



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER**

LORENA MENDES VILARINHO DE ANDRADE

TÉCNICAS DE RELAXAMENTO APLICADAS EM GESTANTES DE ALTO RISCO

Teresina

2021

LORENA MENDES VILARINHO DE ANDRADE

TÉCNICAS DE RELAXAMENTO APLICADAS EM GESTANTES DE ALTO RISCO

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher, da Universidade Federal do Piauí, como um dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher.

Área de concentração: Assistência Integral à Saúde da Mulher.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a Lorena Citó Lopes Resende Santana.

Coorientadora: Prof.^a. Dr.^a. Lis Cardoso Marinho Medeiros.

Teresina

2021

Universidade Federal do Piauí
Serviço de Processamento Técnico
Biblioteca Setorial do CCS

A553t Andrade, Lorena Mendes Vilarinho de.
Técnicas de relaxamento aplicadas em gestantes de alto risco /
Lorena Mendes Vilarinho de Andrade. -- Teresina, 2021.
80 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de
Pós-Graduação em Saúde da Mulher, 2021.
Orientação: Prof.^a. Dr.^a Lorena Citó Lopes Resende Santana.
Bibliografia

1. Gestação de alto risco. 2. Psicologia hospitalar. 3. Ansiedade. 4.
Depressão. 5. Relaxamento. I. Santana, Lorena Citó Lopes Resende. II.
Título.

CDD 618.3

Elaborada por Fabíola Nunes Brasilino CRB 3/ 1014

LORENA MENDES VILARINHO DE ANDRADE

TÉCNICAS DE RELAXAMENTO APLICADAS EM GESTANTES DE ALTO RISCO

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher, da Universidade Federal do Piauí, como um dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher.

Área de concentração: Assistência Integral à Saúde da Mulher.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a Lorena Citó Lopes Resende Santana.

Coorientadora: Prof.^a. Dr.^a. Lis Cardoso Marinho Medeiros.

Aprovado em 10 de setembro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Lorena Citó Lopes Resende Santana - Orientadora
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Prof. Dr. José Arimatea dos Santos Júnior- 1º Examinador
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Prof.^a Dr.^a Maria Andréia da Nóbrega Marques - 2ª Examinadora
Universidade Estadual do Piauí (UESPI)

Prof.^a Dr.^a Lis Cardoso Marinho Medeiros - Suplente
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

AGRADECIMENTOS

À Deus por tudo, confio e entrego meus dias em suas mãos.

Aos meus queridos ancestrais Antônio (in memoriam), Aliete (in memoriam), Firmino (in memoriam) e Osira (in memoriam), graças a vocês estou aqui e realizando um sonho.

A meu querido Pai Raimundo (in memoriam) e a minha mãe Débora pela minha vida, são meus exemplos, minhas referências e não tenho palavras suficientes para agradecer tudo que já fizeram por mim.

Ao meu marido Leonardo pelo incentivo, apoio e compreensão todos os dias.

Às minhas filhas Isadora e Helena pela compreensão da minha ausência nos dias dedicados ao mestrado, ao amor recebido diariamente e que me dava força e ânimo para seguir em frente e ser orgulho para vocês.

A todos os familiares e amigos pela torcida e motivação nos dias em que era necessário.

À minha orientado Lorena Citó e a coorientadora Lis Medeiros, pelos ensinamentos e compreensão ao longo dessa jornada emocionante e cheia de desafios.

Aos membros da banca por aceitarem o convite e pelas grandes contribuições na construção deste trabalho.

À Maternidade Dona Evangelina Rosa por permitir o estudo e me receber tão bem nesse percurso, aos profissionais com quem convivi nesta maternidade, obrigada pela ajuda e respeito à pesquisa. Em especial Maria do Socorro que me incentivava na realização.

Às gestantes que participaram e assim essa pesquisa se tornou realidade.

ANDRADE, L. M. V. **Técnicas de Relaxamento Aplicadas em Gestantes de Alto Risco**. Dissertação, Mestrado Profissional em Saúde da Mulher. Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI, 2021.

RESUMO

Introdução: A saúde mental da mulher na gestação de alto risco e com indicação de internação hospitalar requer atenção e cuidados. Mulheres grávidas podem apresentar sofrimento psíquico ao longo da gestação. Estudos mostram que os transtornos mentais mais comuns no período gestacional são ansiedade e depressão. A internação hospitalar na gestação é considerada um fator adicional de estresse, tornando essa mulher mais vulnerável para surgimento de transtornos mentais. O Psicólogo no hospital maternidade deve buscar na sua atuação estratégias e ações para minimizar o sofrimento emocional da gestante de alto risco. **Objetivo:** Analisar os efeitos de um protocolo de técnicas de relaxamento nos escores de sintomas ansiosos e depressivos em gestantes de alto risco hospitalizadas. **Metodologia:** Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo descritivo, exploratório, de intervenção e longitudinal segundo desenho pré e pós-teste. A amostra constituiu-se por 22 gestantes de alto risco hospitalizadas em uma maternidade pública referência em alto risco. Foi realizada a aplicação do inventário de ansiedade de “A mente vencendo o humor” para mensurar sintomas ansiosos e do Inventário de Depressão de Beck - Segunda Edição (BDI-II) para mensurar sintomas depressivos, ambos aplicados antes e depois da intervenção. A intervenção utilizada foi a técnica de relaxamento em grupo através de respiração controlada e criação de imagens guiadas. A análise estatística dos dados foi realizada por meio do programa IBM® SPSS® Statistics, versão 28, através de frequências, percentuais, valores máximos e mínimos, média, medianas, e desvio padrão. Devido características dos dados, optou-se pelo teste não paramétrico do sinal. **Resultados:** O teste do sinal constatou que a intervenção provocou uma diminuição de mediana estatisticamente significativa nos escores de sintomas ansiosos e depressivos após intervenção com técnicas de relaxamento. **Conclusão:** O protocolo de técnicas de relaxamento teve como efeito a diminuição de sintomas ansiosos e depressivos nas gestantes de alto risco hospitalizadas que participaram da pesquisa. A implementação deste protocolo pela gestão contribuirá com a promoção da saúde mental das gestantes evitando possíveis consequências negativas para mãe e bebê.

PALAVRAS-CHAVE: Gestação de alto risco. Psicologia hospitalar. Ansiedade. Depressão. Relaxamento.

ANDRADE, L. M. V. **Relaxation Techniques Applied in Pregnant Women of High Risk**. Dissertation, Professional Masters in Women's Health. Federal University of Piauí, Teresina-PI, 2021.

ABSTRACT

Introduction: The mental health of women in high-risk pregnancy and with indication for hospitalization requires attention and care. Pregnant women may experience psychological distress throughout pregnancy. Studies show that the most common mental disorders during pregnancy are anxiety and depression. Hospitalization during pregnancy is considered an additional stress factor, making this woman more vulnerable to the onset of mental disorders. Psychologists at the maternity hospital must seek strategies and actions in their performance to minimize the emotional suffering of high-risk pregnant women. **Objective:** To analyze the effects of a protocol of relaxation techniques on anxiety and depressive symptom scores in hospitalized high-risk pregnant women. **Methodology:** This is a quantitative, descriptive, exploratory, intervention and longitudinal study according to pre- and post-test design. The sample consisted of 22 high-risk pregnant women hospitalized in a high-risk public maternity hospital. The “Mind Overcoming Mood” anxiety inventory was applied to measure anxiety symptoms and the Beck Depression Inventory - Second Edition (BDI-II) to measure depressive symptoms, both applied before and after the intervention. The intervention used was the group relaxation technique through controlled breathing and guided image creation. Statistical analysis of data was performed using the IBM® SPSS® Statistics program, version 28, using frequencies, percentages, maximum and minimum values, mean, medians, and standard deviation. Due to the characteristics of the data, the non-parametric sign test was chosen. **Results:** The sign test found that the intervention caused a statistically significant median decrease in anxiety and depressive symptom scores after intervention with relaxation techniques. **Conclusion:** The relaxation techniques protocol had the effect of decreasing anxiety and depressive symptoms in hospitalized high-risk pregnant women who participated in the research. The implementation of this protocol by the management will contribute to promoting the mental health of pregnant women, avoiding negative consequences for mother and baby.

KEYWORDS: High-risk pregnancy. Hospital psychology. Anxiety. Depression. Relaxation.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico das gestantes (n=22).....	41
Tabela 2 - Perfil clínico das gestantes (n=22).....	44
Tabela 3 - Rede de apoio das gestantes (n=22).....	49
Tabela 4 - Estatística descritiva dos escores e teste do sinal para escores de ansiedade antes e depois da intervenção	51
Tabela 5 - Percentuais de escores por categorias relacionados a sintomas ansiosos.....	52
Tabela 6 - Escores de depressão antes e depois da intervenção.....	54
Tabela 7 - Estatística descritiva dos escores e teste do sinal de amostras relativas para os escores de depressão.	57

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma demonstrativo da trajetória metodológica.....	34
Figura 2 - Diagnóstico médico das gestantes hospitalizadas.	46
Figura 3 - Teste do sinal de amostras relativas para os escores de ansiedade.	53
Figura 4 - Teste do sinal de amostras relativas para os escores de depressão.	57

ABREVIATURAS E SIGLAS

BDI-II – Inventário de Depressão de Beck / Segunda edição

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CFP - Conselho Federal de Psicologia

EUA - Estados Unidos da América

FMS - Fundação Municipal de Saúde

GAR - Gestação de Alto Risco

MDER- Maternidade Dona Evangelina Rosa

OMS - Organização Mundial de Saúde

SATEPSI - Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos

SUS - Sistema  nico de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPI - Universidade Federal do Piauí

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	17
2.1 Geral _____	17
2.2 Específicos _____	17
3 REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 Gestação de alto risco _____	18
3.1.1 Trabalho de Parto Prematuro	18
3.1.2 Amniorrexe Prematura ou Rotura Prematura de Membranas	19
3.1.3 Síndromes Hipertensiva da Gravidez	19
3.1.4 Trombose Venosa Profunda.....	19
3.1.5 Diabetes	19
3.1.6 Infecção Urinária	20
3.2 Aspectos psicológicos na gestação de alto risco _____	20
3.3 Ansiedade gestacional _____	23
3.4 Depressão gestacional _____	24
3.5 Psicologia Perinatal no hospital maternidade _____	26
3.6 Técnicas de Relaxamento _____	27
4 METODOLOGIA	32
4.1 Tipo de pesquisa _____	32
4.2 Local do estudo _____	32
4.3 População _____	32
4.4 Amostra _____	32
4.4.1 Critérios de inclusão	33
4.4.2 Critérios de exclusão	33
4.4.3 Critérios de não inclusão	33
4.5 Coleta de dados _____	33
4.6 Instrumentos de avaliação _____	35
4.6.1 Inventário de Ansiedade: A Mente Vencendo o Humor	35
4.6.2 Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)	35
4.7 Protocolo de Técnicas de Relaxamento _____	37
4.7.1 Respiração Controlada.....	37
4.7.2 Imagens Guiadas	38
4.8 Riscos e dificuldades	39
4.9 Aspectos éticos e legais _____	39

4.10 Análise estatística	40
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
5.1 Caracterização sociodemográfica, obstétrica e psicossocial da amostra ..	41
5.2 Sintomas de ansiedade gestacional antes e depois da intervenção	50
5.3 Sintomas de depressão gestacional antes e depois da intervenção	54
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS.....	61
ANEXOS	69
ANEXO A: Inventário de Ansiedade: A Mente Vencendo o Humor	70
ANEXO B - Parecer de aprovação do CEP- UFPI	71
APÊNDICES	73
APÊNDICE A: Questionário para caracterização da amostra.....	74
APÊNDICE B: Palestra Relâmpago “Os Benefícios da respiração lenta e profunda nos aspectos psicológicos”	76
APÊNDICE C: Roteiro para relaxamento com gestantes	77
APÊNDICE D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE	78
APÊNDICE E: Protocolo de técnicas de relaxamento psicológico em gestantes de alto risco hospitalizadas.....	80

1 INTRODUÇÃO

A gravidez constitui um dos períodos críticos de transição no ciclo vital da mulher, Maldonado (2017) considera que existem três períodos críticos de transição que constituem fases do desenvolvimento pessoal e que possuem vários pontos em comum: a adolescência, a gravidez e o climatério. Ressalta ainda, que são períodos caracterizados por mudanças metabólicas complexas devido às grandes perspectivas de mudanças envolvidas quanto ao papel social, adaptações, reajustes interpessoais e intrapsíquicos.

Segundo Tostes (2012), a gestação traz consigo novas situações nos diversos âmbitos da vida da mulher, algumas das quais são vivenciadas com certa dificuldade pela gestante, o casal ou sua família, ademais, os fatores psicológicos e emocionais exercem grande influência nas percepções e vivências ao longo da gestação e da parturição, no entanto, apesar desse fato ser consenso entre estudiosos da área, pouco se fala sobre o papel da psicologia e dos psicólogos nesse cenário.

A maternagem, é caracterizada pela escolha de amar e cuidar, sendo assim, não é uma condição biológica e é, marcadamente, uma função da psique, consiste na experiência pessoal e psicológica do “eu materno” em relação ao filho, marcada por estereótipos de gênero que permeiam as relações sociais e que geram transtornos emocionais nas mulheres, especialmente neste período crítico da gravidez e puerpério (ARRAIS; ARAÚJO, 2017).

Nesse contexto, quando a gestação é de alto risco, a mulher apresenta um agente adicional de estresse. A notícia de que existe um aspecto que merece maior atenção no período gestacional, provoca angústia e, por vezes, ansiedade, por não haver controle sobre os riscos e as complicações da gestação (AZZI; KERNKRAUT, 2017).

Para Santos e Oliveira (2018), a gestação é considerada de alto risco quando há doença materna ou fator sócio biológico que possa prejudicar a evolução da gestação, causando risco para a mãe e/ou para o bebê. Ainda segundo os autores, quando acontecem intercorrências no ciclo gravídico puerperal, muitas vezes a internação hospitalar é indicada, e a gestação que geralmente é idealizada pela mãe e família com um desfecho positivo, passa a ser vista com a possibilidade de risco de desfecho negativo para mãe e/ou bebê.

Uma gestante hospitalizada passa por diversas privações e ainda solicitam que ela se enquadre nas normas e rotinas do hospital. Segundo Maldonado (2017) para uma grávida, privações reais, sejam afetivas, sejam econômicas, aumentam a tensão e intensificam sentimentos ambivalentes, a preocupação com o futuro aumenta as necessidades da grávida e intensificam sua frustração, gerando raiva e ressentimento, tornando difícil encontrar gratificação na gestação.

Foram encontrados estudos que apresentaram prevalência de transtornos ansiosos na gestação que variou de 18,8% a 66% (SILVA, 2018; SILVA et al., 2017; Schiavo et al., 2018; RAMÍREZ et al., 2015; Goetz et al., 2020). E estudos com prevalência de depressão gestacional de 19% a 61% (CHORWE-SUNGANI; CHIPPS, 2018; GOETZ et al., 2020; RAMÍREZ et al., 2015). Arrais, Araújo e Schiavo (2019) no estudo que avaliou os níveis de ansiedade e depressão das gestantes do grupo experimental (participantes do Pré-natal psicológico -PNP) e do grupo controle (não participantes) encontraram prevalência de 49,0% das gestantes do grupo intervenção com sintomas de ansiedade, e 25,5% com sintomas de depressão.

Para Gelaye et al. (2016) os transtornos mentais comuns (incluindo depressão e ansiedade) foram mais prevalentes durante o período perinatal em comparação com os períodos de não gravidez e faz um alerta que programas integrados de assistência pré-natal, com o objetivo de identificar e tratar mulheres com depressão perinatal, são necessários porque para muitas mulheres em países de baixa e média renda, a assistência pré-natal é normalmente o primeiro e único momento de interação com o sistema de saúde. Os autores consideram as consultas de pré-natal como oportunidades cruciais para ocorrer intervenções em saúde mental.

Mulheres com problemas de saúde mental são frequentemente estigmatizadas e têm menos probabilidade de participar de cuidados pré-natais, perinatais, pós-natal e de cuidados de saúde preventivos essenciais, como ser amamentado, cuidados físicos, conforto e interação social (FISHER et al., 2012). Para os autores o desenvolvimento do bebê fica comprometido se a mãe for insensível ou indiferente às dicas e necessidades comportamentais do bebê, além disso, em países de renda baixa e média-baixa, a depressão materna está associada a taxas mais altas de desnutrição e retardo de crescimento, doenças diarreicas, doenças infecciosas, internações hospitalares, baixo peso ao nascer e redução no cumprimento dos esquemas de imunização entre os bebês.

O Ministério da Saúde reconhecendo os aspectos psicológicos envolvidos na gestação de alto risco, e a necessidade da assistência integral à saúde da mulher, sugere o Psicólogo como parte da equipe multiprofissional de atenção à gestante de alto risco, conforme portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013¹ (BRASIL, 2013).

A contribuição de uma equipe multiprofissional para o cuidado à gestante de alto risco é de notória relevância. Por isso, para o fornecimento do melhor acompanhamento da gestante de alto risco, há necessidade de equipe multidisciplinar, constituída por especialistas de várias áreas, tais como Enfermagem, Psicologia, Nutrição e Serviço Social, em trabalho articulado e planejado (BRASIL, 2012).

Schiavo, Rodrigues e Perosa (2020), foram os primeiros autores a utilizar, em um artigo brasileiro, o termo Psicologia Obstétrica/Perinatal, e a contextualizar e refletir sobre a história dessa área no Brasil, nos colocam que o termo psicologia obstétrica existe há mais de 30 anos e mais recentemente o termo psicologia perinatal vem sendo bastante utilizado. Ainda segundo os autores, “o psicólogo obstétrico não exerce funções diferentes do psicólogo perinatal, são apenas nomes diferentes dados para a mesma atuação profissional”, a psicologia obstétrica/ perinatal é uma área que presta assistência à saúde mental da mulher e sua família no ciclo gravídico puerperal.

O profissional de Psicologia na área Obstétrica/Perinatal pode indicar estratégias e ações que visam a melhoria da saúde mental materna, e logo, diminuição do sofrimento mental no ambiente hospitalar. Diante disso, o Psicólogo em uma maternidade que presta assistência às gestantes de alto risco deve intervir com técnicas efetivas e baseada em evidências que possam ser aplicadas no ambiente hospitalar que a gestante se encontra internada (SOUZA, 2010).

Segundo Pereira e Penido (2010) as técnicas de relaxamento estão entre as principais técnicas utilizadas por terapeutas no ambiente hospitalar e destacam a sua efetividade nos pacientes. Seja o relaxamento muscular progressivo, a respiração diafragmática ou a imagem mental relaxante, todas podem ser usadas pelo paciente no próprio leito hospitalar e, depois da alta, em casa.

¹PORTARIA Nº 1.020, DE 29 DE MAIO DE 2013 - Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha.

Nessa conjuntura, destacam-se as técnicas de respiração e a utilização de imagens guiadas. No estudo de Zaccaro et al. (2018), uma revisão sistemática da literatura sobre efeitos psicofisiológicos e técnicas de respiração lenta, foram encontradas evidências de atividades do sistema nervoso central relacionadas com controle emocional e bem-estar psicológico em pessoas saudáveis que passam por técnicas de relaxamento. Com esse resultado os autores afirmam que existe um elo entre técnicas de respiração lenta, atividades cerebrais autonômicas e resultados psicológicos/comportamentais.

