

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Mariana Gauterio Tavares

**ANSIEDADE, DEPRESSÃO E IDEAÇÃO SUICIDA EM GESTANTES DE ALTO
RISCO DO EXTREMO SUL DO BRASIL**

Rio Grande, 2024

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Mariana Gauterio Tavares

**ANSIEDADE, DEPRESSÃO E IDEAÇÃO SUICIDA EM GESTANTES DE ALTO
RISCO DO EXTREMO SUL DO BRASIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Carla Vitola Gonçalves

Rio Grande, 2024

Ficha Catalográfica

T231a Tavares, Mariana Gauterio.

Ansiedade, depressão e ideação suicida em gestantes de alto risco do extremo sul do Brasil / Mariana Gauterio Tavares. – 2024.
135 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Rio Grande/RS, 2024.

Orientadora: Dra. Carla Vitola Gonçalves.

1. Gravidez de Alto Risco 2. Depressão 3. Ansiedade 4. Ideação Suicida I. Gonçalves, Carla Vitola II. Título.

..

CDU 618.3

Catálogo na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344



Programa de
Pós-Graduação
em Ciências da Saúde
Universidade Federal do Rio Grande

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
DOUTORADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ATA DA SESSÃO DE DEFESA ABERTA DE TESE DE DOUTORADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

A banca examinadora, designada pela Portaria nº 799/2024 de oito de abril de dois mil e vinte e quatro, em sessão presidida e registrada pela orientadora, Profa. Dra. Carla Vitola Gonçalves, reuniu-se no dia sete de junho de dois mil e vinte e quatro, às quatorze horas, por meio de videoconferência (<https://conferenciaweb.rnp.br/sala/carla-vitola-goncalves-carla>), para avaliar a Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, intitulada: **“Ansiedade, depressão e ideação suicida e fatores associados em gestantes de alto risco do extremo sul do Brasil”** da doutoranda Mariana Gauterio Tavares. Para o início dos trabalhos, a Senhora Presidente procedeu à abertura oficial da sessão, com a apresentação dos membros da banca examinadora. A seguir, prestou esclarecimentos sobre a dinâmica de funcionamento da sessão, concedendo o tempo de até 50 (cinquenta) minutos para a apresentação da tese pela doutoranda, que iniciou às 14 horas e terminou às 14 horas e 46 minutos. Após a apresentação, passou a palavra aos membros da banca examinadora, para que procedessem à arguição e apresentassem suas críticas e sugestões. Ao término dessa etapa de avaliação, de acordo com os membros da banca examinadora, a tese de doutorado avaliada foi aprovada.

Rio Grande, 07 de junho de 2024.

Documento assinado digitalmente

gov.br

CARLA VITOLA GONCALVES
Data: 07/06/2024 17:14:03-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

PROFA. DRA. CARLA VITOLA GONÇALVES (ORIENTADORA – FURG)

PROF. DR. LUCIANO DIAS DE MATTOS SOUZA (EXTERNO – UCPEL)

Documento assinado digitalmente

gov.br

RODRIGO DALKE MEUCCI
Data: 25/06/2024 11:32:09-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

PROF. DR. RODRIGO DALKE MEUCCI (TITULAR – FURG)

PROFA. DRA. MIRELLE DE OLIVEIRA SAES (TITULAR – FURG)

PROF. DR. AUGUSTO DUARTE FARIA (SUPLENTE – FURG)

Ciente: _____

Mariana Gauterio Tavares - Doutorando (a) FURG

AGRADECIMENTOS

Escrever uma tese é um processo solitário. Porém, é impossível concluir um doutorado sem o apoio das muitas pessoas que estiveram comigo durante esta caminhada e sem as quais o caminho teria sido tão mais árduo e talvez até inacabado.

Agradeço pelo apoio da minha mãe, que sempre irá acreditar que sou a melhor psicóloga por onde eu for, que sempre torceu e me apoiou, infinitamente, em todas as etapas da minha vida. Durante o doutorado não foi diferente.

Agradeço ao meu companheiro, Pedro, grande pesquisador. Sempre incentivando meu crescimento profissional, pessoal, validando todas as minhas necessidades e discutindo assuntos de áreas totalmente opostas. Ainda, pela sua paciência quando eu entrava no modo “hiperfoco”. Também ao nosso Pantufa, sempre do lado durante as escritas, fazendo a guarda.

Agradeço à minha tia, Fátima, pela inspiração, a primeira doutora da família.

Agradeço ao PGG Ciências da Saúde da FURG, que me presenteou com colegas maravilhosas: Rafa, Mari, Lívia, Maíra e Ju. Sobrevivemos juntas ao primeiro ano e seguiremos tendo umas às outras. Nosso grupo de *whats* para fofocas/dúvidas é incentivo, saúde mental e aprendizado de umas com as outras. Mulheres na ciência!

Minha grande amiga, Tati, que, mesmo de longe, esteve sempre perto, seja para trocas, apoio, seja para lamentações. Minha amiga, Merlyn, também doutoranda, que me ajuda a aceitar que o jeito é estudar. Sarah, a amiga mais antiga que sabe que muito da minha distância estava relacionada ao objetivo de virar doutora.

Agradeço ainda aos colegas do CAP: Ana, Paula, Sara, Luciano e Letícia, que tão bem me acolheram, mas que me deixaram na obrigação de não parar de estudar nunca, para me manter em um nível tão alto quanto o deles.

À minha banca de qualificação: Lauro Demenech, Luciano Mattos e Rodrigo Meucci. Suas orientações e sugestões foram essenciais na condução deste trabalho.

Agradeço à Universidade Federal do Rio Grande, a qual possibilitou a redução parcial da minha carga horária de trabalho, compreendendo a necessidade de valorização e qualificação dos técnicos administrativos em educação. A mesma universidade onde fiz minha graduação e atuo como profissional há mais de 10 anos.

A todas as profissionais do Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco (PNAR) por todos os meses de apoio e por tudo que pude aprender com vocês.

Aos colegas do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) pela paciência comigo!

À Gestão de Ensino e Pesquisa (GEP) do HU/FURG e ao Programa de Iniciação Científica da Ebserh, que possibilitou a remuneração de uma bolsista durante o período de coleta de dados.

À Bia, Simone, Daiana, Pamela e Carol, entrevistadoras que me auxiliaram infinitamente nas coletas intermináveis. Estiveram firmes comigo mesmo nos dias de chuva quando não tínhamos nenhuma participante. Com certeza, os dias mais exaustivos foram nos meses de coletas de dados e vocês ajudaram a torná-los muito mais divertidos.

Agradeço imensamente a todas as gestantes que disponibilizaram um pouco do seu tempo para esta pesquisa em um momento tão delicado de suas vidas. Espero que, de alguma forma, eu possa retribuir com algum impacto na melhora da compreensão e cuidado oferecidos a outras gestantes.

Por fim, meu muito obrigada, à minha maravilhosa orientadora, Carla Vitola, que sempre, com toda sutileza, soube conduzir-me. Sempre esteve presente. Com seu jeitinho, calmo para conversar e rápido para resolver, fez-me sentir sempre acolhida, além de dar-me segurança.

RESUMO

A gravidez é um importante evento na vida da mulher, acompanhado por mudanças fisiológicas e psicológicas e associado a um maior risco de sofrimento emocional. Em gestantes de baixo risco, encontra-se uma prevalência de ansiedade entre 15,2% e 26,5%, de depressão entre 18,1% e 30,1% e, de ideação suicida, entre 5,2% e 19,8%. No entanto, em gestantes de alto risco, encontram-se na literatura prevalências superiores, sendo de ansiedade entre 16,3% e 79,7%, e de depressão entre 37,5% e 59,5%. A prevalência de ideação suicida entre gestantes que vivem com HIV é de 8,2% a 39%. A presença de ansiedade e depressão aumentam os riscos para gestantes e o feto ou recém-nascido, pois estão associadas com: pré-natal inadequado; parto prematuro; baixo peso; dificuldades na relação mãe/bebê; entre outras complicações. Por isso, foram construídos dois artigos. Os objetivos do primeiro artigo foram avaliar a prevalência de depressão e ideação suicida em gestantes de alto risco de um ambulatório especializado, localizado do extremo sul do Brasil, bem como identificar possíveis fatores associados a estes desfechos. Já o segundo artigo teve como objetivo avaliar a prevalência de ansiedade-traço e ansiedade-estado nesta mesma população, além de identificar possíveis fatores associados aos desfechos. A coleta de dados de ambos os estudos foi realizada entre setembro de 2022 e abril de 2023, com todas as gestantes que ingressaram no ambulatório durante o período da pesquisa, obtendo-se uma amostra do tipo censo. Participaram da pesquisa 217 gestantes de alto risco que responderam ao questionário sociodemográfico, clínico e de hábitos, Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) e Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Apesar de 232 grávidas serem consideradas elegíveis para participação na pesquisa, ocorreram 14 recusas e 03 perdas. O cálculo amostral foi realizado no Software Epi Info 7.2.5.0 e a análise dos dados no Stata 15.0. A análise ajustada obedeceu a um modelo hierárquico previamente definido, utilizando o método de *backward*. Referente ao primeiro artigo, foram calculadas as razões de prevalência, IC de 95% e qui quadrado de Pearson. Na análise ajustada foi utilizada Regressão de Poisson. A prevalência de depressão e de ideação suicida foi de 40,5% e 20%, respectivamente. Foram identificadas associações entre o aumento de depressão e cor de pele parda e preta (RP: 1,09; IC_{95%}: 1,01-1,19), histórico de doença mental (RP: 1,18; IC_{95%}: 1,07-1,36), suporte social considerado como bom (RP:1,19; IC_{95%}: 1,05-1,36) e suporte social considerado mediano ou ruim (RP:1,34; IC_{95%}: 1,20-

1,51). Foram encontradas associações entre maior prevalência de ideação suicida e gestação não planejada (RP 1,03; IC_{95%}: 1,01-1,06), viver com HIV (RP 1,17; IC_{95%}: 1,02-1,34), história pessoal de doença mental (RP: 1,15; IC_{95%}: 1,06-1,23), suporte social bom (RP: 1,16; IC_{95%}: 1,06-1,29), e suporte social percebido como mediano ou ruim (RP: 1,17; IC_{95%}: 1,07-1,29). Referente ao segundo artigo, foram calculadas as médias e IC de 95% com ANOVA, posteriormente sendo utilizada Regressão Linear na análise ajustada. Foi encontrada uma prevalência de ansiedade-estado de 59,1% e de ansiedade-traço de 63,8%. O suporte social muito bom esteve associado à menores médias de ansiedade-estado em comparação com o suporte social bom (M: -8,70; IC_{95%}: -12,83; -4,58) e com o suporte social mediano ou ruim (M: -3,59; IC_{95%}: -7,80; 0,62). Em relação à ansiedade-traço, ter escolaridade ≥ 13 anos (M: -3,69; IC_{95%}: -7,07; -0,32), apoio social muito bom (M: -8,42; IC_{95%}: -12,51; -4,34; M: -3,45; IC_{95%}: -7,58; 0,68) e não estar em tratamento de doença mental (M: -4,6; IC_{95%}: -8,69; -0,37) estiveram associados à menores médias, enquanto gestação não planejada (M: 3,28; IC_{95%}: 0,04; 6,51) e história de doença mental (M: 5,27; IC_{95%}: 2,00; 8,54) foram associados à maiores médias de ansiedade-traço. Entre os principais resultados dos estudos, destaca-se a necessidade de planejamento familiar, que foi identificado como uma importante estratégia no que se refere à saúde mental dessas mulheres; a influência do temperamento anterior à gestação e; a importância de se valorizar a ampliar as redes de apoio, pois autopercepção de suporte social mediano/ruim foi a única variável que esteve associada aos quatro desfechos. Dessa forma, aponta-se para a importância de triagem psicológica nos serviços especializados como estratégia de prevenção ao agravamento dos sintomas emocionais associados à gestação.

Palavras-chave: Gravidez de Alto Risco. Depressão. Ansiedade. Ideação Suicida.

Objetivo do Desenvolvimento Sustentável (ODS): 3 - Saúde e Bem-estar

ABSTRACT

Pregnancy is an important event in a woman's life, accompanied by physiological and psychological changes and associated with a greater risk of emotional distress. In low-risk pregnant women, there is a prevalence of anxiety between 15.2% and 26.5%, depression between 18.1% and 30.1% and suicidal ideation between 5.2% and 19.8%. However, in high-risk pregnant women, higher prevalences are found in the literature, with anxiety between 16.3% and 79.7% and depression between 37.5% and 59.5%. The prevalence of suicidal ideation among pregnant women living with HIV is between 8.2% and 39%. The presence of anxiety and depression increases the risks for pregnant women and the fetus or newborn, as they are associated with: inadequate prenatal care; premature birth; low birth weight; difficulties in the mother/baby relationship; among other complications. Two articles were therefore produced. The objectives of the first article were to assess the prevalence of depression and suicidal ideation in high-risk pregnant women at a specialized outpatient clinic located in the far south of Brazil, as well as to identify possible factors associated with these outcomes. The second article aimed to assess the prevalence of trait anxiety and state anxiety in this same population, as well as identifying possible factors associated with these outcomes. Data collection for both studies took place between September 2022 and April 2023, with all the pregnant women who entered the outpatient clinic during the research period. A cross-sectional study was performed with a census-type sample of 217 pregnant women who answered a sociodemographic questionnaire, the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Although 232 pregnant women were considered eligible to take part in the study, there were 14 refusals and 03 losses. The sample was calculated using Epi Info 7.2.5.0 software and the data was analyzed using Stata 15.0. The adjusted analysis followed a previously defined hierarchical model, using the backward method. For the first article, the prevalence ratios, 95%CI and Pearson's chi square were calculated. Poisson regression was used in the adjusted analysis. The prevalence of depression and suicidal ideation was 40.5% and 20%, respectively. Associations were found between increased depression and brown and black skin color (PR: 1.09; 95%CI: 1.01-1.19), history of mental illness (PR: 1.18; 95%CI: 1.07-1.36), social support considered good (PR:1.19; 95%CI: 1.05-1.36) and social support considered average

or poor (PR:1.34; 95%CI: 1.20-1.51). Associations were found between a higher prevalence of suicidal ideation and unplanned pregnancy (PR 1.03; 95%CI: 1.01-1.06), living with HIV (PR 1.17; 95%CI: 1.02-1.34), personal history of mental illness (PR: 1.15; 95%CI: 1.06-1.23), good social support (PR: 1.16; 95%CI: 1.06-1.29), and social support perceived as average or poor (PR: 1.17; 95%CI: 1.07-1.29). With regard to the second article, the means and 95% CI were calculated using ANOVA, after which Linear Regression was used in the adjusted analysis. A prevalence of state anxiety of 59.1% and trait anxiety of 63.8% was found. Very good social support was associated with lower mean state-anxiety scores compared to good social support (M: -8.70; 95%CI: -12.83; -4.58) and average or poor social support (M: -3.59; 95%CI: -7.80; 0.62). With regard to trait anxiety, having ≥ 13 years of schooling (M: -3.69; 95%CI: -7.07; -0.32), very good social support (M: -8.42; 95%CI: -12.51; -4.34; M: -3.45; 95%CI: -7.58; 0.68) and not being treated for mental illness (M: -4.6; 95%CI: -8.69;-0.37) were associated with lower mean scores, while unplanned pregnancy (M: 3.28; 95%CI: 0.04; 6.51) and a history of mental illness (M: 5.27; 95%CI: 2.00; 8.54) were associated with higher mean scores of trait anxiety. The main results of the studies include the need for family planning, which has been identified as an important strategy with regard to the mental health of these women; the influence of temperament prior to pregnancy and; the importance of valuing and expanding support networks, since self-perception of average/poor social support was the only variable that was associated with all four outcomes. This points to the importance of psychological screening in specialized services as a strategy for preventing the worsening of emotional symptoms associated with pregnancy.

Keywords: High-risk pregnancy. Depression. Anxiety. Suicidal Ideation.

Sustainable Development Goal (SDG): 3 - Health and well-being

LISTA DE TABELAS

Table 1 - Description of the sample of high-risk pregnant women in the far south of Brazil 2022/2023.....	81
Table 2 –Crude and adjusted analysis of factors associated with depression in high-risk pregnant women in the far south of Brazil 2022/2023.....	82
Table 3 - Crude and adjusted analysis of factors associated with suicidal ideation in high-risk pregnant women in the far south of Brazil 2022/2023.....	83
Tabela 1 – Características socioeconômicas, obstétricas e psicossociais de gestantes de alto risco de um ambulatório especializado.....	96
Tabela 2 - Análise bruta e ajustada de variáveis associadas a ansiedade estado em gestantes de alto risco.....	98
Tabela 3 – Análise bruta e ajustada de variáveis associadas a ansiedade traço em gestantes de alto risco.....	100

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Termos de busca e bases de dados consultadas na revisão sobre ideação suicida em gestantes de alto risco.....	18
Quadro 2 – Cálculo de tamanho amostral para prevalências dos desfechos.....	42
Quadro 3 – Cálculo de tamanho de amostra para fatores associados à depressão.....	42
Quadro 4 – Cálculo de tamanho de amostra para fatores associados à ansiedade..	42
Quadro 5 – Cálculo de tamanho de amostra para fatores associados à ideação suicida.....	43
Quadro 6 – Níveis hierárquicos utilizados na análise dos dados.....	47

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma da seleção dos estudos sobre depressão na gestante de alto risco.....	16
Figura 2 – Fluxograma da seleção dos estudos sobre ansiedade na gestante de alto risco.....	17
Figura 3 – Fluxograma da seleção dos estudos sobre ideação suicida na gestante de alto risco.....	19

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	Associação Americana de Psicologia
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEPAS	Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde
DASS	Depression, Anxiety and Stress Scale
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
EDERG	<i>Depression During Pregnancy Risk Scale</i>
EPDS	Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo
FURG	Fundação Universidade do Rio Grande
GAS	Gestantes de alto risco
HADS	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
HARSI	<i>HIV-Related Shame Inventory</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HU	Hospital Universitário
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IS	Ideação suicida
ISRS	inibidores seletivos da recaptação da serotonina
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MADRS	Montgomery-Asberg Depression Rating Scale
Medline	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
NDRIs	Inibidores da recaptação da noradrenalina / dopamina
ODS	Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PE	Pré-eclâmpsia
PHQ	<i>Patient Health Questionnaire</i>
PNAR	Pré-natal de Alto Risco

PRIME-MD	Primary Care Evaluation of Mental Disorders
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SciELO	<i>Scientific Library Eletronic Online</i>
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNRIs	Inibidores da recaptação da serotonina-norepinefrina
SRQ	Self Report Questionnaire
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	15
2.1 PRINCIPAIS DOENÇAS RELACIONADAS A GESTAÇÕES DE ALTO RISCO	19
2.3 DEPRESSÃO NA GESTANTE DE ALTO RISCO E FATORES ASSOCIADOS.....	24
2.4 IDEAÇÃO SUICIDA NAS GESTANTES DE ALTO RISCO E FATORES ASSOCIADOS	29
2.5 ANSIEDADE NA GESTANTE DE ALTO RISCO E FATORES ASSOCIADOS	32
3. JUSTIFICATIVA	37
4. OBJETIVOS	39
4.1 OBJETIVO GERAL	39
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	39
5. METODOLOGIA.....	40
5.1 LOGÍSTICA	43
5.1.1 Aplicação do Questionário sociodemográfico e clínico	44
5.1.2 Aplicação de instrumentos validados	44
5.2 ANÁLISE DOS DADOS.....	46
6. ASPECTOS ÉTICOS.....	48
7. CONCLUSÕES	49
REFERÊNCIAS	50
Artigo 1 – Submetido ao periódico Estudos de Psicologia (PUC-Campinas), Qualis A1 na área de Medicina 2.....	60
Artigo 2 – Submetido ao periódico Estudos de Psicologia (Natal – UFRN), Qualis A1 na área de Medicina 2.....	84
APÊNDICE A – QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DOS ARTIGOS SOBRE DEPRESSÃO	107
APÊNDICE B – QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DOS ARTIGOS SOBRE ANSIEDADE	113
APÊNDICE C – QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DOS ARTIGOS SOBRE A TEMATÁTICA IDEAÇÃO SUICIDA.....	124
ANEXO I – TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO	129
ANEXO II - VERSÃO EM PORTUGUÊS DA ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO	130
ANEXO III - IDATE TRAÇO.....	131
ANEXO IV – IDATE ESTADO	131
ANEXO V - PARECER CEP	133

1. INTRODUÇÃO

A gravidez é um importante evento na vida, acompanhado por mudanças psicológicas e fisiológicas (Ayano; Tesfaw; Shumet, 2019), podendo ser um período de grande alegria e de expectativas positivas, mas também de estresse e de dificuldades físicas e mentais. Com as alterações físicas, hormonais, psíquicas e sociais que ocorrem no corpo e cotidiano, a gestação está associada a um maior risco de sofrimento emocional (Carvalho *et al.*, 2021).

