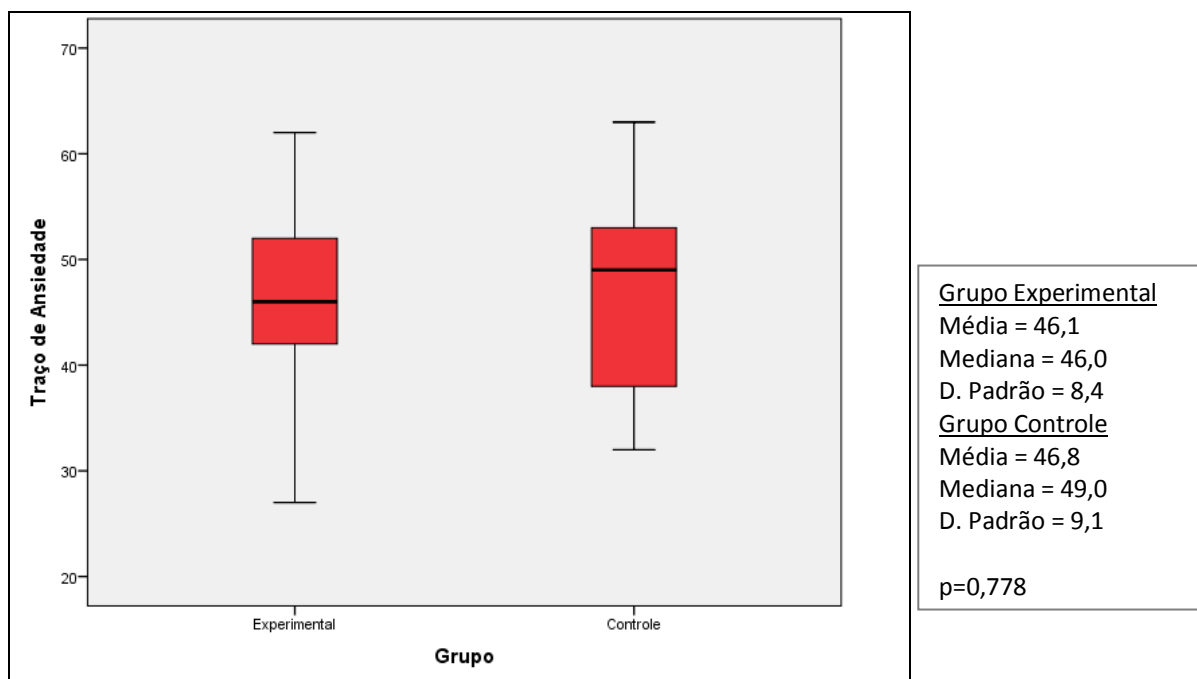
A Tabela 2 mostra que não há diferenças estatisticamente significantes entre as médias de número de gestações ($p=0,941$), número de partos ($p=0,357$) e número de abortos ($0,888$) nos grupos controle e experimental, demonstrando que também são homogêneos, sendo comparáveis. Observa-se média de gestações de 3,3 no grupo experimental e 3,4 no grupo controle, média de partos de 1,7 no grupo experimental e 2,1 no grupo controle, e de aborto 0,6 para os grupos controle e experimental.

Tabela 2 – Dados ginecológicos de gestantes de alto risco internadas em uma maternidade pública de Vitória/ES, abril – julho/2013

Dados	Experimental		Controle		Sig.
	Média	DP	Média	DP	
Número de gestações	3,3	2,1	3,4	1,7	0,941
Número de partos	1,7	1,5	2,1	1,8	0,357
Número de abortos	0,6	0,9	0,6	1,1	0,888

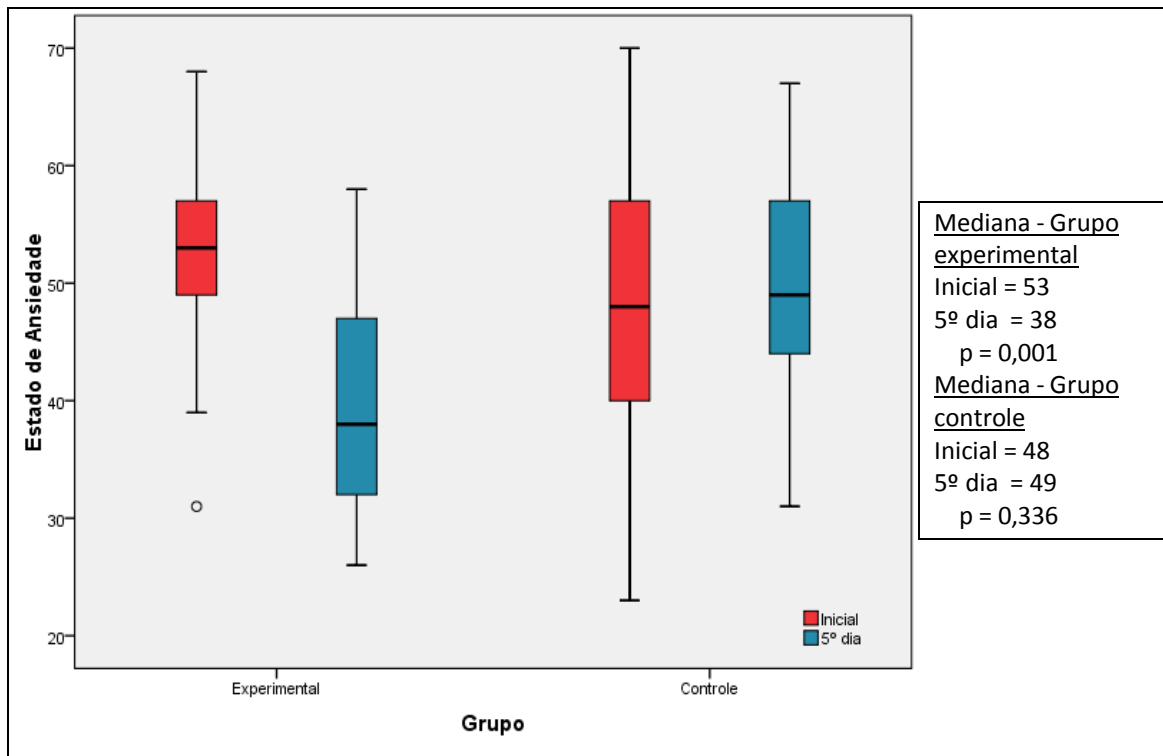
A Figura 1 mostra que o grupo controle e o grupo experimental apresentaram traço de média ansiedade, não havendo diferença significativa entre os grupos ($p= 0,778$).

Figura 1 – Nível do traço de ansiedade de gestantes de alto risco internadas em uma maternidade pública de Vitória/ES, abril – julho/2013



A Figura 2 apresenta os níveis de ansiedade, com predomínio de nível médio de ansiedade em ambos os grupos no primeiro momento, sem diferença significativa entre os dois grupos ($p= 0,336$). No segundo momento, cinco dias após, as gestantes do grupo controle apresentaram valores maiores que o grupo experimental, com diferença significativa ($p=0,001$).

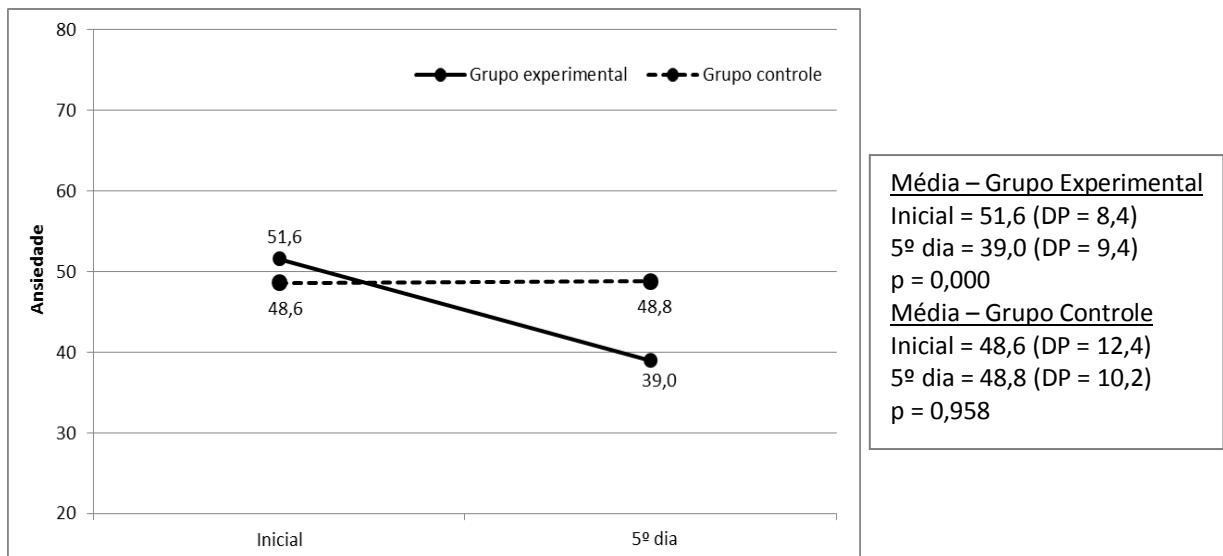
Figura 2 – Comparação dos níveis do estado de ansiedade de gestantes de alto risco, grupo controle e experimental, no primeiro momento e no quinto dia após a internação em uma maternidade pública de Vitória, ES, abril – julho/2013



Observa-se, na Figura 3, o nível médio de ansiedade de cada grupo e percebe-se que, após prática de relaxamento realizada 2 vezes ao dia durante cinco dias, o grupo controle manteve o estado de média ansiedade, enquanto o grupo experimental apresentou diminuição dos seus escores, passando a baixa ansiedade. Dessa forma, quando comparados os estados de ansiedade no primeiro e no segundo momento do grupo controle, não se observou diferença significativa ($p=0,958$). Entretanto, no grupo experimental, identificou-se diferença significativa ($p=0,000$), com diminuição dos níveis do estado de ansiedade nas gestantes de alto risco submetidas ao relaxamento.