Sendo assim, levantou-se a hipótese de que gestantes de alto risco hospitalizadas, devido aos riscos reais de um desfecho desfavorável para si e/ou para o bebê que espera, estão mais vulneráveis para o aumento dos níveis de ansiedade e sintomas depressivos durante a internação hospitalar, por este motivo, podem se beneficiar dos efeitos de técnicas de relaxamento. Além disso, se encontram afastadas de sua rotina e família, o que é um fator adicional de sofrimento emocional para todos os envolvidos.

Nesse contexto, torna-se relevante e necessário implementar um protocolo de técnicas de relaxamento para as gestantes de alto risco hospitalizadas. As intervenções de um psicólogo perinatal dentro do hospital maternidade são estratégias para o bem-estar psicológico e prevenção de transtornos mentais de gestantes, tornando a gravidez mais segura para mãe, bebê e família.

Logo, este estudo objetivou analisar os efeitos de um protocolo de técnicas de relaxamento sob os escores de sintomas ansiosos e depressivos em gestantes de alto risco hospitalizadas.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar os efeitos de um protocolo de técnicas de relaxamento nos escores de sintomas ansiosos e depressivos em gestantes de alto risco hospitalizadas.

2.2 Específicos

- Descrever características sociodemográficas, obstétricas e psicossocial da amostra;
- Avaliar sintomas de ansiedade das gestantes de alto risco hospitalizadas;
- Avaliar sintomas de depressão em gestantes de alto risco hospitalizadas;
- Comparar os escores de ansiedade e depressão antes e depois da aplicação do protocolo de técnicas de relaxamento em gestantes de alto risco hospitalizadas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Gestação de alto risco

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2017), embora a maioria das gestações e partos evoluam sem intercorrências, em todas as gestações existem riscos, cerca de 15% de todas as mulheres grávidas irão desenvolver complicações com risco de vida, o que exige cuidados obstétricos. Esse risco está atrelado à identificação de fatores maternos e fetais que contribuem para o surgimento de complicações durante gestação, parto e nascimento.

São chamadas “gestantes de alto risco”, mulheres cuja gestação não acontece como o esperado, apresentam algumas situações que podem trazer riscos tanto para ela quanto para o feto, possuem maior probabilidade de evolução desfavorável. (BRASIL,2012).

A redução da mortalidade materna deve ser prioridade em saúde no Brasil, tendo em vista os elevados valores de razão de mortalidade materna encontrados em todas as regiões. A maioria das mortes maternas poderiam ser evitadas se houvesse um serviço de saúde de qualidade, integral e interdisciplinar, desde o planejamento familiar, pré-natal, parto até o puerpério, bem como uma conscientização por parte das mães da importância das consultas regulares nesses períodos (SILVA et al., 2016). A morte de uma mulher e/ou de seu bebê é uma experiência devastadora para mulher e sua família, também é devastador para todos os envolvidos em seus cuidados (WHO, 2017).

O Manual Técnico da Gestação de Alto Risco (BRASIL,2012), apresenta as principais doenças da gravidez que podem colocar em risco a vida da mulher e do bebê que ela espera. Destaca-se a seguir as patologias obstétricas mais prevalentes.

3.1.1 Trabalho de Parto Prematuro

O nascimento prematuro é definido como nascimento antes de 37 semanas de gestação e é o determinante mais importante de resultados infantis adversos, em termos de sobrevivência e qualidade de vida (WHO, 2015). O trabalho de parto prematuro se caracteriza por contrações frequentes e na anamnese deve-se avaliar

fatores de risco (fisiológicos, comportamentais e psicossociais), problemas na gravidez atual, complicações clínicas associadas e estado fetal (BRASIL, 2012).

3.1.2 Amniorrexe Prematura ou Rotura Prematura de Membranas

Amniorrexe prematura ou rotura prematura de membranas, é o quadro caracterizado pela rotura espontânea das mesmas antes do começo do trabalho de parto. Com perda líquida, em grande quantidade (“molha roupas”), súbita e habitualmente indolor. A amniorrexe prematura constitui causa importante de partos pré-termo, o que contribui para aumento da mortalidade perinatal. A mortalidade materna nesses casos, também, é agravada pelos riscos de infecção (BRASIL, 2012).

3.1.3 Síndromes Hipertensiva da Gravidez

Os estados hipertensivos intercorrentes na gestação são: Pré-eclâmpsia / Eclâmpsia, hipertensão crônica, Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica, hipertensão gestacional sem proteinúria (BRASIL, 2012). A pré-eclâmpsia é caracterizada como hipertensão que ocorre após 20 semanas de gestação (ou antes, em casos de doença trofoblástica gestacional ou hidrôpsia fetal) acompanhada de proteinúria, com desaparecimento até 12 semanas pós-parto. Na ausência de proteinúria, a suspeita se fortalece quando o aumento da pressão aparece acompanhado por cefaleia, distúrbios visuais, dor abdominal, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas (BRASIL, 2012).

3.1.4 Trombose Venosa Profunda

A trombose venosa profunda caracteriza-se pela formação de coágulo no sistema venoso profundo, ocorrendo principalmente nas extremidades inferiores. Ocorre em igual proporção nos três trimestres, com aumento de risco no pós-parto, principalmente após uma operação cesariana. Ter história anterior ou condições predisponentes como trombofilias, imobilizações, repouso ou hospitalização prolongada e cirurgia recente são importantes fatores de risco (BRASIL, 2012).

3.1.5 Diabetes

O diabetes mellitus é uma doença metabólica crônica, caracterizada por hiperglicemia. É responsável por índices elevados de morbimortalidade perinatal, especialmente macrossomia fetal e malformações fetais. O diabetes mellitus

associado à gravidez pode ser classificado como: Diabetes gestacional (diagnosticado durante a gravidez) e diabetes pré-gestacional (diabetes prévio à gravidez: tipo 1, tipo 2 ou outros). O diabetes gestacional é definido como a “intolerância aos carboidratos, de graus variados de intensidade, diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto” (BRASIL, 2012).

3.1.6 Infecção Urinária

A Infecção urinária é o problema urinário mais comum durante a gestação. Ocorre em 17 a 20% das gestações e se associa a complicações como rotura prematura de membranas ovulares, trabalho de parto prematuro, corioamnionite, febre no pós-parto, sepse materna e infecção neonatal. O quadro clínico varia de bacteriúria assintomática, que acomete de 2 a 10% das gestantes, até o quadro de pielonefrite (BRASIL, 2012).

3.2 Aspectos psicológicos na gestação de alto risco

Um aspecto quase esquecido, por receio ou desconhecimento, é o componente emocional no seguimento da gestação de alto risco. Assim como organicamente a gravidez representa um desafio para condições maternas, também do ponto de vista emocional surge como desafio adaptativo (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde, no Manual Técnico da Gestação de Alto Risco chama atenção para aspectos que devem ser levados em consideração continuamente numa gestação de alto risco, dentre eles estão os aspectos emocionais e psicossociais da gestante. Na gestação de alto risco, as dificuldades de adaptação emocional são maiores, a começar pelo rótulo que se lhes dá, “de alto risco”, portanto “diferente” das demais, “normais”. O Manual aborda, também, a necessidade de hospitalização durante a gestação, o que aumenta a probabilidade de acontecer numa gestação de alto risco. Com a hospitalização a gestante tem mais chance de apresentar sofrimento psíquico, pois ela é retirada do seu ambiente doméstico, familiar, profissional e social, além de vivenciar riscos reais para ela e o bebê (BRASIL, 2012).

Para Magno (2011), além de todos os aspectos psíquicos vivenciados pelas gestantes de baixo risco, as gestantes de alto risco ainda têm que administrar as questões e os aspectos psicológicos envolvidos com a doença. Para o autor, receber

o diagnóstico de uma doença durante a gestação e precisar lidar com a incerteza do seu estado de saúde, assim como, do bebê, pode aumentar o nível de estresse e o risco de ansiedade e depressão na gestante.

As mulheres que passam por uma gestação de alto risco podem exigir cuidados complexos, que envolvem modificações no estilo de vida, suporte técnico, farmacológico e até a hospitalização, como resultado, essas mulheres podem experimentar sentimentos de vulnerabilidade e, portanto, ficam mais expostas a sentimentos estressantes (RODRIGUES; ZAMBALDI, 2016).

De acordo com a OMS (WHO, 2017), falhar em reconhecer o sofrimento psicológico em mulheres grávidas e no pós-parto, pode ter consequências devastadoras e trágicas para a mulher, seu(s) filho (s) e sua família. Ademais, ter consciência e reconhecer fatores de risco para sofrimento psicológico pode ajudar nos cuidados com a saúde materna e suas famílias.

Em todo o mundo, cerca de 10% das gestantes e 13% das mulheres que acabaram de dar à luz experimentam um transtorno mental, principalmente a depressão. Nos países em desenvolvimento, isso é ainda maior, ou seja, 15,6% durante a gravidez e 19,8% após o nascimento dos filhos (WHO, 2016).

As patologias psiquiátricas mais frequentes na gestação são os transtornos de humor, quadros ansiosos, transtornos psicóticos, abuso e dependência de substâncias psicoativas e distúrbios alimentares. A avaliação de possíveis manifestações psiquiátricas na gestação é fundamental, já que a detecção precoce pode minimizar o impacto dessas condições, tanto para a mãe quanto para o feto. (BRASIL, 2012)

Um estudo de revisão da literatura mostrou que, ter tido depressão na vida, a presença de estresse, ansiedade e depressão durante a gestação, baixo suporte social e familiar, falta de apoio do parceiro e falta de apoio social no puerpério, são fatores que aumentam o risco de ter depressão pós-parto (ARRAIS; ARAÚJO, 2017).

Biaggi et al. (2016) em uma revisão sistemática que teve como objetivo identificar os principais fatores de risco envolvidos no desenvolvimento de ansiedade e depressão no período gestacional, concluíram que a gravidez é um dos momentos de maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de transtorno de ansiedade e de humor e destacou como um dos fatores de risco para o desenvolvimento destes transtornos são os riscos obstétricos, complicações presentes ou passadas e relacionados à gravidez.

Telleria (2014) realizou um estudo que investigou níveis de ansiedade e de depressão em pacientes com diabetes gestacional anterior, bem como, a relação entre fatores psicossociais associados e a presença de ansiedade e depressão nessas pacientes. Foi um estudo não experimental, transversal e descritivo correlacional, o que permitiu avaliar vários aspectos das pacientes com diabetes gestacional anterior. As participantes foram mulheres que desenvolveram diabetes gestacional durante a gravidez e que estavam sendo atendidas em um programa de acompanhamento após o parto. Os resultados do estudo mostraram que embora os níveis de ansiedade e depressão sejam comuns na gravidez, estes podem ser aumentados se associados à presença de uma complicação obstétrica, como diabetes gestacional. E concluiu que existem altos níveis de depressão e ansiedade em mulheres com diabetes gestacional anterior, com uma associação significativa entre ambas as patologias e, entre depressão e mudanças no estilo de vida, bem como entre ansiedade e a crença e preocupação em desenvolver diabetes mellitus no futuro.

Com o quadro gestacional diferente do esperado e desejado, essa mulher pode apresentar os transtornos mentais mais comuns durante o período gestacional, a depressão e os transtornos de ansiedade. Em um estudo comparativo entre gestantes de risco normal e gestantes de alto risco, as mulheres com gestação de risco normal apresentaram índices de ansiedade e depressão entre mínimo e leve, sendo que as com gravidez de risco apresentaram valores mais altos quando comparadas ao outro grupo (SAVIANI-ZEOTI; PETEAN, 2015).

“É provável que o fato delas estarem expostas a uma situação incerta, como alterações na própria saúde e complicações no parto, eclampsia, suspeita de malformação fetal e possível perda do filho, podendo levar a consequências sobre as quais nem sempre se tem controle, tenha resultado no aumento desses índices. No que diz respeito à depressão, índices mais elevados também foram apresentados pelas gestantes de risco” (SAVIANI-ZEOTI; PETEAN, 2015).

Em razão das intercorrências que podem acontecer na gestação, especialmente na gestação de alto risco, fica evidente a importância de uma equipe multiprofissional tanto no momento da internação, muitas vezes necessário em gestação de alto risco, quanto no pré-natal, trabalhando de maneira curativa e preventiva. A mulher precisa ser atendida em seus aspectos físicos, biológicos, emocionais e sociais (SANTOS; OLIVEIRA, 2018).

A experiência de adoecimento e hospitalização representam para a maioria das pessoas enfermas um momento muito difícil pelas ameaças de perdas, como da

autonomia, cujos desejos são delegados a outros ou substituídos por procedimentos médicos necessários à sobrevivência, à possibilidade de morte, entre tantos outros fatores (CFP, 2019).

3.3 Ansiedade gestacional

Os transtornos de ansiedade incluem transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados. Medo é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura (APA, 2013).

A ansiedade é um dos estados de humor mais perturbadores que as pessoas podem sentir. As experiências na vida podem contribuir para desencadear ansiedade, como trauma, doenças ou mortes, coisas que nos ensinam, coisas que observamos e experiências que parecem demasiadas para conseguir lidar com elas. Segundo Greenberg e Padesky (2017), a maior parte da ansiedade refere-se a medos de algo que não está acontecendo no momento, mas de coisas que tememos que possam ocorrer no futuro, mesmo que seja daqui alguns minutos e que se você aprender a manter sua mente no momento presente, sua ansiedade vai diminuir.

No conteúdo emocional da mulher grávida entram em jogo fatores psíquicos preexistentes e atuais, e, entre os últimos, os componentes da gravidez e ambientais. Este conteúdo manifesta-se principalmente por intermédio da ansiedade, mecanismo emocional basal que se estende durante toda a gravidez, de forma crescente, até o nascimento (BRASIL, 2012).

Silva (2018) em um estudo sobre a prevalência de transtornos ansiosos em mães durante a gestação, encontrou na população estudada prevalência de 18,8% de transtornos ansiosos durante a gestação. Em outra pesquisa que teve como um dos objetivos avaliar a ocorrência da ansiedade em gestantes em acompanhamento pré-natal nas Unidades de Atenção Primária à Saúde que oferecem assistência pré-natal pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Sul de Minas Gerais, encontrou 26,8% das gestantes com ansiedade durante a gravidez (SILVA et al., 2017).

Um estudo transversal com gestantes de alto risco obstétrico realizado na Colômbia e que objetivou determinar a prevalência de triagem positiva para depressão e ansiedade e fatores de risco associados, encontrou uma prevalência de triagem

positiva para ansiedade em 41% das mulheres com gravidez de alto risco participantes da pesquisa (RAMÍREZ et al., 2015).

Huizink et al. (2017) nos mostrou que a ansiedade gestacional pode ser um forte preditor de estresse parental 03 meses após o nascimento do bebê e que esse estresse pode impactar ainda mais a vida dos jovens pais e de seus filhos. Para os autores a prevenção com intervenção para reduzir a ansiedade materna na gravidez pode ser a chave para uma trajetória mais vantajosa da história dos pais no pós-natal (03 meses após parto) e, indiretamente, por um ambiente mais ideal para o desenvolvimento da criança. Os autores investigaram de forma longitudinal, como o humor materno em mulheres grávidas pela primeira vez, era preditor de estresse parental 03 meses após o parto. Concluíram que níveis mais elevados de estresse parental foram especialmente previstos por ansiedade gestacional. Com isso é provável que as mulheres com mente preocupada durante a gravidez, continue a se preocupar como mãe de seu recém-nascido, portanto, suscetível ao estresse parental.

Considera-se a gestação um evento importante na vida da mulher e de toda sua família e sendo classificada em alto risco obstétrico com necessidade de internação hospitalar é um acontecimento que pode contribuir para elevados índices de sintomas ansiosos. Isso mostra que os transtornos de ansiedade estão entre os mais prevalentes do período gestacional e que requer atenção dos profissionais de saúde que prestam assistência às gestantes.

3.4 Depressão gestacional

A característica comum do transtorno depressivo é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo (APA, 2013).

Os episódios depressivos constituem os quadros psiquiátricos mais frequentes durante a gestação, atingindo, em alguns estudos, até 20% desta população. A característica central destes quadros é o humor depressivo ou a anedonia, que podem ser persistentes e ter impacto negativo nas atividades funcionais da gestante (BRASIL, 2012).

Ajinkya et al. (2013) estudaram a prevalência de depressão durante a gravidez e seus fatores de riscos obstétricos associados. Realizaram um levantamento observacional, transversal, no departamento de obstetrícia de um hospital de atenção

terciária em Navi Mumbai. A depressão durante a gravidez esteve significativamente associada a fatores de riscos obstétricos como: ser multigesta, gravidez não planejada e gestantes com complicações obstétricas atuais, histórico de abortos anteriores e histórico de complicações obstétricas.

Carlesso et al. (2014), analisaram a relação entre depressão materna e indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil, concluindo que a depressão pode ter implicações negativas na interação da díade mãe-bebê e, principalmente, repercutir como um fator de risco ao desenvolvimento infantil.

Sintomas depressivos maternos perinatais influenciam o desenvolvimento do cérebro da prole, esses efeitos são particularmente notáveis na amígdala, estrutura chave envolvida nos processos emocionais, sugerindo uma transmissão transgeracional de vulnerabilidade para problemas socioemocionais e depressão (NI SOE et al., 2017). Os estudos de Carlesso et al. (2014) e de Ni Soe et al. (2017), nos mostram que as repercussões vão além da saúde mental materna, podendo afetar também o desenvolvimento saudável de crianças filhas de mães que apresentam depressão.

Um estudo de coorte longitudinal que ocorreu na Inglaterra (PEARSON; CARNEGIE, 2018), comparou sintomas depressivos no pré-natal em 02 gerações de mulheres que participaram do estudo. As mulheres que participaram do estudo responderam questionários idênticos na gravidez para comparar a prevalência de depressão durante a gravidez nas jovens mães de hoje com a geração de suas mães e investigar se a prevalência de sintomas depressivos aumentava de uma geração para outra. Esse estudo encontrou evidências de que a depressão em jovens grávidas é maior hoje do que nos anos 90. E alertam que por causa das múltiplas e diversas consequências da depressão pré-natal, um aumento na prevalência tem implicações importantes para famílias, profissionais de saúde e sociedade. Os autores destacam a necessidade de maior triagem e recursos para apoiar as jovens grávidas e minimizar o impacto potencialmente abrangente da depressão nas mães, filhos e em futuras gerações.

Uma pesquisa realizada na África do Sul que rastreou a depressão e fatores de risco associados em mulheres grávidas que frequentavam serviços de pré-natal em clínicas públicas no distrito de Blantyre/ Malawi, encontrou uma prevalência de 19,0% para depressão pré-natal em gestantes atendidas nas clínicas em que a pesquisa ocorreu. Além disso, foi observado que existem fatores de riscos psicossociais que

estão associados ao desenvolvimento de depressão gestacional. Ter grandes situações estressoras, mudanças ou perdas importantes ao longo da gestação, aumenta em 03 vezes a chance de desenvolver depressão gestacional, segundo essa mesma pesquisa (CHORWE-SUNGANI; CHIPPS, 2018).

São necessários dados e informações relevantes sobre a prevalência local de depressão gestacional, conhecer os fatores de risco associados e ter recursos para tratar os sintomas depressivos em gestantes, e assim fornece aos profissionais de saúde que prestam assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal a melhor avaliação da saúde integral da mulher na gestação de alto risco.