A literatura mostra uma alta prevalência de sintomas depressivos e ansiosos entre mulheres grávidas. Quanto aos sintomas depressivos, Yin *et al.* (2021) identificaram uma prevalência global entre 18,1% e 30,1% de depressão em gestantes através de um estudo de revisão sistemática e metanálise. No entanto, estudos com gestantes de alto risco chegam a prevalências entre 37,5% (Soares; Bello; Traebert, 2023) e 59,2% de depressão em pacientes ambulatoriais (Borges *et al.*, 2021) e entre 39% (Souza *et al.*, 2021) a 59,5% em gestantes hospitalizadas (Carvalho *et al.*, 2021). Já a prevalência de ideação suicida em gestantes varia entre 5,16% (Shi *et al.* 2018) e 19,8% (Garman *et al.*, 2019). Em gestantes que vivem com HIV, a prevalência encontrada na literatura varia entre 8,2% (Zewdu *et al.*, 2021) e 39% (Rodriguez *et al.*, 2018). Não foram identificados estudos com a prevalência de ideação suicida em gestantes de alto risco com outras patologias além do HIV.

Em relação a ansiedade, as gestantes em geral apresentam uma prevalência entre 15,2% e 26,5% (Grigoriadis *et al.*, 2018; Tang *et al.*, 2019; Naja *et al.*, 2020; Nielsen-Scott, Fellmeth, Opondo & Alderdice, 2022; Langille, Andreou & Piccinini-Vallis, 2023). Porém, os estudos referentes às gestações de alto risco, mostram prevalências entre 16,3% (Palma *et al.*, 2020) e 79,7% (Borges *et al.*, 2021) de ansiedade durante o período da pandemia de COVID-19. Esses dados indicam a necessidade de um olhar profissional voltado para essas mulheres, principalmente em gestações com complicações, visto que a depressão e a ansiedade são os transtornos mentais mais comuns no periparto (Heller *et al.*, 2020; Dennis; Falah-Hassani; Shiri, 2017).

Uma gravidez é considerada de alto risco quando apresenta condições ou fatores que aumentam a probabilidade de complicações para mãe, feto ou recém-nascido. Características individuais da gestante (como idade menor do que 15 anos ou maior do que 40, transtornos alimentares, uso abusivo de álcool, de tabaco ou de

outras drogas), história reprodutiva (como óbito fetal de causa não identificada, abortamento espontâneo de repetição), condições clínicas anteriores à gestação (como doença arterial crônica, diabetes, transtornos mentais) e intercorrências na gestação atual (como síndromes hipertensivas, diabetes gestacional, doenças infecciosas) são fatores que indicam uma gestação de alto risco e que devem ser considerados no encaminhamento para um serviço especializado e multiprofissional com o objetivo de diminuir agravos à saúde e mortalidade materna e perinatal (Brasil, 2022).

Frente ao impacto emocional da gestação de alto risco, a escassez de estudos brasileiros sobre o tema, principalmente abordando ideação suicida nesse grupo, o baixo número amostral nas pesquisas encontradas, o uso de escalas não adaptadas para gestantes e a correlação como medida de efeito, este estudo deseja contribuir na compreensão do panorama da saúde mental da gravidez de alto risco no extremo sul do país.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A revisão bibliográfica foi dividida em três etapas a fim de abordar os três desfechos estudados. A primeira etapa foi relacionada ao tema da depressão durante a gestação de alto risco, a segunda relacionada à ansiedade durante a gestação de alto risco e a terceira etapa sobre ideação suicida na mesma população.

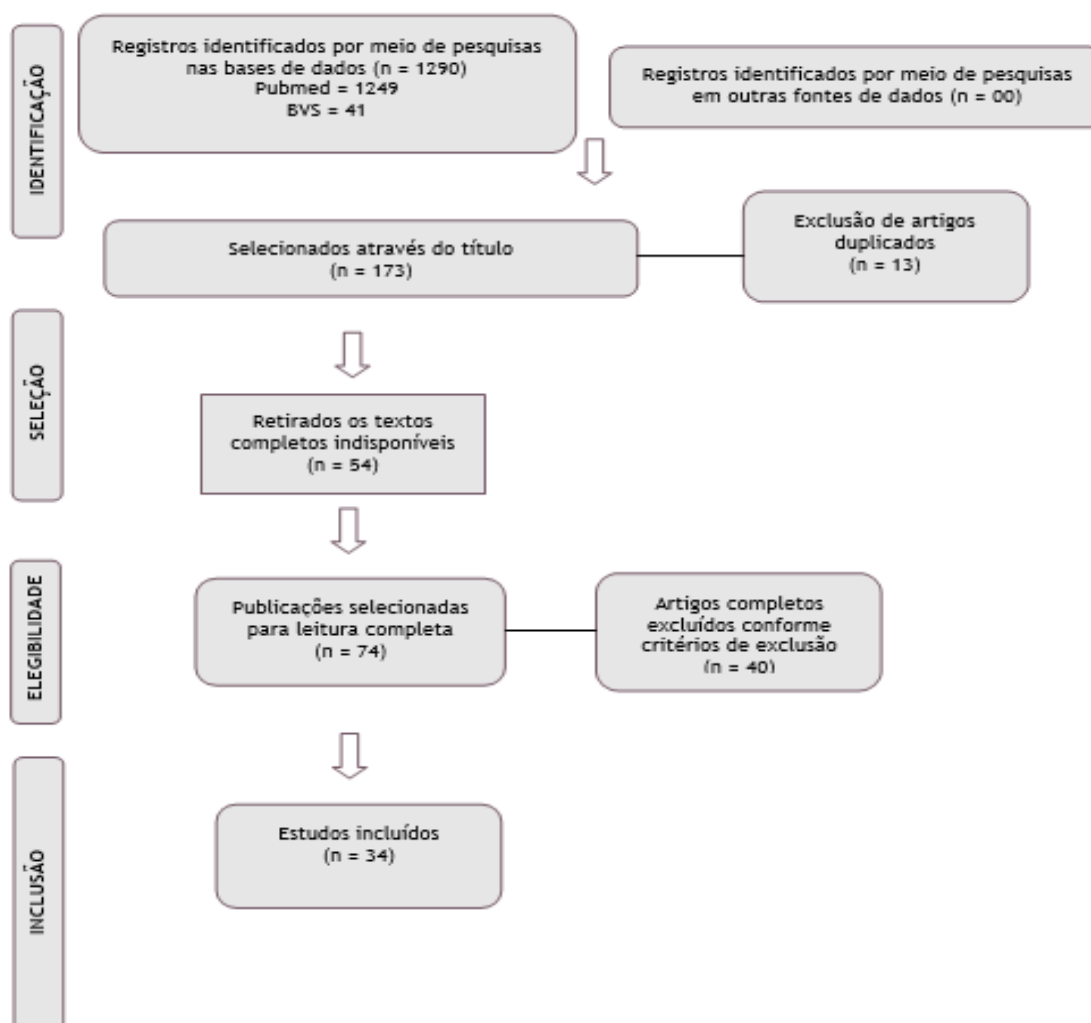
A busca das referências bibliográficas foi realizada através das bases de dados PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que inclui as bases Medline, Scielo e Lilacs, utilizando-se as palavras-chaves e termos descritos pelo *Medical Subject Headings* (MeSH) e pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Para as duas primeiras etapas, os estudos foram importados para o Mendeley, gerando duas bibliotecas. Foram considerados os artigos dos últimos 5 anos, excluindo-se aqueles com população adolescente, revisões sistemáticas e metanálises; estudos em que a amostra pesquisada não era de gestantes de alto risco (puérperas, depressão pós-parto, gestação de baixo risco ou pais de prematuros, por exemplo); estudos de avaliação de eficácia de intervenções; relato de casos; comunicações; monografias, teses e dissertações.

Para a terceira etapa, sobre o tema ideação suicida na gestante de alto risco, foram considerados todos os delineamentos de estudo devido à dificuldade em acessar materiais sobre a temática. Não houve limite temporal durante a busca, sendo excluídos apenas os estudos realizados em puérperas; relato de casos e comunicações.

Para a revisão sobre o desfecho *depressão*, foram utilizados os descritores “gravidez de alto risco” AND “depressão” e “*high-risk pregnancy*” AND “*depression*”, tendo sido encontrados 1290 artigos. Após leitura do título e exclusão de duplicatas, 172 estudos foram selecionados para leitura do resumo. Foram retirados 54 estudos indisponíveis via Portal Capes e, ao final da leitura completa, restaram 34 artigos (Figura 1). Os dados referentes aos artigos selecionados encontram-se listados no quadro de consolidação (Apêndice A) de acordo com desfecho, localidade e ano.

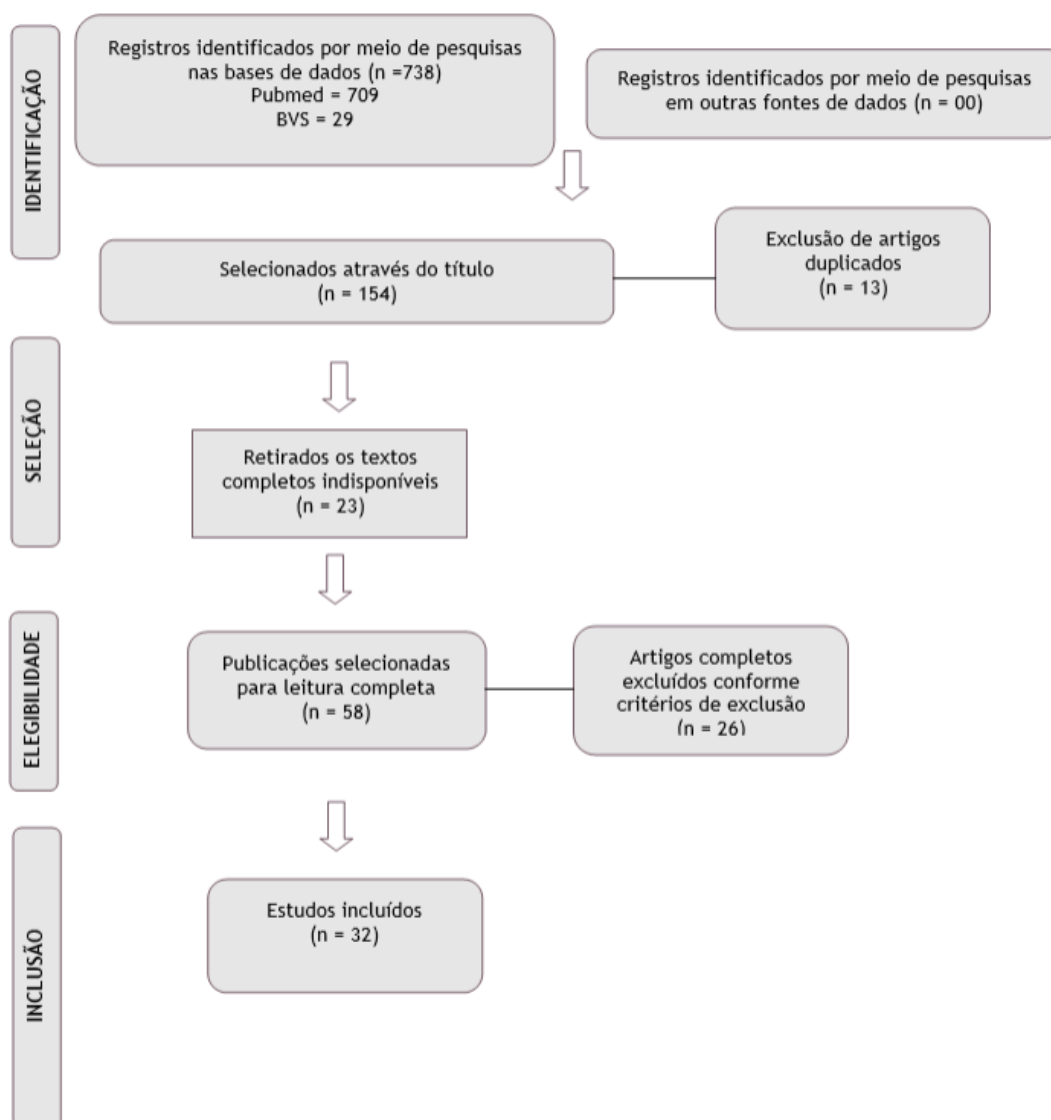
Figura 1 – Fluxograma da seleção dos estudos sobre depressão na gestante de alto risco.



Fonte: figura da autora, adaptado do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA 2015).

Para a revisão sobre o desfecho *ansiedade*, foram utilizados os descritores “gravidez de alto risco” AND “ansiedade” e “*high-risk pregnancy*” AND “*anxiety*”, tendo sido encontrados 738 artigos conforme a Figura 2. Após leitura do título e exclusão de duplicatas e exclusão de textos incompletos, 154 estudos foram selecionados para leitura do resumo. Os estudos indisponíveis foram retirados, totalizando 58 estudos selecionados para leitura completa, dos quais 32 compuseram a amostra final. Os dados referentes aos artigos selecionados encontram-se listados no quadro de consolidação (Apêndice B) de acordo com desfecho, localidade e ano.

Figura 2 – Fluxograma da seleção dos estudos sobre ansiedade na gestante de alto risco.



Fonte: figura da autora, adaptado do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA 2015).

Para a revisão sobre o desfecho *ideação suicida*, foram utilizados os descritores “*high-risk pregnancy*” AND “*suicidal ideation*”, “*high-risk pregnancy*” AND “*edinburgh postnatal scale*”, “*diabetes*” AND “*pregnancy*” AND “*suicidal ideation*”, “*hypertension*” AND “*pregnancy*” AND “*suicidal ideation*” e “*hiv*” AND “*pregnancy*” AND “*suicidal ideation*”, “*perinata*” AND “*suicide*” AND “*high-risk pregnancy*”, “*perinata*” AND “*suicidal ideation*” AND “*high-risk pregnancy*”, “*self-harm*” AND “*high-risk pregnancy*” e, por fim, “*suicidality*” AND “*high-risk pregnancy*”, tendo sido encontrados 678 artigos, conforme o Quadro 1. Destes, 100 foram selecionados para leitura do resumo e apenas 9 estudos eram referentes a gestantes de alto risco, sendo 7 sobre gestantes soropositivas e um caso clínico sobre uma gestante com DM1 e um com população

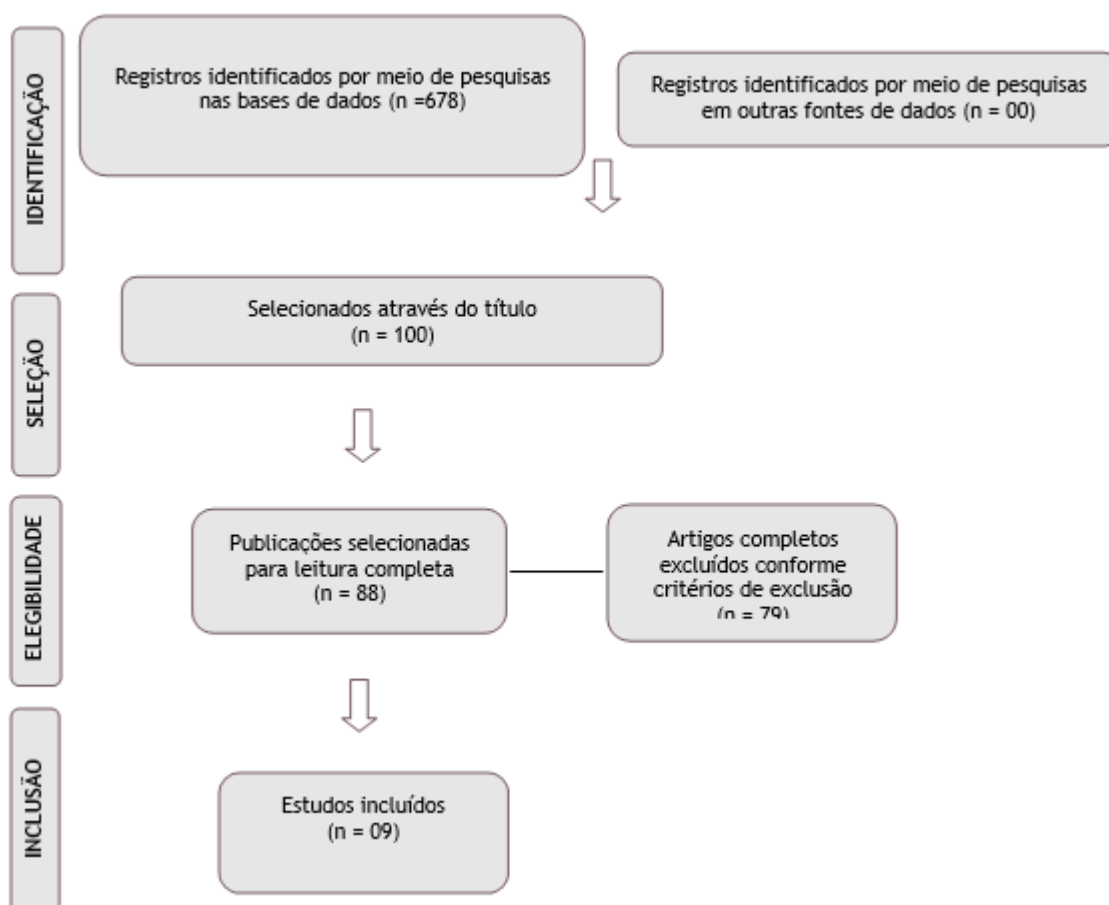
heterogênea publicado em 2011 (Figura 3). Os artigos selecionados encontram-se no Apêndice C. Os demais estudos não se referiam a gestantes de alto risco, mas contribuíram com esta revisão.