O tamanho de amostra do estudo indica, para a diferença encontrada entre os grupos controle e experimental no segundo momento, um poder de teste de 90%, bem acima do padrão 80%.

Figura 3 – Dados de estado de ansiedade de gestantes de alto risco internadas em uma maternidade pública de Vitória/ES, abril – julho/2013



DISCUSSÃO

Neste estudo a prática de Enfermagem-Relaxamento mostrou-se efetiva, com diminuição significativa nos níveis de estado de ansiedade do grupo experimental, quando comparado com o grupo controle, reduzindo a ansiedade das gestantes de alto risco durante a hospitalização. Houve predomínio de média ansiedade em ambos os grupos no primeiro momento. No segundo momento, o grupo controle manteve o estado de média ansiedade, enquanto o grupo experimental apresentou diminuição dos seus escores, passando a baixa ansiedade.

Vários autores^{11,20-22} encontraram resultados semelhantes aos deste estudo, quanto à predominância de traço e estado de média ansiedade. Em pesquisa realizada com 60 puérperas, em maternidade do município da Serra, Espírito Santo, utilizando o instrumento IDATE, o autor encontrou também traço e estado de média ansiedade no primeiro momento. No segundo momento, cinco dias após o parto, o grupo experimental apresentou diminuição de seus escores¹¹.

Outro estudo com 255 gestantes que realizaram pré-natal em nove Unidades de Saúde do Município da Serra, Espírito Santo, utilizando o instrumento IDATE, traço de média ansiedade (41 pontos), e estado de média ansiedade (42 pontos)²⁰.

Em pesquisa na maternidade do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, com 78 mulheres que vivenciaram um episódio de morbidade materna grave, analisando a ansiedade pelo IDATE, também foram encontrados 82,1% de estado de média ansiedade e 55,1% de traço de média ansiedade²¹. Estudo com 432 gestantes atendidas em uma clínica particular na cidade de Osasco, São Paulo, identificou prevalência alta de estado e traço de ansiedade (59,5 e 45,3%, respectivamente)²².

Em uma amostra com 748 mulheres em um hospital da Austrália, para examinar a relação entre ansiedade pré-natal e depressão pós-parto, o autor relata que os achados sugerem que ansiedade pré-natal é um importante precursor de depressão pós-parto²³. Portanto, torna-se relevante conhecê-la no período gestacional.

O estudo realizado com o objetivo de identificar sintomas ansiosos e depressivos em 30 mulheres com diagnóstico de síndrome hipertensiva gestacional, hospitalizadas na enfermaria obstétrica do Hospital Prof. Carlos da Silva Lacaz, São Paulo, encontrou resultados semelhantes para as variáveis: idade, estado civil, escolaridade, ocupação, paridade e número de internações ²⁴.

A intervenção de Enfermagem-Relaxamento utilizada demonstrou ser útil como recurso terapêutico auxiliar neste estudo, diminuindo o nível de ansiedade das gestantes. Os relaxamentos são técnicas simples, não invasivas, que auxiliam no equilíbrio mental e corporal, diminuindo a angústia e a emotividade. Vários autores relatam a diminuição dos sintomas de ansiedade e depressão com a prática de técnicas de relaxamento, mas são escassos esses estudos com gestantes de alto risco.

Em revisão bibliográfica sobre o emprego do relaxamento para alívio da dor em oncologia, foram selecionados 24 artigos publicados no período de 1993-2007, em que os autores empregaram o relaxamento muscular progressivo, imagem guiada, *biofeedback*, hipnose e meditação. Concluíram que tais técnicas reduzem a percepção da dor, náusea, estresse, insônia e atuam como coadjuvante com os medicamentos²⁵.

Estudo com mulheres em trabalho de parto prematuro, utilizando um programa de formação de imagens de relaxamento diário, verificou diminuição significativa do estado de ansiedade no grupo experimental¹⁴. Em pesquisa que avaliou o efeito do relaxamento progressivo em gestantes hipertensas hospitalizadas, observou-se que houve diminuição da pressão arterial em 60% das gestantes participantes²⁶.

Níveis elevados de ansiedade durante a gestação podem trazer consequências negativas para a saúde da gestante e para o desenvolvimento fetal⁷. Portanto, diante das evidências da literatura de que as gestantes de alto risco são mais vulneráveis a alterações emocionais, torna-se importante conhecer seus sentimentos e angústias, permitindo elaborar propostas que melhor atendam essas gestantes, reduzindo complicações obstétricas e neonatais.

CONCLUSÃO

Houve diminuição significativa dos níveis do estado de ansiedade no grupo experimental ($p=0,000$), quando comparados com o grupo controle ($p=0,958$).

O resultado obtido é de grande relevância para a equipe de saúde, principalmente para o enfermeiro no cuidado diário com as gestantes de alto risco. Assim, conclui-se: a intervenção de Enfermagem-Relaxamento é uma prática simples, podendo ser realizada pelas gestantes de alto risco hospitalizadas; houve diminuição do estado

de ansiedade das gestantes, após aprendizado e prática do relaxamento; intervenções de Enfermagem, como o relaxamento, melhoram a qualidade da assistência de Enfermagem e promovem uma maior interação com a gestante. Sugere-se ampliar esta pesquisa, avaliando novas tecnologias assistenciais às gestantes de alto risco.

REFERÊNCIAS

1. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artmed; 2003.
2. Ballone GJ. *Introdução: depressão*. Psiq. Web. [acesso em 2013 ago. 23]. Disponível em: [http // WWW. Psiqweb. Med. Br](http://WWW.Psiqweb.Med.Br).
3. Baptista MN; Baptista ASD; Oliveira MG. Depressão e gênero: por quê as mulheres deprimem mais que os homens? In: Batista, M. N. (org). *Suicídio e depressão: Atualizações*. Rio de Janeiro: Guanabara- Koogan; 2004.
4. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde da Mulher. *Gestação de alto risco: manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
5. Carvalheira APP, Tonete VLP, Parada CMGL. Sentimentos e percepções de mulheres no ciclo vital puerperal que sobrevivem à morbidade materna grave. *Rev Latino-am Enfermagem* nov/dez 2010; 18(6):1187-94.
6. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Aström M, Bixo M. Neonatal outcome following maternal antenatal depression and anxiety: a population based study. *Am J Epidemiol* 2004 May; 159(9):872-81.
7. Conde A, Figueiredo B. Ansiedade na gravidez: fatores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe. *Rev Bras Psiquiatr* 2003; 24(3):197-209.
8. Lipp MN. *Como enfrentar o stress*. São Paulo: Icone; 1998.
9. Auriol B. *Introdução aos métodos de relaxamento: Técnicas e orientações para facilitar o relaxamento e a boa disposição*. São Paulo: Manole; 1985.
10. Benson H. The relaxation response. In: Goleman D, Gurin J. *Mind/body Medicine: how to use your Mind for better health*. Boston (USA): Consumers Reports Books; 1993. P. 233-57

11. Primo CC, Amorim MHC. Efeitos do relaxamento na ansiedade e nos níveis de IgA salivar de puérperas. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008 jan/fev ; 16(1).
12. Amorim MHC. *A enfermagem e a psiconeuroimunologia no câncer da mama* [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1999.
13. Primo CC, Amorim MHC, Leite FMC. A intervenção de Enfermagem-Relaxamento e seus efeitos no sistema imunológico de puérperas. *Acta Paul Enferm* 2011; 24(6):751-5.
14. Chuang LL, Lin LC, Cheng CH, Wu SC, Chang CL. Effects of a relaxation programme on immediate and prolonged stress responses in women with preterm labour. *J Adv Nurs* 2012; 68(1):170-80.
15. Robinson A. Music therapy and effects on laboring women. *Ky Nurse* 2002; 50(2):7.
16. Daleprane ML, Amorim MHC, Zandonade E, Santaella DF, Barbosa JAN. Efeitos da intervenção Hatha-Yoga nos níveis de estresse e ansiedade em mulheres mastectomizadas. *Rev C S Col*. No prelo 2013.
17. Banerjee B, Vadiraj HS, Ram A, Rao R, Jayapal M, Gopinath KS, *et al*. Effects of an integrated yoga program in modulating psychological stress and radiation-induced genotoxic stress in breast cancer patients undergoing radiotherapy. *Integr Cancer Ther* 2007; 6(3):242-50.
18. Spielberger CD, Charles D, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for the state-trait-anxiety inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychological Press, 1970.
19. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Inventário de ansiedade traço-estado*. Rio de Janeiro: CEPA, 1979.
20. Nascimento SRC, Amorim MHC. *Ansiedade e sintomas de depressão em gestantes: um desafio a ser enfrentado* [dissertação]. Vitória (ES): Universidade Federal do Espírito Santo; 2006. 94 p.
21. Cataño CR. *Depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático em mulheres que vivenciaram um episódio de morbidade materna grave* [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2011. 107 p.
22. Faisal-Cury A, Menezes PR. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Arch Women Mental Health* 2007; 10(1):25-32.

23. Austin MP, Tully L, Parker G. Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. *J Affect Disord* 2007; 101(1-3):169-74.