3.5 Psicologia Perinatal no hospital maternidade

No documento produzido pelo Conselho Federal de Psicologia – CFP, intitulado “Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) nos Serviços Hospitalares do SUS,” (CFP, 2019) ocorre a descrição do hospital como um lugar de estranhamento radical, com corredores longos, macas circulando, enfermarias geladas, equipamentos, uma atmosfera característica, solidão disfarçada por movimento de pessoas, profissionais de saúde formando a equipe de cuidadores, horários restritos, alimentação diferente e outras características próprias do lugar. Local onde encontramos a pessoa afetada pela fragilidade que emerge da doença, do mal-estar, impactada pelas rupturas com o seu cotidiano.

Para lidar com os aspectos emocionais da gestante de alto risco hospitalizada e prevenir transtornos mentais ou seu agravamento, o profissional de psicologia pode contribuir com atribuições da psicologia hospitalar para minimizar o sofrimento vivenciado pela gestante e seus familiares no contexto de risco para mãe e/ou bebê.

“A Psicologia Hospitalar tem como objetivo principal a minimização do sofrimento provocado pela hospitalização. A minimização do sofrimento provocado pela hospitalização implicará um leque bastante amplo de opções de atuação, cujas variáveis deverão ser consideradas para que o atendimento seja coroado de êxito” (ANGERAMI, 2017).

“Com relação às intervenções do psicólogo, este pode contar com uma gama de técnicas para diminuir a ansiedade relacionada aos procedimentos médicos, à própria gestação de alto risco e puerpério, bem como tornar possível à mulher lidar adequadamente com esses procedimentos e refletir sobre a condição de ser mãe” (SANTOS; OLIVEIRA, 2018).

No ambiente hospitalar muitos podem se sentir desamparados, confusos com a situação, ansiosos, ameaçados em sua integridade. Alguns podem apresentar

reação emocional leve, outros mais severas que os deixam vulneráveis e precisando de atenção psicológica (CFP, 2019).

A equipe de saúde precisa ter conhecimento e sensibilidade para identificar e entender o processo emocional que rodeia o acompanhamento da gestação de alto risco. Atividade importante é a discussão do caso com os vários integrantes da equipe, incluindo o psicólogo, que tem o preparo profissional para ajudar a equipe a lidar com as dificuldades emocionais envolvendo gestantes de risco (BRASIL, 2012).

Dentre as estratégias e intervenções que o psicólogo pode utilizar no hospital estão as técnicas de relaxamento. Para Langaro e Santos (2014), o psicólogo inserido em um ambiente em que prevalece ainda o modelo biomédico, com ênfase no tratamento da doença e não do sujeito que adoece, tem a tarefa de ampliar o escopo das intervenções em saúde, abarcando elementos da subjetividade para as ações interdisciplinares e a partir da visão biopsicossocial e da compreensão da singularidade do sujeito que adoece é que as ações em saúde proporcionarão melhor apropriação dos sujeitos de suas próprias condições, para então superá-las na direção de novas possibilidades de vida.

A criação de protocolos é um dos aspectos essenciais para a sistematização do serviço de Psicologia no hospital. Os protocolos clínicos, fundamentados na literatura científica, principalmente se produzida por pesquisadores brasileiros, validam o fazer da(o) psicóloga(o) dentro do hospital (CFP, 2019).

3.6 Técnicas de Relaxamento

As técnicas de relaxamento têm como objetivo dotar a paciente de habilidades para enfrentar situações cotidianas que estejam causando tensão e ansiedade. Em virtude das mudanças corporais, emocionais e sociais, vivenciadas durante a gestação, o relaxamento pode auxiliar o equilíbrio emocional, enfrentamento de tensões, além de transmitir ao bebê a sensação de tranquilidade (SANTOS; OLIVEIRA, 2018).

Neves Neto (2011) ressalta em seu artigo de revisão intitulado “Técnicas de respiração para a redução do estresse em terapia cognitivo-comportamental” que o médico cardiologista e pesquisador Herbert Benson foi o responsável pelo descobrimento da resposta de relaxamento (*relaxation response*), na década de 1970, na *Harvard Medical School* (EUA). E que a respiração é afetada tanto por estímulos

involuntários (ex. estímulos sensoriais) quanto por estímulos voluntários (ex. estados emocionais), podendo a resposta de relaxamento ser potencializada por práticas e/ou técnicas terapêuticas tradicionais, tais como: técnicas de respiração, meditação de concentração e/ou de insight ou atenção plena (*mindfulness*), atividade física, oração, relaxamento muscular, yoga, imaginação guiada, entre outros.

Técnicas de relaxamento são simples, tem baixo custo e podem ser utilizadas em várias áreas de internação do hospital, como enfermarias, UTI, preparação para o parto e também, em situações adversas ao longo da gestação. Araújo (2013) em um ensaio clínico aleatorizado, investigou os efeitos da intervenção de técnicas de relaxamento nos níveis de ansiedade e depressão em gestantes de alto risco hospitalizadas. Na pesquisa foram aplicados os testes estatísticos Mann Whitney, Wilcoxon e teste t que evidenciaram diminuição significativa dos níveis de estado de ansiedade no grupo experimental, passando de média a baixa ansiedade, e diminuição significativa dos níveis de depressão no grupo experimental após a prática de relaxamento. Concluindo com a recomendação de incorporar a prática de intervenção com relaxamento ao cotidiano no atendimento às gestantes de alto risco.

Bjorn et al. (2013) avaliaram os efeitos da prática e uso regular de técnicas de relaxamento em mulheres grávidas. As técnicas que os pesquisadores utilizaram foram: relaxamento progressivo com música, exercícios respiratórios com foco da atenção na respiração lenta e profunda e exercício de visualização quando entravam em relaxamento profundo. A eficácia da intervenção foi avaliada em pré e pós-tratamento, com grupo controle (não recebeu intervenção) e grupo experimental (técnicas de relaxamento), numa pesquisa quase experimental. Nos resultados os autores mostraram que a prática de relaxamento em mulheres grávidas é eficaz em diminuir níveis de ansiedade, depressão, tensão e estresse. E concluíram que o relaxamento é uma ferramenta útil para a redução de ansiedade e depressão durante a gravidez, e, portanto, seu uso pode ser um meio de favorecer estados adequados de bem-estar físico e psicológico e uma estratégia eficaz que ajuda a enfrentar e gerenciar o estresse de uma fase particularmente da vida, não apenas para a futura mãe, mas também para o bebê.

Quanto à técnica de imagens mentais, esta permite eliminar pensamentos distorcidos, negativos e substituí-los por pensamentos novos positivos (KESTENBERG et al., 2014). A técnica de criação de imagens auxilia a imaginar cenas que são tranquilas e relaxantes para você, ou idéias inspiradoras que

aumentam seu compromisso com o enfrentamento da ansiedade. A imaginação também provê coragem para permanecer nas situações a fim de experimentar a redução natural na ansiedade que ocorre com o tempo (GREENBERGER; PADESKY, 2017).

Na pesquisa de Fernández (2016), um estudo transversal quase experimental com mulheres grávidas de alto risco obstétrico, a meditação foi eficaz em reduzir a intensidade de manifestações ansiosas nas gestantes participantes que possuíam manifestações predominantemente ansiosas. Para a autora, esse resultado torna a meditação uma estratégia poderosa para reduzir ou eliminar o desconforto psicológico em mulheres grávidas com risco de complicações.

O relaxamento através do controle da respiração pode trazer benefícios que favorecem as gestantes além dos aspectos emocionais. O controle da respiração é eficaz em diminuir a pressão arterial em gestantes com doenças hipertensivas durante a gravidez, como mostra o estudo de Aalami et al. (2016). Os autores estudaram os efeitos do relaxamento muscular progressivo e do controle da respiração na pressão arterial durante a gravidez. Em um ensaio clínico com 02 grupos experimentais e 01 grupo controle, a pressão era medida antes e depois da intervenção com as técnicas de relaxamento nos grupos experimentais e antes e 15 minutos depois sem nenhuma intervenção no grupo controle. Após 04 semanas de intervenção, a pressão arterial diminuiu significativamente no grupo de relaxamento muscular progressivo e no grupo de controle de respiração.

Muitas pessoas respiram superficial ou irregularmente quando estão ansiosas ou tensas, esses padrões respiratórios levam a um desequilíbrio de oxigênio e dióxido de carbono no corpo, o que pode causar os sintomas físicos de ansiedade. Quando se pratica a respiração controlada e profunda por pelo menos quatro minutos por vez, é possível restabelecer o equilíbrio entre o oxigênio e o dióxido de carbono no corpo (GREENBERGER; PADESKY, 2017).

Isgut et al. (2017), em um artigo de revisão, avaliaram os potenciais benefícios de intervenções de atenção plena na gestação. Na atenção plena um dos objetivos é focar a atenção no momento presente e na respiração. Os autores concluíram que as intervenções pré-natais baseadas na atenção plena são associadas à redução de estresse percebido, ansiedade e depressão em mulheres grávidas, o que pode ajudar a promover uma gravidez saudável.

Um estudo de revisão sistemática e meta-análise que teve como objetivo analisar a literatura atual disponível e avaliar o efeito de intervenções baseadas na atenção plena durante a gravidez, apresentou nos resultados a intervenção baseada na atenção plena como benéfica para resultados como ansiedade, depressão, estresse percebido e níveis de atenção plena durante o período perinatal e que seria útil pesquisa futuras para explorar se esses benefícios são sustentados no pós-natal (DHILLON et al., 2017).

Krusche et al. (2019) pesquisaram em um estudo de análise transversal as possíveis relações entre as medidas de atenção plena e humor geral e específico da gravidez em mulheres grávidas. Encontraram que o nível de disposição de atenção plena teve uma significativa associação com o humor e de tal forma que quanto maior a pontuação em atenção plena, mais baixas eram as pontuações em estresse, ansiedade e depressão. E para as participantes da pesquisa que já tinham filho, quanto maior a pontuação em atenção plena, mais baixas eram as pontuações relacionadas à depressão na gravidez, angústia e experiência negativa da gravidez. Nas mulheres sem filhos, uma maior atenção plena foi associada a menor sofrimento relacionado à gravidez. Logo, para os autores esses resultados mostraram que níveis elevados de atenção plena estão associados a níveis mais baixos de humor negativo geral e relacionado à gravidez.

A intervenção com atenção plena na gravidez pode favorecer para a gestante ter uma experiência de parto mais positiva. Quando a experiência de parto é vivenciada como positiva pela mulher, servirá como fator de proteção no pós-parto contra transtornos mentais como: estresse pós-traumático e depressão pós-parto (HULSBOSCH et al., 2020).

Na pesquisa de Goetz et al. (2020), um estudo piloto prospectivo com desenho de estudo exploratório, e que teve como participantes da amostra mulheres com gravidez de alto risco hospitalizadas, investigaram a eficácia de um curso eletrônico de atenção plena, com duração de 01 semana, nos níveis de sintomas ansiosos e depressivos das participantes. Nos resultados encontraram redução significativa de sintomas ansiosos nas gestantes que concluíram o curso. No entanto, nenhuma mudança significativa ocorreu nas pontuações do inventário que media sintomas depressivos após a conclusão do curso.

Técnicas de relaxamento pelo controle da respiração é uma intervenção breve, flexível quanto ao horário, local e público, como também é adaptável às necessidades

das gestantes em seu contexto. Além de ter baixo custo financeiro, sendo viável a sua realização (NEVES NETO, 2011). Segundo Neves Neto (2011), o baixo custo das técnicas de relaxamento, sua relativa segurança quando aplicada por profissional capacitado, faz dos exercícios respiratórios um tema importante para os profissionais da área da saúde. Além de ensinar corretamente os pacientes a dominarem simples técnicas de respiração, poderá se tornar uma prática clínica corrente e ser ensinada desde os anos iniciais de formação na escola médica, e também de outras áreas.

Essa revisão de literatura demonstra que gestantes classificadas de alto risco e com indicação de internação hospitalar, podem apresentar comprometimento de sua saúde mental com aumento dos níveis de ansiedade e depressão, além de outras repercussões para o desenvolvimento saudável do filho ou filha que espera. O psicólogo perinatal no ambiente hospitalar tem recursos para melhorar o bem-estar dessas mulheres e assim favorecer um desfecho positivo para mãe, bebê e família. A partir dos dados da literatura, considero pertinente o presente estudo para avaliar as técnicas de relaxamento na melhoria da saúde mental de gestantes de alto risco hospitalizadas.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

Esse foi um estudo quantitativo, descritivo, exploratório, de intervenção e longitudinal segundo desenho pré e pós-teste. As intervenções ocorreram mediadas por um intervalo de tempo de no mínimo 03 dias e no máximo 05 dias. Nesse intervalo foi implementado um protocolo de técnicas de relaxamento. Não houve controle de outras variáveis.

4.2 Local do estudo

O estudo ocorreu na Maternidade Dona Evangelina Rosa – MDER, localizada na cidade de Teresina-PI. A MDER é uma maternidade pública e referência em alto risco materno-infantil para o SUS no estado do Piauí.

4.3 População

A população do estudo foi gestantes de alto risco hospitalizadas na Ala A (local dos leitos de tratamento clínico para gestantes) da maternidade Dona Evangelina Rosa - MDER.

4.4 Amostra

A amostra inicial foi de 44 gestantes, porém 22 participantes tiveram que ser excluídas da pesquisa por não concluírem a participação no protocolo de 03 sessões de técnicas de relaxamento. Das 22 participantes excluídas, 11 receberam alta hospitalar, 06 tiveram bebês antes de finalizar o protocolo, 02 desistiram de participar da pesquisa e 03 não foram localizadas no leito no momento das sessões de relaxamento. Assim, a amostra final foi constituída por 22 gestantes. As intervenções ocorreram em grupo e nos leitos de internação hospitalar.

4.4.1 Critérios de inclusão

Foram incluídas as gestantes de alto risco internadas há pelo menos 24hs, maiores de 18 anos.

4.4.2 Critérios de exclusão

Foram excluídas as gestantes que permaneceram menos de 72hs (receberam alta, entraram em trabalho de parto ou indicação de realização de parto cesáreo imediato) e as que não participaram em 03 sessões de relaxamento.

4.4.3 Critérios de não inclusão

Não foram incluídas na pesquisa gestantes com comprometimento cognitivo, auditivo ou verbal quando constava essa informação no prontuário.

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados aconteceu no período de agosto a dezembro de 2019. Nos prontuários de internação hospitalar as gestantes que se encontravam dentro dos critérios de inclusão eram identificadas. A busca nos prontuários se iniciava pela enfermaria de número 01 e seguia até a enfermaria de número 09. As gestantes identificadas dentro dos critérios de inclusão receberam todas as informações sobre o estudo e foram convidadas a participar da pesquisa. As que aceitaram participar assinavam o TCLE (APÊNDICE D). Depois da assinatura do TCLE acontecia o preenchimento do questionário para caracterização sociodemográfica, obstétrica e psicossocial da gestante (APÊNDICE A), seguido da aplicação do Inventário de ansiedade “A mente vencendo o humor” (ANEXO A) para mensurar sintomas ansiosos e do Inventário de Depressão de Beck - Segunda Edição (BDI-II) para medir sintomas depressivos. Ocorria então o agendamento do momento conveniente para aplicação das técnicas de relaxamento, em horário que não interferisse na rotina hospitalar e no tratamento clínico das mesmas.

O intervalo entre a primeira sessão de relaxamento e a terceira e última sessão era de 03 dias. Acontecia 01 sessão por dia e assim a gestante concluía o protocolo ao terminar a terceira sessão de relaxamento, seguida da aplicação dos inventários para mensurar sintomas ansiosos e depressivos, porém a aplicação completa do protocolo poderia variar até 5 dias para algumas gestantes, pois eventualmente uma

gestante participante não se encontrava no leito no horário da sessão de relaxamento e com isso era agendado outro dia e hora para a aplicação da técnica de relaxamento na gestante que não conseguiu participar em grupo. Após a participação da gestante em 03 (três) sessões de relaxamento, era aplicado novamente os inventários para mensurar os níveis de ansiedade e depressão (Figura 1). Outras gestantes da enfermaria que não aceitaram participar da pesquisa ou que não estavam nos critérios para inclusão, participavam das sessões de relaxamento, caso tivessem interesse.

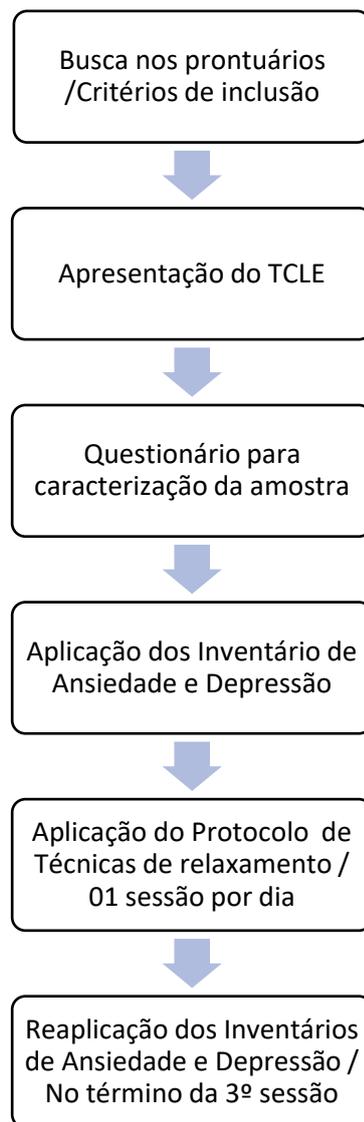


Figura 1 - Fluxograma demonstrativo da trajetória metodológica.

4.6 Instrumentos de avaliação

4.6.1 Inventário de Ansiedade: A Mente Vencendo o Humor

O instrumento utilizado na avaliação de sintomas de ansiedade nas gestantes que participaram da pesquisa foi o Inventário de Ansiedade: A mente vencendo o humor (ANEXO A), desenvolvido por Greenberger e Padesky em 1995. É um inventário com parecer favorável pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - SATEPSI e é de uso não exclusivo do Psicólogo. O SATEPSI foi desenvolvido pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) com o objetivo de avaliar a qualidade técnico-científica de instrumentos psicológicos para uso profissional a partir de verificação objetiva de um conjunto de requisitos técnicos e divulgar informações sobre os testes psicológicos à comunidade e às (aos) psicólogas (os).

No inventário para medir a ansiedade constam 24 itens, foi solicitado para a gestante circular o número que melhor descreve o quanto ela experimentou cada sintoma na última semana. O escore era obtido através da soma dos números que a gestante circulou para cada um dos itens. O escore máximo do inventário é de 72 escores. Quando a gestante ficou indecisa entre dois números para um item e circulou ambos, somou-se apenas o número maior, conforme recomendação dos autores do inventário.

Esse inventário não classifica a ansiedade quanto a intensidade e o resultado dele não é um diagnóstico formal de ansiedade. Ele é recomendado para monitorar as alterações quanto ao aumento ou diminuição dos sintomas de ansiedade.