Quadro 1 – Termos de busca e bases de dados consultadas na revisão sobre ideação suicida em gestantes de alto risco.

Termos da busca	Localizados
“high-risk pregnancy” AND “suicidal ideation”	220
high-risk pregnancy” AND “edinburgh postnatal scale”	39
“diabetes” AND “pregnancy” AND “suicidal ideation”	8
“hypertension” AND “pregnancy” AND “suicidal ideation”	9
“hiv” AND “pregnancy” AND “suicidal ideation”	23
“perinatal” AND “suicide” AND “high-risk pregnancy”	61
“perinatal” AND “suicidal ideation” AND “high-risk pregnancy”	29
“self-harm” AND “high-risk pregnancy”	182
“suicidality” AND “high-risk pregnancy”	301
Total	678

Fonte: figura da autora, adaptado do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA 2015).

Figura 3 – Fluxograma da seleção dos estudos sobre ideação suicida na gestante de alto risco.



Fonte: figura da autora, adaptado do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA 2015).

Posteriormente, utilizou-se outros sites, como do Ministério da Saúde (MS), da Organização Mundial da Saúde (OMS), da PsycInfo, American Psychiatric Association (APA), da Organização Panamericana de Saúde (OPAS).

2.1 PRINCIPAIS DOENÇAS RELACIONADAS A GESTAÇÕES DE ALTO RISCO

Entre as principais patologias que abrangem a gestação de alto risco, estão diabetes mellitus, com 18% de prevalência entre as gestantes atendidas no SUS (Brasil, 2022), e síndromes hipertensivas gestacionais, com prevalência entre 5% e 17%. A pré-eclâmpsia acomete entre 10 e 50% dos casos das gestantes com hipertensão arterial (Oliveira *et al.*, 2016).

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica que leva à alteração da ação ou excreção de insulina pelo pâncreas e tem como característica hiperglicemia e distúrbio do metabolismo dos macronutrientes (Almeida *et al.*, 2020). Quando ocorre a intolerância à glicose com início em qualquer período da gestação, denomina-se Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), apesar da doença poder persistir mesmo após o parto (Bolognanl *et al.*, 2021; Phelan *et al.*, 2021). A doença está associada a uma série de complicações tanto para a gestante, como para o feto, incluindo pré-eclâmpsia, necessidade de indução do trabalho de parto, parto cesáreo, prematuridade e natimorto (Phelan *et al.*, 2021). Além disso, a DMG aumenta o risco de macrosomia fetal e, como consequência, eleva também o risco de hipoglicemia neonatal, de partos traumáticos e de obesidade do bebê (Pereira *et al.*, 2016). Dessa forma, o tratamento visa ao controle glicêmico, com o objetivo de diminuir os riscos de possíveis complicações maternas e fetais (Brito *et al.*, 2020). De Souza Mançú *et al.* (2016) avaliaram os sentimentos das gestantes quanto ao tratamento da DMG e relataram o aparecimento de medo, insegurança e insatisfação com a doença. O incômodo pela privação alimentar e pelas internações relacionadas à doença também foram relatados nessa pesquisa. Mak *et al.* (2019) associaram ainda a DMG com sintomas depressivos no pós-parto em mulheres sem história prévia de problemas relacionados à saúde mental.

Já a hipertensão gestacional é definida pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (2020), como “quando há pressão arterial sistólica (PAS) $\geq$ 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) $\geq$ 90 mmHg, considerando-se o 5º ruído de Korotkoff, confirmada por outra medida realizada com o intervalo de quatro horas” (SBC, 2020, p. 581). Quando a hipertensão ocorre durante a gravidez, denomina-se síndrome hipertensiva gestacional (SHG).

A pré-eclâmpsia (PE) ocorre entre 2% e 8% de todas as gestações e, no Brasil, é a principal causa de morte materna (Kahhale; Francisco; Zugaib, 2018) e de parto prematuro terapêutico (SBC, 2020). Kordi *et al.* (2017) ressaltam que a ansiedade pode elevar o risco de PE, enfatizando a necessidade de diagnóstico precoce e de tratamento com o objetivo de proteção à saúde materno-infantil. Ela também deve ser considerada como um fator de risco durante a gestação, visto que está associada à prematuridade, ao baixo peso ao nascer, ao déficit no crescimento fetal, ao aborto e à depressão perinatal (Silva *et al.*, 2015).

O acompanhamento pré-natal de alto risco deve, então, rastrear as principais fragilidades da gestante para direcionar a assistência para essas necessidades, melhorando a qualidade do atendimento e diminuindo os riscos de desfechos desfavoráveis. Já na primeira consulta, deve-se mapear os principais riscos e complicações com objetivo de planejar o acompanhamento (Almeida *et al.*, 2020).

2.2 CONCEITOS E ESTATÍSTICAS DE DEPRESSÃO, IDEAÇÃO SUICIDA E ANSIEDADE

A OMS estimou que, em 2019, uma a cada oito pessoas viviam com pelo menos uma doença mental, sendo os transtornos de ansiedade (3,6%) e depressivos (5%) os mais prevalentes na população. Acredita-se que a partir de 2020, após a pandemia de COVID-19, o número de indivíduos com essas doenças tenha aumentado significativamente (OMS, 2022).

As pessoas com transtornos depressivos apresentam humor triste, vazio ou irritável junto a alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a vida dos indivíduos, trazendo prejuízo em diversas áreas. Fazem parte dessa categoria o transtorno disruptivo de desregulação do humor, o transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), o transtorno depressivo persistente, o transtorno disfórico pré-menstrual e o transtorno depressivo induzido por substância ou medicamento (APA, 2013).

O transtorno depressivo maior, conhecido como depressão, caracteriza-se por alterações nítidas no afeto, na cognição e nas funções neurovegetativas, com a presença de episódios depressivos recorrentes ao longo da vida, na maioria dos casos. Durante um episódio depressivo, o humor se mantém deprimido na maior parte do tempo e a anedonia está quase sempre presente, porém insônia ou fadiga costumam ser as queixas principais. Além de poder apresentar diferentes níveis de gravidade, deve-se ainda especificar as características do episódio atual, como, por exemplo, se existem sintomas ansiosos, características atípicas ou se o início ocorreu no periparto. Entre os critérios diagnósticos do transtorno depressivo estão pensamentos de morte, ideação suicida, tentativa de suicídio ou plano. Este critério está associado à maior gravidade do episódio (APA, 2013).

A OMS estima que 5% da população adulta mundial sofra de depressão, sendo maior a prevalência entre os adultos com mais de 60 anos (5,7%), mulheres (6%) e

gestantes ou mulheres que acabaram de dar à luz (>10%) (OMS, 2023). Mulheres apresentam prevalências entre 1,5 e 3 vezes maiores do que homens, com início dos sintomas no início da adolescência (APA, 2013).

No Brasil, a prevalência de depressão ao longo da vida está em torno de 15,5%. Nas mulheres, essa prevalência pode alcançar 20% e, nos homens, 12%. Na rede de atenção primária de saúde, estima-se que 10,4% dos usuários apresentem depressão isoladamente ou associada a algum transtorno físico. É considerada a doença que incapacita por maior tempo durante a vida (Brasil, 2023), sendo uma das principais causas de incapacidade física e mental (OMS, 2021).

O tratamento psicoterápico é indicado para todos os quadros depressivos, porém, em casos moderados a severos, deve-se avaliar a necessidade de antidepressivos, sendo os de última geração os mais recomendados para adultos – inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), inibidores da recaptação da serotonina-norepinefrina, (SNRIs) ou inibidores da recaptação da noradrenalina / dopamina (NDRIs). A Associação Americana de Psicologia recomenda sete intervenções de abordagens de tratamento com mais evidências para depressão: terapia comportamental, terapia cognitiva, terapia cognitivo-comportamental, psicoterapia interpessoal, terapia cognitiva baseada em *mindfulness*, terapia psicodinâmica e terapia de suporte (APA, 2019).

Já a ideação suicida é quando o suicídio é visto como uma saída para uma situação de sofrimento, podendo abrir as portas para um plano de suicídio (Brasil, 2019). Conforme a OPAS, em 2019, uma em cada 100 mortes no mundo foi por suicídio (OPAS, 2021), sendo este responsável por quase 100.000 mortes por ano nas Américas (OPAS, 2023). Nessa região, houve um aumento de 17% nas taxas de suicídio de 2000 a 2019, ao contrário da taxa global que teve queda de 36%. No Brasil, o Rio Grande do Sul é o estado brasileiro que apresentou as maiores taxas de óbito por suicídio: 10,3/100 mil habitantes, no período entre 2011 e 2016 (MS, 2017).

Embora possa afetar pessoas de qualquer idade, no ano de 2019, o suicídio foi a quarta principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos em todo o mundo. As mulheres têm maior probabilidade de tentar o suicídio, mas os homens têm maior probabilidade de concluir o ato: para cada mulher que morre, são registradas 3,5 mortes de homens por suicídio. Além disso, as evidências disponíveis indicam um impacto desproporcional do suicídio entre grupos em situação de vulnerabilidade, como populações indígenas e pessoas LGBTQI+ (OPAS, 2023).

As taxas de suicídio entre homens são geralmente mais altas em países de alta renda (16,5 por 100 mil). Para mulheres, as taxas de suicídio mais altas são encontradas em países de baixa-média renda (7,1 por 100 mil) (OPAS, 2021). A OPAS (2023) destaca ainda que a pandemia de COVID-19, acentuou fatores de risco para o suicídio, como isolamento social, desemprego e insegurança financeira.

Os transtornos de ansiedade apresentam características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionadas, diferenciando-se da ansiedade adaptativa devido ao excesso ou persistência dos sintomas. Fazem parte dessa categoria o transtorno de ansiedade generalizada, o transtorno do pânico, a ansiedade social, a fobia, a agorafobia e os transtornos de ansiedade induzidos por substâncias (APA, 2013).

Quando a ansiedade é desadaptativa, ela ocorre com duração e frequência desproporcionais, interferindo significativamente no funcionamento psicossocial. O indivíduo ansioso também refere sintomas como inquietação ou “sensação de estar com os nervos à flor da pele”, fadiga, dificuldade de concentração, irritabilidade e tensão muscular, que pode ser acompanhada de tremores, contrações e dores (APA, 2013).

Estima-se que 3,6% da população mundial sofra de ansiedade (OPAS, 2015). A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) identificou a prevalência de ansiedade em 33 países das Américas, onde a maior prevalência encontrada foi de 9,3% no Brasil e a menor 3,6% no México. Nas Américas, foi estimado que 7,7% das mulheres apresentam ansiedade, enquanto apenas 3,6% dos homens apresentam o transtorno. No entanto, a Associação Americana de Psiquiatria estima que 30% dos adultos dos EUA tenham tido transtornos de ansiedade em alguma fase da vida (APA, 2023). Já a Associação Americana de Psicologia estima 18% de prevalência em adultos americanos, sendo que 4% seriam classificados como graves (APA, 2016).

Devido à complexidade em caracterizar a ansiedade, Spielberger (1966) propôs dois conceitos complementares, sendo um definido por um estado psicofisiológico que reflete reações transitórias a situações adversas, denominado ansiedade estado, e outro definido por um traço de personalidade, relacionado a uma tendência do indivíduo em apresentar o estado de ansiedade, denominado ansiedade traço (Leal *et al.*, 2017).

Cabe ressaltar que a ansiedade é uma reação normal ao estresse e níveis leves de ansiedade podem ser benéficos para alertar sobre potenciais perigos e

necessidade de atenção. Porém, em níveis patológicos, é indicado psicoterapia e tratamento medicamentoso, realizados isoladamente ou em combinação (APA, 2023). O tratamento indicado é a Terapia Cognitivo-Comportamental, na qual os pacientes aprendem a compreender como seus pensamentos contribuem para os sintomas de ansiedade. Ao aprender a mudar esses padrões de pensamento, eles podem reduzir a probabilidade e a intensidade dos sintomas de ansiedade (APA, 2016). Quanto aos fármacos, os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) são os medicamentos de primeira linha no tratamento dos transtornos de ansiedade (APA, 2023).

2.3 DEPRESSÃO NA GESTANTE DE ALTO RISCO E FATORES ASSOCIADOS

Fizeram parte desta revisão 34 estudos. Nota-se predomínio dos estudos transversais (71,4%), com métodos quantitativos (97,1%). A escala mais utilizada para avaliar a depressão das gestantes de alto risco foi a EPDS, presente em 55,9% dos estudos. Quanto aos artigos que estudaram uma única comorbidade associada à gravidez de alto risco, as doenças mais prevalentes foram: diabetes (14,7%) e HIV (14,3%), porém outros estudos incluíram hipertensão, pré-eclâmpsia, malformação, esclerose múltipla e hiperêmese gravídica. Quatro estudos (11,76%) consideravam a influência da pandemia de COVID-19 no período gestacional. Observa-se um aumento no número de publicações entre os anos de 2021 e 2022, com 7 e 12 estudos respectivamente. Parece haver tendência de crescimento no interesse sobre a temática visto que, até junho de 2023, foram encontrados mais 6 estudos.

A prevalência sintomatologia depressiva em gestantes de alto risco em estudos com amostras ambulatoriais variou entre 12,5 % (Lee *et al.*, 2019) e 39% (Souza *et al.*, 2021), enquanto com pacientes hospitalizadas essa prevalência variou entre 22,3% (Vergel *et al.*, 2019) e 59,5%% (Carvalho *et al.*, 2021). No Brasil, a prevalência de transtorno depressivo em gestantes de alto risco variou entre 37,5% (Soares; Bello; Traebert, 2023) e 59,2% (Borges *et al.*, 2021). Entre os principais fatores associados a maior prevalência de depressão estão: histórico de aborto ou morte neonatal, doença crônica, histórico familiar de doença mental, idade materna jovem ou avançada, baixa renda, baixa escolaridade, cor de pele não branca, não possuir companheiro, não possuir religião, descontrole glicêmico e pressão alta (Abebe *et al.*, 2022; Acheanpong *et al.*, 2022; Atlaw *et al.*, 2022; De Magalhães Ribeiro; Cieto; De

Jesus Silva, 2022; Eid *et al.*, 2021; Fraser *et al.*, 2023; Lee *et al.*, 2019; Mandell *et al.*, 2022; Muche; Olayemi; Gete, 2019; Qin *et al.*, 2019; Soares; Bello; Traebert, 2023; Soltzman *et al.*, 2021; Tasnim *et al.*, 2022).

Cinco entre os 34 estudos encontrados são de origem brasileira (14,7%), advindos dos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo, Minas Gerais e Pernambuco. Utilizaram diferentes instrumentos para avaliação dos sintomas depressivos, sendo eles: Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2), Depression During Pregnancy Risk Scale (ERDEG), Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) e Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). O tamanho das amostras variou entre 74 e 184 participantes. A prevalência de depressão em gestantes de alto risco hospitalizadas variou entre 37,5% (Soares; Bello; Traebert, 2023) e 59,5% (Carvalho *et al.*, 2021) e a prevalência em gestantes de alto risco ambulatoriais entre 39% (Souza *et al.*, 2021) e 59,2% (Borges *et al.*, 2021). As associações identificadas na literatura brasileira entre depressão e gestação de alto risco foram: ser negra ou parda (IC_{95%}: 1.01; 1.24; p = 0.027), ter renda familiar inferior a USD 572,56 dólares (IC_{95%}: 1.02; 1.22; p = 0.016), ter idade materna inferior a 18 anos ou superior a 35 anos (IC_{95%}: 1.03; 1.30; p = 0.014), ter antecedentes de ansiedade (OR: 26,7; IC_{95%}: 2,88-246,8; p = 0,003), não possuir religião (OR: 6,4; IC_{95%}: 1,87-21,86; p = 0,003) e ter gestação múltipla (OR: 5,4; IC_{95%}: 1,08-26,8; p = 0,03) (Carvalho *et al.*, 2021; Soares; Bello; Traebert, 2023). Os fatores de proteção identificados foram: ser primigesta (OR: 0,32; IC_{95%}: 0,12–0,85; p = 0,024), ter parceiro (OR: 0,07; IC_{95%}: 0,00–0,37; p = 0,013) e possuir suporte social (p < 0.001) (De Magalhães Ribeiro; Cieto; De Jesus Silva, 2022; Souza *et al.*, 2021).

Nos estudos que isolaram gestantes de alto risco com diabetes, às prevalências de depressão pré-natal foram diferentes. Em uma pesquisa realizada na Malásia, com 526 grávidas, foi encontrada uma prevalência de 12,5% de sintomas depressivos. No país onde a religião oficial é o islamismo, não ser muçulmana (OR: 2.937; IC_{95%}: 1.434 – 6.0) e ter histórico familiar de depressão e ansiedade (OR: 4.706; IC_{95%}: 1.362 – 16.254) esteve associado com depressão pré-natal (Lee *et al.*, 2019). Já em Bangladesh, Tasnim *et al.* (2022) encontraram a presença desses sintomas em 36,2% das 105 mulheres estudadas. Esses autores encontraram que o histórico de problemas relacionados à saúde reprodutiva (p < 0.001) e o estado glicêmico descontrolado (p < 0.001) seriam fatores de risco para o surgimento de sintomas depressivos.

Um estudo brasileiro com gestantes hipertensas e diabéticas, onde 63,3% eram diabéticas, encontrou uma prevalência de depressão de 39% (Borges *et al.*, 2021). Quanto às mulheres com diabetes mellitus gestacional (DMG), que necessitam fazer uso de insulina, Fraser *et al.* (2023) identificaram-nas como mais ansiosas ($p = 0.005$), porém não mais deprimidas quando comparadas com outras mulheres com DMG cujo controle glicêmico era realizado através de dieta. Os autores identificaram ainda que 60% do grupo de gestantes que faziam uso de insulina apresentava história de doença mental atual ou pregressa.

Em relação às mulheres que vivem com HIV, as pesquisas apontam para os aspectos psicossociais dessa população. Ade-Ojo, Dada, Adeyanju (2022) encontraram diferenças significativas entre sintomas depressivos e ansiosos quando compararam 99 gestantes que vivem com HIV a 125 gestantes soronegativas. Os sintomas foram classificados entre leves, moderados, moderadamente severos e severos e as grávidas soropositivas apresentaram uma prevalência desses sintomas de 13,1%, 14,6%, 5,1% e 0,5% respectivamente, enquanto o grupo controle apresentou prevalências de 7,1%, 0,5%, 0,5% e 0,0% ($p < 0.001$). Moseholm *et al.* (2022), utilizando a escala EPDS no terceiro trimestre em três grupos – (1) em gestantes com HIV, (2) gestantes sem HIV e (3) mulheres com HIV não grávidas – observou que mulheres que vivem com HIV apresentam maior sofrimento, independentemente de estarem gestantes ($p < 0,01$). Os pesquisadores encontraram 24% de sintomas depressivos nas gestantes que vivem com HIV e 27% entre as mulheres que tem HIV, porém não estavam gestantes. No grupo de grávidas sem HIV, a prevalência de depressão foi de 9%. As não gestantes com HIV não apresentaram diferenças estatísticas quanto ao grupo de gestantes com HIV ($p = 0,53$). Porém as gestantes sem HIV apresentaram pontuações inferiores tanto para depressão, como para apoio social e estresse percebido. Além disso, as mulheres com HIV, grávidas e não grávidas, seguiram apresentando mais sintomas depressivos aos três e seis meses após o parto. Moseholm *et al.* (2022) associaram a solidão a uma maior chance de sintomas depressivos (OR = 1.56; IC_{95%}: 1.01 - 2.41) que foram encontrados com maior frequência nas mulheres soropositivas. O apoio social demonstrou ser um fator de proteção para os sintomas de depressão nessa população (OR = 0.50; IC_{95%}: 0.27 - 0.95).