24. Jamile SS. *Gestantes hipertensas hospitalizadas: ansiedade, depressão e modos de enfrentamento* [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2010. 81p.

25. Salvador M, Rodrigues CC, Carvalho EC. Emprego do relaxamento para alívio da dor em oncologia. *Rev RENE* 2008; 9(1):120-28.

26. Figueiredo, LRU. *Relaxamento: uma proposta de intervenção com gestantes hipertensas* [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (SP); 2002.

4.2 PROPOSTA DE ARTIGO 2

Efeitos da intervenção de Enfermagem-Relaxamento nos níveis de depressão em gestantes de alto risco.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar os efeitos da intervenção de Enfermagem-Relaxamento nos níveis de depressão em gestantes de alto risco hospitalizadas. Trata-se de um estudo clínico realizado na maternidade do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes, referência em gestação de alto risco do Estado do Espírito Santo, Brasil. A amostra constituiu-se de 50 gestantes de alto risco. Aplicou-se ao grupo experimental a técnica de relaxamento de Benson. As variáveis de controle foram coletadas pela técnica de entrevista com registro em formulário específico, e os sinais e sintomas de depressão com base na escala de depressão puerperal de Edinburgh (EPDS). Utilizou-se o Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS) versão 20.0. A aplicação dos testes estatísticos *Mann-Whitney*, *Wilcoxon* e teste t evidenciou diminuição significativa dos níveis de depressão no grupo experimental ($p=0,000$), no segundo momento, cinco dias após prática de relaxamento. Observou-se que a intervenção de Enfermagem-Relaxamento mostrou-se efetiva, diminuindo sintomas de depressão em gestantes de alto risco hospitalizadas.

DESCRITORES: Relaxamento; depressão; enfermagem; gravidez de alto risco.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the effects of relaxation on symptoms of depression in high-risk pregnant in hospital. This is a clinical study conducted at a maternity hospital, the Hospital Cassiano Antonio de Moraes, a reference in high-risk pregnancies in the state of Espírito Santo, Brazil. The sample consisted of 50 high-risk pregnant. The relaxation technique proposed by Benson was applied to the experimental group. The control variables were collected through an interview

technic with record on a specific form; signs and symptoms of depression based on the scale of the Edinburgh postpartum depression (EPDS). We used the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) – Version 20.0. The statistical tests Mann-Whitney, Wilcoxon test and t-test, showed a significant decrease in the levels of depression in the experimental group ($p=0.001$), at the second step, within a week of relaxation practice. It was observed that the nursing intervention-relaxation was effective, reducing symptoms of depression in women at high-risk pregnancy hospitalized.

DESCRIPTORS: Relaxation; depression; nursing; high risk pregnancy.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo evaluar los efectos de la relajación en los síntomas de depresión en los embarazos de alto riesgo en el hospital, y examinar su relación con las variables sociodemográficas y clínicas. Se trata de un ensayo clínico aleatorio realizado en un hospital de maternidad, el Hospital Cassiano Antonio de Moraes, una referencia en los embarazos de alto riesgo en el estado de Espírito Santo, Brasil. La muestra consistió en 50 embarazos de alto riesgo. Se aplicó a lo grupo experimental la técnica de relajación propuesta por Benson. Las variables de control fueron recolectadas a través de un formulario específico, los signos y síntomas de la depresión basada en la escala de depresión pos parto de Edimburgo (EPDS). Se utilizó el paquete estadístico para Ciencias Sociales (SPSS) - Versión 20.0. Las pruebas estadísticas de Mann-Whitney, prueba de Wilcoxon y el test t, mostraron una disminución significativa en los niveles de depresión en el grupo experimental ($p = 0,000$), en un segundo instante, dentro de una semana de la práctica de la relajación. Se observó que la intervención de enfermería-relajación fue efectiva,

con una reducción en los síntomas de depresión en mujeres con alto riesgo de hospitalización.

PALABRAS CLAVE: relajación; depresión; enfermería; embarazo de alto riesgo.

INTRODUÇÃO

A gestação é um momento que traz felicidade e emoção, mas muitas mulheres experimentam tristeza e ansiedade nessa fase, pois a gestação e o puerpério são períodos que envolvem inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, que podem refletir diretamente em sua saúde mental⁽¹⁾.

Segundo o Ministério da Saúde (2012), são consideradas gestações de alto risco aquelas em que a vida da mãe e/ou do feto apresentam probabilidade elevada de morbidade e mortalidade⁽²⁾. Essas gestantes são mais vulneráveis às alterações emocionais, pois nelas afloram emoções e sentimentos de culpa e falhas, criando uma grande expectativa quanto ao futuro de sua vida e a do seu filho⁽³⁾.

Hoje a depressão é o transtorno mental mais frequente durante o ciclo gravídico-puerperal. Aproximadamente a cada cinco gestantes, uma apresenta depressão, todavia a maioria não é diagnosticada ou tratada adequadamente⁽⁴⁾.

A literatura atual mostra um maior número de estudos com foco na depressão pós-parto, mas a depressão durante a gravidez pode ser considerada questão importante para o campo de saúde pública, pois constitui um forte fator de risco para a depressão puerperal, apontando a necessidade de intervenções antes do nascimento do bebê⁽⁵⁾.

A sintomatologia depressiva é muito variada. Alguns podem apresentar sintomas físicos, como dores, tonturas, cólicas, falta de ar; outros, sintomas emocionais, como tristeza, angústia, medo; e ainda há os que podem manifestar sua depressão com

crises de raiva, irritabilidade, frustração, dificuldade de concentração ou pensamentos de morte⁽⁶⁾.

A prevalência da depressão durante a gravidez parece ser mais alta no terceiro trimestre, com incidência de cerca de 20% em países em desenvolvimento e de 10% a 15% em países desenvolvidos. Tende a aumentar em casos de gravidez de alto risco. Está associada a fatores de risco, como: história anterior de depressão, dificuldades financeiras, desemprego, baixa escolaridade, ausência de suporte social, dependência de substâncias, eventos estressantes e violência doméstica⁽⁷⁾.

Outro estudo correlaciona sintomas depressivos gestacionais com outros fatores, como: ansiedade materna, estresse da vida, história anterior de depressão, falta de apoio social, violência doméstica, gravidez indesejada e fatores de relacionamento⁽⁸⁾.

A intensidade das alterações psíquicas dependerá de elementos orgânicos, familiares, conjugais, sociais, culturais e da personalidade da gestante⁽⁹⁾.

Estudos apontam que a depressão tem importantes efeitos adversos sobre a saúde materna e fetal. Em revisão sistemática sobre as repercussões maternas, perinatais e na criança da depressão na gravidez, publicada de 1999 a fevereiro de 2008, verificou-se ser a depressão na gestação fator de risco para depressão puerperal, pré-eclâmpsia, trabalho de parto prematuro, principalmente em gestantes de classe socioeconômica baixa⁽¹⁰⁾. As principais repercussões da depressão sobre o feto estão associadas ao baixo peso ao nascer⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Tem sido comum nos dias de hoje o uso de técnicas de relaxamento para se obter alívio aos fatores estressantes. O relaxamento é o que se opõe ao estresse, reforça a homeostase, diminui a angústia e a emotividade e, conseqüentemente, leva à unificação dos elementos do organismo⁽¹³⁾. O estudo usando imagem guiada para

relaxamento em gestantes com trabalho de parto prematuro melhorou as respostas de estresse imediato e diminuiu o nível de ansiedade no estado dessas mulheres⁽¹⁴⁾.

A análise do emprego do relaxamento para alívio da dor em oncologia, em que os autores empregaram o relaxamento muscular progressivo, imagem guiada, *biofeedback*, hipnose e meditação, concluiu que tais técnicas reduzem a percepção da dor, náusea, estresse, insônia e atuam como coadjuvante com os medicamentos⁽¹⁵⁾. Outra intervenção que tem sido utilizada é o uso da yoga. Em pacientes com hipertensão arterial, mostrou que houve redução da pressão arterial, podendo ser usado como recurso não farmacológico complementar em pacientes com hipertensão⁽¹⁶⁾.

Diante das evidências científicas de que o período gestacional pode desencadear sintomas depressivos, com repercussões sobre a saúde materna e fetal, e que gestantes de alto risco são mais vulneráveis a essas alterações, este estudo se faz necessário para fornecer subsídios ao enfermeiro e à equipe de saúde no planejamento da assistência às gestantes. Assim, este trabalho teve como objetivo avaliar os efeitos do relaxamento nos níveis de depressão em gestantes de alto risco hospitalizadas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo clínico realizado na maternidade do Hospital Universitário (Hucam), localizada na cidade de Vitória (ES), reconhecida como centro de referência em gestação de alto risco.

Participaram do estudo 50 gestantes de alto risco hospitalizadas, 25 do grupo controle e 25 do experimental. Foram levantados, diariamente, os prontuários referentes às gestantes de alto risco que participaram do estudo. Dessa forma,

foram constituídos aleatoriamente (sorteio) os grupos, controle e experimental, nos dias de internação, valendo ressaltar que não houve nenhum contato prévio com as gestantes. Prevendo possíveis perdas de acompanhamento, por alta hospitalar ou evolução para parto antes do tempo previsto, foram acrescentadas 31 pacientes no início da pesquisa.

Constituiu-se a amostra de gestantes de alto risco em qualquer idade gestacional, e maior ou igual a 18 anos, hospitalizadas há mais de 24 horas, nas enfermarias da maternidade do Hospital Universitário, Vitória (ES). Como critérios de exclusão, gestantes com déficit de audição ou de linguagem, gestantes com deficiência mental ou quadro de demência que pudessem comprometer a entrevista ou a intervenção, e aquelas que permaneceram internadas por um período inferior a cinco dias.