4.6.2 Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)

O Inventário de Depressão de Beck - Segunda Edição (BDI-II) é uma escala de autoavaliação que teve a sua validade extensamente estudada e documentada na literatura especializada (RICHTER; COLS.,1998; SHAFER, 2006 apud BECK; BROWN; STEER, 2011). Esse instrumento tem como objetivo medir a intensidade da depressão e pode ser utilizado em adultos e adolescentes a partir dos 13 anos de idade. É um teste de uso exclusivo do profissional de Psicologia e que durante a coleta de dados desta pesquisa apresentava parecer favorável pela SATEPSI.

Ao longo de sua existência, o inventário de Beck alcançou grande popularidade entre pesquisadores e clínicos, sendo utilizado em numerosos estudos científicos sobre depressão no mundo todo. A fácil aplicação do BDI e sua boa aceitabilidade

pelos usuários ampliaram ainda mais o seu uso em um grande número de estudos (BECK; BROWN; STEER, 2011). A confiabilidade do BDI-II foi avaliada através de diversos indicadores psicométricos de fidedignidade ou precisão (YIN; FAN, 2000 apud BECK; BROWN; STEER, 2011).

A aplicação pode ser individual ou coletiva. Nesta pesquisa a aplicação foi realizada coletivamente e presencial. Não há um tempo limite para o preenchimento do inventário, mas em geral, o BDI-II requer entre 5 e 10 minutos para ser completado. É autoaplicável e solicita-se que os respondentes marquem as afirmações que mais se identificam cobrindo o período de tempo dos últimos dias, inclusive o dia da aplicação.

A pontuação é mediante a soma das avaliações para os 21 itens. Cada item é avaliado segundo uma escala de quatro pontos que varia de 0 a 3. Se um respondente fez escolhas múltiplas para um item, utiliza-se a alternativa com o valor mais alto. A pontuação total máxima é 63 (BECK; BROWN; STEER, 2011). A Classificação quanto aos níveis de sintomas depressivos é analisada pela pontuação e as intensidades são classificadas em mínimo, leve, moderado e grave.

Segundo o Manual do Inventário de Depressão de Beck – BDI-II, ao avaliar as pontuações os profissionais devem ter em mente que todos os testes de auto aplicação estão sujeitos a respostas tendenciosas. Isto é, alguns respondentes podem marcar mais sintomas do que na realidade apresentam e assim produzir pontuações altas de forma falseada; outros podem negar sintomas e receber pontuações baixas também falseadas. O manual também alerta para que o profissional seja cauteloso na interpretação, já que o BDI-II pode refletir o grau de depressão, porém não o seu diagnóstico. Para determinar o diagnóstico é necessária avaliação de um clínico (BECK; BROWN; STEER, 2011).

O inventário de depressão de Beck (BDI-II) não irá no anexo deste projeto de pesquisa por ser de uso exclusivo do profissional de Psicologia e ser sua divulgação proibida, considerando os princípios e artigos previstos no Código de Ética Profissional das psicólogas e dos psicólogos, bem como atendendo os requisitos técnicos da resolução nº 9, de 25 de abril de 2018.

4.7 Protocolo de Técnicas de Relaxamento

A Aplicação do Protocolo de técnicas de relaxamento (APÊNDICE E) aconteceu em grupo e com no máximo 06 gestantes. As sessões de relaxamento ocorreram no leito de internação. O Protocolo consistiu em inicialmente a realização de uma rápida palestra, que foi chamada de “Palestra relâmpago”, na qual era abordado o tema “Benefícios da respiração lenta e profunda nos aspectos psicológicos” (APÊNDICE B). Em seguida se iniciava a aplicação da 1ª sessão com as técnicas de relaxamento com duração de 15 minutos. No dia seguinte acontecia a 2ª sessão com as técnicas de relaxamento com duração de 15 minutos e no terceiro dia a 3ª sessão com técnicas de relaxamento, também com 15 minutos de duração, e ao final desta última sessão eram reaplicados os inventários para medir sintomas ansiosos e depressivos. As técnicas aplicadas foram a respiração controlada e a criação de imagens guiadas. As técnicas foram adaptadas sendo voltadas para gestantes.

Por se encontrarem em um ambiente hospitalar e ter que seguir a rotina do ambiente do tratamento clínico, eventualmente alguma gestante participante da pesquisa não se encontrava no leito no horário da realização da sessão de relaxamento. Com isso, nos casos em que a gestante participante não se encontrava no leito no horário da realização das sessões de relaxamento, era agendado para o dia seguinte a sessão com essa gestante. Dessa forma, considera-se o intervalo de realização do protocolo de técnicas de relaxamento desta pesquisa o intervalo de 03 a 05 dias.

4.7.1 Respiração Controlada

A técnica de respiração controlada utilizada nesta pesquisa foi inspirada na técnica de relaxamento de Benson, a qual inclui quatro elementos essenciais: um ambiente tranquilo, um dispositivo mental, uma atitude passiva e uma posição confortável, relaxar os músculos, respirar pelo nariz enquanto toma consciência da própria respiração (IBRAHIM et al., 2019). Para garantir um ambiente tranquilo e silencioso durante a aplicação das sessões de relaxamento, o horário de realização foi agendado com as gestantes para o de menor movimentação do hospital.

Foi sugerido que as gestantes ficassem em uma posição confortável para elas e que voltassem sua atenção para sua respiração naquele momento. Iniciava assim a

prática na capacidade de prestar atenção na respiração e seguia com o roteiro para o relaxamento (APÊNDICE C).

Essa pesquisa seguiu as recomendações de Zaccaro et al. (2018), de que em estudos científicos é necessário a descrição de uma lista de verificação quanto ao tipo ou controle da respiração. Com isso, se aumenta a qualidade metodológica e se promove uma padronização da pesquisa com técnica de respiração.

A lista de verificação quanto ao tipo ou controle da respiração desta pesquisa foi a seguinte:

1. A respiração sugerida foi inspirar e expirar pelo nariz e em ambos os lados da narina;
2. A respiração foi atendida conscientemente;
3. Respiração torácica;
4. Contar mentalmente até 03 para inspirar, contar mentalmente até 04 enquanto prende o ar no pulmão (pausa) e contar mentalmente até 04 para expirar.
5. Após 10 minutos de relaxamento respiratório lento e profundo se iniciava a associação de imagens e frases relacionadas a bem-estar.

Ao voltar a atenção para a respiração, o foco é o momento presente, o agora e com atenção plena. Assim pode-se evitar pensamentos exageradamente voltados para o passado, para eventos e situações que já ocorreram, como também, pode-se evitar pensamentos exageradamente no futuro, e que ocorrem a criação pensamentos ou imagens de situações que ainda não ocorreram e que são geralmente associados a situações ruins e de sofrimento

Intervenções baseadas na atenção plena estão cada vez mais sendo aplicadas com objetivo de diminuir sofrimento emocional como estresse, ansiedade e depressão. Viver com pensamentos excessivamente no passado pode potencializar aumento de sintomas depressivos, enquanto que pensamentos excessivamente no futuro pode proporcionar aumento de sintomas ansioso.

4.7.2 Imagens Guiadas

O relaxamento com imagem guiada é uma técnica da Psicologia da Saúde que visa auxiliar o paciente no manejo do estresse, podemos dizer que a técnica de

relaxamento auxilia na redução dos níveis de estresse, diminuição dos sintomas de depressão e ansiedade, podendo oferecer uma melhora na qualidade de vida, estimular o fortalecimento do sistema imunológico (LUFIEGO,2017).

Durante a intervenção com imagens mentais guiadas, foram incluídas frases que propiciavam imagens mentais positivas e com isso se eliminava pensamentos negativos ou distorcidos. As gestantes participantes foram auxiliadas a imaginar cenas tranquilas, relaxantes e de fortalecimento no enfrentamento das dificuldades vivenciadas (APÊNDICE C). Alguns trechos de imagens mentais guiadas positivas do relaxamento com as gestantes: “você percebe crescer uma sensação de paz e bem-estar”, “leve seu pensamento para seu bebê que está na sua barriga”, “ imagine uma luz forte e bonita que se inicia na sua barriga e vai ficando cada vez mais forte e bonita e se espalha por todo seu corpo, trazendo uma sensação de calma e saúde”.

4.8 Riscos e dificuldades

Os riscos e dificuldades foram inerentes a quaisquer estudos que envolvam seres humanos. Eles vão desde a cooperação dos indivíduos para com os objetivos do trabalho e no seguimento do protocolo elaborado pela pesquisa. A gestante foi bem-informada sobre a importância do trabalho e de sua contribuição para o mesmo.

A participação das gestantes neste trabalho envolveu riscos mínimos, como dificuldade inicial em atingir o relaxamento e não tiveram prejuízos físicos, psicológicos ou financeiros. As participantes colaboraram em um estudo científico que poderá beneficiar outras pessoas que tenham a mesma condição. Nenhuma gestante recebeu auxílio financeiro pela participação no estudo, mas também não teve gastos decorrentes da participação.

4.9 Aspectos éticos e legais

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí – UFPI, sob nº 3.396.976 e desenvolveu-se conforme os requisitos propostos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que por sua vez trata dos aspectos éticos e legais das pesquisas que envolvem seres humanos. Após aprovação do Comitê de Ética, as participantes foram convidadas e informadas dos objetivos e metodologia da pesquisa e quando aceitavam participar do estudo

assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), resguardando-lhes o direito de permanecer ou desistir da pesquisa em qualquer momento, e garantindo o direito de anonimato.

4.10 Análise estatística

Foi contratado estatístico para verificar a amostra atual ($n=22$). Os dados foram digitados e organizados em planilhas usando o programa Microsoft Excel, 2020. Em seguida realizou-se a análise descritiva dos dados por meio do programa IBM® SPSS® Statistics, versão 28, por meio de frequências, percentuais, valores máximos e mínimos, média, medianas, e desvio padrão. Também se testaram suposições para aplicação de testes paramétricos.

Por conta das características dos dados, optou-se pelo teste não paramétrico do sinal para comparar os escores de ansiedade e depressão antes e depois da implementação do protocolo com técnicas de relaxamento. O valor de p exato foi calculado com base na distribuição binomial por conta do tamanho amostral (<25). Os testes foram realizados considerando significância α de 0.05.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização sociodemográfica, obstétrica e psicossocial da amostra

Observa-se na tabela 1 o perfil sociodemográfico das gestantes de alto risco hospitalizadas que participaram desta pesquisa, em valores absolutos e percentuais da idade, procedência, escolaridade, atividade remunerada, estado civil e religião. Podemos afirmar que a maioria das gestantes tinham idade entre 18-25 anos (n=12; 54.5%), eram procedentes de Teresina-PI (n=12; 54.5%), possuíam ensino médio completo (n=7; 31.8%), não realizavam atividade remunerada (n=17; 77.3%), se declararam casadas (n=9; 40.9%) e católicas (n=15; 68.2%) .

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico das gestantes (n=22).

Item	n [%]
Idade	
18-25	12 [54.5]
26-35	8 [36.4]
36-40	1 [4.5]
≥41	1 [4.5]
Procedência	
Teresina-PI	12[54.5]
Outros municípios do Piauí	9[40.9]
Outros estados	1[4.5]
Escolaridade	
Ensino fundamental completo	3[16.5]
Ensino fundamental incompleto	1[4.5]
Ensino médio completo	7[31.8]
Ensino médio incompleto	6[27.3]
Superior completo	2[9.1]
Superior incompleto	3[16.3]
Atividade remunerada	
Não	17 [77.3]
Sim	5[22.7]
Estado civil	
Solteira	5[22.7]
Casada	9[40.9]
União estável	7[31.8]
Divorciada	1[4.5]
Religião	
Católica	15[68.2]
Evangélica	4[18.6]
Sem religião	3[13.6]

Percebeu-se que a maioria das gestantes da pesquisa eram adultas jovens e se encontravam na faixa etária de 18-25 anos de idade (54.5%). Esse período é

considerado o auge das condições reprodutivas favoráveis para a mulher engravidar. Em seguida vem a faixa etária 26-35 anos de idade (36.4%). A maternidade em que ocorreu o estudo recebe mulheres no ciclo gravídico puerperal de todo o estado do Piauí e algumas vezes até do estado vizinho Maranhão. A maioria das mulheres participantes eram procedentes da capital Teresina (54.5%), seguido de 40.9% do interior do Piauí.

Os dados da procedência (tabela 1) refletem a realidade da assistência à saúde da mulher gestante no Piauí. As mulheres com gestação de alto risco do interior do estado se deslocam para a capital, Teresina, em busca de assistência de alta complexidade especializada em alto risco materno-infantil, pois na maioria dos municípios de origem/interior não tem assistência especializada para atender à gravidez de alto risco.

Quanto a escolaridade das gestantes participantes, percebeu-se que a maioria possui o ensino médio completo (n=7; 31,8%), seguida de ensino médio incompleto (n= 6; 27,3%), entretanto, as gestantes possuíam desde ensino fundamental incompleto (4.5%) à ensino superior completo (9.1%).

Em relação a atividade remunerada, um número elevado de gestantes (77.3%) declarou não ter atividade remunerada (Tabela 1). Esse resultado pode ser relacionado ao fato de que o local deste estudo foi uma maternidade pública e que presta assistência majoritariamente à população de baixa renda. Esse resultado demonstra a vulnerabilidade socioeconômica dessa mulher. Alguns estudos colocam a baixa condição socioeconômica como fator de risco para ansiedade e depressão gestacional. No estudo de Schiavo et al. (2018) nas mulheres multigestas, a baixa renda apareceu como fator de risco para alta ansiedade gestacional.

Na pesquisa de Gelaye et al. (2016) dificuldades financeiras e socioambientais são fatores de risco que aumentam a suscetibilidade à depressão perinatal. Corroborando com esses estudos o de Kliemann et al. (2017) que teve como objetivo a realização de uma revisão sistemática de artigos empíricos que mensuravam a ocorrência de ansiedade e depressão em gestantes e os fatores de risco associados, os autores apontaram as condições socioeconômicas como um dos principais fatores de risco para ansiedade e depressão gestacional.

A maioria das gestantes declararam ter uma religião (86,8%), sendo católicas (68.2%) e evangélicas (18.6%), e uma minoria se declarou sem religião (13.6%). O estudo de Benute et al. (2011) que teve como objetivo identificar o risco para

comportamento suicida em gestantes de alto risco, considerou a religião um fator protetivo contra o comportamento suicida, pois constatou-se que a ausência de crença religiosa foi significativamente mais frequente nas que apresentaram risco para suicídio.

Na literatura é destacado por alguns autores, as condições de vida da mulher gestante, que podem ser considerados fatores de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto. Para Arrais e Araújo (2017) fatores de risco são eventos ou situações já estabelecidas propícias ao surgimento de problemas físicos, psicológicos e sociais, e que apresentam maior intensidade no período gravídico-puerperal.

A tabela 02 apresenta o perfil obstétrico das gestantes participantes com valores absolutos e percentuais da idade gestacional, realização de pré-natal, número de consultas pré-natal, número de gestações, abortamento, tipo de parto anterior, histórico de internação hospitalar nesta gestação, se gravidez planejada, se desejada e o uso de substâncias psicoativas.

Conforme a tabela 02, a maioria das gestantes encontravam-se no 3º Trimestre de gestação (n=19; 86.4%), realizavam pré-natal (n=21; 95.5%), eram multigestas (n=12; 54.4%) e sem história de aborto (n=16; 72.7%) , quanto ao número de consultas de pré-natal realizadas, o resultado foi igual para <6 consultas (n=11; 50%) e >6 consultas (n=11;50%), Quanto a internação hospitalar anterior nessa gestação (n=13; 59.1%), declararam gravidez atual não planejada (n=14; 63.5%) mas que atualmente a gravidez é desejada (n=21; 95.5%). E negam uso de substâncias psicoativas durante a gravidez (n=18;81.8%).

A maioria das gestantes que participaram do estudo encontravam-se no 3º trimestre gestacional (n=19; 86.4%). O estudo de Paolini et al. (2012) que avaliou os fatores psicossociais associados a sintomas depressivos no pós-parto imediato, mostrou evidência de que o estado de humor da gestante durante o terceiro trimestre gestacional prevê os sintomas depressivos subsequentes no período de pós-parto imediato e poderiam prever o início de um baby blues.

A tabela 2 demonstra que 95.5% (n=21) das gestantes da amostra realizavam pré-natal, sendo que metade das gestantes participaram de menos de 06 consultas no pré-natal e a outra metade participou de 06 ou mais consultas pré-natal. A assistência pré-natal pressupõe avaliação dinâmica das situações de risco e prontidão para identificar problemas de forma a poder atuar, a depender do problema encontrado, de maneira a impedir um resultado desfavorável. A ausência de controle

pré-natal, por si mesma, pode incrementar o risco para a gestante ou o recém-nascido (BRASIL, 2012).

Tabela 2- Perfil clínico das gestantes (n=22).

Item	n [%]
Idade gestacional	
1º Trimestre de gestação	1[4.5]
2º Trimestre de gestação	2[9.1]
3º Trimestre de gestação	19[86.4]
Realização do pré-natal	
Não	1 [4.5]
Sim	21 [95.5]
Número de consultas pré-natal	
≤5	11 [50]
≥6	11 [50]
Número de gestações	
1	10[45.5]
2	5[22.7]
3	5[22.7]
6	1[4.5]
7	1[4.5]
Abortamentos	
0	16[72.7]
1	3[13.6]
2	2[9.1]
4	1[4.5]
Histórico de internação	
Não	13[59.1]
Sim	9[41.0]
Gravidez planejada	
Não	14[63.5]
Sim	8[36.4]
Gravidez desejada	
Não	1[4.5]
Sim	21[95.5]
Uso de substâncias psicoativas	
Não	18[81.8]
Sim	4[18.2]

Em relação ao histórico de abortamento (tabela 2) 27.2% (n=16) das gestantes participantes relatam ter história anterior de aborto, sendo 13.6% das gestantes com histórico de mais de 01 aborto. Schiavo et al. (2018) em um estudo sobre variáveis associadas à ansiedade gestacional em primigestas e multigestas, trouxeram evidências de que as gestantes que tiveram histórico clínico de ameaça de aborto no início da gravidez e abortamento anterior tiveram maior chance de apresentar alta ansiedade no período gestacional. Converte com esse estudo o de Silva et al. (2017), os autores encontraram associação positiva entre a presença de complicações em

gestações anteriores assim como, o histórico de abortamento/ameaça de parto prematuro e a presença de ansiedade durante o período pré-natal.

A tabela 2 mostra que 54.4% (n=12) das participantes eram multigestas, ou seja, ficou grávida mais de uma vez, e 45.5% (n=10) das gestantes participantes da pesquisa eram primigestas, ou seja, engravidaram pela primeira vez. Na pesquisa de Schiavo et al. (2018) é relatado que os fatores de risco a alta ansiedade são diferentes em primigestas e multigestas, justificando o oferecimento de uma atenção diferenciada às grávidas pela primeira vez e às que já passaram por gestações anteriores. Ainda segundo o estudo de Schiavo et al. (2018), quando as primigestas vivenciam uma ameaça de abortamento no início da gestação, essa intercorrência é a principal variável preditora de alta ansiedade no terceiro trimestre.

O exercício da maternidade real vivida nem sempre coincide com as expectativas da mulher que é primípara. Quando a mulher se depara com essa realidade, surgem as dificuldades de exercer o papel de mãe, que é acompanhado de muitas mudanças (ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014). Então, considera-se que é importante acompanhar os aspectos emocionais da primípara ainda na gestação, a fim de detectar ansiedade elevada e/ou sintomas depressivos que possam apresentar piora depois do nascimento do bebê e também em casos de desfechos negativos para o bebê como hospitalização após nascimento ou até mesmo o óbito desse bebê.