Destaca-se a importância da triagem para depressão nas mulheres que vivem com HIV pela associação com taxas mais altas de não adesão à terapia antirretroviral

(TARV) (OR = 1.96, IC_{95%}: 1.03–3.75), afetando diretamente seus cuidados e com o feto (Abebe *et al.*, 2022), além da necessidade de estratégias que possibilitem melhor inserção dessas mulheres na comunidade, oferecendo um melhor suporte social, como grupos de gestantes, oficinas terapêuticas, grupos virtuais e educação da população sobre a necessidade de acolhimento dessa população. Segundo Ogueji, (2021), grávidas vivendo com HIV muitas vezes sofrem psicologicamente por estarem grávidas e viverem com HIV ao mesmo tempo. Os autores identificaram 'preocupações ansiosas', 'relatos depressivos, solidão e arrependimentos', 'autocensura e sentimento de culpa' nessa população.

Foi identificado apenas um estudo sobre sintomas depressivos em gestantes com pré-eclâmpsia (PE). Nikčević *et al.* (2023) compararam 82 gestantes de alto risco para PE com 197 de baixo risco para PE no Reino Unido e encontraram que as de alto risco apresentavam mais sintomas depressivos no segundo trimestre. Porém, os autores referiram que esses resultados foram transitórios, não encontrando diferenças significativas entre os grupos no trimestre seguinte. Dessa forma, associaram os sintomas depressivos e ansiosos identificados ao período em que as gestantes haviam passado por rastreio para PE, posteriormente recebendo a notícia que frustrava as expectativas de uma gravidez saudável, podendo levar experiências subjetivas de ameaça. As mulheres em risco para PE, apresentaram mais mudanças comportamentais em relação as de baixo risco, principalmente relacionadas à alimentação, no entanto, acredita-se que essas gestantes tenham recebido mais recomendações da equipe devido à sua condição de saúde.

Porém, em relação às mulheres que tiveram PE ou eclâmpsia, foi encontrado na literatura uma associação com depressão no período pós-parto. A pesquisa de Mbarak *et al.* (2019) com 390 puérperas que apresentaram PE ou eclâmpsia na Tanzânia foi realizada entre duas e seis semanas após o parto e identificou uma prevalência de 20,5% de depressão, sendo que a magnitude aumentou conforme a gravidade da doença. Os fatores associados à depressão puerperal em mulheres que tiveram PE ou eclâmpsia foram ter idade jovem (OR = 10,13 IC 95% 1,99-52,02), ser mãe solteira (OR = 3,18 IC 95% 1,02-9,95), ter menor nível de escolaridade (OR = 3,83 IC 95% 1,45- 10,16), ter morte perinatal (OR = 5,14 IC 95% 2,53-10,45), não ter apoio familiar (OR = 7,06 IC 95% 1,25-39,90) e experienciar evento estressante durante a gravidez (OR = 15,14 IC 95% 2,38 -96,19). O estudo de revisão sistemática e metanálise de Caropreso *et al.* (2020) considerou todos os artigos publicados até

2018 sobre o tema, incluiu apenas 13 artigos, classificando quatro como de baixa qualidade. Os autores encontraram que a PE pode aumentar o risco de depressão entre 1,45 vezes e 2,85 vezes após o parto (Caropreso *et al.*, 2020).

Ao comparar pesquisas com participantes hospitalizadas e participantes de consultas ambulatoriais, foi percebido que a prevalência dos sintomas depressivos aumenta com a internação. Em um estudo realizado na Colômbia, com 112 grávidas hospitalizadas, a prevalência de depressão no grupo foi de 22,3% (Vergel *et al.*, 2019). Já pesquisas realizadas em Israel, com 279 gestantes, (Hermon *et al.*, 2019) e no Chile, com 188 grávidas, obtiveram uma prevalência de 28,3% e 28,8%, respectivamente (Palma *et al.*, 2020). Na Inglaterra, uma pesquisa realizada com 77 e 78 gestantes hospitalizadas mostrou uma prevalência de 52,6% e 54,1%, respectivamente (Smorti *et al.*, 2022). Nota-se ainda que a prevalência desses sintomas ainda é maior no Brasil quando comparada com pesquisas semelhantes em outros países. No Brasil, Carvalho *et al.* (2021) encontraram uma prevalência de 59,5% de sintomas clínicos característicos com depressão em Minas Gerais em uma amostra de 74 gestantes internadas. Os principais motivos de internação variaram conforme o local do estudo, porém os descritos quadros infecciosos (Carvalho *et al.*, 2021) e ameaça de parto prematuro (Vergel *et al.*, 2019), sendo que, nas mulheres internadas, a depressão foi identificada como um fator de risco para parto prematuro (OR = 3,32, IC_{95%}: 1,16–9,52, p = 0,026).

Além das patologias mais frequentes citadas acima, mulheres diagnosticadas com esclerose múltipla também são consideradas de maior risco para o desenvolvimento de depressão perinatal (OR 2,2; IC_{95%}: 1.2–4.2) (Eid *et al.*, 2021), gestantes com fetos malformados, com prevalência 39% de depressão (Souza *et al.*, 2021) e gestantes com hiperêmese gravídica (14,2% x 7,1% no grupo controle) (Asrade *et al.*, 2023).

O transtorno depressivo maior durante a gestação de alto risco está associado a maior risco de parto prematuro (Hermon *et al.*, 2018), maiores índices de parto cesáreo (Hermon *et al.*, 2018); baixo peso ao nascer (Soltsman *et al.*, 2021), além de não adesão ao TARV (Abebe *et al.*, 2022). O estudo realizado por Palma *et al.* (2020), no Chile, não identificou prejuízos no vínculo mãe-bebê devido à internação durante o período gestacional. Além disso, os companheiros de mulheres que foram hospitalizadas ou sofreram depressão durante a gravidez se mostraram mais angustiados no período do pré-natal (Zacher *et al.*, 2023). Nesse sentido, conhecer os

fatores de risco para depressão durante a gestação e a realização da sua triagem no pré-natal torna-se essencial.

O conhecimento da alta prevalência de sintomas depressivos na gestante de alto risco, bem como dos fatores de risco, fatores associados e métodos de triagem podem auxiliar no rastreio de sintomas durante o pré-natal, possibilitando que a equipe multiprofissional ofereça acolhimento para a mulher, bem como os encaminhamentos necessários, através de uma atenção qualificada. “O pré-natal representa uma janela de oportunidade para que o sistema de saúde atue integralmente na promoção e, muitas vezes, na recuperação da saúde das mulheres” (Brasil, 2022, p.10), por isso o cuidado à gestante de alto risco deve ser priorizado, visto que se estende ao feto ou recém-nascido.

2.4 IDEAÇÃO SUICIDA NAS GESTANTES DE ALTO RISCO E FATORES ASSOCIADOS

Foram encontrados 09 estudos sobre ideação suicida em gestantes de alto risco. Destes, 07 referem-se a mulheres que vivem com HIV, um estudo de caso de uma gestante com DM1 e o último a um estudo com um grupo de gestantes de alto risco publicado no Brasil por Benute *et al.* em 2011.

A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo foi o instrumento mais utilizado para medir a ideação suicida (IS) no período perinatal de acordo com a revisão sistemática de Dundeney *et al.* (2023). As autoras encontraram que o item 10 do instrumento foi utilizado em 107 dos 208 artigos incluídos em sua revisão, seguido pelo *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), citado 31 vezes.

A busca nas bases de dados indicou uma lacuna na literatura sobre o tema, apesar da prevalência de suicídio perinatal ser um contribuinte importante nas taxas de mortalidade materna (Knight; Tuffnell, 2018; Zhong *et al.*, 2016). Conforme a meta-análise de Rao *et al.* (2021), com 14 estudos incluídos, há uma prevalência mundial de tentativas de suicídio durante a gravidez de 680 casos a cada 100.000 gestantes e, no pós-parto, de 210 casos a cada 100.000 puérperas. A prevalência de ideação suicida em gestantes varia entre 5,16% (Shi *et al.*, 2018) e 19,8% (Garman *et al.*, 2019). Em gestantes que vivem com HIV, a prevalência encontrada na literatura variou entre 8,2% (Zewdu *et al.*, 2021) e 39% (Rodriguez *et al.*, 2018).

A taxa de mortalidade materna é um dos mais importantes indicadores globais de saúde. Ela é calculada a partir do número de mortes de pessoas por causas ligadas à gestação, parto e puerpério (até 42 dias). Refere-se a mortes ligadas especificamente a desfechos obstétricos como hemorragias, síndromes hipertensivas e infecções (OMS, 2023b). Mortes por suicídio não são calculadas como mortes maternas, pertencendo as estatísticas das mortes por suicídio. No Brasil, não há o registro de quantas gestantes tentam ou cometem suicídio, apesar das poucas pesquisas existentes apontarem para uma alta taxa de ideação.

A identificação precoce de pessoas em risco de suicídio, atua na prevenção das mortes e tentativas de suicídio. Visto que comportamentos suicidas na gestação estão associados a um maior risco de descolamento prematuro da placenta (OR = 2,07; IC_{95%}: 1,17–3,66), hemorragia pré-parto (OR = 2,34; IC_{95%}: 1,47–3,74), parto prematuro (OR = 3,08; IC_{95%}: 2,43–3,90), hemorragia pós-parto (OR = 2,33; IC_{95%}: 1,61–3,37), anomalias fetais (OR = 3,72; IC_{95%}: 2,57–5,40), restrição de crescimento fetal (OR = 1,70; IC_{95%}: 1,10–2,62) natimorto (OR = 10,73; IC_{95%}: 7,41–15,56) (ZHONG *et al.*, 2018).

Belete *et al.* (2021), em estudo na Etiópia com 762 gestantes, sem classificação de risco, encontrou uma prevalência de IS de 11,8% e de tentativas de suicídio de 2,7%. Segundo os autores, a IS esteve associada com gravidez não planejada (OR=2,01, IC_{95%}=1,04–3,88), transtornos mentais comuns (OR=2,77, IC_{95%}=1,50–5,09), apoio social deficiente (OR=3,29, IC_{95%}=1,62–6,68) e ideação suicida ao longo da vida (AOR=4,63, IC_{95%}=2,63–8,16). O único fator associado à tentativa de suicídio foi o baixo suporte social (p = 0,001).

Pesquisa realizada no Japão com 430 mulheres, sem classificação de risco, que entrevistou mulheres no início, no final da gestação e no pós-parto, identificou o suporte social como o único fator protetor (OR: 0.77; 95% CI: 0.60–0.99; p=.041). No entanto, a alta escolaridade (OR: 1,19; IC 95%: 1,00–1,41; p=0,047), alto escore na EPDS no período gestacional (OR: 1,25; IC 95%: 1,16–1,34; p < 0,000), história de transtorno depressivo (OR: 2,16; IC 95%: 1,00–4,79; p=0,049) e presença de doença mental (OR: 2,39; IC 95%: 1,00–5,70; p=0,049) estiveram associados a maior prevalência de ideação suicida. Os autores destacam que, no Japão, as mulheres com altos níveis de qualificação profissional costumam ser forçadas a abandonar o trabalho no puerpério por não receberem apoio nesse período. Esse fato difere da

maior parte dos países onde a baixa escolaridade está associada a desfechos desfavoráveis (Kubota *et al.*, 2020).

No Brasil, um estudo realizado em São Paulo, com 268 gestantes de alto risco, encontrou um risco para suicídio em 5% entre as participantes. O instrumento utilizado para medir o risco de suicídio foi o Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD), que foi aplicado entre os anos de 2005 e 2006 e a amostra foi composta por gestantes com pré-eclâmpsia ou pressão arterial crônica, cardiopatias, DM, anemia, risco de prematuridade e colagenose. A única associação encontrada pelos autores para o maior risco de IS foi a ausência de crença religiosa ($p = 0,012$) (Benute *et al.*, 2011).

Em relação às gestantes que vivem com HIV, um estudo longitudinal realizado na Tanzânia com 200 gestantes, encontrou uma prevalência de 12,8% de ideação suicida utilizando a escala EPDS. Não foram encontradas diferenças estatísticas em relação à IS e tempo de diagnóstico, porém mulheres que vivenciavam o estigma de serem soropositivas tinham uma maior probabilidade de apresentar IS (OR: 1.08; IC95% 1.01–1.16; $p = 0,032$). O estigma foi avaliado através do instrumento HIV-Related Shame Inventory (HARSI). Nesse estudo, a prevalência de ideação suicida caiu para 3,9% aos 6 meses após o parto (Knetell *et al.*, 2020).

Rodriguez *et al.* (2018) encontraram a mesma tendência de queda nos sintomas de IS em mulheres com HIV na África do Sul. As autoras encontraram uma prevalência de 39% de IS na gestação e 7% aos 12 meses após o parto utilizando o mesmo instrumento. Nesse estudo, violência por parceiro íntimo (OR = 1,17) e depressão (OR = 1,14) estiveram associados com ideação suicida sustentada, enquanto aumento da renda (OR = 2,25) e maior estigma (OR = 1,33) apareceram associados à ideação suicida incidente. No período pós-parto, idade mais jovem (OR = 0,94), revelação do estado de HIV ao parceiro (OR = 0,60) e maior estigma (OR = 1,24) estiveram associados com a cessação da IS.

Ainda no continente Africano, pesquisa realizada por Zewdu *et al.* (2021) na Etiópia com 422 gestantes, encontrou uma prevalência de IS de 8,2%. Entre os fatores associados ao maior risco de IS estavam: a não divulgação sobre viver com HIV (OR = 3,73, IC 95%: 1,44 - 9,65), a depressão perinatal (OR = 4,40, IC 95%: 1,63 - 11,85) e a gravidez não planejada (OR=2,75; IC95%: 1,21 6,21).

Além disso, no que se refere a internações psiquiátricas de mulheres, um número considerável destas são gestantes. No estudo de Bragé *et al.* (2020), 18,9%

(79) das 418 mulheres que tiveram internação psiquiátrica em um hospital geral de Porto Alegre entre os anos de 2018 e 2019 estavam gestantes. Já o estudo de Paulino *et al.* (2022) com uma amostra de 67 gestantes que tiveram internações psiquiátricas identificou que 65,7% (44) das pacientes foram internadas para tratamentos de transtornos referentes ao uso de substâncias psicoativas e 23 (34,3%) devido a outros transtornos mentais.

Segundo a OPAS (s.d.), 99% das mortes maternas ocorrem em países em desenvolvimento, sendo que mais da metade delas ocorrem na África Subsaariana e quase um terço, no sul da Ásia; suas principais causas são hipertensão, hemorragias, infecções e abortos inseguros. No entanto, o National Perinatal Epidemiology Unit da Universidade de Oxford (apud Reid *et al.*, 2022) refere que o suicídio materno é a principal causa direta de morte entre 6 semanas e um ano após o final da gravidez e a segunda causa direta de morte ocorrida durante a gravidez no Reino Unido e na Irlanda. Para Lindahl, Pearson e Colpe (2005), os suicídios representam até 20% das mortes pós-parto, sendo uma das principais causas de morte materna até um ano após o parto.

Nesse sentido, ressalta-se a importância de identificar a prevalência de ideação suicida nas gestantes de alto risco, visto a lacuna identificada na literatura sobre essa população. Além disso, encontrar possíveis fatores associados ao maior risco de IS, pode contribuir com os serviços de saúde na prevenção de novas tentativas. Isso porque “a gravidez é um período em que as mulheres estão particularmente vulneráveis à ideação suicida e constitui uma grande oportunidade para a prevenção do risco de suicídio” (Legazpi *et al.*, 2022, p. 01).

2.5 ANSIEDADE NA GESTANTE DE ALTO RISCO E FATORES ASSOCIADOS

Dos 32 estudos que compuseram esta revisão, a maior parte é de origem brasileira (n=8), sendo três do estado de Pernambuco e os demais do Rio Grande do Sul, Paraná, Minas Gerais, São Paulo e Paraíba. Houve predomínio de estudos transversais (n=20) e métodos quantitativos (n= 27). O instrumento mais utilizado para avaliação da ansiedade foi o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (n=13), seguido pela Escala Hospitalar de Depressão e Ansiedade (HADS) (n=5). O ano de 2021 foi o ano com mais publicações, com um total de 9. Ainda assim, parece haver um maior interesse sobre a problemática da ansiedade em gestantes de alto risco, pois foram

encontrados apenas dois estudos referentes ao ano de 2018, havendo um aumento de publicações nos anos seguintes: três em 2019, seis em 2020, nove em 2021, oito em 2022 e quatro até junho de 2023.

A prevalência de ansiedade em gestantes de alto risco variou entre 16,3% (Palma *et al.*, 2020) e 79,7% (Borges *et al.*, 2021). Os estudos que avaliaram a prevalência de ansiedade no período puerperal em mulheres que tiveram gestações de alto risco identificaram prevalências entre 19,8% (Lamus *et al.*, 2021) e 24,8% (Freiberger *et al.*, 2022). Entre os principais fatores associados à maior prevalência de ansiedade nessa população estão: baixo suporte social, baixa escolaridade, história familiar de ansiedade e depressão, não possuir religião e multiparidade (Borges *et al.*, 2021; Carvalho *et al.*, 2021; Lee *et al.*, 2019; Palma *et al.*, 2021; Souza *et al.*, 2021; Tenório; Katz; Amorim, 2023).

Palma *et al.* (2020), em estudo no Chile com 80 gestantes hospitalizadas e 88 de baixo risco, encontraram maior prevalência de ansiedade em gestantes hospitalizadas (16,3%) quando comparadas com as gestantes em acompanhamento ambulatorial e de baixo risco (8%). Os autores encontraram uma correlação de proteção entre suporte social e ansiedade-estado ($R: -0.22, p < 0.01$) e entre suporte social e ansiedade-traço ($R: -0.23, p < 0.01$). Em estudo com 74 gestantes de alto risco hospitalizadas em Minas Gerais, utilizando o mesmo instrumento (IDATE), Carvalho *et al.* (2021) encontraram médias mais elevadas em relação ao estudo chileno, ($M=45,8$ para ansiedade-estado e $M= 48,6$ para ansiedade-traço). Os autores identificaram correlações com ansiedade-traço e ansiedade-estado. Quanto à ansiedade-estado, foram encontradas as seguintes correlações: ter maior escolaridade ($R: 0,227; p=0,05$), ser múltipara ($R: -0,421; p=0,008$) e receber baixo suporte informacional ($R: 0,218; p=0,062$). Quanto à ansiedade-traço, os autores encontraram correlações entre ansiedade e ser solteira ($p=0,05$), ser preta ($p=0,07$), ter menor renda ($R: -0,214; p=0,06$) e baixo suporte social ($R: -0,297; p=0,001$). Ambos os estudos trazem ainda que o suporte social se correlaciona não apenas com a ansiedade, mas também com a depressão ($R: -0,297; p=0,001$ em Carvalho *et al.*, 2021 e $R: -0.46, p < 0.01$ em Palma *et al.*, 2021). Especificamente, a falta de apoio do parceiro representou ser um fator de risco para ansiedade (OR 4,0; IC95%: 1,61–9,96; $p=0,0029$) e depressão (OR 4,4; IC95%: 1,83–10,66; $p=0,0010$) no estudo com 64 gestantes com doença trofoblástica gestacional realizado em Pernambuco por Tenório *et al.* (2023).