Foram avaliadas as variáveis: idade, estado civil, grau de instrução, apoio espiritual, ocupação, suporte social, fumo, bebida alcoólica, antecedentes gineco-obstétricos (paridade, tipo de parto em gravidez anterior, complicações em gravidez anterior), e gravidez atual (planejamento da gravidez, nº de internações em gravidez atual). Essas variáveis foram coletadas por meio de formulário específico. Foram controladas no estudo experimental para que os grupos fossem homogêneos.

Para avaliar sinais e sintomas de depressão, optou-se pela utilização da Escala de Depressão Puerperal de Edinburgh (EPDS), que é conhecida no Brasil como escala de autoavaliação de depressão pós-parto, por ser uma escala que já foi testada em outros estudos, mostrando-se muito sensível e útil na identificação dos sintomas da depressão⁽¹⁷⁾.

A EPDS é um instrumento de autorregistro composto de dez enunciados, cujas opções são pontuadas (0-3) de acordo com a presença e intensidade do sintoma. Os enunciados cobrem sintomas psíquicos do humor depressivo, tais como:

sensação de tristeza, autodesvalorização, sentimentos de culpa, idéias de suicídio ou morte, também sintomatologia fisiológica (insônia ou hipersonia) e alterações do comportamento (crise de choro). Perfaz um escore de 30, sendo considerado como sintomatologia depressiva um valor igual ou superior a 12. Essa escala foi traduzida e validada para o Brasil, por Santos, Martins e Pasquali⁽¹⁸⁾. Esse instrumento não estabelece diagnóstico formal de depressão, mas permite identificar a intensidade dos sintomas depressivos e encaminhá-los para avaliação e, se necessário, tratamento.

A escala EPDS pode ser usada na gestação e no puerpério⁽⁷⁾. Esse instrumento foi aplicado em ambos os grupos, controle e experimental, no contato inicial com a gestante e cinco dias após.

O grupo experimental foi orientado com a técnica de relaxamento de Benson⁽¹⁹⁾, que utiliza quatro elementos essenciais: ambiente tranquilo, dispositivo mental, atitude passiva e posição confortável. A partir de inúmeros estudos já descritos, utilizando a técnica de Benson (1993) de forma adaptada em um Programa de Reabilitação para Mulheres Mastectomizadas (Premma), Vitória (ES), desde 1999, optou-se, neste estudo, pela forma adaptada, ou seja, entre os passos 5 e 6, inclui-se a seguinte instrução: “**Agora procure fazer uma viagem através da sua mente para algum lugar em que já esteve e gostaria de retornar ou para algum lugar que nunca esteve e gostaria de conhecer**”. Essa técnica foi orientada a cada gestante individualmente durante cinco dias, de forma que pudesse aprender e realizá-la duas vezes ao dia, uma ao acordar e outra antes de dormir.

Aprovou-se o estudo no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, sob o nº 237.302. A coleta das informações, o registro dos instrumentos e a aplicação da técnica de relaxamento

foram iniciados após a aprovação no Comitê de Ética, tendo início em abril de 2013 e encerrados em julho de 2013.

Utilizou-se o Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS) – versão 20.0, e se fixou nível de significância de 5%, correspondendo a $p=0,05$ (limite de confiança de 95%). Para medir a associação entre as variáveis de controle e os grupos estudados, realizou-se o teste qui-quadrado. Para a variável depressão, foram utilizados o teste Mann-whitney e o teste t independência para avaliar a relação entre grupos, e os testes Wilcoxon e teste t pareado para avaliar a depressão entre os dois momentos. Utilizou-se o teste de *Mc Nemar* para avaliar diferenças no nível de depressão antes e depois da intervenção, com os dados categorizados.

RESULTADOS

Nos grupos (controle e experimental), quando avaliadas as variáveis: idade, estado civil, grau de instrução, religião, ocupação, suporte social, tabagismo, etilismo, antecedentes gineco-obstétricos e gravidez atual, não houve diferença significativa ($p>0,05$), exceto no tipo de parto ($p=0,045$), o que demonstra homogeneidade entre os grupos.

Nos grupos controle e experimental predominou a faixa etária até 29 anos (48% e 64% respectivamente). A maioria vive com o parceiro em união estável (96% no grupo controle e 92% no grupo experimental).

Quanto ao grau de instrução, 56% do grupo experimental e 72% do grupo controle possuem desde ensino fundamental incompleto ao ensino médio incompleto. Em relação à profissão, a maioria relata ser dona de casa (48% no grupo controle e 76% no grupo experimental). A predominância de mulheres com baixa escolaridade e

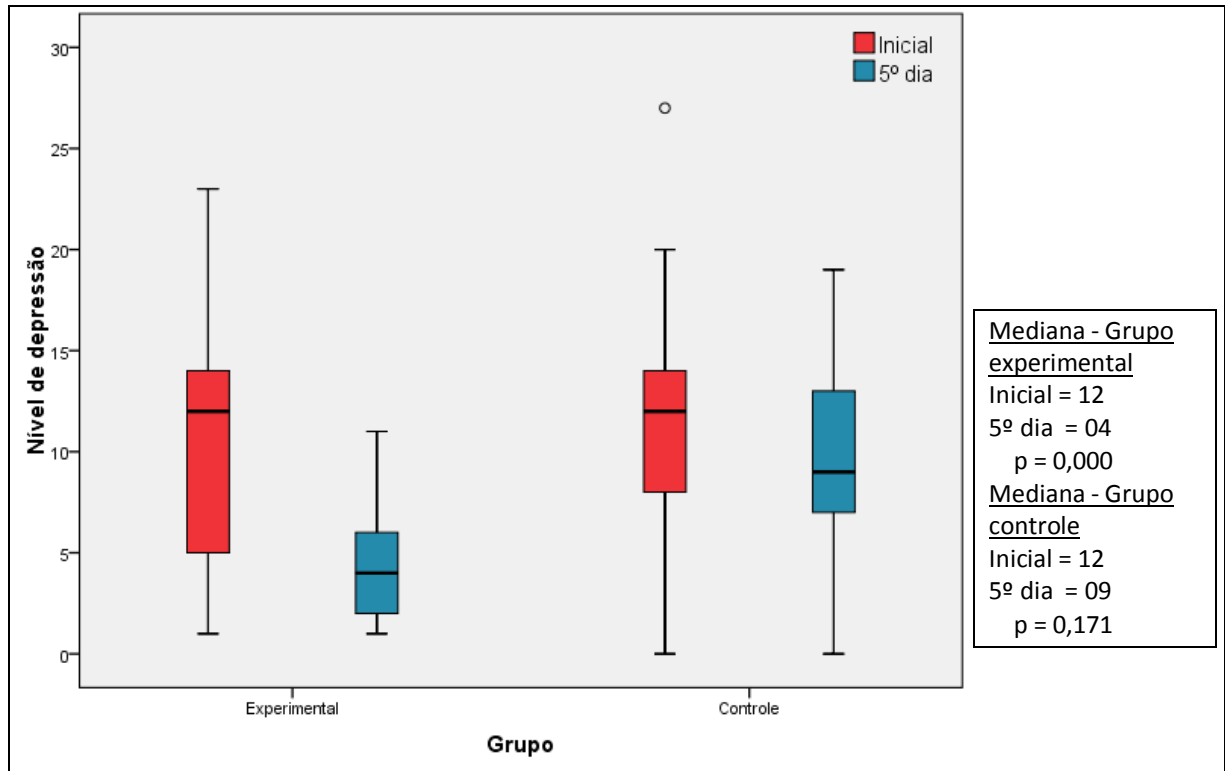
com ocupação de donas de casa talvez seja pelo fato de essa maternidade ser uma instituição pública, que atende principalmente a clientes de baixo poder aquisitivo.

Atualmente a maior parte das gestantes não faz uso de álcool e fumo, no grupo experimental (96% nas duas variáveis) e controle (84% nas duas variáveis). A religião predominante foi a Evangélica nos dois grupos (68% no grupo controle e 76% no grupo experimental).

A gravidez não foi planejada para a maior parte das gestantes (76% no grupo experimental e 56% no controle). Tiveram complicações na gravidez anterior 72% no grupo experimental e 57% no grupo controle, talvez por se tratar de gestantes de alto risco. Houve predominância de parto normal (65% no grupo experimental e 40% no grupo controle), e com seis ou mais consultas de pré-natal na gestação atual. Podemos verificar que as gestantes são multíparas, com média de gestações de 3,3 no grupo experimental e 3,4 no controle. A média de partos foi de 1,7 para o grupo experimental e 2,1 para o controle, e aborto 0,6 para ambos os grupos.

Em relação aos dados gineco-obstétricos, de forma geral, a amostra foi constituída por gestantes multíparas, com gravidez não planejada e que tiveram complicações em gravidez anterior. Esses dados sugerem presença mais intensa de depressão, pela necessidade de internação pelo diagnóstico de risco gestacional e pelo fato de que tiveram complicações em gravidez anterior.