Quanto ao planejamento da gravidez, declararam não ter planejado a gravidez 63.5% (n=14) da amostra (Tabela 2). O planejamento da gravidez precisa ser valorizado, porque, se uma gravidez planejada pode não incorporar todos os elementos necessários para o acolhimento da criança, que dirá a gravidez não planejada, que apresenta maior potencial de risco para a vida da criança e da mãe (SANCHES; SIMÃO-SILVA, 2016). Esse resultado demonstra a necessidade de intensificar ações e políticas públicas quanto ao planejamento da gravidez e facilitar o acesso de mulheres e homens aos métodos contraceptivos e de planejamento familiar.

Araújo, Arrais e Schiavo (2018) em pesquisa sobre fatores de risco e de proteção, mostraram evidências de que uma mulher com gravidez não planejada tem mais chance de desenvolver depressão pós-parto.

Apesar da maioria das gestantes não terem planejado a gravidez (n=14; 63.5%), percebeu-se que 95.5% (n=21) declararam que a gravidez era, no momento da entrevista, “desejada”. Corroborando com esse resultado encontrado, a pesquisa de

Silva et al. (2017), na qual a grande maioria das participantes (98,6%) desejava a gestação que estava vivenciando. Desejar o filho se associou a menor chance de primigestas e multigestas apresentarem sintomas de alta ansiedade (SCHIAVO, 2018).

Ainda em relação ao perfil obstétrico das participantes, a figura 2 apresenta o diagnóstico médico do motivo da internação hospitalar da gestante. Todas as participantes da pesquisa apresentavam algum risco associado à gestação e que as classificavam naquele momento como gestantes de alto risco. Os diagnósticos mais prevalentes foram: ameaça de parto prematuro (n=7; 32%), amniorrexe prematura (n=5; 23%), e pré-eclâmpsia (n=4; 18%).

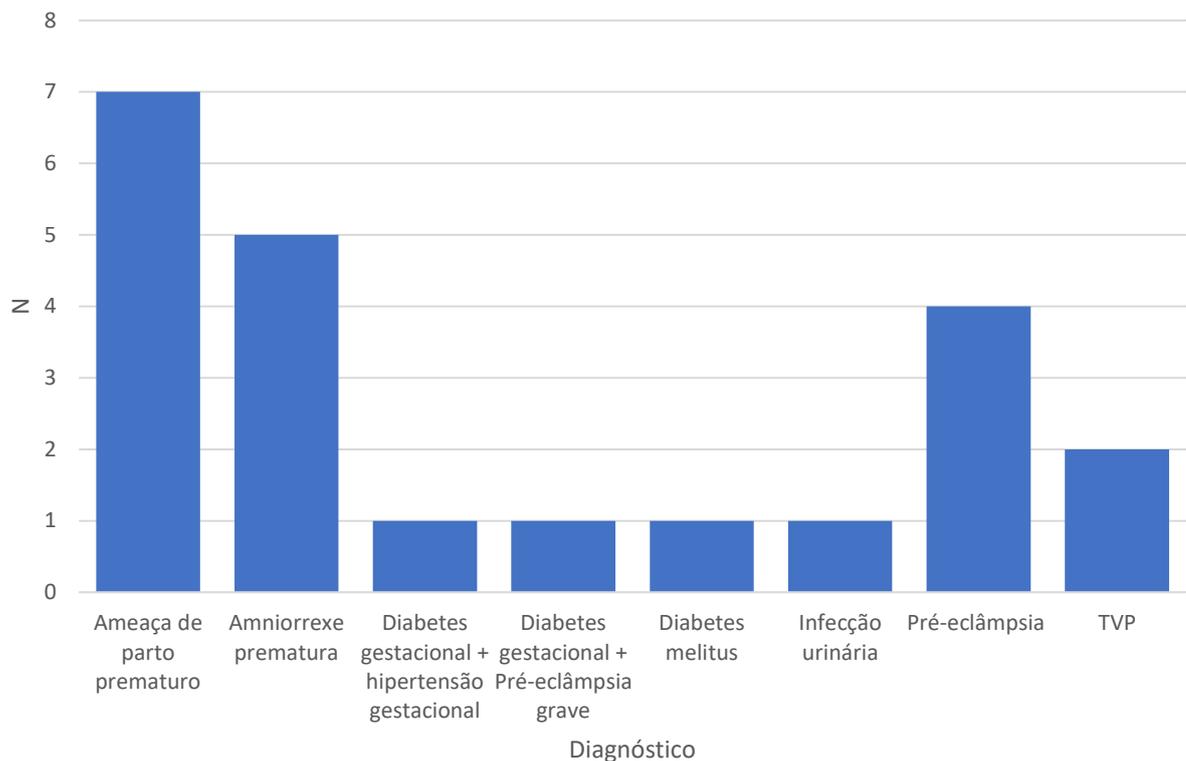


Figura 2 - Diagnóstico médico das gestantes hospitalizadas.

A maioria das gestantes da amostra foram hospitalizadas devido ameaça de parto prematuro (32%; n=7). O trabalho de parto prematuro é aquele cuja idade gestacional encontra-se entre 22 (154 dias) e 37 (259 dias) semanas, caracterizado pela presença de contrações frequentes (BRASIL, 2012).

O estudo de Sanchez et al. (2014), que investigou a associação de risco de parto prematuro e sintomas psiquiátricos em mulheres grávidas Peruanas, trouxe como achado que mulheres com sintomas depressivos, de ansiedade e de estresse durante a gravidez tinham maiores chances de desenvolver trabalho de parto prematuro quando comparada com mulheres sem esses sintomas. Os autores reforçam que os esforços para rastrear e tratar as mulheres afetadas com transtornos de humor e estresse, podem modificar os riscos de trabalho de parto prematuro.

O segundo maior motivo de internação das gestantes da pesquisa foi Amniorrexe prematura (n=5; 23%), a amniorrexe prematura ou rotura prematura de membranas ou rotura da bolsa de águas é o quadro caracterizado pela rotura espontânea das mesmas antes do início do trabalho de parto (BRASIL, 2012).

Em estudos realizados por Venkatesh et al. (2016) e de Dadi et al. (2020), foi investigada a associação entre sintomas depressivos em mulheres grávidas, prematuridade e baixo peso ao nascer, foram observadas evidências de que as mulheres com sintomas depressivos na gestação, tinham maior probabilidade de parto prematuro e de ter um bebê com baixo peso ao nascer. Para Venkatesh et al. (2016) a identificação precoce e triagem para investigar depressão gestacional deve fazer parte da rotina dos cuidados pré-natais, pois na sua pesquisa as mulheres que receberam o diagnóstico de depressão ainda na gravidez e realizaram o tratamento com antidepressivos tinham o risco reduzido para parto prematuro e baixo peso ao nascer.

Em seguida aparece o diagnóstico de Pré-eclâmpsia (n=4; 18%) como o terceiro maior motivo de internação hospitalar das gestantes da pesquisa. A pré-eclâmpsia é hipertensão que ocorre após 20 semanas de gestação (ou antes, em casos de doença trofoblástica gestacional ou hidrôpsia fetal) acompanhada de proteinúria, com desaparecimento até 12 semanas pós-parto (BRASIL, 2012).

Mbarak et al. (2019), em um estudo transversal com mulheres que tiveram pré-eclâmpsia ou eclâmpsia durante a gravidez concluíram que uma em cada cinco mulheres com histórico de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia tinham características sugestivas de depressão pós-parto (DPP) e a magnitude da DPP aumentou com a gravidade da condição da doença.

A presença de transtornos psiquiátricos pode impactar de forma direta na gestação, por exemplo com o aumento das taxas de abortamento, de prematuridade, de baixo peso ao nascer, de pré-eclâmpsias, de atraso no desenvolvimento

neuropsicomotor do feto e depressão pós-parto materna. Também há possíveis implicações indiretas, como negligências nos cuidados pré e pós-natais (BRASIL, 2012).

Arrais, Araújo e Schiavo (2018), em uma pesquisa que investigou os fatores de risco e proteção associados à depressão pós-parto no pré-natal psicológico, relataram que o fator de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto, que mais se mostrou frequente nas respostas das participantes do estudo foi o ter passado por intercorrências na gestação.

Na pesquisa de Kliemann et al. (2017) complicações obstétricas também apareceram como um dos principais fator de risco para desenvolvimento de ansiedade e depressão gestacional. Considera-se então que todas as gestantes que participaram desta pesquisa possuem esse fator de risco para o desenvolvimento de ansiedade gestacional, depressão gestacional e depressão pós-parto, pois todas tiveram intercorrência na gestação, necessitando inclusive de internação hospitalar.

A tabela 3 mostra a rede de apoio das gestantes, demonstrada em valores absolutos e em percentuais quanto a ter acompanhante durante internação hospitalar, aceitação da família frente a gravidez, aceitação do pai do bebê e/ou companheiro frente a gravidez, suporte da família, do companheiro, de amigos, vizinhos ou igreja e se já buscou atendimento em serviço de assistência à saúde mental em algum momento ao longo da vida. Percebeu-se que metade das gestantes possuíam acompanhante durante internação hospitalar, sendo eles na sua maioria a mãe (n=6;27.3%) ou marido (n=5; 22.7%), e sem acompanhante (n= 6 ;27.3%). Metade das gestantes (n=11; 50%) consideraram como “ótima” a aceitação da família frente a gravidez, (n=8; 36.4%) classificaram como “Boa” a aceitação da família frente a gravidez e consideraram “ruim” (n=3; 13.6%). A maioria das gestantes (86.4%) declararam que tiveram aceitação da família em relação a atual gestação.

Quanto à aceitação da gestação pelo pai do bebê e/ou marido da gestante, percebeu-se resultados próximos ao da postura da família frente à gestação. A maioria das gestantes (n=20; 90.9%) classificaram como “ótima” ou “boa” a aceitação do pai do bebê em relação a atual gestação. Enquanto (n=2; 9%) classificaram como “ruim” ou “muito ruim”.

Tabela 3 - Rede de apoio das gestantes (n=22).

Item	n [%]
Acompanhante	
Mae	6[27.3]
Marido	5[22.7]
Irmão ou irmã	2[9]
Sogra	2[9.1]
Cunhada	1[4.5]
Sem acompanhante	6[27.3]
Aceitação da família frente a gravidez*	
Ruim	3[13.6]
Boa	8[36.4]
Ótima	11[50]
Aceitação do companheiro/pai do bebê frente a gravidez*	
Muito ruim	1[4.5]
Ruim	1[4.5]
Boa	9[40.9]
Ótima	11[50]
Suporte da família**	
Financeiro e emocional	14 [63,6]
Emocional	6 [27,3]
Financeiro	1 [4,5]
Não	1 [4,5]
Suporte do companheiro**	
Sem suporte	4[18.2]
Emocional	1[4.5]
Financeiro	1[4.5]
Financeiro e emocional	16[72.7]
Suporte de amigos**	
Sem suporte	10[45.5]
Emocional	9[40.9]
Financeiro e emocional	3[13.6]
Suporte de vizinhos ou igreja**	
Sem suporte	14[63.6]
Emocional	6[27.3]
Financeira e emocional	2[9.1]
Já buscou serviço de saúde mental	
Não	18[81.8]
Sim	4[18.2]

*Opções de resposta: Ótima/ boa/ ruim/ muito ruim.

**Opções de resposta: Financeiro/ emocional/ não/ outro.

Tostes (2012) em seu estudo sobre a percepção das mulheres primigestas acerca da assistência pré-natal de serviços da rede pública de Brasília (DF) e suas expectativas em relação ao parto, por meio de entrevistas com gestantes e revisão sistemática da literatura brasileira, relatou que a falta de apoio foi mencionada como uma dificuldade da gestação. E que sobre o apoio social percebido, a maioria das gestantes mencionou sentir-se apoiada. Assim como no estudo de Tostes (2012), em que a maioria das mulheres declararam se sentirem apoiadas, percebeu-se neste

estudo que a maioria das gestantes da amostra 95.4% (Tabela 03) disseram ter apoio (emocional e financeiro / emocional / financeiro) da família e 81.7% do marido ou companheiro.

Quanto a receber apoio de amigos, vizinhos ou igreja, o número de gestantes que se sentiram apoiadas diminuiu, tendo 54.5% (n=12) declarado se sentir apoiadas por amigos e 36,4 (n=8) declararam ter suporte ou apoio de vizinhos ou igreja. Para Xian et al. (2019), o apoio social e o cuidado da família com a gestante tem um grande impacto na saúde mental de mulheres grávidas, o que é importante saber para evitar resultados ruins maternos e neonatais em grupos de alto risco.

Um estudo realizado na África do Sul (CHORWE-SUNGANI; CHIPPS, 2018) mostrou evidências de que ter um parceiro que não apoia foi considerado um fator de risco que prediz depressão pré-natal. Na tabela 3, em relação a ter suporte/apoio do companheiro/marido, observou-se que 18,2% (n=4) das gestantes da amostra declararam, no momento da entrevista, não se sentir apoiadas pelo parceiro de forma alguma, sem suporte emocional e financeiro, provavelmente, essas mulheres apresentam maior risco de desenvolver depressão gestacional.

A maioria das gestantes (n=18; 81.8%) relataram que não frequentaram serviços de saúde mental ao longo da vida. Para Xian (2019), os profissionais de saúde devem realizar no pré-natal tradicional uma triagem sobre a saúde mental das mulheres gestantes ainda no início da gravidez e com isso os profissionais poderão atuar de forma proativa aos problemas de saúde mental percebidos (XIAN et al., 2019).

5.2 Sintomas de ansiedade gestacional antes e depois da intervenção

A tabela 4 mostra os valores dos escores para ansiedade antes e depois da intervenção. O valor mínimo antes da intervenção foi de 03 escores, enquanto o valor mínimo depois da intervenção foi de 01 escore. Quanto ao valor máximo de escores para sintomas ansiosos, antes da intervenção foi de 42 escores e de 36 escores após intervenção. O teste do sinal constatou que a intervenção provocou uma diminuição de mediana estatisticamente significativa nos escores de ansiedade (-3) em comparação com os escores de antes da intervenção ($p = 0,001$).

Tabela 4 - Estatística descritiva dos escores e teste do sinal para escores de ansiedade antes e depois da intervenção

	Antes da intervenção	Depois da intervenção	Mediana das diferenças emparelhadas
Valor mínimo	3	1	
Valor máximo	42	36	
Média	16.6	13.7	
Mediana	13.5	9.5	-3 (p = 0,001) *
Desvio padrão	11.23	11.67	

*Valor de p estatisticamente significativo ($\alpha=0.05$).

Corroborando com o resultado encontrado neste estudo (Tabela 4), o estudo de Ibrahim et al. (2019) realizado em um departamento de emergência e que teve como objetivo investigar o efeito de uma sessão do método de relaxamento de Benson nos altos níveis de ansiedade das pessoas atendidas na emergência e que mostrou a eficácia da aplicação do método de relaxamento de Benson na diminuição dos escores de sintomas ansiosos em comparação com aqueles que não participaram do protocolo.

O Inventário de ansiedade: “A mente vencendo o humor” não classifica os escores quanto aos níveis como: leve, moderado e grave. E considerando que o escore máximo do inventário é de 72 escores e ao analisar em números absolutos e percentuais os escores iniciais das gestantes da amostra, ou seja, antes da intervenção, percebeu-se que 63.3% das gestantes participantes apresentaram de 0-18 escores inicial, 31.8% apresentaram de 19-37 escores inicial para sintomas ansiosos, 4.9% apresentaram de 38-56 escores inicial para sintomas ansioso e nenhuma participante apresentou de 57-72 escores inicial (Tabela 05). Essa divisão teve como objetivo visualizar onde o maior número de gestantes se encontravam quanto ao número de escores.

Ter ansiedade é normal e faz parte da vida da gestante, porém quando a ansiedade se torna elevada, intensa e persistente ela pode desencadear sofrimento, prejuízos e afetar várias áreas da vida das gestantes. Observou-se na tabela 5 que a soma dos percentuais das gestantes da amostra que apresentaram escores inicial (antes da intervenção) acima de 18 escores foi 36.7% das gestantes.

Com o início da pandemia da Covid-19, causada pelo vírus Sars-CoV-2, os problemas de saúde mental das gestantes podem se agravar. A pesquisa de Khoury et al. (2021), forneceu evidências de que as mulheres grávidas estão apresentando sintomas significativamente elevados de ansiedade durante a pandemia da Covid-19,

levando a crer que a pandemia trouxe efeitos prejudiciais à saúde mental das gestantes.

Tabela 5 - Percentuais de escores por categorias relacionados a sintomas ansiosos

Escore	Antes da intervenção	Depois da intervenção
	n [%]	n [%]
0-18	14 [63.3]	16 [72.7]
19-37	7 [31.8]	6 [27.3]
38-56	1 [4.9]	0 [0]
57 - 72	0 [0]	0 [0]

Os resultados desta pesquisa em relação ao percentual de gestantes com escores para sintomas ansioso, corrobora com a pesquisa de Schiavo et al. (2018), que teve por objetivo descrever e comparar a ansiedade de primigestas e multigestas, no terceiro trimestre gestacional, bem como identificar, dentre as variáveis sociodemográficas e de gestação, as que se associaram para alta ansiedade. A pesquisa de Schiavo et al. (2018) identificou alta ansiedade em 36% de gestantes usuárias do SUS, no terceiro trimestre gestacional, principalmente entre as multigestas. Os autores alertam para a associação já comprovada da ansiedade gestacional com complicações obstétricas, com depressão puerperal, além dos prejuízos que pode acarretar ao crescimento e desenvolvimento infantil, e apontam para a necessidade de profissional que atenda no pré-natal para dar uma atenção especial à saúde emocional da gestante.

No estudo de Souza (2010) e de Goetz et al. (2020) a prevalência de gestantes com sintomas ansiosos elevados foi de 66,7% e 66%, respectivamente. Esses resultados divergem do encontrado nesta pesquisa (36,7%). Na pesquisa de Souza (2010) e de Goetz et al. (2020) o percentual de gestantes ansiosas foi superior ao deste estudo. A pesquisa de Souza (2010) teve como objetivo investigar ansiedade, depressão e modos de enfrentamento de problemas em gestantes hipertensas hospitalizadas, percebeu-se que 66,7% das gestantes participantes da pesquisa, e que eram classificadas em gestação de alto risco devido diagnóstico de síndrome hipertensiva gestacional, apresentavam sintomas ansiosos. Em 50% dessas gestantes, a ansiedade foi considerada moderada e em 16,7% com ansiedade leve. No estudo de Goez et al. (2020) o público participante, assim como desta pesquisa, eram gestantes de alto risco hospitalizadas.

Em outro estudo, os resultados mostraram que as gestantes que apresentaram ansiedade moderada ou grave no período gestacional foram consideradas como tendo maior risco de desenvolver depressão pós-parto (ARRAIS; ARAÚJO; SCHIAVO, 2019).