Contrariando os dados encontrados sobre o período gestacional de alto risco, Lamus *et al.* (2021) encontraram que a multiparidade seria um fator de proteção para ansiedade em puérperas entre 6 e 12 semanas após o parto, ao avaliar 515 mulheres em São Paulo (RP: 0.73, IC_{95%}: 0.56 – 0.96, $p=0.027$), onde 19,8% apresentavam ansiedade. Nesse estudo, a classificação da saúde geral como “ruim” também foi associada à depressão e ansiedade (RP= 1.65, IC_{95%}: 1.31 – 2.08, $p<0.001$).

Vários estudos avaliam a presença de ansiedade durante a gestação com a construção do vínculo materno-infantil. Palma *et al.* (2020) encontraram uma correlação negativa entre ansiedade-estado ($R = -0,39$, $p < 0,01$) e ansiedade-traço ($R = -0,46$, $p < 0,01$) com apego durante a gestação de alto risco. Yoon & Sung (2021) obtiveram resultados semelhantes em seu estudo com 123 coreanas com gestações de alto risco de mais de 20 semanas, onde a depressão ($\beta: -0.56$, $p<.001$) e a ansiedade ($\beta: -0,42$, $p<0,001$) tiveram efeitos significativos no apego materno-fetal, bem como o apoio familiar ($\beta: 0,25$, $p = 0,002$). No entanto, Hanko *et al.* (2019) avaliaram 75 gestantes hospitalizadas devido à ameaça de parto prematuro e 75 controles durante o período de internação e 6 semanas após o parto na Alemanha. Apesar do grupo de alto risco apresentar taxas mais elevadas de ansiedade no período gestacional (19%) e pós-parto (13%), enquanto o grupo controle apresentou prevalências de 14% e 7% respectivamente, os autores não encontraram diferenças quanto ao vínculo mãe-bebê ($p = 0,316$), indicando que os prejuízos na relação não se mantêm no período puerperal. Além disso, o estudo de Souza *et al.* (2022) em Pernambuco, com 77 gestantes com fetos malformados encontrou que as gestantes em acompanhamento para ansiedade e depressão tinham maior apego ao recém-nascido (OR: 107,3, IC_{95%}: 1,94 - 5915,0; $p=0,02$), evidenciando os benefícios do tratamento de saúde mental na gravidez.

Sentimentos de incerteza, preocupações e culpa podem ser encontrados em estudos com entrevistas semiestruturadas. Carter *et al.* (2018) entrevistaram nove gestantes de alto risco para parto prematuro e onze de baixo risco no Reino Unido e elencaram quatro temas principais: lidar com a incerteza; lidar com conflitos; aspectos do cuidado e interações com os profissionais. Sobre a primeira categoria, os autores trazem que inicialmente as gestantes buscam compreender seus sintomas e posteriormente buscam garantias e manter uma sensação de controle sobre o imprevisível. Dessa forma, nem todas as gestantes referem aceitar receber informações sobre unidades neonatais para não deixar de “pensar positivo”. As

participantes desse estudo também referiram lidar com a ansiedade superando um dia de cada vez ou buscando conforto em orações.

No Irã, estudo com 16 gestantes de alto risco encontrou que o medo e a ansiedade sobre os efeitos das complicações da gravidez na saúde do feto e da mãe foram um fator importante no sofrimento psicológico dessas mulheres. Algumas participantes relataram o medo do filho nascer morto e o retardo mental do feto como motivo de preocupação. A maior parte das gestantes desse estudo enxergavam a gestação como “um evento estressante, acompanhado de ansiedade e preocupação” (Mohammadi *et al.*, 2022, p.562).

Na Alemanha, uma pesquisa com 64 mulheres portadoras de cardiopatia congênita, constatou que 62,7% das mulheres alemãs apresentavam preocupações sobre transmitir seu problema cardíaco para o filho ao engravidar (Freiberger *et al.*, 2022). Ainda sobre o efeito da ansiedade em cardiopatas, Wu *et al.* (2020) buscaram determinar a associação do sofrimento psicológico materno com o desenvolvimento cerebral em 48 mulheres grávidas de fetos com doença coronariana, utilizando 92 controles. O estresse e a ansiedade materna foram associados ao menor hipocampo esquerdo (estresse: -0,003 cm³; IC_{95%}: -0,005 a -0,001 cm³), hipocampo direito (estresse: -0,004; IC_{95%}: -0,007 a -0,002; ansiedade-traço: -0,003; IC_{95%}: -0,005 a -0,001) e volumes cerebelares (estresse: -0,06; IC_{95%}: -0,09 a -0,02) apenas entre mulheres com doença coronariana fetal.

A respeito de mulheres com diabetes mellitus gestacional (DMG), o estudo de Lee *et al.* (2019) na Malásia, com 526 grávidas, identificou que ser mais jovem é um fator de proteção para ansiedade em mulheres com DMG (OR = 0,955, 95% CI = 0,919–0,993), enquanto ter comorbidade com asma (OR = 2,436, IC_{95%}: 1,219–4,870) e história familiar de depressão e ansiedade (OR = 4,782, IC_{95%}: 1,281–17,853) foram associados a maior risco de ansiedade nessa população. Em estudo realizado com 55 mulheres australianas com DMG que necessitavam fazer uso de insulina, foi observado que elas apresentaram mais ansiedade (p=0.005), porém não mais depressão quando comparadas com outras mulheres com DMG cujo controle glicêmico era realizado através de dieta (Fraser *et al.*, 2023).

No Brasil, Costa *et al.* (2019) entrevistaram 18 mulheres no Paraná e encontraram a fé presente em vários discursos, somada a sentimentos de impotência e fragilidade. Os autores identificaram predomínio dos sentimentos de medo, preocupação, insegurança, ansiedade, felicidade e culpa. Os sentimentos aparecem

relacionados à incerteza do desenvolver da gestação, risco de perda gestacional, questionamentos sobre o momento correto para gestar, preocupações sobre possibilidades de malformações. A ansiedade esteve associada com o desejo de que a gestação se encerrasse da melhor forma e o mais breve possível, acabando com os momentos de dificuldade.

O conhecimento da alta prevalência de sintomas ansiosos na gestante de alto risco, bem como dos fatores associados e dos métodos de triagem podem auxiliar no rastreio de sintomas durante o pré-natal, possibilitando que a equipe multiprofissional ofereça acolhimento para a mulher, assim como os encaminhamentos necessários, através de uma atenção qualificada. Além disso, ter atenção com os aspectos emocionais que emergem durante uma gestação vai ao encontro da Organização Mundial de Saúde (OMS) que “idealiza um mundo em que todas as mulheres e recém-nascidos recebam cuidados de qualidade durante toda a gravidez, parto e período pós-natal” (Brasil, 2016, p.1).

3. JUSTIFICATIVA

Considerando as altas taxas de depressão, ideação suicida e ansiedade em gestantes de alto risco encontradas na literatura, torna-se de extrema importância identificar a prevalência desses sintomas na população brasileira, bem como os fatores clínicos e sociodemográficos que podem estar associados. Essa identificação é relevante, pois pode levar a comportamentos de risco, como, por exemplo, a realização inadequada do pré-natal (Maia; Marrone; Martins, 2022; Soltsman *et al.*, 2021), a não adesão a TARV (Abebe *et al.*, 2022), a um parto prematuro (Vergel *et al.*, 2019; Hermon *et al.*, 2018), a baixo peso ao nascer (Soltsman *et al.* 2021), assim como pode influenciar em um menor tempo de aleitamento materno exclusivo, no crescimento e desenvolvimento infantil e neurológico inadequado (Schiavo; Rodrigues; Perosa, 2018; Soltsman *et al.*, 2021) e na relação mãe/bebê (Schiavo; Rodrigues; Perosa, 2018).

Dos cinco estudos brasileiros divulgados nos últimos anos sobre sintomas depressivos e ansiosos nessa população, dois não buscavam associações entre esses sintomas e variáveis clínicas, sociodemográficas e de hábitos de vida, apresentando correlações como medida de efeito. Entre os estudos que buscaram fatores associados à depressão nas gestantes de alto risco, foi utilizada a escala EDERG e a escala HADS. Sendo o EPDS o instrumento mais recomendado para rastreio durante o período perinatal, e o mais utilizado nessa população, aparecendo em 55,9% dos estudos. Em relação à ansiedade, a maioria dos estudos usou o instrumento IDATE, mas tinham um número amostral pequeno e usaram apenas as correlações como medida de efeito.

Sobre a ideação suicida, foi identificada uma lacuna na literatura, com ausência de informações sobre a prevalência e fatores associados em gestantes de alto risco. Foram encontrados apenas 7 estudos sobre mulheres que vivem com HIV, um relato de caso de uma gestante com DM1 em estudo brasileiro de 2011 que avaliava o risco de suicídio e identificou apenas ausência de crença religiosa como fator associado. Ainda assim, a gravidade do sofrimento psíquico em gestantes pode ser percebida pela alta prevalência de mulheres grávidas que necessitam de internação psiquiátrica.

Tendo em vista que o Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco (PNAR) do Serviço de Ginecologia do HU/FURG é referência no atendimento de gestantes de alto risco no município de Rio Grande/RS e região, atendendo cerca de 400 gestantes

nessa condição por ano, conforme informações fornecidas pelo próprio serviço, torna-se importante conhecer as características dessa população, localizada no extremo sul do Brasil. Apesar de seu caráter multiprofissional, esse serviço carece de pesquisas na área de saúde mental, a fim de conhecer melhor as necessidades psicológicas de sua população. Como, por exemplo, no estudo de González-Mesa *et al.* (2018) com gestantes de alto risco turcas e espanholas, em que demonstraram que características socioculturais têm relação com diferenças significativas nas taxas de depressão e ansiedade. A partir do conhecimento dessas demandas, espera-se que seja possível propor um atendimento que englobe as necessidades emocionais dessas mulheres.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar depressão, ideação suicida e ansiedade em gestantes acompanhadas no Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco de um Hospital Universitário no sul do Brasil.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a prevalência de depressão, ideação suicida e ansiedade, traço e estado, em gestantes do Pré-Natal de Alto Risco.
- Avaliar fatores sociodemográficos (cor de pele, renda, escolaridade, idade, crença religiosa, possuir companheiro), variáveis obstétricas e de pré-natal (trimestre gestacional, histórico de gestações, histórico de abortos, histórico de internações hospitalares, HIV, pontuação do MS para classificação de risco gestacional) e psicossociais (apoio social, histórico familiar de doença mental, histórico de doença mental prévia e tratamento de saúde mental atual) e suas associações com depressão, ideação suicida, ansiedade-traço e ansiedade-estado em gestantes do Pré-Natal de Alto Risco.

5. METODOLOGIA

Tipo de estudo:

Trata-se de estudo observacional, de corte transversal, com gestantes de alto risco.

Local de Estudo:

Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco (PNAR) do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU/FURG/Ebserh) em Rio Grande/RS.

A cidade de Rio Grande localiza-se no extremo sul do Rio Grande do Sul, onde o índice de desenvolvimento humano (IDH) é 0,744 (IBGE, 2020). A cidade possui 191.900 habitantes (IBGE, 2022) e apresenta uma taxa de mortalidade infantil média de 8.75 para 1000 nascidos vivos. No presente momento, a rede de saúde de Rio Grande é constituída por 48 unidades básicas (UBS) e duas unidades de pronto atendimento (UPAs) que dão uma cobertura de atendimento a nível ambulatorial de 88% à população, além dos ambulatórios de especialidades da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e 02 hospitais.

Entre estes, encontra-se o Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU/FURG/Ebserh), vinculado à Universidade Federal do Rio Grande (FURG), onde todo atendimento é oferecido através do SUS. É referência para São José do Norte, Santa Vitória do Palmar e Chuí para internações e consultas especializadas em áreas como obstetrícia, traumatologia e endocrinologia. Entre os ambulatórios especializados do HU/FURG, destaca-se o ambulatório PNAR, composto por equipe multiprofissional com obstetras, enfermeiras, técnicas de enfermagem, psicóloga e nutricionista. No PNAR são acompanhadas gestantes de alto risco encaminhadas pela secretaria municipal de saúde dos municípios e gestantes após internação hospitalar no HU/FURG.

População

As participantes da pesquisa são todas as gestantes com idade a partir de 18 anos que fizeram seu acompanhamento no Ambulatório PNAR do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU/FURG/Ebserh). Foram excluídas 14 gestantes devido aos seguintes critérios

exclusão: incapacidade de compreender os instrumentos e/ou respondê-los de forma verbal, clara e consistente (11); mulheres cuja gestação em andamento foi proveniente de violência sexual (2); e mulheres em privação de liberdade (1). Além disso, 14 mulheres recusaram-se a participar da pesquisa e ocorreram três perdas.

Dessa forma, a amostra deste estudo caracteriza-se como um censo de gestantes de alto risco de 04 municípios do extremo sul do Brasil, onde todas as participantes, ao chegarem para primeira consulta ao PNAR, foram convidadas a participar, no período de 12/09/2022 a 27/04/2023.

O acesso ao PNAR se dá através de encaminhamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), encaminhamento do Centro Obstétrico do HU/FURG/Ebserh ou após internação hospitalar no HU/FURG/Ebserh com demandas relativas à gestação de alto risco.

Na primeira consulta, a gestante foi avaliada pela equipe local e caso, seja considerada de alto risco, é direcionada ao PNAR. A classificação de risco gestacional é realizada pela enfermeira obstétrica a partir da tabela de pontuação do MS (ANEXO I), onde, até 4 pontos, considera-se risco baixo, entre 5 e 9 pontos, risco moderado e, a partir de 10 pontos, a gestante é considerada de alto risco, necessitando de acompanhamento especializado e permanecendo no ambulatório PNAR durante todo pré-natal.

Cálculo amostral

O cálculo amostral foi realizado no programa Epiinfo 7.2.5. O tamanho da amostra foi calculado com base nas prevalências encontradas na literatura. No cálculo, foram utilizados margem de erro de 5%, nível de confiança de 95% e acréscimo de 10% para perdas e recusas. Para o cálculo dos fatores associados, também foram utilizadas as prevalências encontradas na literatura, nível de confiança de 95%, risco relativo de 1,7 e poder estatístico de 80%, acrescentando 10% para perdas e 10% para fatores de confusão, de acordo com os quadros abaixo (Quadros 2 a 5). Para depressão, o maior N total encontrado foi de 209. Para ansiedade o N encontrado foi de 219 para a associação com suporte social ruim. Para ideação suicida o maior N amostral encontrado foi 2090 também para a associação com suporte social ruim.

O tamanho da população foi identificado através do Setor de Informática do HU/FURG/EBSERH. De acordo com os dados do Setor, foram atendidas 408 mulheres no PNAR entre o período de 01/01/2021 a 31/12/2021. Fazem parte desse cálculo todas as pacientes que consultaram na triagem do projeto, inclusive as que não foram classificadas como sendo de alto risco e foram reencaminhadas para Unidade Básica de Saúde para seguimento do pré-natal.

Quadro 2 – Cálculo de tamanho amostral para prevalências dos desfechos.

	Prevalência esperada	Efeito de Delineamento (1)	Perdas e Recusas (10%)	N total
Depressão	36%	190	19	209
Ansiedade	75%	169	17	186

Fonte: elaborado pela autora.

Quadro 3 – Cálculo de tamanho de amostra para fatores associados à depressão.

Fatores associados DEPRESSÃO	Razão ñ exp : exp	Prevalência ñ expostos	RR	N	+10%	+10%	N Total
Raça negra	3	52%	1,5	164	16	116	196
Gestação não planejada	2	57%	1,5	105	10	10	125
Idade acima de 35 anos	1,5	62%	1,5	72	7	7	186

Fonte: elaborado pela autora.

Quadro 4 – Cálculo de tamanho de amostra para fatores associados à ansiedade.

Fatores associados ANSIEDADE	Razão ñ exp : exp	Prevalência ñ expostos	RR	N	+10%	+10%	N Total
Gestação não planejada	2	40%	1,7	132	13	13	158
Suporte social ruim	3	37%	1,7	183	18	18	219
Histórico de transtornos mentais	2	45%	1,7	101	10	10	121

Fonte: elaborado pela autora.

Quadro 5 – Cálculo de tamanho de amostra para fatores associados à ideação suicida.

Fatores associados IDEAÇÃO SUICIDA	Razão ñ exp : exp	Prevalência ñ expostos	RR	N	+10%	+10%	N Total
Gravidez não planejada	2,6	20%	1,7	413	41	41	495
Suporte social ruim	3,3	6,4	1,7	1742	174	174	2090

Fonte: elaborado pela autora.

5.1 LOGÍSTICA

Para coleta dos dados, foram selecionadas e capacitadas cinco entrevistadoras do curso de Psicologia FURG, sendo uma delas bolsista do Programa de Iniciação Científica da Ebserh, além da pesquisadora principal. O treinamento consistiu na leitura do questionário e aplicação do mesmo em duplas e perante o grupo, padronizando a conduta. Em seguida, foi realizado um estudo piloto em gestantes de baixo risco com 5% da amostra para avaliar os instrumentos quanto à sua adequação.

A coleta de dados foi iniciada em 12 de setembro de 2022 e finalizada em 31/04/2023. A coleta de dados foi realizada de segunda à quinta-feira no período da manhã e às quartas-feiras no turno da tarde. As participantes responderam aos instrumentos enquanto aguardavam a consulta no PNAR, ou após saírem da consulta. Foram convidadas a participar aquelas mulheres que cumpriram os critérios de inclusão e aceitaram assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE D4).

Foram convidadas apenas mulheres que estavam em sua primeira consulta do pré-natal de alto risco, as quais foi solicitado responder a todos os instrumentos. Os questionários foram codificados, conferidos e duplamente digitados em banco de dados criado no software Stata. Todo o processo foi realizado pela pesquisadora principal, com auxílio de uma bolsista de iniciação científica e supervisão da orientadora. O banco de dados será armazenado pelo período de cinco anos pela pesquisadora principal e também de forma online através da plataforma *Google Drive*.

5.1.1 Aplicação do Questionário sociodemográfico e clínico

O Questionário sociodemográfico e clínico (APÊNDICE E) foi criado para esta pesquisa com objetivo de caracterizar a amostra e testar associações entre as variáveis.

5.1.2 Aplicação de instrumentos validados

EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) - Esta escala avalia os sintomas de depressão (ANEXO II). É um instrumento de autorrelato, composto por 10 itens que foi inicialmente criada para avaliar depressão pós-parto e atualmente também é aplicada para triagem de depressão durante a gravidez. É autoaplicável através de uma escala *Likert* com afirmações como “eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas” ou “eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma”.