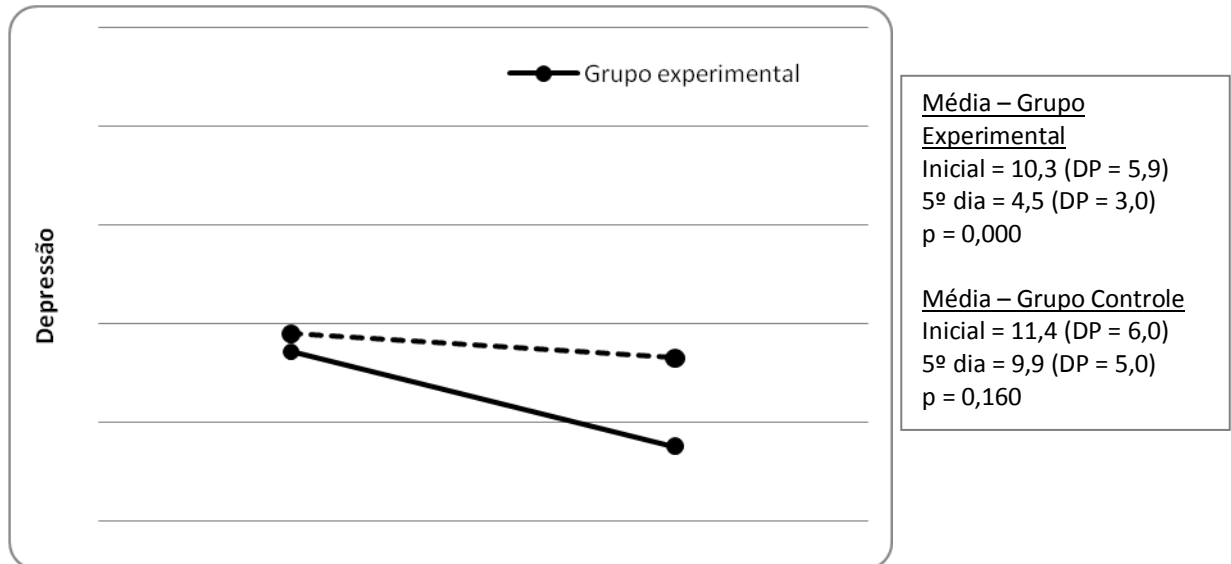
Figura 1 – Comparação dos níveis de depressão de gestantes de alto risco, grupo controle e experimental, no primeiro momento e cinco dias após a internação de gestantes de alto risco em uma maternidade pública de Vitória/ES



A mediana do nível de depressão obtido pela EPDS no primeiro momento, no grupo controle, foi de 12 e no grupo experimental também 12, conforme Figura 1. Verificou-se que as mulheres dos dois grupos apresentavam sintomas de depressão, não havendo diferença significativa entre os grupos ($p > 0,05$), o que demonstra homogeneidade dos grupos.

No segundo momento, cinco dias após, a mediana do EPDS no grupo controle foi de 9 e a no grupo experimental de 4. Pode-se observar uma pequena redução na mediana do EPDS do grupo controle, mas não significativa ($p = 0,171$), enquanto no grupo experimental houve redução significativa ($p = 0,000$), conforme resultado do teste Wilcoxon.

Figura 2 – Dados de depressão de gestantes de alto risco internadas em uma maternidade pública de Vitória/ES, abril-julho/2013



A Figura 2 mostra o nível médio de depressão dentro de cada grupo. Percebe-se que, no segundo momento, o grupo controle apresentou pequena diminuição nos seus escores, sem diferença significativa ($p=0,160$), segundo o teste t pareado. No entanto, no grupo experimental, verificou-se diferença significativa ($p=0,000$), quando comparados os sintomas de depressão no primeiro e no segundo momento, demonstrando que houve diminuição significativa dos sintomas depressivos nas gestantes submetidas ao relaxamento.

O tamanho de amostra de estudo indica, para a diferença encontrada entre os grupos controle e experimental, no segundo momento, um poder de teste de 99%, bem acima do padrão 80%.

Utilizando-se o valor 12 como ponto de corte para depressão, categorizaram-se os casos e controles em grupo sem depressão (<12) e grupo com depressão (≥ 12). As Tabelas 1 e 2 apresentam os resultados para o primeiro e segundo momento, para o grupo controle e o experimental.

Tabela 1 – Teste *Mc Nemar* para grupo controle

2º Momento 1º Momento	Sem Depressão	Com Depressão	Total
Sem Depressão	9	3	12
Com Depressão	6	7	13
Total	15	10	25

Pode-se observar nessa tabela, que seis pacientes que apresentavam valores para depressão no primeiro momento passaram a não ter depressão no segundo momento, e três pacientes que estavam sem depressão no primeiro momento passaram a ter depressão no segundo momento. Segundo o teste *Mc Nemar* $p=0,508$, no grupo controle não houve mudança, quanto à depressão, entre o primeiro e segundo momento.

Tabela 2 – Teste *Mc Nemar* para grupo experimental

2º Momento 1º Momento	Sem Depressão	Com Depressão	Total
Sem Depressão	12	0	12
Com Depressão	13	0	13
Total	25	0	25

No grupo experimental, conforme a Tabela 2, 13 pacientes apresentaram valores para depressão no primeiro momento. No segundo momento não foram registrados valores para depressão. Segundo teste *Mc Nemar* ($p=0,001$), houve diferença significativa entre o primeiro e o segundo momento no grupo experimental. Portanto a técnica de relaxamento obteve resultados positivos quanto à diminuição dos sintomas de depressão das gestantes hospitalizadas.

DISCUSSÃO

Observa-se que a intervenção de Enfermagem-Relaxamento mostrou-se efetiva, com diminuição significativa dos níveis de depressão no grupo experimental ($p=0,000$), no segundo momento, quando comparado com o grupo controle ($p=0,160$), diminuindo os sintomas de depressão das gestantes de alto risco hospitalizadas. Segundo ponto de corte 12, não foram encontrados valores para depressão no segundo momento para os dois grupos, pois a mediana obtida pelo EPDS do grupo controle foi de 9, e do grupo experimental de 4, como mostra a Figura 1.

Nas Tabelas 1 e 2, observa-se que 13 pacientes do grupo controle e 13 do grupo experimental apresentaram pontuação maior ou igual a 12 no primeiro momento, isto é, 52%. Esse valor é considerado elevado, quando comparado com outros estudos na literatura, possivelmente por se tratar de gestantes de alto risco, hospitalizadas, e por ser a amostra constituída em sua maioria por gestantes multíparas, com gravidez não planejada e que tiveram complicações na gravidez anterior.

Alguns autores encontraram valores semelhantes aos desta pesquisa, com prevalência elevada de depressão. Em estudo sobre qualidade de vida, depressão e ansiedade em gestantes de alto risco, com 120 gestantes em serviço de atenção primária, na cidade Campinas (SP), 32,5% apresentaram sintomas de depressão⁽²⁰⁾. Em outro estudo de avaliação de depressão em gestantes de alto risco, 50% apresentaram sintomatologia depressiva⁽²¹⁾. O estudo analisando 712 gestantes de pré-natal com o instrumento PRIME-MD, encontrou 41,7% com provável transtorno mental⁽²²⁾. Esses dados estão compatíveis com os resultados encontrados no presente estudo.

Em revisão de literatura mostrando prevalência de depressão gestacional em países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, a média encontrada foi de 20%, mas nenhum desses estudos foi desenvolvido com gestantes de alto risco⁽⁷⁾. Em países desenvolvidos, a média é um pouco menor: nos EUA em pesquisa de coorte no serviço de pré-natal foi de 9%⁽²³⁾; na Suécia, com 2.430 gestantes no pré-natal, foi de 13,7%⁽²⁴⁾.

Benson⁽¹⁹⁾ foi quem estudou a técnica de relaxamento com pacientes hipertensos, obtendo redução da ansiedade, da pressão arterial, do nervosismo e da depressão. Alguns autores relatam a diminuição de fatores estressantes com a prática de relaxamento⁽¹⁴⁻¹⁶⁾, entretanto poucas pesquisas são encontradas com gestantes de alto risco.

Um estudo utilizando imagem guiada com gestantes em trabalho de parto prematuro mostrou melhores respostas de estresse imediato e diminuição do nível de ansiedade estado dessas mulheres⁽¹⁴⁾.

Em revisão de literatura, de 1993 a 2007, sobre uso de técnicas de relaxamentos e seus benefícios para a redução da dor oncológica, autores empregaram as técnicas de relaxamento muscular progressivo, imagem guiada, *biofeedback*, hipnose e meditação. Observaram redução da percepção da dor, diminuição de opioides, náuseas, estresse e insônia⁽¹⁵⁾.

Outra intervenção que tem sido utilizada para trazer equilíbrio e harmonia é a Yoga. Em pacientes com hipertensão arterial, essa prática mostrou que houve redução da pressão arterial⁽¹⁶⁾. O estudo com puérperas, utilizando também a técnica de relaxamento descrita no presente estudo, proposta por Benson, verificou aumento significativo dos níveis de IgA no grupo experimental⁽²⁵⁾.

Os resultados encontrados para as variáveis idade, grau de instrução, estado civil, ocupação, planejamento da gravidez e paridade foram semelhantes aos do estudo com 780 gestantes atendidas em 18 unidades de Rede de Atenção Básica de Saúde em Porto Alegre e Bento Gonçalves, que avaliaram a presença de sintomas psiquiátricos em gestantes⁽²²⁾. O estudo com puérperas em hospital público também apresentou semelhança para as variáveis idade, grau de instrução, estado civil, grau de instrução, paridade e tipo de parto⁽²⁵⁾.

A prevalência de depressão tende a aumentar em casos de gravidez de alto risco⁽⁷⁾, portanto é de grande importância que sejam realizados diagnósticos e intervenções precoces de sintomas depressivos nessas gestantes, para que se reduzam os riscos maternos fetais.

CONCLUSÃO

Houve diminuição significativa dos níveis de depressão nas gestantes do grupo experimental ($p=0,000$), após prática do relaxamento, quando comparado com o grupo controle ($p=0,171$).