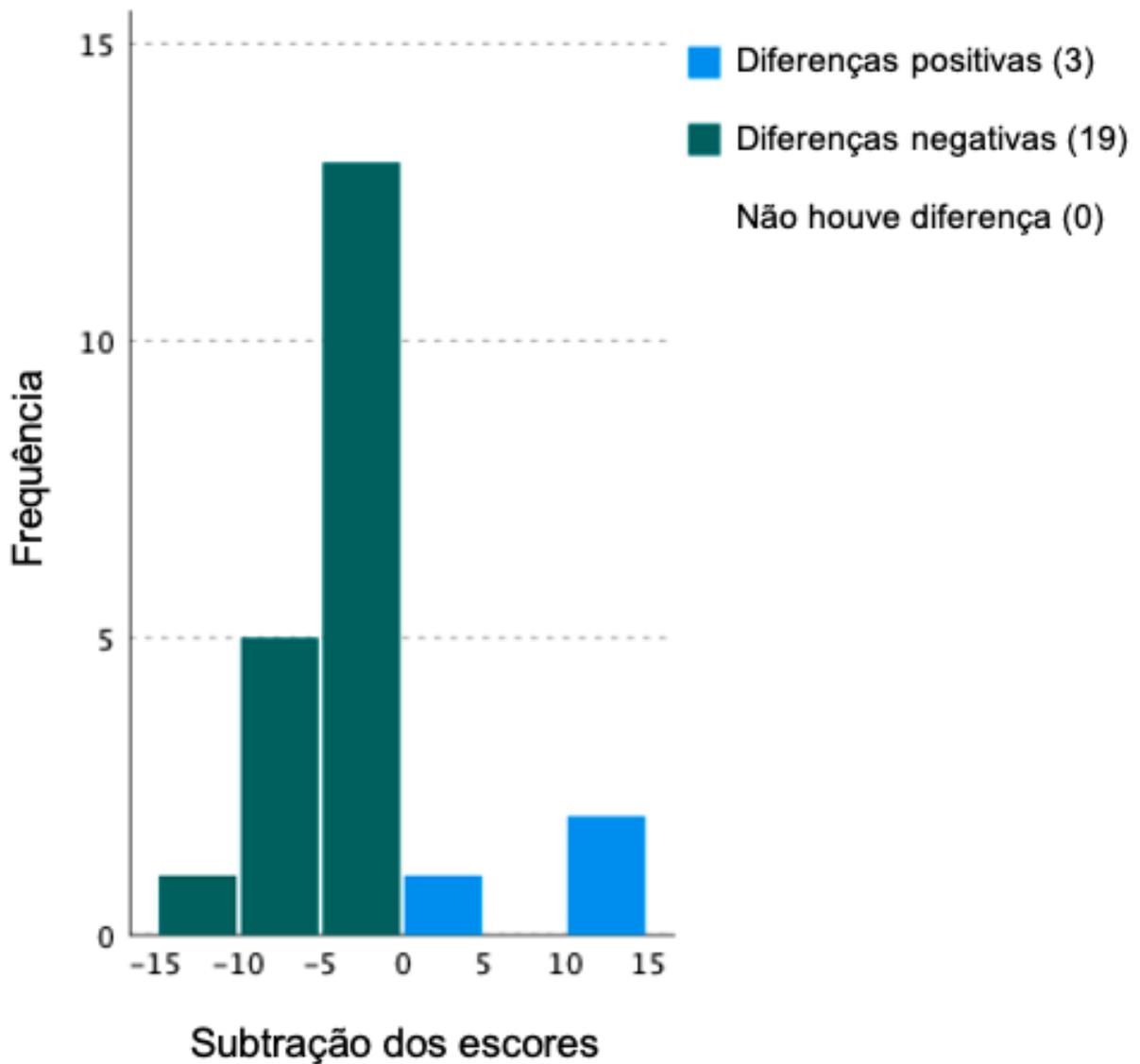


Figura 3 - Teste do sinal de amostras relativas para os escores de ansiedade.

Das 22 participantes deste estudo, a intervenção elucidou uma melhora nos escores de ansiedade em 19 participantes (total de diferenças negativas), comparado com os escores de antes da intervenção (Figura 3). No entanto, 3 participantes apresentarem pior escore de ansiedade (total de diferenças positivas). O Protocolo de

técnicas de relaxamento aplicado mostrou evidência de eficácia na redução dos sintomas ansiosos nas gestantes participantes do estudo, pois a maioria apresentou diminuição dos escores para sintomas ansiosos. Importante ressaltar que durante a pesquisa a gestante está vulnerável a inúmeros fatores ambientais e ansiogênicos que podem interferir no seu emocional, isso pode justificar as 03 participantes que apresentaram piora dos sintomas ansiosos.

Converge com o resultado desta pesquisa, quanto a diminuição de sintomas ansioso após protocolo de técnicas de relaxamento, a pesquisa de Araújo (2013) na qual a prática de 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.

5.3 Sintomas de depressão gestacional antes e depois da intervenção

A tabela 6 apresenta os escores para os sintomas depressivos divididos em mínimo / sem depressão (0-13), depressão leve (14-19), depressão moderada (20-28) e depressão grave (29-36). Percebeu-se que 59,1% (n=13) das participantes da pesquisa antes da intervenção apresentaram sintomas depressivos mínimos, logo classificam-se como sem depressão. E que 40,9% (n=9) das participantes apresentaram escores para sintomas depressivos antes da intervenção, sendo 9,1% sintomas leves, 18,2% sintomas moderados e 13,6% sintomas graves.

Tabela 6 - Escores de depressão antes e depois da intervenção

Escores de depressão antes da intervenção	n [%]
0-13 (Mínimo)	13[59.1]
14-19 (Leve)	2[9.1]
20-28 (Moderado)	4[18.2]
29-36 (Grave)	3[13.6]
Escores de depressão depois da intervenção	
0-13 (Mínimo)	15[68.2]
14-19 (Leve)	1[4.5]
20-28 (Moderado)	4[18.2]
29-36 (Grave)	2[9.1]

Esses resultados são consistentes com outros estudos, como no de Gelaye et al. (2016), uma revisão sistemática que ressaltou a alta prevalência de depressão pré-parto e pós-parto entre mulheres residentes em países de baixa e

média renda, concluiu que cerca de uma em cada quatro mulheres foi identificada como tendo depressão pré-parto e uma em cada cinco mulheres como tendo depressão pós-parto.

Corroborando, também, com os resultados desta pesquisa (Tabela 6), os estudos de Souza (2010) e Goetz et al. (2020), que investigaram a presença de sintomas depressivos em gestantes de alto risco, e encontram prevalência de 36,7% e 39%, respectivamente, das gestantes com depressão. No estudo de Souza (2010), cerca de 10% das gestantes apresentavam depressão leve e 26,7% depressão moderada. O público-alvo da pesquisa de Souza (2010) e de Goetz et al. (2020) era similar ao deste estudo, pois teve como participantes gestantes de alto risco hospitalizadas.

Ramírez et al. (2015) encontrou prevalência de triagem positiva para depressão em 61% das mulheres com gravidez de alto risco e o instrumento utilizado para mensurar os sintomas depressivos foi o BDI-II, o mesmo utilizado nesta pesquisa.

Diverge dos resultados encontrados nesta pesquisa (tabela 6) o estudo transversal de Sungani e Chipps (2018) que teve como objetivo rastrear a depressão e fatores de risco associados em mulheres grávidas que frequentam serviços de pré-natal públicos no distrito de Blantyre, Malawi, no qual encontrou prevalência de 19% para depressão gestacional. Sendo o resultado de gestantes com sintomas depressivos menor do que o encontrado nesta pesquisa. Essa divergência pode ser justificada pelo fato de que as gestantes do estudo de Sungani e Chipps (2018) não se encontravam hospitalizadas.

Esta pesquisa foi realizada antes de decretada a pandemia pelo Covid-19, e podemos considerar que com a pandemia do Covid-19 ocorreu o aumento de sintomas depressivos nas gestantes que vivenciam esse momento. Para Khoury et al. (2021), mulheres grávidas estão apresentando sintomas significativamente elevados de depressão em comparação com gestantes antes do início da pandemia do Covid-19. Na pesquisa de Khoury et al. (2021), a ameaça de se contaminar com covid-19, dificuldades econômicas, isolamento social e dificuldades de relacionamento estão associados a sintomas elevados para problemas de saúde mental. Li et al. (2021), encontraram 35,4% de prevalência para depressão em mulheres no pré-natal e no pós-parto durante a pandemia do Covid-19.

Na tabela 6 está demonstrado os resultados quanto aos escores para sintomas depressivos após a realização da intervenção com o Protocolo de técnicas de relaxamento. Observou-se alterações nos escores do teste BDI-II em que ocorreu um

aumento 9.1% de gestantes classificadas como sem depressão. Aumentou de 59.1% para 68.2% a porcentagem de gestantes classificadas “sem depressão”, ou seja, com sintomas depressivos mínimos. O mesmo ocorreu nas gestantes com depressão grave, uma redução dos escores de sintomas depressivos em 4.5% das gestantes, diminuiu de 13.6% para 9.1%. Enquanto nas gestantes com classificação moderada, não ocorreu alteração na porcentagem, se mantendo em 18.2% da amostra.

Corroborando com os resultados encontrados (Tabela 7), a pesquisa de Araújo et al. (2016), um ensaio clínico randomizado que teve como objetivo analisar os efeitos do relaxamento como uma intervenção de enfermagem sobre os níveis de depressão em mulheres hospitalizadas com gravidez de alto risco. A pesquisa de Araújo et al. (2016), mostrou o relaxamento como uma intervenção de enfermagem eficaz em diminuir significativamente os níveis de depressão em mulheres hospitalizadas com gravidez de alto risco. Os autores consideraram o relaxamento realizado na pesquisa uma prática simples e que pode ser executada durante a hospitalização, além de fortalecer o vínculo do profissional de saúde com o paciente, logo contribuindo para qualidade dos cuidados.

Converge, também, com esta pesquisa, o estudo controlado randomizado quase experimental de Kantziari et al. (2019) que mostrou a eficácia de um programa de gerenciamento de estresse em mulheres grávidas, utilizando respiração diafragmática, relaxamento muscular progressivo e imagens guiadas, pois a análise dos dados mostrou que as técnicas de gerenciamento de estresse utilizadas pelos autores e que são similares às utilizadas nesta pesquisa, reduziram significativamente os níveis de estresse percebidos e os sintomas depressivos nas gestantes participantes.

Arrais, Araújo e Schiavo (2018), mostram evidências nos seus resultados de que ter depressão gestacional moderada ou grave tem maior risco de desenvolver depressão pós-parto. Para Borba et al. (2020), ter sintomas depressivos na gestação é preditor de depressão pós-parto. A depressão pós-parto é um episódio de depressão maior que é associado ao nascimento de um bebê, mas no DSM-V (APA, 2014), essa terminologia foi alterada para periparto depressão. Estipulou-se que o início dessa perturbação do humor ocorre ainda durante a gravidez, no seu último mês até cinco meses após o parto, pois, cerca de 50% dos casos de depressão maior no pós-parto começam antes parto (ARRAIS; ARAÚJO, 2017).

Alguns estudos confirmam a necessidade de avaliar a presença de sintomas depressivos em mulheres grávidas (GELAYE et al.,2016; WILCOX et al., 2019; BORBA et al., 2020), pois com utilização de protocolos de intervenção adequados ainda na gestação e continuando no pós-parto pode-se ter mais chance de evitar sofrimento emocional como a depressão pós-parto (BORBA et al., 2020).

Tabela 7- Estatística descritiva dos escores e teste do sinal de amostras relativas para os escores de depressão.

	Antes da intervenção	Depois da intervenção	Mediana das diferenças emparelhadas
Valor mínimo	0	0	
Valor máximo	34	33	
Média	13.5	11.3	
Mediana	9.5	7.5	-2 (p = 0,001) *
Desvio padrão	10.92	11.22	

*Valor de p estatisticamente significativo ($\alpha=0.05$).

O teste do sinal (tabela 7) constatou que a intervenção provocou uma diminuição de mediana estatisticamente significativa nos escores de depressão (-2), em comparação com os escores apresentados antes da intervenção (p = 0,001).

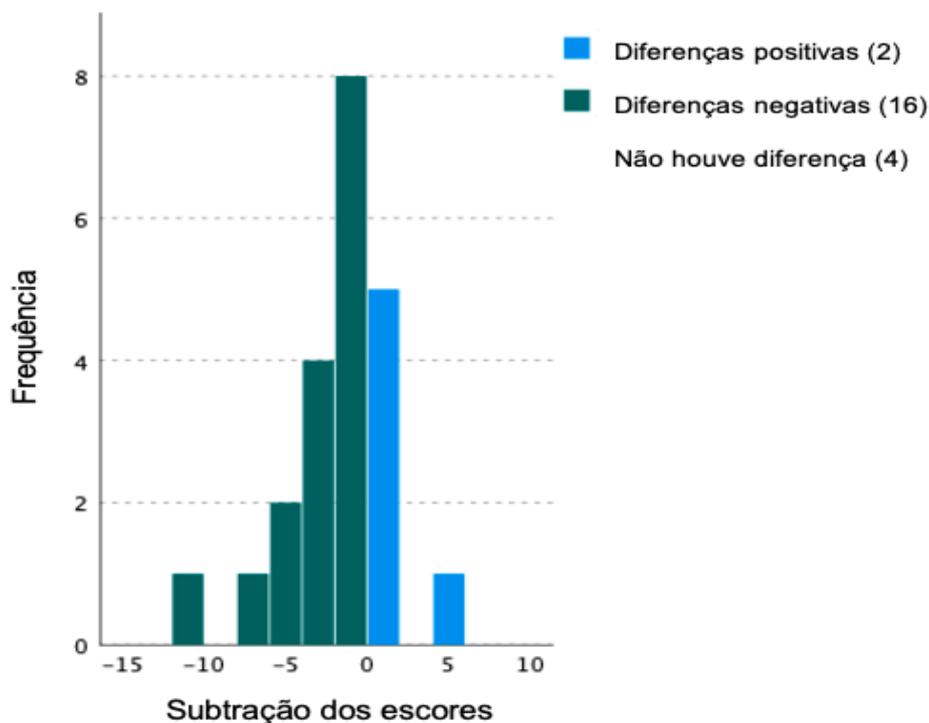


Figura 4 - Teste do sinal de amostras relativas para os escores de depressão.

Das 22 participantes deste estudo, a intervenção elucidou uma melhora nos escores de depressão em 16 participantes (total de diferenças negativas), comparado com os escores de antes da intervenção. No entanto, 2 participantes apresentaram pior escore de depressão (total de diferenças positivas), ao passo que 4 participantes não apresentaram diferença nos escores (Figura 4). Percebe-se a evidência da eficácia das técnicas de relaxamento aplicadas na redução de escores de sintomas depressivos nas gestantes participantes.

As gestantes participantes da pesquisa estavam vulneráveis a fatores ambientais que podem desencadear sofrimento psicológico recente e assim dificultar os efeitos benéficos das técnicas de relaxamento aplicadas. Isso pode explicar a piora de sintomas depressivos em 2 participantes. Deve-se levar em consideração, também, que em alguns casos de depressão, especialmente depressão moderada e grave, pode-se fazer necessário o uso de psicofármacos, além de outras intervenções psicológicas com psicoterapia. As 4 participantes que não tiveram alteração nos escores de sintomas depressivos foram classificadas em depressão moderada.

Corroborando com os resultados desta pesquisa o estudo de Lufiego (2017) que realizou um estudo do tipo ensaio clínico não randomizado, analítico, quase experimental, longitudinal, com seguimento de pacientes para avaliação do estado emocional destes e da eficácia da técnica de relaxamento com imagem guiada, em que concluiu que a intervenção através da técnica de relaxamento com imagem guiada mostrou-se eficaz na amostra de pacientes oncológicos em vigência de quimioterapia, pois os resultados dos instrumentos utilizados na pesquisa evidenciaram redução nos níveis de depressão, ansiedade e estresse no grupo que recebeu a intervenção.

A revisão sistemática de Dadi et al. (2020), forneceu fortes evidências da associação entre depressão pré-natal e resultados adversos em países de baixa e média renda. Para os autores a depressão pré-natal é altamente prevalente e que aumenta ao longo da gravidez, e que intervenções para depressão pré-natal devem ser priorizadas como vitalmente importantes em países de baixa renda, para assim prevenir resultados adversos maternos e perinatais.

A saúde mental materna pode ser integrada à atenção geral à saúde, incluindo saúde da mulher, atenção à saúde materno-infantil, cuidados de saúde reprodutiva e outros serviços relevantes (WHO, 2016).

A Força tarefa de serviços preventivos dos Estados Unidos (USPSTF) agora incluem mulheres grávidas e novas mães nas recomendações de rastreamento de depressão e recomenda que os médicos forneçam ou encaminhem gestantes e puérperas com risco aumentado de depressão perinatal para intervenções preventivas, baseada na evidência do estudo de O'Connor et al. (2019). O estudo de Dadi et al. (2020), também demonstra a necessidade de intervenções com mulheres grávidas que possam auxiliar na redução ou na assistência adequada da depressão no período gestacional, pois os benefícios poderão repercutir na saúde da mulher e do seu filho (a).

O presente estudo encontrou resultados que indicam que ter uma gestação classificada como de alto risco, somado a internação hospitalar pode favorecer aumento de sintomas depressivos e, assim, a alta prevalência de gestantes com sintomas depressivos nestas pesquisas. Isso sugere o impacto que intercorrências obstétricas e a hospitalização na gravidez podem ocasionar na saúde mental materna.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A alta prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em gestantes de alto risco hospitalizadas, demonstra que essas mulheres se encontram em um grupo vulnerável para o desenvolvimento de transtornos ansiosos e depressivos. Sintomas de ansiedade estavam presentes em 36,7% das gestantes participantes e sintomas depressivos presentes em 40,9% das gestantes participantes. Ao comparar os escores de sintomas ansiosos e depressivos percebeu-se uma diminuição após a aplicação do protocolo com técnicas de relaxamento.

O protocolo de técnicas de relaxamento teve como efeito a redução dos escores de sintomas ansiosos e depressivos nas gestantes de alto risco hospitalizadas que participaram da pesquisa. Com esse resultado encontrado, este estudo apresenta a proposta de implantação deste protocolo em hospitais maternidade referência em gestação de alto risco, nomeado “Protocolo de Técnicas de Relaxamento Psicológico em Gestantes de Alto Risco Hospitalizadas”. O Protocolo permite a sistematização na execução desta prática.

É um protocolo acessível e tem aplicabilidade prática, sendo um recurso na promoção de saúde mental materna, com custos reduzidos e viável dentro do ambiente hospitalar. A implementação deste protocolo pela gestão contribuirá com a promoção da saúde mental das gestantes de alto risco hospitalizadas, evitando possíveis consequências negativas para mãe e bebê decorrentes de ansiedade e depressão. Recomenda-se que um profissional de Psicologia coordene e realize a intervenção com o protocolo de técnicas de relaxamento.

Em termos das limitações deste estudo considerou-se a escassez na literatura científica de uma metodologia padronizada para descrição e aplicação de técnicas de relaxamento respiratório em mulheres grávidas. O não controle das variáveis foi considerada, também, como uma limitação deste estudo.

Para estudos futuros recomenda-se nas pesquisas a inclusão da opinião das mulheres participantes sobre a aceitabilidade e satisfação com a intervenção utilizada para redução de sintomas ansiosos e depressivos na gravidez.