A EPDS foi desenvolvida na Grã-Bretanha (Escócia) por Cox, Holden e Sagovsky, em 1987. A versão brasileira dessa escala não alterou o contexto dos itens ingleses, ou seja, ocorreu uma tradução das perguntas e alternativas de resposta. O tempo da realização é de aproximadamente 5 minutos, sendo ela categorizada com 10 itens, medindo a presença e a intensidade dos sintomas nos últimos sete dias (Monteiro *et al.*, 2020). A pontuação varia entre 0 e 3 por item. A análise quantitativa é analisada a partir da soma dos itens. Notas mais elevadas indicam estados afetivos mais negativos. A classificação com sintomas depressivos adotada neste estudo é: sem importância clínica para pontuações entre 0 e 10, e com importância clínica para pontuações a partir de 11.

A EPDS vem sendo utilizada em diversos estudos internacionais com gestantes de alto risco como: Palma *et al.* (2020), para avaliar sintomas depressivos em mulheres hospitalizadas em Santiago, Chile; Sade *et al.* (2020), com mulheres hospitalizadas durante a pandemia de COVID-19 no sul de Israel; Soltsman *et al.* (2021), na avaliação do impacto da depressão; Hamidia *et al.* (2021) e Zhao *et al.* (2018), na avaliação dos sintomas nos períodos pré e pós-natal; e Kiepura e Kmita (2020), na avaliação de casais poloneses no período pré-natal. Também em pesquisas nacionais com gestantes de alto risco como, por exemplo: Raffo *et al.* (2021), na avaliação de sintomas psicopatológicos em Curitiba-PR; Lopes Araújo *et*

al. (2015), para rastreio de sintomatologia depressiva em Campina Grande - PB; e De Araújo *et al.* (2016), para avaliar os efeitos de uma técnica de relaxamento.

Segundo Monteiro *et al.* (2020), as variações na sensibilidade e especificidade estão bem relacionadas ao ponto de corte adotado nos estudos. Em sua pesquisa, os artigos que verificaram pontos de corte acima de 9/10/11 no EDPS registaram desde 78,2% a 100% na sensibilidade e 72,5% a 98,7% na especificidade. Para os pontos de corte acima de 12/13/14, houve uma variação de 83% a 94% na sensibilidade e 66% a 99% na especificidade.

Um estudo da Universidade Federal de Pelotas, população próxima a da nossa amostra, encontrou como melhor ponto de corte para rastreamento resultados > 10 . Para rastrear casos moderados e graves, o melhor ponto de corte encontrado pelos autores foi > 11 , com sensibilidade 83,8% e especificidade 74,7% (Santos *et al.*, 2007), por isso, este estudo adotou a mesma pontuação.

O item 10 da EPDS avalia pensamentos de automutilação nos últimos sete dias. As opções de resposta variam de 0 a 3, onde 0 = “nunca”, 1 = “quase nunca”, 2 = “às vezes”, 3 = “frequentemente”. Dundeney *et al.* (2023) realizaram um estudo de revisão sistemática sobre instrumentos para medir suicidalidade em gestantes, que compreende ideação suicida, comportamentos suicidas ou tentativas de suicídio. Entre os 208 estudos que participaram da revisão, o item 10 avaliou ideação de automutilação em 107. Outros 11 instrumentos foram utilizados para avaliar a suicidalidade, sendo o PHQ-9 o segundo mais citado, em 31 estudos. Os pontos de corte identificados nos estudos foram ≥ 1 e ≥ 2 . As autoras identificaram boa sensibilidade e especificidade no período pré-natal em relação ao padrão ouro e ressaltam que os pensamentos de automutilação podem nem sempre indicar ideação suicida.

IDATE (Inventário de Ansiedade Traço-Estado) - Este instrumento irá avaliar a ansiedade. É constituído por duas escalas paralelas, cada uma composta por 20 itens. Avaliam ansiedade como um traço (IDATE-T) (ANEXO III) e como estado (IDATE-E) (ANEXO IV). Ansiedade de traço refere-se a tendências individuais e estáveis de reagir a situações, enquanto o estado de ansiedade se refere à uma condição transitória (Fioravanti-Bastos *et al.*, 2006).

O IDATE, apesar de ter sido elaborado para população geral, vem sendo utilizado em estudos internacionais como em Goetz *et al.* (2020), Redinger *et*

al.(2020), Sinaci *et al.* (2020) e Stepowicz *et al.* (2020). Assim como em pesquisas com gestantes de baixo a alto risco, nos estudos brasileiros Alves *et al.* (2018); Schiavo, Rodrigues e Perosa (2018), Alves, Siqueira e Pereira (2018) e de Carvalho *et al.* (2021).

O instrumento foi desenvolvido por Spielberger, Gorsuch e Lushene (1970), com versões traduzidas para o português brasileiro desde 1994. Atualmente, utiliza-se a proposta por Fiovaranti *et al.* (2006). No momento da aplicação do questionário, deve ser explicado ao sujeito que o instrumento está dividido em duas partes (IDATE-estado e IDATE-traço) e em que elas consistem. Deve ser esclarecido que as perguntas não possuem respostas certas ou erradas e que as respostas devem estar de acordo com as opções dadas, evitando respostas como “mais ou menos”, “está ótimo”, “está ruim”, entre outras. As opções de resposta são: 4:muitíssimo; 3:bastante; 2:um pouco; 1:absolutamente não.

Para a quantificação e interpretação das respostas, atribui-se a pontuação correspondente à resposta dada para cada uma das perguntas. Os escores para as perguntas de caráter positivo são invertidos, ou seja, se o paciente responder 4, atribui-se valor 1 na codificação; se responder 3, atribui-se valor 2; se responder 2, atribui-se valor 3; e se responder 1, atribui-se valor 4. Para o IDATE-estado, as perguntas negativas são: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18; e as positivas: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. Para o IDATE-traço, as perguntas negativas são: 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 14,15, 17, 18, 20; e as positivas: 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19 (Kaipper, 2008).

A classificação com ansiedade de traço ou ansiedade de estado é: sem importância clínica para pontuações entre 0 e 39, e com importância clínica para pontuações a partir de 40.

5.2 ANÁLISE DOS DADOS

Após o término da coleta de dados, os questionários foram digitados em um banco de dados formulado no programa Excel. Em seguida, realizou-se análise de consistência, que consistiu na criação e categorização de variáveis e verificação de frequências realizadas através do programa Stata 14.0 (StatCorp, College Station, TX, USA). As questões abertas foram codificadas posteriormente, categorizando segundo as respostas mais frequentes. Para os desfechos foram calculadas as prevalências.

Para o artigo 1 (depressão e ideação suicida), na análise bivariada, foi calculada a razão de prevalências (RP) com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e qui-quadrado de Pearson, adotando-se o valor $p < 0,05$ de um teste bicaudal. A análise ajustada utilizou regressão de Poisson com ajuste da variância robusta, obedecendo a um modelo hierárquico em três níveis (conforme quadro 6), previamente definido e utilizando o método de *backward*. Seguindo esse método, as variáveis foram colocadas no modelo conforme seu nível hierárquico e, ao final, mantiveram-se aquelas com valor $p \leq 0,20$, considerando significativo valores com $p \leq 0,05$.

Já para o artigo 2 (ansiedade-traço e ansiedade-estado), na análise bruta, foram calculadas as médias dos instrumentos. Para análise ajustada, optou-se por regressão Linear com ajuste da variância robusta, obedecendo ao mesmo modelo hierárquico e utilizando o método de *backward*.

Quadro 6 - Níveis hierárquicos utilizados na análise dos dados

Nível	Variáveis	
1º	Variáveis sociodemográficas Idade Cor da pele Estado civil	Variáveis socioeconômicas Renda familiar Escolaridade
2º	Variáveis obstétricas e de pré-natal Planejou a gestação Histórico de gestações anteriores Histórico de perdas gestacionais Internação durante a gestação Infecção por HIV Classificação de risco gestacional	
3º	Variáveis psicossociais Suporte social Histórico familiar de doença mental Tratamento de saúde mental prévia Tratamento de saúde mental atual	
Desfechos	Depressão, ideação suicida, ansiedade-traço e ansiedade-estado	

Fonte: elaborado pela autora.

6. ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Saúde, conforme Parecer 5.562.889, CAEE 58951522.7.0000.5324 em 04 de agosto de 2022 (ANEXO V). Além disso, segue as recomendações estabelecidas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, assegurando-se às participantes, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, a confidencialidade, a participação voluntária e a possibilidade de deixar o estudo a qualquer momento sem prejuízo ao atendimento que é recebido no Ambulatório PNAR.

As participantes identificadas com sintomas clínicos de depressão e/ou ansiedade receberam os seguintes encaminhamentos: encaminhamento para atendimento psicológico no próprio ambulatório do PNAR, encaminhamento para o serviço onde a paciente já havia sido atendida anteriormente, encaminhamento para o plantão psicológico da Faculdade Anhanguera ou encaminhamento para uma das clínicas-escola da cidade, conforme disponibilidade de vagas e facilidade de acesso da participante.

7. CONCLUSÕES

A presente tese deu origem a dois estudos, os quais encontraram altas prevalências de ansiedade-estado, ansiedade-traço, depressão e ideação suicida em gestantes de alto risco em um ambulatório especializado do extremo sul do Brasil. Apesar de ser um estudo transversal, a pesquisa traz dados regionais que descrevem a população de gestantes de alto risco que frequentam o PNAR do HU/FURG.

No que se refere à ansiedade, os instrumentos apontaram para o temperamento como maior determinante para ansiedade do que a vivência da mulher no momento da coleta. Isso indica que as intervenções para o manejo da ansiedade devem iniciar muito antes do período de gestação, pois a ansiedade das participantes que se mostrou mais significativa foi a ansiedade-traço (63,8%), relacionada às vivências anteriores.

A alta prevalência de depressão e ideação suicida nas gestantes de alto risco, sinaliza a necessidade de intervenção urgente com essa população. A identificação precoce da ideação suicida pode, além de diminuir o sofrimento emocional da gestante, evitar mortes. Dessa forma, rastrear a presença de sintomas de ideação pode ser facilmente implementado nos ambulatórios especializados, apesar da temática ainda ser sensível até mesmo para os profissionais de saúde mental.

Ademais, não apenas a equipe de saúde deve ser responsável pela prevenção dos desfechos descritos neste trabalho. A exemplo, o planejamento familiar e o suporte social podem ser recrutados a partir de medidas educativas em escolas, participação familiar e fortalecimento da comunidade.

REFERÊNCIAS

ABEBE, Workeabeba *et al.* Prevalence of depression among HIV-positive pregnant women and its association with adherence to antiretroviral therapy in Addis Ababa, Ethiopia. **PLoS ONE**, [s.l.], v. 17, n. 1 January, 2022.

ACHEANPONG, Kwabena *et al.* Prevalence and risk factors of prenatal depression among pregnant women attending antenatal clinic at Adventist Hospital, Bekwai Municipality, Ghana. **Medicine (United States)**, [s.l.], v. 101, n. 10, p. E28862, 2022.

ADE-OJO, Idowu Pius; DADA, Mobolaji Usman; ADEYANJU, Tolulope Benedict. Comparison of Anxiety and Depression Among HIV-Positive and HIV-Negative Pregnant Women During COVID-19 Pandemic in Ekiti State, Southwest Nigeria. **International Journal of General Medicine**, [s.l.], v. 15, p. 4123–4130, 2022.

ALMEIDA, Priscylla Tavares *et al.* Assistência nutricional e diabetes mellitus gestacional: uma revisão integrativa de literatura. **Research, Society and Development**, [s.l.], v. 9, n. 7, p. e640974592, 2020.

APA. American Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5..** 5 Porto Alegre: Artmed, 2013.

APA. Portal da Associação Americana de Psiquiatria. What are Anxiety Disorders?, 2023. Disponível em: <https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders>. Acesso em: 15 set. 2023.

APA. Portal da Associação Americana de Psicologia. Depression Treatments for Adults, Washington, 2019. Disponível em: <https://www.apa.org/depression-guideline/adults>. Acesso em: 15 set. 2023.

ASRADE, Lakachew *et al.* Determinants of hyperemesis gravidarum among pregnant women attending antenatal care at public and private hospitals in Bahir Dar City, North-West Ethiopia, 2022: a multicenter unmatched case control study. **BMC Women's Health**, [s.l.], v. 23, n. 1, 2023.

ATLAW, Daniel *et al.* Incidence and risk factors of gestational diabetes mellitus in Goba town, Southeast Ethiopia: a prospective cohort study. **BMJ Open**, [s.l.], v. 12, n. 9, 2022.

AYANO, Getinet; TESFAW, Getachew; SHUMET, Shegaye. Prevalence and determinants of antenatal depression in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. **PLoS ONE**, [s.l.], v. 14, n. 2, 2019.

BELETE, Kenen *et al.* Prevalence and correlates of suicide ideation and attempt among pregnant women attending antenatal care services at public hospitals in

southern Ethiopia. **Neuropsychiatric disease and treatment**, [s.l.], p. 1517-1529, 2021.

BENUTE, Gláucia Rosana Guerra *et al.* Risco de suicídio em gestantes de alto risco: um estudo exploratório. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 57, p. 583-587, 2011.

BOLOGNANI, Cláudia Vicari *et al.* Diabetes mellitus gestacional-enfoque nos novos critérios diagnósticos Gestational diabetes mellitus-focus on new diagnostic criteria. **Comun. ciênc. saúde**, [s.l.], p. [31-42], 2021.

BORGES, Roberta de Pádua *et al.* Impact of the COVID-19 pandemic on mental health of pregnant women with diabetes mellitus and hypertension. **Rev Assoc Med Bras (1992)**, Porto Alegre, v. 67, n. 9, p. 1268–1273, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.20210504>. Acesso em: 30 set. 2022.

BRAGÉ, Émilly Giacomelli *et al.* Profile of female hospitalizations in a psychiatric unit: a critical analysis. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [s.l.], v. 69, p. 165-170, 2020.

BRASIL, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestão de alto risco** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 01 jan.2022.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil. **Sociedade Brasileira de Diabetes**, Brasília, 2017. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34278?show=full>. Acesso em: 13 mai. 2022.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Depressão. Brasília. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/depressao>. Acesso em: 10 set. 2022.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio do Estado do Rio Grande do Sul / Comissão da Criança e do/a Adolescente. **Guia intersetorial de prevenção ao comportamento suicida da criança e do adolescente**, [s.l.], 2019. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20190837/26173730-guia-intersetorial-de-prevencao-do-comportamento-suicida-em-criancas-e-adolescentes-2019.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2024.

BRITO, João Gabriel Cordeiro de *et al.* Cuidado Multiprofissional na Estratégia Saúde da Família a Mulheres com Diabetes Mellitus Gestacional / Multiprofissional

Care in the Family Health Strategy for Women With Gestational Mellitus Diabetes. **ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA**, [s.l.], v. 14, n. 52, p. 961–973, 2020.

CAROPRESO, Luisa *et al.* Preeclampsia as a risk factor for postpartum depression and psychosis: a systematic review and meta-analysis. **Archives of women's mental health**, [s.l.], v. 23, p. 493-505, 2020.

CARTER, Jenny *et al.* Threatened preterm labour: Women's experiences of risk and care management: A qualitative study. **Midwifery**, Scotland, v. 64, p. 85–92, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2018.06.001>. Acesso em: 15 set. 2023.

CARVALHO, Laís Lage de *et al.* Aspectos psicossociais da gestação de alto risco: análise de mulheres grávidas hospitalizadas. **Psico**, Porto Alegre, v. 52, n. 4, p. 36341, 2021b. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/36341/27343>. Acesso em: 27 mar. 2022.

COSTA, Lediana Dalla *et al.* Percepções de gestantes internadas em um serviço de referência em alto risco. **REME rev. min. enferm**, Francisco Beltrão, v. 23, p. e-1199, 2019. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622019000100245&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10 ago. 2022.

DAWES, Lisa *et al.* Psychological well-being of women at high risk of spontaneous preterm birth cared for in a specialised preterm birth clinic: a prospective longitudinal cohort study. **BMJ Open**, England, v. 12, n. 3, p. e056999, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056999>. Acesso em: 10 ago. 2022.

DE ARAÚJO, Wanda Scherrer *et al.* Efeitos do relaxamento sobre os níveis de depressão em mulheres com gravidez de alto risco: Ensaio clínico randomizado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Vitória, v. 24, 2016.

DE MAGALHÃES RIBEIRO, Gabriela; CIETO, Julia Ferreira; DE JESUS SILVA, Mônica Maria. Risk of depression in pregnancy among pregnant women undergoing high-risk prenatal care. **Revista da Escola de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 56, 2022.

DE SOUZA MANÇÚ, Tatiane; SOUZA, Olívia; ALMEIDA, Castro. Conhecimentos e sentimentos das gestantes diabéticas sobre a diabetes mellitus gestacional e tratamento. **Rev. enferm. UFPE on line**, Salvador, p. 1474-1482, 2016.

DENNIS, Cindy Lee; FALAH-HASSANI, Kobra; SHIRI, Rahman. **Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis**. [s.l.], Royal College of Psychiatrists, 2017.

DUDENEY, Elizabeth *et al.* Measures of suicidality in perinatal women: A systematic review. **Journal of Affective Disorders**, [s.l.], 2022.

EID, Karine *et al.* Perinatal Depression and Anxiety in Women With Multiple Sclerosis: A Population-Based Cohort Study. **Neurology**, [s.l.] v. 96, n. 23, p. e2789–e2800, 2021.

FRASER, Emma E. *et al.* Exploring the psychological wellbeing of women with gestational diabetes mellitus (GDM): increased risk of anxiety in women requiring insulin. A Prospective Longitudinal Observational Pilot Study. **Health Psychology and Behavioral Medicine**, [s.l.], v. 11, n. 1, 2023.

FREIBERGER, Annika *et al.* Psychosocial well-being in postpartum women with congenital heart disease. **Cardiovasc Diagn Ther**, Munique, v. 12, n. 4, p. 389–399, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21037/cdt-22-213>.

GARMAN, Emily C. *et al.* Association between perinatal depressive symptoms and suicidal risk among low-income South African women: a longitudinal study. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, Cidade do Cabo, v. 54, p. 1219-1230, 2019.

GOETZ, Maren *et al.* 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**, Heildelberg, v. 22, n. 8, 2020.

GRIGORIADIS, Sophie *et al.* Maternal anxiety during pregnancy and the association with adverse perinatal outcomes: systematic review and meta-analysis. **The Journal of clinical psychiatry**, [s.l.], v. 79, n. 5, p. 813, 2018.

HAMIDIA, Angela *et al.* Depressive symptoms and psychological distress from antenatal to postnatal period in women with high-risk pregnancy: A prospective study during the COVID-19 pandemic. **Indian Journal of Psychiatry**, [s.l.], v. 63, n. 6, p. 536–542, 2021.

HANKO, Cornelia *et al.* Course of mental health and mother-infant bonding in hospitalized women with threatened preterm birth. **Arch Gynecol Obstet**, [s.l.], v. 301, n. 1, p. 119–128, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-019-05406-3>. Acesso em: 15 mar 2022.

HELLER, Hanna M. *et al.* The effectiveness of a guided Internet-based tool for the treatment of depression and anxiety in pregnancy (Mamakits online): Randomized controlled trial. **Journal of Medical Internet Research**, [s.l.], v. 22, n. 3, 2020.