A partir dos resultados obtidos, considera-se a intervenção de Enfermagem-Relaxamento importante tecnologia assistencial em saúde para as gestantes de alto risco, no controle de suas emoções. É uma intervenção simples podendo ser praticada durante o período de hospitalização, fortalece o vínculo enfermeiro-gestante, colaborando para uma assistência de qualidade. Portanto, deve ser incluída no cotidiano da Enfermagem.

O profissional de saúde, principalmente o enfermeiro, tem papel importante a ser desempenhado, reconhecendo a diversidade e amplitude de necessidades que

gestantes de alto risco apresentam, com vistas ao cuidado integral e prevenção de agravos maternos fetais.

REFERÊNCIAS

- ¹ Camacho R, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Braguittoni E, et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev Psiquiatr Clín* 2006; 33(2):92-102.
- ² Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde da Mulher. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
- ³ Carvalheira APP, Tonete VLP, Parada CMGL. Sentimentos e percepções de mulheres no ciclo vital puerperal que sobrevivem à morbidade materna grave. *Rev Latino-am Enfermagem* 2010;18(6):1187-94.
- ⁴ Pereira PK, Lovisi GM, Lima LA, Legay LF. Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência controvérsias e depressão durante a gravidez na adolescência, atendidas na unidade básica de saúde. *Rev Psiquiatr Clín*. 2010; 37(5):216-222.
- ⁵ Patel V, Prince M. Maternal psychological morbidity and low birth in India. *Br J Psychiatry* 2006; 188:284-5.
- ⁶Ballone GJ. Introdução – depressão. *Psiquiatr Web*. [acesso em 2013 ago. 23]. Disponível em: [http // WWW. PsiquiatrWeb. Med. Br](http://WWW.PsiquiatrWeb.Med.Br).
- ⁷Pereira PK., Lovisi GM. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Rev Psiquiatr Clín* 2008; 35(4):144-53.
- ⁸Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HÁ, Yoo H, Marcus SM & Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202(1):5-14.
- ⁹Falcone VM, Mader CVN, Nascimento CFL, Santos JMM, Nóbrega FJ. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(4):612-8.
- ¹⁰Lima MOP, Tsumiro MA. Repercussões materno-fetais da depressão na gravidez: uma revisão sistemática. *O mundo da saúde SP* 2008; 32(4):530-36.

- ¹¹ Araújo DMR, Vilarim MM, Sabroza AR, Nardi, AE. Depressão no período gestacional e baixo peso ao nascer: Uma revisão sistemática da literatura. *Cad Saúde Pública RJ* 2010; 26(2):219-27.
- ¹² Menezes LO, Pinheiro RT, Quevedo LA, Oliveira SS, Silva RA, Pinheiro K AT, et al. O impacto do baixo peso ao nascer relacionado à depressão gestacional para o financiamento Federal da Saúde Pública: uma análise do município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública RJ* 2012; 28(10):1939-48.
- ¹³ Auriol B, “ Introdução aos métodos de relaxamento: Técnicas e orientações para facilitar o relaxamento e a boa disposição”. São Paulo, Manole, 1985.
- ¹⁴ Chuang L, Lin LJ, Chen CH, Chuang CL. Efeitos de um programa de treinamento de relaxamento nas respostas de estresse imediato e prolongado em mulheres com trabalho de parto prematuro. *Rev de Enferm Avançada* 2011; 68(1):170-180.
- ¹⁵ Salvador M, Rodrigues CC, Carvalho EC. Emprego do relaxamento para alívio da dor em oncologia. *Rev RENE CE* 2008; 9(1):120-28.
- ¹⁶ Pinheiro CHJ, Medeiros RAR, Pinheiro DGM, Marinho MJF. Uso do yoga como recurso não farmacológico no tratamento da hipertensão arterial essencial. *Rev Bras. Hipertens CE* 2007; 14(4):226-32.
- ¹⁷ Cox JL, Holden JM, Sagovsky. Detection of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1987; 150:782-86.
- ¹⁸ Santos MF, Martins FC, Pasquali L. Escala de auto-avaliação de pós-parto: estudo no Brasil. *Rev Psiq Clin SP* 1999; 26(2):90-5.
- ¹⁹ Benson H. The relaxation response. In Goleman D, Gurin J. *Mind/body Medicine: how to use your Mind for better health*. Boston: Consumers Reports Books; 1993. p. 233-57.
- ²⁰ Couto ER, Couto R, Vian B, Gregório Z, Nomura ML, Zaccaria R, et al. Qualidade de vida, depressão e ansiedade em gestantes com má história gestacional. *MED J São Paulo* 2009; 127(4):185-9.
- ²¹ Baptista ASD, Baptista MN. Avaliação de depressão em gestantes de alto-risco em um grupo de acompanhamento. *Interação em Psicologia* 2005; 9(1): 155-161.
- ²² Almeida MS, Nunes MA, Camey S, Pinheiro AP, Schmidt MI. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública Rio de Janeiro fev.* 2012; 28(2):385-93.

²³Rich-Edwards JW, Kleinman K, Abrams A, Harlow BL, McLaughlin TJ, Joffe H, et al. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60(3):221-7.

²⁴Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Radestad I. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Arch Womens Ment Health* 2005; 8:97-104.

²⁵Primo CC, Amorim MHC, Leite FMC. A intervenção de Enfermagem-Relaxamento e seus efeitos no sistema imunológico de puérperas. *Acta Paul Enferm* 2011; 24(6)751-5.

Esta pesquisa chegou às seguintes conclusões:

- a) A intervenção Enfermagem-Relaxamento mostrou-se eficaz, diminuindo os níveis de estado de ansiedade das gestantes de alto risco hospitalizadas, passando de média ansiedade a baixa ansiedade no grupo experimental, após cinco dias de prática da técnica de relaxamento.

- b) Houve diminuição dos sintomas de depressão no grupo experimental após prática do relaxamento, evidenciando que gestantes de alto risco hospitalizadas podem se beneficiar dessa prática no controle de suas emoções.

- c) A intervenção Enfermagem-Relaxamento é uma prática simples, podendo ser realizada pelas gestantes durante a hospitalização. Não depende de altos investimentos, proporcionando-lhes bem-estar e diminuindo os efeitos que altos níveis de estresse podem causar na sua saúde e na saúde do bebê.

- d) O reconhecimento do benefício da técnica de relaxamento reforça sua indicação como tecnologia que qualifica o cuidado de Enfermagem no atendimento à mulher no ciclo gravídico.

Propostas de intervenção no Hucam:

GGESTAR- Grupo de Gestantes de Alto Risco

- a) Cartilha para gestantes de alto risco, com guia de orientação para a prática do relaxamento.
- b) Estratégia de intervenção baseada em jogos para promoção de práticas saudáveis e cuidados às gestantes de alto risco.
- c) Oficina com a equipe de enfermagem da maternidade e do ambulatório.

- AMORIM, M. H. C. **A enfermagem e a psiconeuroimunologia no câncer da mama**. 1999. 142 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.
- AMORIM, M. M. R.; VALENÇA, M.; ARAÚJO, D. E. Morbidade materna grave em UTI obstétrica no Recife, Região Nordeste do Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras**, Recife, v. 54, p. 261-6, 2008.
- APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de metodologia científica**: um guia para a produção do conhecimento científico. São Paulo: Atlas, 2004.
- ARAÚJO, D. M. R.; PEREIRA, N. L.; KAC, G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática de literatura. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, p. 747-56, 2007.
- ARAÚJO, D. M. R. *et al.* Prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma coorte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Saúde Materno-Infantil**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 333-340, 2008.
- ARAÚJO, D. M. R. *et al.* Depressão no período gestacional e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 219-227, 2010.
- AURIOL, B. **Introdução aos métodos de relaxamento**: técnicas e orientações para facilitar o relaxamento e a boa disposição. São Paulo: Manole, 1985.
- BAGERI, N. M.; MOHSENI, B. M. A.; SHAYESTEH, A. M. The effect of Benson relaxation technique on rheumatoid arthritis patients: extended report. **Int. J. Nurs. Pract**, v. 12, n. 4, p. 214-9, 2006.
- BALLONE, G. J. Introdução: depressão. **Psiqu. Web**. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br>>. Acesso em: 5 ago. 2012.
- BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; OLIVEIRA, M. G. Depressão e gênero: por que as mulheres deprimem mais que os homens? In: BAPTISTA, M. N. (Org.). **Suicídio e depressão**: atualizações. Rio de Janeiro: Guanabara- Koogan, 2004.
- BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; TORRES, E. C. R. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. São Paulo. **Rev. De Psic. Da Vetor Editora**, v. 7, n. 1, p. 39-48, 2006.
- BARBOSA, K. B. **Análise epidemiológica da gestante de risco no Hospital Guilherme Álvaro**. 2009. 90 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Católica de Santos, Santos, 2009.
- BARRY, P. D. *et al.* **Psychosocial nursing assessment and intervention**. Pennsylvania: Lippincott Company, 1984.
- BATISTA, E. C. S.; FEITOSA, F. E. L. **Perfil epidemiológico e resultados perinatais em pacientes com síndromes hipertensivas na gravidez**. 2009.

100 f. Tese. (Programa de Pós-Graduação da Maternidade Escola Assis Chateaubriand) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

BENNETT, H. A. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. **Obstet. Gynecol.**, v. 103, n. 4, p. 698-709, 2004.

BENSON, H. The relaxation response. In: GOLEMAN, D.; GURIN, J. **Mind/body medicine: how to use your Mind for better health.** Boston: Consumers Reports Books, 1993. p. 233-257.