REFERÊNCIAS

AALAMI, M.; JAFARNEJAD, F.; MODARRESGHARAVI, M. The effects of progressive muscular relaxation and breathing control technique on blood pressure during pregnancy. **Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research**, v.21, p.331- 336, 2016. DOI: 10.4103/1735-9066.180382.

AJINKYA, S.; JADHAV, P.R.; SRIVASTAVA, N.N. Depression during pregnancy: Prevalence and Obstetric risk factors among pregnant women attending a tertiary care hospital in Navi Mumbai. **Ind Psychiatry J.**, v.22, n.01, p.37-40, 2013.

ALMEIDA, M. S.; NUNES, M. A., CAMEY, S., PINHEIRO, A. P., SCHMIDT, M. I. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no sul do Brasil. **Cad. Saúde pública**. v.28, n.2, p.385-93, 2012.

ANGERAMI, V. A. **O Psicólogo no Hospital**. In: ANGERAMI (Org.). *Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática*, 2 eds. Revista e ampliada, São Paulo: Cengage Learning, p.1- 14, 2017.

ARAÚJO, W. S. **Efeitos da intervenção de enfermagem-relaxamento nos níveis de ansiedade e de depressão em gestantes de alto risco** [dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2013. Disponível em: <http://repositorio.ufes.br/handle/10/5266>. Acesso: 02 ago de 2018.

ARAÚJO, W. S.; ROMERO, W. G.; ZANDONADE, E.; AMORIM, M. H. C. Effects of relaxation on depression levels in women with high-risk pregnancies: a randomised clinical trial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.24, n.e2806, p.1-8,2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518- 8345.1249.2806>. Acesso: 02 ago 2018.

ARRAIS, A. R.; ARAÚJO, T. C. C. F. Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. **Psicologia, saúde & doenças**, v.18, n.3, p.828-845, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180316>. Acesso em 02 de agosto de 2018.

ARRAIS, A. R.; ARAUJO, T. C. C. F.; SCHIAVO, R. A. Fatores Associados à Depressão Pós-Parto no Pré-Natal Psicológico. **Psicologia: Ciência e Profissão**. v.38 n.4, p.711-729, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003342016>. Acesso: 02 ago 2018.

ARRAIS, A. R.; ARAÚJO, T.C.C.F.; SCHIAVO, R. A. Depressão e Ansiedade Gestacionais Relacionadas à Depressão Pós-Parto e o Papel Preventivo do Pré-Natal Psicológico. **Revista Psicologia e Saúde**, v.11, n.2, p.23-34, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.706>

ARRAIS, A. R.; MOURÃO, M. A.; FRAGALLE, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saúde Soc**. v.23, n.1, p.251-264, 2014.

ALMEIDA, N. M. C.; ARRAIS, A. R. O Pré-Natal Psicológico como Programa de Prevenção à Depressão Pós-Parto. **Psicologia: Ciência e Profissão**. v.36, n.4, p.847-863, 2016. Disponível em: 10.1590/1982-3703001382014. Acesso: 02 ago 2018.

AZZI, S. G. F.; KERNKRAUT, A. M. **Atuação em gestão de risco e parto prematuro**. In: GIBELLO, J. (Org.). O Psicólogo no Hospital. São Paulo: Blucher, p.229-249, 2017.

APA. American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)**. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

BENUTE, G. R. G.; NOMURA, R. M. Y., JORGE, V. M. F., NONNENMACHER, D., FRÁGUAS JUNIOR, R., LUCIA, M. C. S. D., & ZUGAIB, M. Risco de suicídio em gestantes de alto risco: um estudo exploratório. **Rev Assoc Med Bras**. v.57, n.5, p.583-587, 2011.

BECK, A. T.; BROWN, G. K., STEER, R. A. **Manual do Inventário de depressão de Beck – BDI – II**. Casa do Psicólogo, 2011.

BIAGGI, A.; CONROY, S.; PALWBY, S.; PARIANTE, C.M. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. **Journal of Affective Disorders**, v.191, p. 62–77, 2016.

BJORN, M.B.N.; JESUS, S.N.; MORALES, M.I.C. Estrategias de relajación durante el período de gestación. Beneficios para la salud. **Clínica y Salud**, v.24, p. 77- 83, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.5093/cl2013a9>.

BORBA, V. M.; RIBERA, C. S.; OSMA, J.; PEJÓ, L. A. Predicting Postpartum Depressive Symptoms from Pregnancy Biopsychosocial Factors: A Longitudinal Investigation Using Structural Equation Modeling. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, v.17, 2020. Disponível em: doi:10.3390/ijerph17228445.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf. Acesso: 16 out 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf Acesso: 07 nov 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013**. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e

Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html. Acesso: 27 nov 2018.

CARLESSO, J. P. P.; SOUZA, A. P. R.; MORAES, A. B. Análise da Relação entre Depressão Materna e Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil. **Revista CEFAC**, v.16, n.2, p.500-510, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169331137017> Acesso: 27 nov 2018.

CARVALHO, R. G. N.; MORENO, A. L. Terapia cognitivo-comportamental breve para sintomas de ansiedade e depressão. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v.10, n.2, p.70-5, 2014.

CATAÑO, R. C. **Depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático em mulheres que vivenciaram um episódio de morbidade materna grave**. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2011.

CHORWE-SUNGANI, G.; CHIPPS, J. A cross-sectional study of depression among women attending antenatal clinics in Blantyre district, Malawi. **S Afr J Psychiat**. v.24, n.0, p.a1181, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v24i0.1181>. Acesso: 27 nov 2018.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) nos serviços hospitalares do SUS** / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. 1.ed, Brasília: CFP, 2019.

DADI, A.F.; MILLER, E.R.; MWANRI, L. Antenatal depression and its association with adverse birth outcomes in low and middleincome countries: A systematic review and meta-analysis. **PLoS ONE**, v.15, n.1, e0227323, 2020. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227323>.

DHILLON, A.; SPARKES, E.; DUARTE, R.V. Mindfulness-Based Interventions During Pregnancy: a Systematic Review and Meta-analysis. **Springer Mindfulness** v. 8, p. 1421–1437, 2017.

FERNÁNDEZ, M.C.R. Eficacia de la meditación para el control del malestar psicológico en gestantes con riesgo de complicaciones inminentes. **MEDISAN**, v.5, n.20, p. 652-657.

FISHER, J.; MELLO, M.C.; PATEL, V.; RAHMAN, A.; TRAN, T.; HOLTON, S.; HOLMES, W. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low and middle-income countries: a systematic review. **World health organization newsletter**, v.90, n.2, p.139-149, 2012. doi: 10.2471 / BLT.11.091850.

GELAYE, B.; RONDON, M. B.; ARAYA, R.; WILLIAMS, M. A. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. **Lancet Psychiatry**. v.3, n.17, p. 973–82, 2016. <http://doi:10.1007/s12671-017-0726-x>

GOETZ, M. SCHIELE, C., MÜLLER, M., MATTHIES, L. M., DEUTSCH, T. M., SPANO, C., ... WALLWIENER, S. Effects of a Brief Electronic Mindfulness-Based Intervention on Relieving Prenatal Depression and Anxiety in Hospitalized High-Risk Pregnant Women: Exploratory Pilot Study. **JOURNAL OF MEDICAL INTERNET RESEARCH**, v.22, iss. 8, e17593, 2020. doi: 10.2196/17593.

GREENBERGER, D.; PADESKY, C. **A Mente vencendo o humor: Mude como você se sente, mudando o modo como você pensa** [recurso eletrônico]. 2 ed. - Porto Alegre: Artmed,2017.

HUIZINK, A.C.; MENTING, B.; DE MOOR, M.H.M; VERHAGE, M.L.; KUNSELER, F.C.; SCHUENGEL, C.; OOSTERMAN, M. From prenatal anxiety to parenting stress: a longitudinal study. **Arch Womens Ment Health**, v. 20, p. 663–672, 2017. DOI 10.1007/s00737-017-0746-5.

HULSBOSCH, L.P.; BOEKHORST, M.G.B.M.; POTHARST, E.S.; POP, V.J.M.; NYKLÍČEK, I. Trait mindfulness during pregnancy and perception of childbirth. **Archives of Women's Mental Health**. Published online: 08 september 2020. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01062-8>.

IBRAHIM, A.; KOYUNCU, G.; KOYUNCU, N.; SUZER, N.E.; ÇAKIR, O. D.; KARCIOĞLU, O. The effect of Benson relaxation method on anxiety in the emergency care. **Medicine Clinical Trial/Experimental Study**, v.98, n.21,2019. <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000015452>

ISGUT, M.; SMITH, A. K.; REIMANN, E. S.; KUCUK, O.; RYAN, J. The impact of psychological distress during pregnancy on the developing fetus: biological mechanisms and the potential benefits of mindfulness interventions. **J. Perinat. Med.** v. 45, n.9, p. 999–1011, 2017.

JERATH, R.; BEVERIDGE, C. Respiratory Rhythm, Autonomic Modulation, and the Spectrum of Emotions: The Future of Emotion Recognition and Modulation. **Frontiers in Psychology**, v. 11, p.1-7, 2020. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01980.

KANTZIARI, M. A.; NIKOLETTOS, N.; SIVVAS, T.; BAKOULA, CT; CHOUSOS, GP; DARVIRI, C. Controle do estresse durante o segundo trimestre da gravidez. **International Journal of Stress Management**, v.26, n.1, p.102–105, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/str0000078>. Acesso: 27 nov 2019.

KESTENBERG, C. C. F.; da SILVA, A. V., FABRI, J. M. G., SILVA, N. A. B., ROSA, B. M. S., BRANCO, L. M. Estresse em graduando de enfermagem: técnicas de relaxamento para lidar com fatores estressores. **Interagir: pensando a extensão**. v.1, n.17/18/19, p.37-43, 2014.

KHOURY, J.E.; ATKINSON, L.; BENNETT, T.; JACK, S.M.; GONZALEZ, A. COVID - 19 and mental health during pregnancy: The importance of cognitive appraisal and social support. **Journal of Affective Disorders**, v. 282, p. 1161–1169, 2021. disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.027>

KLIEMANN, A.; BÖING, E.; CREPALDI, M. A. Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v.25, n.2, p.69-76, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v25n2p69-76>

KRUSCHE, A.; CRANE, C.; DYMOND, M. An investigation of dispositional mindfulness and mood during pregnancy. **BMC Pregnancy and Childbirth**. v.19, n. 273, p. 1- 8, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2416-2>.

LANGARO, F.; SANTOS, A. H. Adesão ao Tratamento em Gestação de Alto Risco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.34, n.3, p.625-642, 2014.

LI, C.; HUO, L.; WANG, R.; QI, L.; WANG, W.; ZHOU, X.; ZHOU, Y.; ZHANG, X. The prevalence and risk factors of depression in prenatal and postnatal women in China with the outbreak of Corona Virus Disease 2019. **Journal of Affective Disorders**, v. 282, p.1203–1209, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.019>.

LUFIEGO, C. A. F. **Avaliação da eficácia da técnica de relaxamento com imagem guiada em pacientes oncológicos submetidos a tratamento quimioterápico**. Tese de doutorado em gerontologia biomédica. PUCRS, 2017.

MBARAK, B.; KILEWO, C.; KUGANDA, S.; SUNGUY, B. F. Postpartum depression among women with pre-eclampsia and eclampsia in Tanzania; a call for integrative intervention. **BMC Pregnancy and Childbirth**. v.19, n. 270, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2395-3>. Acesso: 11 nov 2019.

MAGNO, P. L. **A relação entre os aspectos psicológicos e as doenças hipertensivas gestacionais: Uma revisão sistemática**. Mestrado em Psicologia Clínica. PUC / SP. 2011.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez: Gestando pessoas para uma sociedade melhor**. São Paulo: Ideias e letras, 2017.

NEVES NETO, A. R. Técnicas de respiração para a redução do estresse em terapia cognitivo-comportamental. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa**. v.56, n.3, p.158-68, 2011.

NI SOE, N.; WEN, D. J.; POH, J.S.; CHONG, Y.; BROEKMAN, B. F.; CHEN, H.; SHEK, L. P.; TAN, K.H.; GLUCKMAN, P.D.; FORTIER, M. V.; MEANEY, M. J.; QIU, A. Perinatal maternal depressive symptoms alter amygdala functional connectivity in girls. **Wiley Periodicals, Inc**, v.39, p. 680–690, 2017. DOI: 10.1002/hbm.23873

O`CONNOR, E.; SENGER, C.; HENNINGER, M.; COPPOLA, E.; GAYNES, B. Interventions to Prevent Perinatal Depression: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. **Clinical Review & Education. JAMA**, v.321, n.6, p. 588-601, 2019. Disponível em: [doi:10.1001/jama.2018.20865](https://doi.org/10.1001/jama.2018.20865).

PAOLINI, C. I.; OIBERMAN A. J.; BALZANO, S. Factores psicosociales asociados a un alto, medio y bajo riesgo de síntomas depresivos en el posparto inmediato. **Rev.**

Bras. Saude Mater. Infant., v.12, n.1, Recife Jan./Mar. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292012000100007>

PEARSON, R. M.; CARNEGIE, R. E., CREE, C., ROLLINGS, C., RENA-JONES, L., EVANS, J., ... LAWLOR, D. A. Prevalence of Prenatal Depression Symptoms Among 2 Generations of Pregnant Mothers: The Avon Longitudinal Study of Parents and Children. **JAMA Network Open**. v.1, n.3, e180725, 2018. Disponível em: <https://doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.0725>. Acesso: 27 nov 2019.

PEREIRA, F. M.; PENIDO, M. A. Aplicabilidade teórico-prática da terapia cognitivo comportamental na psicologia hospitalar. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v.6, n.2, p.190-220, 2010.

RAMÍREZ, R. C.; GÓMEZ, M. A.; SALDARRIAGA, M.V.; OTÁLVARO, A. F. Prevalencia de tamizaje positivo para depresión y ansiedad en gestantes de alto riesgo obstétrico en una clínica de medellín (colombia), entre enero y agosto de 2013. Factores de riesgo asociados. **Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología**. v.66, n.2, p.94-102, 2015.

RODRIGUES, P. B.; ZAMBALDI, C. F.; CANTILINO, A.; SOUGEY, E. B. Special features of high-risk pregnancies as factors in development of mental distress: a review. **Trends Psychiatry Psychother**. v.38, n.3, p.136-140, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2015-0067>. Acesso: 27 nov 2019.

SANTOS, V. B. M. A.; OLIVEIRA, L. M. in Enfermaria de Obstetrícia. BAPTISTA, M. N. **Psicologia Hospitalar: Teorias, aplicações e casos clínicos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.103-126, 2018.

SANCHES, M.A.; SIMÃO-SILVA, D.P. Planejamento familiar: do que estamos falando? **Rev. bioét. (Impr.)**. v.24, n.1, p. 73-82, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016241108>. Acesso: 27 nov 2019.

SANCHEZ, S.E.; PUENTE, G.C.; ATENCIO, G.; QIU, C.; YANEZ, D.; GELAYE, B.; WILLIAMS, M.A. Risk of Spontaneous Preterm Birth in Relation to Maternal Depressive, Anxiety and Stress Symptoms. **J Reprod Med**. v.58, n.0, p. 25–33, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3662498/>

SAVIANI-ZEOTI, F.; PETEAN, E. B. L. Apego materno-fetal, ansiedade e depressão em gestantes com gravidez normal e de risco: Estudo comparativo. **Estudos de Psicologia**, v.32, n.4, p.675-83, 2015.

SCHIAVO, R.A. Produção Científica em Psicologia Obstétrica/Perinatal. **Braz. J. Hea. Rev**, Curitiba, v. 3, n. 6, p. 16204-16212, nov./dez. 2020. DOI:10.34119/bjhrv3n6-046

SCHIAVO, R. A., RODRIGUES, O. M. P. R., PEROSA, G. B. Variáveis Associadas à Ansiedade Gestacional em Primigestas e Multigestas. **Trends Psychol**. v.26, n.4, p. 2091-2104, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.9788/tp2018.4-14pt>

SILVA, B.G.C.; LIMA, N.P.; SILVA, S.G.; ANTÚNEZ, S.F.; SEERING, L.M.; RESPRETO-MÉNDEZ, M.C.; WEHRMEISTER, F.C. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.19, n.3, p.484-493, 2016. DOI: 10.1590/1980-5497201600030002.

SILVA, L. M. **Prevalência dos transtornos ansiosos em mães durante a gestação, sua incidência no puerpério e sua associação com a saúde da criança nos primeiros meses de vida** [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2018.

SILVA, M.M.J.; NOGUEIRA, D.A.; CLAPIS, M.J.; LEITE, E.P.R.C. Anxiety in pregnancy: prevalence and associated factors. **Rev Esc Enferm USP**. v.51 n.e03253, p.1-8, 2017. Disponível em: [http:// dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016048003253](http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016048003253). Acesso: 27 nov 2019.

SONCINI, N. C. V.; OLIVEIRA, C. M., VIVIANI, J. C., GORAYEB, R. Aspectos psicossociais em mulheres brasileiras com gestações de alto e baixo risco. **Psicologia, saúde & doenças**. v.20, n.1, p.122-136, 2019.

SOUZA, J. S. **Gestantes hipertensas hospitalizadas: Ansiedade, depressão e modos de enfrentamento**. Mestrado em Psicologia clínica. PUC-SP. São Paulo, 2010.

TELLERIA, G. C. E. Evaluación de los niveles de depresión, ansiedad y factores psicossociales en pacientes con Diabetes Gestacional Previa. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, período 2011-2012. **Comunidad y Salud**, v.12, n.2, p. 62-72, 2014.

TOSTES, N. A. **Percepção de gestantes acerca da assistência pré-natal, seus sentimentos e expectativas quanto ao preparo para o parto**. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2012.

VENKATESH, K.K.; RILEY, L.; CASTRO, V. M.; PERLIS, R. H.; KAIMAL, A. J. Association of Antenatal Depression Symptoms and Antidepressant Treatment With Preterm Birth. **Obstetrics & Gynecology**, v.127, n.5, p.926-933, 2016.

WILCOX, M.; MCGEE, B.A.; IONESCU, D.F.; LEONTE, M.; LACROSS, L.; REPS, J.; WILDENHAUS, K. Perinatal depressive symptoms often start in the prenatal rather than postpartum period: results from a longitudinal study. **Archives of Women's Mental Health: Springer**, 2020. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01017-z>

WHO, World Health Organization. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors – 2nd ed. **Integrated Management Of Pregnancy And Childbirth**, 2017.

WHO. World Health Organizaton. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. **Mental health Gap Action Programme (mhGAP) – version 2.0**, 2016. Disponível em: <http://www.who.int>

XIAN, T.; ZHUO, L.; DIHUI, H.; XIAONI, Z. Influencing factors for prenatal Stress, anxiety and depression in early pregnancy among women in Chongqing, China. **Journal of Affective Disorders**. v. 253, p. 292–302, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.003>.

ZACCARO, A.; PIARULLI, A.; LAURINO, M.; GARBELLA, E.; MENICUCCI, D.; NERI, B.; GEMIGNANI, A. How Breath-Control Can Change Your Life: A Systematic Review on Psycho-Physiological Correlates of Slow Breathing. **Frontiers in Human Neuroscience**, v.12, article 353, 2018. doi: 10.3389/fnhum.2018.00353.