HERMON, Narkis *et al.* Impact of maternal depression on perinatal outcomes in hospitalized women—a prospective study. **Archives of Women's Mental Health**, Seul, v. 22, n. 1, p. 85–91, 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Panorama do Município de Rio Grande**, [s.l.]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/rio-grande/panorama>. Acesso em: 20 jul. 2023.

KAHHALE, Soubhi; FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira; ZUGAIB, Marcelo. Pré-eclampsia. **Revista de Medicina**, [s.l.], v. 97, n. 2, p. 226, 2018.

KAIPPER, Márcia Balle. Avaliação do inventário de ansiedade traço-estado (IDATE) através da análise de Rasch. **Repositório UFRGS**. Porto Alegre, p.138, 2008.

KIEPURA, Eliza; KMITA, Grazyna. Antenatal depression and anxiety in primiparous Polish mothers and fathers. **Ginekol Pol.**, [s.l.], v. 91, n. 1, p. 24-28, 2020.

KORDI, Masoumeh *et al.* Anxiety during pregnancy and preeclampsia: a case - control study. **JOURNAL OF MIDWIFERY & REPRODUCTIVE HEALTH.**, [s.l.], v. 5, n. 1, p: 814 – 820, 2017.

KNIGHT, Marian; TUFFNELL, Derek. A view from the UK: the UK and Ireland confidential enquiry into maternal deaths and morbidity. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, [s.l.], v. 61, n. 2, p. 347-358, 2018.

KNETTEL, Brandon A. *et al.* Exploring patterns and predictors of suicidal ideation among pregnant and postpartum women living with HIV in Kilimanjaro, Tanzania. **Aids**, Kilimanjaro, v. 34, n. 11, p. 1657-1664, 2020.

KUBOTA, Chika *et al.* The risk factors predicting suicidal ideation among perinatal women in Japan. **Frontiers in psychiatry**, [s.l.], v. 11, p. 441, 2020.

LAMUS, M N *et al.* Giving women WOICE postpartum: prevalence of maternal morbidity in high-risk pregnancies using the WHO-WOICE instrument. **BMC Pregnancy Childbirth**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 357, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8097898>. Acesso em: 22 set. 2022.

LANGILLE, Courtney; ANDREOU, Pantelis; PICCININI-VALLIS, Helena. The Prevalence of Pregnancy-Specific Perinatal Anxiety in Nova Scotia. **Maternal and Child Health Journal**, [s.l.], v. 27, n. 7, p. 1127-1132, 2023.

LEAL, Pollyana Caldeira *et al.* Trait vs. state anxiety in different threatening situations. **Trends in psychiatry and psychotherapy**, [s.l.], v. 39, p. 147-157, 2017.

LEE, Kai Wei *et al.* Prevalence and factors associated with depressive, anxiety and stress symptoms among women with gestational diabetes mellitus in tertiary care centres in Malaysia: A cross-sectional study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, Kuala Lumpur, v. 19, n. 1, 2019.

LEGAZPI, Pilar Carolina Castelao *et al.* Review of suicidal ideation during pregnancy: risk factors, prevalence, assessment instruments and consequences. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, [s.l.], v. 35, 2022.

LINDAHL, V.; PEARSON, Jane L.; COLPE, L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. **Archives of women's Mental Health**, [s.l.], v. 8, p. 77-87, 2005.

LOPES ARAÚJO, Priscila Lopes; ANDRADE, Raísa Barbosa de; SILVA, Yris Luana Rodrigues da; SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo. Rastreamento da sintomatologia depressiva em mulheres grávidas do pré-natal de alto risco. **Revista de Enfermagem UFPE (Online)**. [s.l.], v. 9, n. 2, p: 599-603, 2015.

MAIA, Italo Jaques Figueiredo; MARRONE, Luiz Carlos Porcello; MARTINS, Maria Isabel Morgan. Comparação entre a qualidade de vida, ansiedade e depressão de gestantes que vivem em zona rural e urbana em um município da Amazônia Brasileira. **Research, Society and Development**, [s.l.], v. 11, n. 1, p. e31311124758, 2022.

MAK, Jonathan K.L. *et al.* Gestational diabetes and postnatal depressive symptoms: A prospective cohort study in Western China. **Women and Birth**, [s.l.], v. 32, n. 3, p. e427–e431, 2019.

MANDELL, Lissa N. *et al.* Blood Pressure, Depression, and Suicidal Ideation Among Pregnant Women with HIV. **AIDS and Behavior**, [s. l.], v. 26, n. 4, p. 1289–1298, 2022.

MBARAK, Barke *et al.* Postpartum depression among women with pre-eclampsia and eclampsia in Tanzania; a call for integrative intervention. **BMC pregnancy and childbirth**, [s.l.], v. 19, n. 1, p. 1-8, 2019.

MOHAMMADI, Solmaz *et al.* Explaining the psychological distress of women with high-risk pregnancies in Iran: A qualitative study. **Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research**, [s.l.], v. 27, n. 6, p. 560–566, 2022.

MOSEHOLM, Ellen *et al.* Psychosocial health in pregnancy and postpartum among women living with - and without HIV and non-pregnant women living with HIV living in the Nordic countries – Results from a longitudinal survey study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [s.l.], v. 22, n. 1, 2022.

MUCHE, Achenef Asmamaw; OLAYEMI, Oladapo O.; GETE, Yigzaw Kebede. Prevalence of gestational diabetes mellitus and associated factors among women attending antenatal care at Gondar town public health facilities, Northwest Ethiopia. **BMC pregnancy and childbirth**, [s.l.], v. 19, n. 1, p. 334, 2019.

NAJA, Sarah *et al.* Generalized and pregnancy-related anxiety prevalence and predictors among pregnant women attending primary health care in Qatar, 2018–2019. **Heliyon**, Qatar, v. 6, n. 10, 2020.

NIELSEN-SCOTT, Maria et al. Prevalence of perinatal anxiety in low-and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. **Journal of affective disorders**, [s.l.], v. 306, p. 71-79, 2022.

NIKČEVIĆ, Ana V. et al. Psychological Impact and Women's Evaluation of the First-Trimester Pre-Eclampsia Screening and Prevention: ASPRE Trial. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Londres, v. 20, n. 7, 2023.

OGUEJI, Ifeanyichukwu Anthony. Experiences and predictors of psychological distress in pregnant women living with HIV. **British Journal of Health Psychology**, [s.l.], v. 26, n. 3, p. 882–901, 2021.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez**. Genebra, 2016.

_____. Depressive Disorder (depression), Genebra, 2023. Disponível em <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>>. Acesso em: 15 set. 2023.

_____. Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division, Genebra, 2023b. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>. Acesso em: 10 mar. 2024.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. Washington. Disponível em: <https://www.paho.org/pt>. Acesso em: 22 mar. 2021.

OPAS/OMS. Portal da Organização Panamericana de Saúde. **Mental Disorders**, Washington, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>. Acesso em: 15 set. 2023.

_____. Portal da Organização Panamericana de Saúde. **Anxiety Disorders**. Washington. Disponível em: <https://www.paho.org/en/noncommunicable-diseases-and-mental-health/noncommunicable-diseases-and-mental-health-data-portal-2>. Acesso em: 15 set. 2023.

_____. Portal da Organização Panamericana de Saúde. **Prevenção ao suicídio deve ser uma prioridade**. Washington, Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/8-9-2023-prevencao-ao-suicidio-deve-ser-uma-prioridade-diretor-da-opas>. Acesso em: 21 dez. 2023.

_____. Portal da Organização Panamericana de Saúde. **Saúde Materna**. Washington. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-materna#:~:text=Entre%201990%20e%202015%2C%20a%20mortalidade%20mater>

[na%20no%20mundo%20caiu,cada%20100%20mil%20nascidos%20vivos.](#) Acesso em: 21dezembro de 2023.

PALMA, Elisa *et al.* Hospitalisation in high-risk pregnancy patients: is prenatal attachment affected?. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, [s.l.], v. 39, n. 1, p. 30–42, 2020.

PAULINO, Denise *et al.* Pregnant women admitted to the psychiatric hospital: a portrait of vulnerability. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 32, p. e320119, 2022.

PEREIRA, Fabio Claudiney *et al.* CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA CONSULTA DE PRÉ NATAL A GESTANTE DIAGNOSTICADA COM DIABETES GESTACIONAL. **Revista Humano Ser-UNIFACEX, Natal-RN**, [s.l.], n. 1, p. 13–23, 2016.

PHELAN, Suzanne *et al.* Protocol for a randomized controlled trial of pre-pregnancy lifestyle intervention to reduce recurrence of gestational diabetes: Gestational Diabetes Prevention/Prevención de la Diabetes Gestacional. **Trials**, [s.l.], v. 22, n. 1, 2021.

QIN, Shouxue *et al.* Survey and analysis for impact factors of psychological distress in HIV-infected pregnant women who continue pregnancy. **Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine**, [s.l.], v. 32, n. 19, p. 3160–3167, 2019.

RAFFO, Vanessa Tiemi Duarte *et al.* Os sintomas psicopatológicos na gestação e no puerpério de alto risco: estudo realizado em uma Maternidade de um Hospital Geral de Curitiba-PR/ Psychopathological symptoms in high-risk gestation and puerperium: a study carried out in a Maternity of a General Hospital of Curitiba-PR. **Brazilian Journal of Development**, [s.l.], v. 7, n. 7, p. 75059–75071, 2021.

RAO, Wen-Wang *et al.* Worldwide prevalence of suicide attempt in pregnant and postpartum women: a meta-analysis of observational studies. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, [s.l.], v. 56, p. 711-720, 2021.

REID, Holly E. *et al.* Maternal suicide ideation and behaviour during pregnancy and the first postpartum year: a systematic review of psychological and psychosocial risk factors. **Frontiers in psychiatry**, [s.l.], v. 13, p. 349, 2022.

REDINGER, Stephanie *et al.* Antenatal depression and anxiety across pregnancy in urban South Africa. **Journal of Affective Disorders**, [s.l.], v. 277, p. 296–305, 2020.

RODRIGUEZ, Violeta J. *et al.* Correlates of suicidal ideation during pregnancy and postpartum among women living with HIV in rural South Africa. **AIDS and Behavior**, Gondar, v. 22, p. 3188-3197, 2018.

SANTOS, Iná S. *et al.* Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. **Cadernos de saúde pública**, [s.l.], v. 23, p. 2577-2588, 2007.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Rio de Janeiro, v 114, n. 5, 2020. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2020/v11405/pdf/edicao/153/>. Acesso em: 28 jun. de 2022.

SHI, Peixia *et al.* Maternal depression and suicide at immediate prenatal and early postpartum periods and psychosocial risk factors. **Psychiatry research**, [s.l.], v. 261, p. 298-306, 2018.

SCHIAVO, Rafaela A.; RODRIGUES, Olga Maria Piiazetim R.; PEROSA, Gimol B. Variáveis associadas à ansiedade gestacional em primigestas e multigestas. **Temas em Psicologia**, [s.l.], v. 26, n. 4, p. 2091–2104, 2018.

SINACI, Selcan *et al.* Does having a high-risk pregnancy influence anxiety level during the COVID-19 pandemic?. **European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology**, [s.l.], v. 255, p. 190–196, 2020.

SILVA, Mônica Maria de Jesus; NOGUEIRA, Denismar Alves; CLAPIS, Maria José; LEITE, Eliana Peres Rocha Carvalho. Anxiety in pregnancy: prevalence and associated factors. **Rev. esc. enferma.**, Recife, v. 51, n. e03253, p: 1-8, 2017.

SMORTI, Martina *et al.* The impact of Covid-19 restrictions on depressive symptoms in low-risk and high-risk pregnant women: a cross-sectional study before and during pandemic. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [s.l.], v. 22, n. 1, 2022.

SOARES, Laura Britz; BELLO, Alexandre Ferreira; TRAEBERT, Jefferson. Positive screening for major depressive disorder in high-risk pregnant women. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [s.l.], v. 72, n. 1, p. 12–18, 2023.

SOLTSMAN, Sofia *et al.* The Impact of Prenatal Depression in Patients of High Risk Pregnancy Clinic on Obstetric Outcomes. **Psychiatric Quarterly**, [s.l.], v. 92, n. 4, p. 1673–1684, 2021.

SOUSA ALVES, Jheyanny; HECKLER DE SIQUEIRA, Hedi Crecencia; CASTRO PEREIRA, Queli Lisiane. Ser gestante no meio repelente: orientações, medidas preventivas e ansiedade frente ao diagnóstico positivo para o Zika Vírus. **Enfermería actual en Costa Rica**, [s.l.], n. 36, 2018.

SOUZA, Gustavo Fonseca de Albuquerque *et al.* Maternal-fetal attachment and psychiatric disorders in pregnant women with malformed fetuses. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [s.l.], v. 70, n. 3, 2021.

STEPOWICZ, Anna *et al.* Stress and anxiety levels in pregnant and post-partum women during the COVID-19 pandemic. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s.l.], v. 17, n. 24, p. 1–9, 2020.

TANG, Xian *et al.* Influencing factors for prenatal Stress, anxiety and depression in early pregnancy among women in Chongqing, China. **Journal of Affective Disorders**, [s.l.], v. 253, p. 292–302, 2019.

TASNIM, Sa'dia *et al.* Antenatal depression among women with gestational diabetes mellitus: a pilot study. **Reproductive Health**, [s.l.], v. 19, n. 1, 2022.

TENÓRIO, Paula Jaeger; KATZ, Leila; AMORIM, Melania Maria Ramos. Symptoms of anxiety and depression in women with gestational trophoblastic disease compared to women who had a miscarriage: a cross-sectional study. **J Psychosom Obstet Gynaecol**, v. 44, n. 1, p. 2210747, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/0167482X.2023.2210747>. Acesso em: 11 set. 2023.

VERGEL, Juliana *et al.* Gestation-related psychosocial factors in women from Medellín, Colombia. **Revista Colombiana de Psiquiatria**, [s. l.], v. 48, n. 1, p. 26–34, 2019.

YIN, Xiaoxv *et al.* Prevalence and associated factors of antenatal depression: Systematic reviews and meta-analyses. **Clinical psychology review**, [s.l.], v. 83, p. 101932, 2021.

ZACHER, Magdalena *et al.* Prenatal paternal depression, anxiety, and somatic symptom burden in different risk samples: an explorative study. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, [s. l.], v. 307, n. 4, p. 1255–1263, 2023.

ZEWDU, Leul Belachew *et al.* Prevalence of suicidal ideation and associated factors among HIV positive perinatal women on follow-up at Gondar town health institutions, Northwest Ethiopia: a cross-sectional study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 21, p. 1-9, 2021.

ZHAO, Ying *et al.* A longitudinal study of perinatal depression among Chinese high-risk pregnant women. **Women and Birth**, [s. l.], v. 31, n. 6, p. e395–e402, 2018.

ZHONG, Qiu-Yue *et al.* Suicidal behavior-related hospitalizations among pregnant women in the USA, 2006–2012. **Archives of women's mental health**, [s. l.], v. 19, p. 463-472, 2016.

ZHONG, Qiu-Yue *et al.* Adverse obstetric outcomes during delivery hospitalizations complicated by suicidal behavior among US pregnant women. **PLoS One**, [s. l.], v. 13, n. 2, p. e0192943, 2018.

Artigo 1 – Submetido ao periódico Estudos de Psicologia (PUC-Campinas), Qualis A1 na área de Medicina 2

Depression, Suicidal Ideation and Associated Factors in High-Risk Pregnant Women
Depressão, Ideação Suicida e fatores associados em Gestantes de Alto Risco

DEPRESSÃO E IDEACÃO SUICIDA

Mariana Gauterio **TAVARES**¹  ORCID iD 0000-0001-9763-0858

Beatriz Juliano **FRITZEN**²  ORCID iD 0009-0002-9797-4049

Simone Batista da **SILVEIRA**³  ORCID iD 0009-0009-1453-4226

Nicole Cristina **LOTTERMANN**⁴  ORCID iD 0000-0003-3367-184X

Bruna Morales **NERES**⁵  ORCID iD 0009-0008-2377-3950

Carla Gonçalves **VITOLA**⁶  ORCID iD [0000-0001-6580-6417](https://orcid.org/0000-0001-6580-6417)

¹ PARA AUTOR DE CORRESPONDÊNCIA:

Mestre em Temas em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Rua General Osório, s/n. Secretaria do PPGCS, 4º andar. CEP 96200-400, Rio Grande, RS, Brasil. Correspondence to: Mariana Gauterio TAVARES. E-mail: marianatav@gmail.com, telefone: (53)984651855

Artigo elaborado a partir da dissertação de Mariana Gauterio TAVARES, intitulada “Ansiedade, depressão e ideação suicida e fatores associados em gestantes de alto risco do extremo sul do Brasil. Universidade Federal do Rio Grande, 2024.

² Acadêmica. Universidade Federal do Rio Grande, Instituto de Ciências Humanas e da Informação, Curso de Psicologia. Rio Grande, RS, Brasil. E-mail: biocajf@gmail.com, Telefone(53)981462450

³ Acadêmica. Universidade Federal do Rio Grande, Instituto de Ciências Humanas e da Informação, Curso de Psicologia. Rio Grande, RS, Brasil. E-mail: simonebsilveira1@gmail.com, Telefone: (53)999291520

⁴ Acadêmica. Universidade Federal do Rio Grande, Faculdade de Medicina. Rio Grande, RS, Brasil. E-mail: lottermannnicole@gmail.com, Telefone: (51)992966623

⁵ Acadêmica. Universidade Federal do Rio Grande, Faculdade de Medicina. Rio Grande, RS, Brasil. E-mail: bruna.m.neres@gmail.com, Telefone: (43)999749308

⁶ Doutora em Ciências Médicas. Universidade Federal do Rio Grande, Faculdade de Medicina. Rio Grande, RS, Brasil. E-mail: carlavgfurg@gmail.com. Telefone: (53)981351617

How to cite this article ([Preenchimento da Revista](#))

Autor. (ano). Título. *Estudos de Psicologia* (Campinas), XX, eXXXX. <https://doi.org/10.1590/1982-027520XXXXX>

Abstract

This study aims to identify the prevalence of depression and suicidal ideation and their associated factors in pregnant women attending a high-risk prenatal care. A cross-sectional study was performed with a census-type sample of 215 pregnant women who answered a sociodemographic questionnaire and the Edinburgh Postnatal Depression Scale. A prevalence of depression of 40.5% and suicidal ideation of 20%, respectively, was found. Associations were found between increased depression and brown and black skin color, personal history of mental illness, social support considered good and social support considered average or poor. Associations were found between a higher prevalence of suicidal ideation and unplanned pregnancy, living with HIV, personal history of mental illness, good social support, and social support perceived as average or poor. The results highlight the need for psychological screening in specialized services, as well as strategies to improve family planning and social support in high-risk pregnancies.

Keywords: depression; high-risk pregnancy; prevalence; suicidal ideation.

Resumo

Este estudo objetiva identificar a prevalência de depressão e ideação suicida e seus fatores associados gestantes de um ambulatório de pré-natal de alto risco. Foi realizado um estudo transversal censitário com 215 gestantes que responderam ao questionário sociodemográfico e a Escala de Depressão de Edimburgo. Foi encontrada uma prevalência de depressão de 40,5% e de ideação suicida foi de 20%. Foram identificadas associações entre o aumento de depressão e cor de pele parda e preta, histórico de doença mental, suporte social considerado como bom e suporte social considerado mediano ou ruim. Foram encontradas associações entre maior prevalência de ideação suicida e gestação não planejada, viver com HIV, história de doença mental, suporte social bom e suporte social percebido como mediano ou ruim. Os resultados apontam para necessidade de triagem psicológica nos serviços especializados, bem como estratégias para melhorar o planejamento familiar e o suporte social na gravidez de alto risco.