BIAGGIO, A.M.B.; NATALÍCIO, L. **Inventário de ansiedade traço-estado.** Rio de Janeiro: Cepa, 1979. 58 p.

BLOCH, M.; DALY, R.C.; RUBINOW, D.R. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. **Compr. Psychiatry**, v. 44, n.3 p. 234-246, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde da Mulher. **Objetivos de desenvolvimento do milênio.** Relatório nacional de acompanhamento. Brasília. Ipea, 2010. 184 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde da Mulher. **Gestação de alto risco: manual técnico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 302 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 7-8.

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

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

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

CHUANG, L.; LIN, L. J; CHEN, C. H.; CHUANG, C. L. Efeitos de um programa de treinamento de relaxamento nas respostas de estresse imediato e prolongado em mulheres com trabalho de parto prematuro. **Rev. de Enfermagem Avançada**, v. 68, n. 1, p. 170-180, 2011.

CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇA (CID) – 10. **Classificação de transtornos mentais e do comportamento.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

CONDE, A.; FIGUEIREDO, B. Ansiedade na gravidez: fatores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe. **Rev. Bras. de Psiquiatr**, v. 24, n. 3, p. 197-209, 2003.

CORREIA, L. L.; LINHARES, M. B. M. Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: revisão de literatura. **Rev. Latino-Am. de Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 677-683, 2007.

COUTO, E. R. *et al.* Qualidade de vida, depressão e ansiedade em gestantes com má história gestacional. **Med. J**, São Paulo, v.127, n. 4, p. 185-9, 2009.

DALEPRANE, M.L. *et al.* Efeitos da intervenção Hatha-Yoga nos níveis de estresse e ansiedade em mulheres mastectomizadas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. (No prelo 2013).

DAVID, M. A. O. *et al.* Depressão em grávidas hipertensas: preocupações maternas durante a gestação. **Psicologia hospitalar**, v. 6, n. 1, p. 2-20, 2008.

DIAS, M. S. *et al.* Auto-estima e fatores associados em gestantes da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2787-2797, dez. 2008.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Antenatal depression strongly predicts postnatal depression in primary health care. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 446-50, 2012.

FALCONE, V. M. *et al.* Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Rev de Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 612-618, 2005.

FIOVARANTE, A. C. M. *et al.* Avaliação da estrutura fatorial da escala de ansiedade-traço (IDATE). **Avaliação Psicologia**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 217-224, 2006.

GODOY, S. R. *et al.* Percepção da causalidade e dos sinais de *near miss* atribuídos por mulheres sobreviventes. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 536-543, 2008.

GORDILHO, A. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

HAMILTON, B. E.; MARTIM, J. A.; VENTURA, S. J. Births: preliminary data for 2006. **Natl. Vital Stat. Rep.**, v. 56, n. 7, p. 1-18, 2007.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquitria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LIMA, M. O. P.; TSUMIRO, M. A. Repercussões materno-fetais da depressão na gravidez: uma revisão sistemática. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 530-536, 2008.

LIPP, M. N. **Como enfrentar o stress**. São Paulo: Icone, 1998.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MENEZES, L. O. O impacto do baixo peso ao nascer relacionado à depressão gestacional para o financiamento federal da Saúde Pública: uma análise do

município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 1939-1948, 2012.

PATEL, V.; PRINCE, M. Maternal psychological morbidity and low birth in India. **Br. J. Psychiatry**, v. 188, p. 284-5, 2006.

PEREIRA, P. K.; LOVISI, G. M. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Rev. de Psiquiatr. Clínica**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 144-53, 2008.

PEREIRA, P. K. *et al.* Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência, controvérsias e depressão durante a gravidez na adolescência atendidas na unidade básica de saúde. **Rev. de Psiquiatr. Clínica**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 216-222, 2010.

PINHEIRO, C. H. J. *et al.* Uso do yoga como recurso não-farmacológico no tratamento da hipertensão arterial essencial. **Rev. Bras. Hipertens**, Fortaleza, v. 14, n. 4, p. 226-232, 2007.

PRIMO, C. C.; AMORIM, M. H. C. Prevalência da depressão e níveis imunológicos em mulheres após relaxamento. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 72-8, jan./mar. 2007.

PRIMO, C. C.; AMORIM, M. H. C. Efeitos do relaxamento na ansiedade e nos níveis de IgA salivar de puérperas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.16, n.1, 2008.

PRIMO, C. C.; AMORIM, M. H. C.; LEITE, F. M. C. A intervenção de enfermagem-relaxamento e seus efeitos no sistema imunológico de puérperas. **Acta Paul. Enferm.**, v. 24, n. 6, p. 751-5, 2011.

REDD, W. H.; MONTGOMERY, G. H.; DUHAMEL, K. N. "Behavioral intervention for cancer treatment". **Journal of the National Cancer Institute**, v. 93, n. 11, p. 810- 23, 2001.

ROBERTSON, E. *et al.* Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. **General Hospital Psychiatry**, v. 26, p. 289-295.

RUSCHI, G. E. C. *et al.* Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Rev. Psiquiatr. do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 274-280, 2007.

SALVADOR, M.; RODRIGUES, C. C.; CARVALHO, E. C. Emprego do relaxamento para alívio da dor em oncologia. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 9. n.1, p.120-128, 2008.

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

SASS, N. *et al.* Doença hipertensiva específica da gravidez. In: MORON, A. F.; CAMARO, L.; JÚNIOR, L. K. **Obstetrícia**: Monole, 2011. p. 951-971.

SIBLEY, L. M. *et al.* Entrenamiento del asistente del parto tradicional para mejorar los hábitos sanitários y los resultados del embarazo. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en la Biblioteca Cochrane Plus, 2008.

SOUZA, N. L. *et al.* Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclâmpsia. **Rev. Saúde Pública**, v. 4, n. 5, p. 704-10, 2007.

SOUZA, J. P. *et al.* Maternal morbidity and near miss in the community; findings from the 2006. Brazilian demographic health survey. **BJOG**, v. 117, n. 13, p. 1586-1592, 2010.

SOUZA, J. S. **Gestantes hipertensas hospitalizadas: ansiedade, depressão e modos de enfrentamento**. 2010. 81 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia clínica) – Pontífca Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.

SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R. L.; LUSLENE, R. E. **Manual for the state-trait-anxiety inventory**. Palo Alto, California: Consulting Psychological Press, 1970.

SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R. L.; LUSHENE, R. E. **Inventário de ansiedade traço-estado (IDATE)**. Tradução de Angela M. B. Biaggio e Luiz Natalício. Rio de Janeiro: Cepa, 1979.

STEIN, F.; CUTLER, S. K. **Psychosocial occupational therapy: a holistic approach**. ed 2, Albany, NY, 2002, Delmar Thompson Learning.

THIENGO, D. L. *et al.* Depressão durante a gestação e os desfechos na saúde do recém-nascido: coorte de mães atendidas em unidade básica da saúde. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, n. 4, p. 214-20, 2012.

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

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Grupo Controle

Título do Estudo: Efeitos do relaxamento nos níveis de ansiedade e sintomas de depressão em gestantes de alto risco hospitalizadas.

Nome da pesquisadora: Wanda Scherrer de Araújo, enfermeira, mestranda da Universidade Federal do Espírito Santo, do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem Profissional – Tel.: (027) 3335-7119.

Introdução: Gestação de alto risco provoca sentimentos de medo, angústia, apreensão, dúvida, podendo agravar ou desencadear sintomas de ansiedade e depressão. A intervenção de Enfermagem-Relaxamento tem o objetivo de diminuir os efeitos da ansiedade e da depressão em gestantes hospitalizadas.

Objetivo do estudo: Avaliar os efeitos da intervenção de Enfermagem-Relaxamento no estado de ansiedade e sintomas de depressão em gestantes de alto risco durante a hospitalização.

Voce está sendo convidado a participar de uma pesquisa. É muito importante que compreenda todos os princípios desta pesquisa:

a) Você só participa se desejar.

b) Você pode deixar de participar a qualquer momento. Se você não quiser participar da pesquisa não fique preocupada, o seu tratamento independe desta pesquisa.

c) 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 bebê continuarão sendo acompanhados normalmente. Realizaremos uma entrevista com você neste presente momento, e outra após cinco dias, para coletar alguns dados a seu respeito e verificar seus níveis de ansiedade e depressão.

Confiabilidade do estudo: Sua identidade não será revelada. Em lugar nenhum na pesquisa constará o seu nome.

Número de voluntários: 25 mulheres.

Se você ficou sem entender alguma parte deste documento, solicite explicação à pesquisadora. Somente assine, caso tenha compreendido tudo.

Eu, em pleno gozo de minhas faculdades mentais, estou ciente de todos os esclarecimentos acima e concordo em participar desta pesquisa. Minha participação é voluntária e também estou ciente de que posso deixar de participar no momento em que desejar, sem nenhum dano ao meu atendimento.

Assinatura Voluntária.....

Data.....

Nºdo estudo.....

Nome da voluntária em letra de forma:

.....

Endereço.....

.....

Telefone

.....

Nome da pesquisadora em letra de forma

.....

Contato CEP: cep.Ufes@hotmail.com

Orientadora: Prof. Drª Maria Helena Costa Amorim

Telefone: 3335-7119

Endereço Eletrônico: mhcamorim@yahoo.com.br

Mestranda: Wanda Scherrer de Araújo

Telefone: 3335-7141

Endereço Eletrônico: wandascherrer@uol.com.br

Vitória, _____ de _____ de 2013.

Assinatura da pesquisadora

*Este documento constam de três vias: uma via para o prontuário da cliente; uma via para a cliente e outra para a pesquisadora.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Grupo Experimental

Título do Estudo: Efeitos do relaxamento nos níveis de ansiedade e sintomas de depressão de gestantes de alto risco hospitalizadas.