ANEXOS

ANEXO A: Inventário de Ansiedade: A Mente Vencendo o Humor

➔ Circule o número, em cada item, que melhor descreve o quanto você experimentou cada sintoma durante a última semana

	Nem um Pouco	Às Vezes	Freqüente-mente	A Maior Parte do Tempo
1. Nervosismo	0	1	2	3
2. Preocupação freqüente	0	1	2	3
3. Tremores, espasmos musculares	0	1	2	3
4. Tensão muscular, dores musculares	0	1	2	3
5. Inquietação	0	1	2	3
6. Cansaço fácil	0	1	2	3
7. Respiração superficial	0	1	2	3
8. Batimento cardíaco acelerado	0	1	2	3
9. Transpiração não devido ao calor	0	1	2	3
10. Boca seca	0	1	2	3
11. Tonteira, vertigem	0	1	2	3
12. Náusea, diarreia ou problemas estomacais	0	1	2	3
13. Urinação freqüente	0	1	2	3
14. Rubores (calores) ou calafrios	0	1	2	3
15. Dificuldade de engolir ou bola na garganta	0	1	2	3
16. Sentindo-se tenso ou excitado	0	1	2	3
17. Facilmente assustado	0	1	2	3
18. Dificuldade de concentração	0	1	2	3
19. Dificuldade de pegar no sono ou dormir	0	1	2	3
20. Irritabilidade	0	1	2	3
21. Evitando lugares onde possa ficar ansioso	0	1	2	3
22. Pensamentos frequentes de perigo	0	1	2	3
23. Vendo-se incapaz de lidar com as dificuldades	0	1	2	3
24. Pensamentos frequentes de que algo terrível irá acontecer	0	1	2	3

Escore (somatório dos números circulados)

ANEXO B - Parecer de aprovação do CEP- UFPI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TÉCNICAS DE RELAXAMENTO APLICADAS EM GESTANTES DE ALTO RISCO

Pesquisador: LORENA CITO LOPES RESENDE SANTANA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12813119.0.0000.5214

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.396.976

Apresentação do Projeto:

Segundo a pesquisadora, a saúde mental materna em gestação de alto risco e com indicação de internação hospitalar requer atenção e cuidados. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) cerca de 15,6% de mulheres grávidas apresentam sofrimento psíquico ao longo da gestação, sendo os principais transtornos os de ansiedade e depressão. A internação hospitalar na gestação é considerada um fator adicional de estresse, tornando essa mulher mais vulnerável para surgimento de transtornos mentais. O Psicólogo no hospital maternidade deve buscar na sua atuação estratégias e ações para minimizar o sofrimento emocional da gestante de alto risco e sua família. E utilizar técnicas efetivas que possam ser aplicadas no ambiente hospitalar em que a gestante se encontra. O objetivo desse estudo é avaliar o efeito das técnicas de relaxamento na promoção de saúde mental com a diminuição dos níveis de ansiedade e sintomas depressivos na gestante de alto risco hospitalizadas. O estudo caracteriza-se como analítico quase experimental. A população será composta de gestantes de alto risco hospitalizadas em uma maternidade pública referência de alto risco. Serão utilizados questionários para perfil sócio-demográfico, aplicação de inventários para avaliar níveis de ansiedade e depressão e técnicas de relaxamento em grupos nas enfermarias.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o efeito das técnicas de relaxamento na promoção de saúde mental com a diminuição dos

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 3.398.976

níveis de ansiedade e sintomas depressivos na gestante de alto risco hospitalizadas.

Objetivo Secundário:

- Identificar o perfil sócio demográfico das gestantes participantes de alto risco hospitalizadas;
- Medir o nível de ansiedade das gestantes de alto risco hospitalizadas ;
- Medir o nível de depressão em gestantes de alto risco hospitalizadas;
- Identificar fatores / variáveis associadas ao aumento da ansiedade e depressão nas gestantes durante a internação;
- Implantar um programa de relaxamento para as gestantes de alto risco hospitalizadas

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participação nesta pesquisa envolve riscos de fadiga física, incômodo e desconforto que perpassa a experiência íntima de cada participante com seu estado de saúde. Como forma de contornar essa situação, no momento da entrevista as abordagens irão considerar a linguagem não verbal do participante para manifestações indesejável e os pesquisadores se comprometem em manter conduta de discrição, discernimento e ética, tendo em vista que os benefícios do estudo superam os incômodos previstos.

Benefícios:

Ao participar dessa pesquisa o participante se beneficiará com o relaxamento psicológico e consequente melhoria da saúde mental, assim como também estará contribuindo para que se tenha uma pesquisa relevante e com retorno social a respeito do tema estudado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatório foram anexados

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisa apta a ser desenvolvida

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

APÊNDICES

APÊNDICE A: Questionário para caracterização da amostra**Questionário Sociodemográfico**

IDENTIFICAÇÃO	
Idade: Data de Nascimento: / /	
Escolaridade:	
Procedência: Endereço:	
Atividade remunerada:	() Sim () Não
Estado civil:	
Religião:	() Sim Qual: () Não
Tem acompanhante:	() Sim () Não Quem:

Questionário Psicossocial

Gravidez planejada: () Sim () Não Gravidez desejada: () Sim () Não
Aceitação da família frente à gravidez: () Ótima () Boa () Ruim () Muito ruim
Aceitação do companheiro/pai frente à gravidez: () Ótima () Boa () Ruim () Muito ruim
Tem algum tipo de suporte da família: () Financeiro () Emocional () Não () Outro
Tem algum tipo de suporte do companheiro: () Financeiro () Emocional () Não () Outro
Tem algum tipo de suporte de amigos: () Financeiro () Emocional () Não () Outro
Tem algum tipo de suporte de vizinhos ou igreja: () Financeiro () Emocional () Não () Outro
Já buscou algum serviço de saúde mental: () Sim () Não Motivo:
É ou já fez uso de alguma substância química? () Sim () Não

Dados Obstétricos

HISTÓRICO	
Nº de gestação:	N de aborto
GESTAÇÃO ATUAL	
Idade gestacional :	Data da admissão:
Diagnóstico médico de internação:	
Internações anteriores: () Sim () Não	
Acompanhamento pré-natal: () Sim () Não Quantas consultas?	
Tempo de Internação:	
Nº de sessões de relaxamento que participou:	

APÊNDICE B: Palestra Relâmpago “Os Benefícios da respiração lenta e profunda nos aspectos psicológicos”

Nos últimos anos temos visto no mundo todo o aumento de estudos que demonstram os benefícios de algo que realizamos automaticamente, de forma instintiva e involuntária e muitas vezes sem nem perceber quando realizamos, a nossa respiração. Precisamos da respiração para viver. A nossa respiração afeta nossa mente e nossa mente e emoções afetam nossa respiração. É uma via de mão dupla.

Quando nos sentimos com medo, ansiedade ou preocupações nossa respiração pode ser afetada e ficar de forma rápida e curta. Nossas emoções tem grande impacto na forma como respiramos. No entanto, quando respiramos devagar e profundamente e estamos conscientes nessa ação, depois de alguns minutos o nosso corpo reage de uma maneira positiva e nos provoca uma sensação de bem-estar.

Prestar atenção na respiração e realizar a respiração lenta e profunda pode ser realizada por qualquer pessoa e em qualquer idade, desde criança, adultos, idosos e também em mulheres grávidas. E em diversos ambientes e situações, por exemplo: na escola com crianças antes de iniciar a aula, no esporte com atletas antes das competições, em pessoas que tem alguma fobia antes da exposição ao que causa medo. E agora com mulheres grávidas dentro do hospital maternidade. A respiração pode ajudar você a viver melhor durante a internação hospitalar.

Para isso nós teremos 03 encontros para práticas com técnicas de relaxamento respiratório e que não vai interferir na rotina do tratamento clínico do qual vocês estão realizando.

APÊNDICE C: Roteiro para relaxamento com gestantes

Procure ficar em uma posição confortável para você, deixe os braços ao longo do corpo. Feche os olhos para melhor concentração na respiração, se preferir. Respire profundamente pelo nariz e bem devagar (pausa). Vamos contar até 03 mentalmente enquanto inspiramos (o ar entra), prender o ar no pulmão por 03 tempos (contar mentalmente até 03) e depois soltar o ar mais devagar ainda por 04 tempos (contar até 04 mentalmente). Inspira (pausa) e solta bem devagar. Sinta o ar entrar lentamente pelo nariz, depois preencher todo seu pulmão e sair lentamente pelo nariz. Nesse momento volte sua atenção para sua respiração. Perceba que ao respirar lentamente seu corpo relaxa cada vez mais (pausa).

Dirija sua atenção aos seus pés e os sinta relaxados, soltos.....agora relaxe suas pernas....respire bem devagar....procure esvaziar sua mente de preocupações e se mesmo assim os pensamentos virem os acolha e volte suavemente sua atenção para sua respiração...respire e relaxe...relaxe agora seu quadril e sinta ele também relaxar....Se pensamentos de distração vierem a sua mente, os acolha, mas volte sua atenção novamente para sua respiração.

Com sua respiração lenta e profunda, você percebe crescer uma sensação de paz e bem estar.....leve seu pensamento para seu bebê que está na sua barriga....continue respirando bem devagar...respire e relaxe.... imagine uma luz forte e bonita que se inicia na sua barriga e vai ficando cada vez mais forte e bonita e se espalha por todo seu corpo, trazendo uma sensação de calma e saúde....todo o seu corpo está iluminado e tranquilo...você carrega junto a você o milagre da vida, respire e relaxe..... tudo nesse momento em seu corpo está funcionando em perfeita harmonia e quanto mais você relaxa mais energia de saúde você alcança.... sinta suas costas relaxadas, sinta seus ombros e braços relaxados com sensação de bem-estar.... essa calma e paz vai para suas mãos e dedos.

Imagine seu rosto relaxado, calmo, sereno, iluminado e tranquilo, sinto que o relaxamento está em todo seu corpo e no seu bebê. Seu corpo e seu bebê agradecem por esse momento inspira e relaxa.....e mesmo quando terminar esses momentos essa sensação de calma e paz continuará com você e seu bebê ao longo do dia.

Devagar comece a perceber seus braços, suas mãos, suas pernas.... movimente lentamente e com calma seu corpo.... abra seus olhos lentamente.

APÊNDICE D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Data: ___/___/___

Título do estudo: Técnicas de Relaxamento Aplicadas em Gestantes de Alto Risco (Dissertação de mestrado profissional em saúde da mulher)

Pesquisador responsável: Profa. Dra. Lorena Citó Lopes Resende Santana

E-mail para contato: lorenacito@gmail.com

Telefone para contato: (86) 99981-3880

Pesquisadora assistente: Lorena Mendes Vilarinho de Andrade

Telefone para contato: (86)99991-3992

E-mail para contato: lorena_vilarinho@hotmail.com

Local da coleta de dados: Maternidade Dona Evangelina Rosa-MDER

A Sra. é nossa convidada para participar de forma totalmente voluntária desta pesquisa, que se trata de um trabalho científico do tipo dissertação de mestrado. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder às perguntas, é importante que compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Estamos a sua disposição para responder todas as suas dúvidas antes da sua decisão em participar. A senhora tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, retirando o seu consentimento, a qualquer tempo, independente de justificativa, sem nenhuma penalidade.

As técnicas de relaxamento que aplicadas serão o relaxamento muscular progressivo (contrair e descontraír vários grupos de músculos em todo o corpo, prestando atenção às sensações que acompanham a tensão e o relaxamento e aprendendo a contrastar as sensações associadas a estes dois estados.), a respiração controlada (com os olhos fechados realizar movimentos de respiração lenta e expansiva) e a criação de imagens guiadas (A imagem guiada é uma intervenção mente-corpo que usa a própria imaginação e o processamento mental do paciente para a formação de uma representação mental de um objeto, lugar, evento ou situação percebida por meio dos sentidos. O paciente é instruído a se concentrar em imagens agradáveis para substituir sentimentos negativos ou estressantes. As imagens guiadas podem ser autodirigidas). Todas essas técnicas serão conduzidas juntamente com o profissional psicólogo.

Justificativa

A internação hospitalar desencadeia na gestante ansiedade, estresse, medo e interrupção de sua rotina. Nesse contexto a saúde mental materna deve ser vista com maior atenção para prevenção de transtornos mentais. O Psicólogo no hospital maternidade pode buscar estratégias e ações que visam a melhoria da saúde mental materna, e logo, diminuição do sofrimento mental no ambiente hospitalar. Diante disso, o Psicólogo no hospital maternidade deve intervir com técnicas efetivas que possam ser aplicadas no ambiente hospitalar em que a gestante se encontra internada.

Diante desse cenário, propõe-se estudar os efeitos das técnicas de relaxamento nos níveis de ansiedade e depressão em gestantes de alto risco hospitalizadas. Intervenções eficazes são estratégias para o bem-estar psicológico e prevenção de transtornos mentais de gestantes tornando a gravidez mais segura para mãe, bebê e família.

-Implementar protocolos de técnicas de relaxamento em gestantes de alto risco hospitalizadas.

Objetivos secundários do estudo

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, obstétrico e psicossocial de gestantes de alto risco hospitalizadas;
- Avaliar o nível de ansiedade das gestantes de alto risco hospitalizadas;
- Avaliar o nível de depressão em gestantes de alto risco hospitalizadas;
- Identificar variáveis associadas ao aumento da ansiedade e depressão nas gestantes durante a internação hospitalar.

Riscos e benefícios

A sua participação nesta pesquisa envolve risco mínimo como desconforto que perpassa a experiência íntima de cada participante com seu estado de saúde. E como forma de contornar o risco, no momento da entrevista nós pesquisadores iremos observar qualquer manifestação de desconforto e nos comprometemos a interromper a entrevista e a acolher você na evidência de qualquer incômodo. Além disso, nos comprometemos em manter conduta de discrição, discernimento e ética para tornar esse momento tranquilo e acolhedor.

Tendo em vista que os benefícios do estudo superam o risco previsto, ao participar dessa pesquisa a senhora se beneficiará de forma rápida com o relaxamento psicológico e consequente melhoria da saúde emocional, assim como também estará contribuindo para que se tenha uma pesquisa relevante e com retorno social a respeito do tema estudado.

Você não arcará com os custos dessa pesquisa, mesmo que aja por qualquer motivo, asseguramos que diante dos mesmos, você será devidamente ressarcida. Não haverá nenhum tipo de pagamento por sua participação.

Sigilo

Os resultados obtidos no estudo serão utilizados para fins científicos (divulgação em revistas e em eventos científicos) e os pesquisadores se comprometem em manter o sigilo e anonimato da sua identidade, como estabelece a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/2012 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Para qualquer outra informação, a sra. poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI, na Pró Reitoria de Pesquisa - PROPESQ, no Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, Bairro Ininga, Teresina –PI, telefone (86) 3237-2332, e-mail cep.ufpi@ufpi.br.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, aceito participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Assinatura do participante

CPF do participante

Pesquisadores:

Lorena Mendes Vilarinho de Andrade

Lorena Mendes Vilarinho de Andrade
Pesquisadora assistente
CPF: 882.084.003-00

Lorena Citó Lopes Resende Santana

Lorena Citó Lopes Resende Santana
Pesquisadora responsável
CPF: 665.904.343-87
Lorena Citó Lopes Resende Santana
Farmacêutica
Empresa Brasileira de Serviços
Hospitalares-EBSERH/Filial Piauí
SIAPE: 1811636

APÊNDICE E: Protocolo de técnicas de relaxamento psicológico em gestantes de alto risco hospitalizadas

PROTOCOLO		TÉCNICAS DE RELAXAMENTO PSICOLÓGICO EM GESTANTES DE ALTO RISCO HOSPITALIZADAS	
Responsável pela Elaboração	Responsável pela Revisão	Responsável pela Aprovação	
Número do documento	Versão Número	Data Aprovação / Páginas	

<p>1. ABRANGÊNCIA:</p> <p>O Protocolo de técnicas de relaxamento psicológico deverá ser aplicado em gestantes de alto risco hospitalizadas nas enfermarias de tratamento clínico da Maternidade Dona Evangelina Rosa - MDER.</p>
<p>2. OBJETIVOS DO PROTOCOLO:</p> <p>Promover melhora na saúde mental da gestante de alto risco hospitalizada, a fim de reduzir sintomas ansiosos e/ou depressivos.</p>
<p>3. DEFINIÇÃO:</p> <p>A saúde mental da mulher na gestação de alto risco - GAR e com indicação de internação hospitalar requer atenção e cuidados. Mulheres grávidas podem apresentar sofrimento psíquico ao longo da gestação. Estudos mostram que os transtornos mentais mais comuns no período gestacional são ansiedade e depressão. A internação hospitalar na gestação é considerada um fator adicional de estresse, tornando essa mulher mais vulnerável para surgimento de transtornos mentais.</p> <p>Ansiedade e depressão gestacional são fatores de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto e a presença de transtornos psiquiátricos pode impactar de forma direta na gestação, por exemplo com o aumento das taxas de abortamento, de prematuridade, de baixo peso ao nascer, de pré-eclâmpsias, de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor do feto e depressão pós-parto materna. Também há possíveis implicações indiretas, como negligências nos cuidados pré e pós-natais (BRASIL, 2012).</p> <p>O Protocolo de técnicas de relaxamento em gestantes de alto risco hospitalizadas mostrou-se eficaz em reduzir os sintomas ansiosos e depressivos. O protocolo é acessível e tem aplicabilidade prática, sendo um recurso na promoção de saúde mental materna, com custos reduzidos e viável dentro do ambiente hospitalar.</p>
<p>4. FLUXOGRAMA E RESPONSÁVEIS PELO PROCESSO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificação da gestante de alto risco com sintomas ansiosos e/ou depressivos e sem previsão de alta hospitalar / qualquer membro da equipe multidisciplinar. - Solicitação de avaliação psicológica para a gestante / médico ou enfermeiro. - Avaliação psicológica e encaminhamento, se necessário, para participação do relaxamento psicológico / Psicólogo. - Organização de horário e ambiente para realização das técnicas de relaxamento / enfermeiro e Psicólogo. <p>No que tange à psicologia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - Palestra “relâmpago” sobre “Benefícios da respiração lenta e profunda nos aspectos psicológicos”. 2 - Realizar a 1º sessão de relaxamento psicológico utilizando as técnicas de respiração controlada e a criação de imagens guiadas voltadas para gestantes.

3 - Realizar no mínimo 03 sessões com as técnicas de relaxamento no período de até 05 dias, sendo no máximo 01 sessão por dia.
5. GLOSSÁRIO:
MDER – Maternidade Dona Evangelina Rosa GAR – Gestação de Alto Risco
6. ANEXOS: ANEXO A: Inventário de Ansiedade: A Mente Vencendo o Humor ANEXO B – Palestra relâmpago “Os benefícios da respiração lenta e profunda nos aspectos psicológicos”. ANEXO C – Roteiro para relaxamento com gestantes
7. BIBLIOGRAFIA E DOCUMENTOS EXTERNOS DE REFERÊNCIA:
ARAÚJO, W. S.; ROMERO, W. G.; ZANDONADE, E.; AMORIM, M. H. C. Effects of relaxation on depression levels in women with high-risk pregnancies: a randomised clinical trial. Rev. Latino-Am. Enfermagem . v.24, n.e2806, p.1-8,2016. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1249.2806 .
BIAGGI, A.; CONROY, S.; PALWBY, S.; PARIANTE, C.M. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. Journal of Affective Disorders , v.191, p. 62–77, 2016.
BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2012.