Nome da pesquisadora: Wanda Scherrer de Araújo, enfermeira, mestranda da Universidade Federal do Espírito Santo, do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem Profissional – Tel.: (027) 3335-7119.

Introdução: Gestação de alto risco provoca sentimentos de medo, angústia, apreensão, dúvida, podendo agravar ou desencadear sintomas de ansiedade e depressão. A intervenção de Enfermagem-Relaxamento tem o objetivo de diminuir os efeitos da ansiedade e da depressão em gestantes hospitalizadas.

Objetivo do estudo: Avaliar os efeitos da intervenção de Enfermagem-Relaxamento no estado de ansiedade e sintomas de depressão em gestantes de alto risco durante a hospitalização.

Voce está sendo convidado 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. Se você não quiser participar da pesquisa não fique preocupada, o seu tratamento independe desta pesquisa.
- c) 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 bebê continuarão sendo acompanhados normalmente. Realizaremos uma entrevista com você neste presente momento para coletar alguns dados a seu respeito e verificar seus níveis de ansiedade e depressão. Você será submetida a intervenção de relaxamento, e após cinco dias será entrevistada novamente para verificação dos níveis de ansiedade e depressão.

Confiabilidade do estudo: Sua identidade não será revelada. Em lugar nenhum na pesquisa constará o seu nome

Número de voluntários: 25 mulheres.

Se você ficou sem entender alguma parte deste documento, solicite explicação à pesquisadora. Somente assine, caso tenha compreendido tudo.

Eu, em pleno gozo de minhas faculdades mentais, estou ciente de todos os esclarecimentos acima e concordo em participar desta pesquisa. Minha participação é voluntária e também estou ciente de que posso deixar de participar no momento em que desejar, sem nenhum dano ao meu atendimento.

Assinatura Voluntária.....

Data.....

Nºdo estudo.....

Nome da voluntária em letra de forma:

.....

Endereço.....

.....

Telefone

.....

Nome da pesquisadora em letra de forma

.....

Contato CEP: cep.Ufes@hotmail.com

Orientadora: Prof. Drª Maria Helena Costa Amorim

Telefone: 3335-7119

Endereço Eletrônico: mhcamorim@yahoo.com.br

Mestranda: Wanda Scherrer de Araújo

Telefone: 3335-7141

Endereço Eletrônico: wandascherrer@uol.com.br

Vitória, _____ de _____ de 2013.

Assinatura da pesquisadora

*Este documento constam de três vias - uma via para o prontuário da cliente; uma via para a cliente e outra para a pesquisadora.

APÊNDICE C – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Número do estudo: _____

Número do prontuário: _____

Primeiro dia da entrevista: ____ ____

Idade: _____ anos.

Estado civil

Solteira Casada / união estável Viúva Separada Outros

Grau de instrução

Analfabeto Ensino fundamental completo Ensino fundamental incompleto

Ensino médio completo Ensino médio incompleto

Ensino superior completo Ensino superior incompleto

Religião

Católica Evangélica Espírita Ateu Outras

Ocupação

Empregada Desempregada Estudante Dona de casa

Suporte social

Família Amigos Nenhum Pessoa significativa

Fumo

Sim Não Ex-fumante

Quantidade: _____

Consome bebida alcoólica atualmente:

() Sim () Não () Já bebi mas parei

Antecedentes gineco-obstétricos:

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

Aborto: Espontâneo () Sim () Não

Complicações em gravidez anterior:

Número de internações ()

Tipos de parto: () Cesárea () Normal

Gravidez atual

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

Complicações durante a gravidez: _____

Número de internações: _____

Pré-natal: () sim () Não

Número de consultas: _____

Data da entrevista:_____ Data da internação_____

Motivo da internação:_____

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES

A (o)
Diretor (a) do
Departamento de Ensino e Pesquisa

Autorização para Pesquisa

Venho por meio desta, emitir permissão e apoio por parte desta chefia, na execução do projeto intitulado:

Título do projeto:

Efeitos do relaxamento nos níveis de ansiedade e Sintomas de Depressão em gestantes de alto risco internadas em uma maternidade Pública de Vitória - E.S

Responsável pelo projeto:

Prof. Dra. Maria Helena Costa Amorim, do Departamento de Enfermagem da UFES

Setor de execução:

maternidade do Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes.

Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes- UFES

Orientador (a) do Projeto Prof. Dra. Maria Helena Costa Amorim

Departamento : Programa de Pós graduação em Enfermagem

Vitória (ES), 11 de março de 2013

Justiniano Maciel Filho
Chefe da Divisão de Ginecologia
Matr. 1175425 - HUCAM/UFES

Chefe da Divisão de
HUCAM-UFES

TACS ginecologia

Chefe do Serviço de
HUCAM-UFES

ginecologia e obstetrícia

Dr. Roberto Martin Rupp
Ginecologia / Obstetrícia
Matr. 1175425 - HUCAM/UFES

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DO CCS

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Efeitos do relaxamento nos níveis de ansiedade e sintomas de depressão em gestantes de alto risco internadas em uma maternidade pública de Vitória-ES.

Pesquisador: Maria Helena Costa Amorim

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 14378613.0.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde ((CCS-UFES))

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 237.302

Data da Relatoria: 27/03/2013

Apresentação do Projeto:

O presente estudo tem como objetivo avaliar os efeitos da intervenção relaxamento nos níveis de ansiedade e sintomas de depressão de gestantes de alto risco internadas na maternidade do Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes, Vitória-ES. Trata-se de um estudo clínico. A amostra será constituída por 60 gestantes (grupo- controle e experimental), com diagnóstico de gestação de alto risco, em qualquer idade gestacional, com idade igual ou superior a 18 anos, hospitalizadas há mais de 24hs. O processo de ensino-aprendizagem da intervenção de Enfermagem-Relaxamento será realizado individualmente com as mulheres do grupo experimental, por 5 dias. Durante este período, a gestante será informada sobre o desenvolvimento da técnica de relaxamento (passo a passo) e a seguir realizará a mesma. Todas as gestantes do grupo experimental serão orientadas para desenvolver esta técnica duas vezes ao dia, sendo uma antes de se levantarem e outra, antes de dormirem. Para avaliar se a cliente se encontra convenientemente relaxada, serão medidas a pressão arterial e a frequência cardíaca com o monitor digital eletrônico OMRON modelo HEM-431 CINT por duas vezes, cinco minutos antes e cinco minutos após o relaxamento, e simultaneamente será observada a frequência respiratória pela pesquisadora nesta mesma frequência. Serão aplicados os questionários de Traço e Estado de Ansiedade (IDATE), e a escala de depressão puerperal de Edinburg (EPDS) no contato inicial com a paciente para ambos os grupos, e após cinco dias de relaxamento serão aplicados novamente os instrumentos de Estado de Ansiedade (IDATE) e escala de depressão puerperal Edinburg (EPDS)

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com ; cep@ccs.ufes.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



para o grupo experimental, e no período correspondente para o grupo controle.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar os efeitos da intervenção de enfermagem-relaxamento no estado de ansiedade e sintomas de depressão em gestantes de alto risco durante a hospitalização.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A presente pesquisa não oferece nenhum risco as suas participantes.

Benefícios:

Verificar os efeitos da intervenção de enfermagem-relaxamento em gestantes de alto risco hospitalizadas; contribuir com a assistência prestada a esse grupo de mulheres com a intervenção relaxamento, pois é uma técnica simples que pode ser usada pela paciente e pelo enfermeiro para reduzir a ansiedade durante o período de internação; proporcionar às pacientes recurso terapêutico complementar ao atendimento medicamentoso, para auxiliá-las a enfrentarem as situações ansiogênicas, e diminuir os efeitos que altos níveis de estresse podem causar na sua saúde e na do feto; fortalecimento do vínculo enfermeiro-cliente; contribuir com a sociedade acadêmica pois se trata de um Hospital Universitário.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo em questão não apresenta riscos para os casos ou controles envolvidos, sendo apenas aplicado inventário e técnica de relaxamento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos obrigatórios foram apresentados, incluindo autorização para realização do estudo e TCLE do grupo controle e experimental.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto bem redigido, cronograma adequado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

CEP: 29.040-291

UF: ES

Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com cep@ccs.ufes.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



VITÓRIA, 04 de Abril de 2013

Assinado por:
DANIELLE CABRINI MATTOS
(Coordenador)

Endereço: Av. Marechal Campos 1469

Bairro: S/N

CEP: 29.040-001

UF: ES Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: osp.ufes@hotmail.com / osp@pos.ufes.br

ANEXO C – ESTADO DE ANSIEDADE/STATE ANXIETY

INSTRUÇÃO: Leia cada pergunta e faça um **X** no número, a 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.

Para responder a **FREQÜÊNCIA** utilize a escala NÃO =1; UM POUCO=2; BASTANTE=3; TOTALMENTE=4.

Nº FREQUÊNCIA

Nº		Concordo			
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 a 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 D – TRAÇO DE ANSIEDADE/TRAIT ANXIETY

INSTRUÇÃO

Leia cada pergunta e faça um **X** no numero, a 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.

Para responder a **FREQÜÊNCIA** utilize a escala QUASE NUNCA = 1; AS VEZES = 2; FREQUENTEMENTE = 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	As vezes, ideias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando	1	2	3	4
18	Levo os desapontamentos tão a serio que não consigo tira-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 E – ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDINBURGH (EPDS)

Você terá um bebê 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 tao infeliz que tenho chorado:

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

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

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