Palavras-chave: depressão; gravidez de alto risco; ideação suicida; prevalência.

Pregnancy is an important event in a woman's life and is accompanied by psychological and physiological changes (Ayano, Tesfaw, & Shumet, 2019). This period can be one of joy and positive expectations but also of stress and physical and mental difficulty (Carvalho *et al.*, 2021).

Literature shows a high prevalence of mental disorders among pregnant women. The prevalence of depression in pregnant women varies from 18.1% to 30.1% (Yin *et al.*, 2021). However, in high-risk pregnant women, the prevalence of depression ranges from 12.5% (Lee *et al.*, 2019) to 39% (Souza *et al.*, 2022) in outpatients and from 22.3% (Vergel *et al.*, 2019) to 59.5% (Carvalho *et al.*, 2021) in hospitalized pregnant women. Pregnant women who are hospitalized tend to have a higher prevalence of symptoms due to the separation from their families and the interruption in their activities. In addition, hospitalization can be interpreted as a personal “failure” (Palma *et al.*, 2020).

According to previous studies, factors associated with higher rates of depression in high-risk pregnant women are low income and schooling, being black or brown, not having a partner, not having a religion, young or advanced maternal age, a history of miscarriage or neonatal death, a family history of mental illness, uncontrolled blood sugar and high blood pressure (Abèbè *et al.*, 2022; Acheanpong *et al.*, 2022; Atlaw *et al.*, 2022; Ribeiro, Cieto, & de Silva, 2022; Eid *et al.*, 2021; Fraser *et al.*, 2023; Lee *et al.*, 2019; Mandell *et al.*, 2022; Muche, Olayemi, & Gete, 2019; Qin *et al.*, 2019; Soares, Bello, & Traebert, 2023; Soltsman *et al.*, 2021; Tasnim *et al.*, 2022).

The prevalence of suicidal ideation (SI) in pregnant women varies from 5.1% (Shi *et al.*, 2018) to 19.8% (Garman *et al.*, 2019). In pregnant women with HIV, the prevalence found in the literature ranges from 8.2% (Zewdu *et al.*, 2021) to 39% (Rodriguez *et al.*, 2018). SI in people living with HIV (PLWH) is a response to diagnosis, and is related to opportunistic infections, the stigmatizing nature of the disease and many psychiatric illnesses associated (Rooks-Peck *et al.*, 2018; Zewdu 2021). As a result, people with HIV are twice as likely to die by suicide as the general population (Croxford *et al.*, 2017). Maternal suicide is the second leading cause of death during pregnancy in the UK and Ireland and the leading direct cause of death between 6 weeks and 1 year after the end of pregnancy (National Perinatal Epidemiology, 2020). Unplanned pregnancies, common mental disorders, poor social support, and

SI throughout life are associated with higher rates of SI (Kubota *et al.*, 2020; Belete *et al.*, 2021).

Depressive disorders and SI are associated with pregnancy and postpartum complications. Research has shown that pregnant women with depression have a higher risk of premature birth, cesarean delivery (Hermon *et al.*, 2018), low birth weight (Soltsman *et al.*, 2021; Gelaye *et al.*, 2018), and nonadherence to antiretroviral therapy (ART) (Abebe *et al.*, 2022). Suicidal behaviors during pregnancy are associated with an increased risk of placental abruption, antepartum and postpartum hemorrhage, preterm delivery, fetal growth restriction, and stillbirth (Zhong *et al.*, 2018).

Considering the gap identified in the literature on this population, this study aimed to identify the prevalence of depression and SI in high-risk pregnant women at a specialized outpatient clinic in the far south of Brazil and to identify possible factors associated with a higher risk of these outcomes.

Method

A cross-sectional study was performed in an outpatient clinic specializing in high-risk prenatal care (HRPC) located in the extreme south of Brazil in the city of Rio Grande, which is a reference point for three other municipalities in the region: São José do Norte, Santa Vitória do Palmar and Chuí, serving high-risk pregnant women from a population of 254,588 people. Rio Grande is located on the coast of Rio Grande do Sul, Brazil. It has a population of 191,900 and has the 4th highest GDP in the state, with a Human Development Index (HDI) of 0.744 (IBGE, 2022). The city has two hospitals, one of which is exclusively for patients in the Unified Health System (SUS), three Psychosocial Care Centers, and over 50 registered SUS health establishments, including Primary Health Care Centers (Ministry of Health, 2024).

This study included all pregnant women who entered the HRPC between September 12, 2022, and April 27, 2023, obtaining a census-type sample. The data collection was interrupted only after the previously calculated sample N was reached. The risk classification was performed by the service's obstetric nurse, based on the Ministry of Health's scoring table, where up to 04 points was considered low risk, between 05 and 09 points moderate risk, and above 10 points, the pregnant woman was considered high risk, requiring specialized follow-up and remaining in the HRPC outpatient clinic until the end of prenatal care.

The exclusion criteria were being under the age of 18 years, women whose ongoing pregnancy was the result of sexual violence, women deprived of their liberty, and women unable to understand the instruments and answer them verbally, clearly, or consistently. During the data collection period, 232 pregnant women were included in this study. However, 14 (6%) pregnant women refused to participate in the study, and three (1.3%) patients were lost, bringing the total number of participants to 215.

The sample size was calculated using the statistical program Epi Info 7.2.5.0. (Centers for Disease, Control and Prevention, GA, USA). The prevalence of depression and SI was assumed to be 36% and 11%, respectively. A confidence level of 95% and a margin of error of 5% were considered. The prevalence of depression in sample N was 209, and that of SI was 110.

The research team consisted of interviewers who had been trained to apply the instruments. A structured questionnaire was developed to collect sociodemographic data, including clinical information and habits. Data on per capita family income, presence of a partner, age, schooling, personal and family history of mental health, and obstetric history were collected. In this questionnaire, social support was assessed using the question "How do you perceive the support of the people around you at this moment during your pregnancy?". The answer options were "very good," "good," "average," and "bad." Pregnancy data were collected from multi-professional medical records.

The Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) was used to assess depression. This is a self-administered instrument made up of 10 items about how the woman felt in the last seven days. The score for each question varied between 0 and 3 points, according to severity. Scores ≥ 11 indicate probable depression. Item 10 assessed thoughts of self-harm characterized by SI. Although the scale was initially validated for the postpartum period, nowadays this instrument is widely used to assess depressive symptoms throughout all the perinatal period (Tendais, Costa, Conde & Figueiredo, 2014; Park & Kim, 2022; Oliveira, Luzetti, Rosalém e Neto, 2022).

Pregnant women were invited to take part in the survey before or after their first appointment at HRPC. To minimize losses, two more attempts were made at subsequent appointments if they were unable to answer the questionnaires on the day they entered the service. On each day of the HRPC service, two interviewers worked on the collection. The instruments were applied Monday to Thursday in the morning and Wednesday in the afternoon. The interviewers administered the

sociodemographic questionnaire and gave instructions on how to apply the EPDS, which are self-administered. When necessary, all the items on each instrument were read out to the pregnant woman. Each interview took an average of 10 minutes.

Participants with high scores on the EPDS or suicidal ideation were offered psychological care with the psychologist of the HRPC, referral to the other service closest to the patient's home, or the suggestion of continuing treatment at a service the patient had previously attended.

A consistency analysis was then performed, followed by the categorization of variables and the creation of the derived variables. Prevalence rates were calculated for depression and SI. In the bivariate analysis, the prevalence ratio (PR) was calculated with their respective 95% confidence intervals and Pearson's chi-square, adopting a two-tailed test with a p-value <0.05 . The adjusted analysis used a Poisson regression with robust variance adjustment, following a previously defined three-level hierarchical model using the backward method. Following this method, the variables were placed in the model according to their hierarchical level, and in the end those with a p-value ≤ 0.20 were kept, considering values with $p \leq 0.05$ to be significant. Analyses were performed using the Stata 15.0 program (StataCorp, College Station, TX, USA).

Using a sample size of 215 and an alpha error of 0.05, the power of the sample for depression was 90% for a prevalence found of 40% and expected of 25%. Using the same parameters, the power of the sample for suicidal ideation was 99% for a prevalence found of 20% and expected of 5%. In relation to the variables associated with depression, the one with the lowest sample power was skin color with 81% and the highest history of mental illness 99%. In relation to the variables associated with suicidal ideation, the one with the lowest power in the sample was not planning a pregnancy with 80%, and all the other significant variables had a power of 99%.

This study was approved by the Research Ethics Committee (CEP) of the Federal University of Rio Grande under Opinion No. 5.562.889 on 04/08/2022, CAEE 58951522.7.00002324. All participants signed a Free and Informed Consent Form (FICF).

Results

A total of 215 pregnant women were included in this study; 44.1% were aged between 26 and 34 years, 67% reported having white skin color, 90.7% reported

having a partner, 72% reported having studied up to high school, and 75.1% had a *per capita* income of more than one minimum monthly wage. Regarding obstetric characteristics, almost half of the women were in their third trimester of pregnancy at the time of the survey (47.2%), and most had not planned their current pregnancy (63.1%). The majority had previous pregnancies (73.2%) and no history of pregnancy loss (71.4%) or hospitalization during the current pregnancy (82.6%). Of the total samples, 10.2% were living with HIV, and the majority (62.8%) scored 11 points or more on the gestational risk classification. Regarding psychosocial aspects, 82.2% reported perceiving their support as very good or good during pregnancy and 17.8% reported perceiving their social support as average or poor. The majority denied having a personal history of mental illness (73.8%), a family history of mental illness (66.4%), or undergoing psychological or psychiatric treatment at the time of the survey (86%) (Table 1).

Table 1

The prevalence of depression in the study population was 40.5%. After the adjusted analysis, we found that brown or black women were 9% more likely to be depressed than white women (PR: 1.09; CI_{95%}: 1.01-1.19). Similarly, those who reported a history of mental illness were 18% more likely to experience depression than were those who did not (PR: 1.18; CI_{95%}: 1.07-1.36). Finally, social support was the factor most strongly associated with depression. Women who reported good social support comprised 19% (PR:1.19; CI_{95%}: 1.05-1.36), and those with average or poor social support were 34% more likely to be depressed than those with very good support (PR:1.34; CI_{95%}: 1.20-1.51) (Table 2).

Among the women interviewed, 20% experienced SI. Table 2 shows that patients who did not plan their pregnancy had 3% more SI than those who did (PR 1.03; CI_{95%}: 1.01-1.06). Pregnant HIV-positive women had 17% more SI than non-HIV-positive women (PR 1.17; CI_{95%}: 1.02-1.34). A previous history of mental illness increased the risk of SI by 15% compared to patients without this history (PR: 1.15; CI_{95%}: 1.06-1.23). Finally, those with good, average, and poor social support had 16% (PR: 1.16; CI_{95%}: 1.06-1.29) and 17% higher risks of SI, respectively (PR: 1.17; CI_{95%}: 1.07-1.29). (Table 3).

Table 3

Discussion

The rate of depression in this study was 40.5%, which is higher than that found in international studies but similar to other studies of high-risk pregnant women in outpatient settings in Brazil. A survey of 147 pregnant women living with HIV in Denmark, Finland, and Sweden found a 24% prevalence of depressive symptoms (Mosehlom *et al.*, 2022). Hermon *et al.* (2019) reported a 28.3% prevalence of depression in a sample of 279 pregnant women hospitalized in high-risk pregnancy units. Poor countries have higher rates of depression; although Brazil is not among the poorest countries in Latin America, it is considered by the Pan American Health Organization (PAHO) to have the highest prevalence of depression. Vergel *et al.* (2019) found a depression prevalence of 22.3% in a sample of 112 pregnant women hospitalized for threatened premature birth in Colombia. In Chile, a study of 188 women hospitalized for high-risk pregnancies found a depression prevalence between 28.3% and 28.8% (Palma *et al.*, 2020). Notably, Hermon *et al.* (2019), Mosehlom *et al.* (2022), Vergel *et al.* (2019), and Palma *et al.* (2020) used the EPDS to assess depressive symptoms in pregnant women, the same instrument used in our study. In Brazil, a study in Santa Catarina using the same scale (EPDS) in 184 high-risk pregnant women identified depressive symptoms in 37.5% of the sample (Soares, Bello, and Traebert, 2023). In Pernambuco, Souza *et al.* (2022) used the Hospital Anxiety and Depression Scale and found a 39% prevalence of depression in a sample of 77 pregnant women with fetal malformations. We found a higher prevalence of depression than other international studies, including those in Latin America, but similar to Brazilian studies performed in different regions, not only because of the poverty of the majority of the population but also because of the difficulty in accessing mental health services and the strongly related stigma. Strong stigma was perceived during the data collection phase of the research when many pregnant women opted not to want to know the results of the instruments applied, did not accept an appointment with the psychologist at the HRPC, or were referred to an external service closer to their home. In Brazil, high tax rates combined with unemployment and under-employment can contribute to a worsening quality of life and a lack of time to seek health services. It should also be noted that this study was conducted at a specialized outpatient clinic in a public hospital. In addition, most participants had a *per capita* income of up to one minimum wage, with some receiving government benefits; the majority did not have higher education, and the data were collected in the aftermath of the COVID-19 pandemic.

Regarding the factors associated with a higher risk of depression, we found that brown and black women had 9% more depression than white women. The higher prevalence of depression in black women than in white women is consistent with the findings of previous studies. For example, in a systematic review by Mukherjee *et al.* (2016), the authors found that the prevalence of depression in pregnant women was 10–30% higher among African-American and Hispanic women than among white women. Faisal-Cury *et al.* (2021), in a study of 800 pregnant women in Brazil, found that black and brown women were 2.67 times more likely to develop prenatal depression than white women. The authors emphasized that women belonging to minorities, such as black or brown women, women who live alone, and women of low socioeconomic status, have a higher risk of depression. Soares *et al.* (2023) found that high-risk black or brown pregnant women had a 12% higher risk of depression than white pregnant women in Brazil. Structural racism can affect not only adverse health outcomes but also maternal sociodemographic characteristics (Krieger *et al.*, 2020). The socioeconomic and cultural determinants of the lives of the black Brazilian population contribute to their precariousness as a result of the systemic racism that permeates various spheres of society. The general lack of employment, housing, income, education, and leisure opportunities has a direct impact on the health of this community (Ministry of Health, 2023). It would be noteworthy for health services to be aware of how vulnerable the black population is compared to the white population and how this interferes with health care. In this way, services, especially those of the Unified Health System, could provide equity in care, enabling improvements in access for black women and strategies for maintaining prenatal, mental, and obstetric care.

In addition to skin color, a history of mental illness was associated with an 18% higher prevalence of depression during pregnancy. A meta-analysis by Gelaye *et al.* (2016), which included 51 articles on prenatal depression and 53 on depression during the puerperium in low- and middle-income countries, also found that a history of mental illness was associated with depression in both the prenatal and postnatal periods. Souza *et al.* (2022) found that high-risk pregnant women with a history of anxiety and depression were 5.4 times more likely to develop depression during their pregnancy. Understanding pregnancy as an event accompanied by many changes in a woman's life can be viewed as an opportunity to screen for mental health issues. It is also important to investigate known risk factors to prevent harm to pregnant women and their fetuses or newborns. Given the high recurrence of depressive episodes

throughout life, the start of prenatal care can be considered as a space for the prevention or treatment of emotional demands. These demands are associated with obstetric issues and child development during the first few years of life. Care needs to be focused not only on the treatment of established mental disorders but also on health promotion and prevention based on risk factors. Thus, primary and specialized care services will be able to receive sufficient human resources to guarantee the rights of these women, given that data on the mental health of high-risk pregnant women are concerning. It is hoped that Law 14.721/2023, which extends the right to psychological assistance to pregnant, parturient, and puerperal women, will improve the care provided.

In our study, social support was most strongly associated with a higher prevalence of depression. The worse the perception of social support, the higher the prevalence of depressive symptoms. Thus, women who perceived their social support as only good had 1.19 times more depression, and those who perceived it as fair or poor had 1.34 times more depression than the reference group. In our sample, 71.1% of the pregnant women who reported average or poor social support were depressed. It should be noted that the presence of a partner alone was insufficient for a good perception of social support, as 90.7% of women reported having a partner. Social support is a protective factor against depressive symptoms in high-risk pregnant women (Ribeiro *et al.*, 2022; Souza *et al.*, 2022; Yoon & Sung, 2021). Other studies have identified low social support as a risk factor for depression in pregnant women in low- and middle-income countries (Gelaye *et al.*, 2016). Faisal-Cury *et al.* (2021) found that women who live without a partner are 2.16 times more likely to develop depression than those who live with a partner in Brazil. In our study, we assessed only the general perception of social support, and it was not possible to identify where the participants' social support network was the most fragile. This perception of loneliness is believed to have permeated different contexts since the World Health Organization created the International Commission on Social Connectedness in November 2023. During pregnancy, with all physical, emotional, and social changes possibly exacerbated in the high-risk context, these women may feel more fragile and vulnerable, requiring more care and support. Social support should be encouraged by both partners and family members and by health services, workplaces, and communities. To promote such care, it is essential to create community spaces that are easily accessible and free of charge.

Similar to depression, we observed a high rate of SI (20%). In a survey of 384 pregnant women without risk classification in Cape Town, Garman *et al.* (2019) found a 19.8% prevalence of SI. Only one study on SI in high-risk pregnant women has been reported in the literature. Benute *et al.* (2011) conducted a study in Brazil with a sample of 268 high-risk pregnant women, in which the risk of suicide was identified in 5% of participants using the Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD). In a study by Benute *et al.* (2011), the only associated factor identified was not following a religion, which increased the risk of SI by 28.6%. However, studies have been conducted on SI in pregnant women with HIV infection. A study of 414 pregnant women living with HIV in Ethiopia reported an SI prevalence of 8.2% (Zewdu *et al.*, 2021). In a study of 681 HIV-positive pregnant women in South Africa, the SI prevalence was 39% (Rodriguez *et al.*, 2018). Few studies with widely divergent data indicate a lack of knowledge among this population despite the worrying prevalence of SI.

In our study, 63.1% of the women reported not having planned their pregnancies, which is similar to the findings of other Brazilian studies. Lelis *et al.* (2023) reported a prevalence of 63.3% of unplanned pregnancies among 12,415 puerperal women in Brazil. In a sample of eight Brazilian public hospitals, Nilson *et al.* (2023) reported a prevalence of 67.5% for unplanned pregnancies in a sample of 1,120 puerperal women. In the adjusted analysis, not having a planned pregnancy was associated with a 3% increase in SI. Belete *et al.* (2021) evaluated 738 pregnant women with no risk classification in Ethiopia and found that those who had not planned their pregnancy were 2.01 times more likely to develop SI. In another study performed on the Thailand–Myanmar border, with 568 refugee and migrant women, the authors found that unplanned pregnancy was associated with a 2.74 higher chance of having an SI (Fellmeth *et al.* 2022). Zewdu *et al.* (2021) also found that HIV-positive women who did not plan their pregnancies were 2.75 times more likely to develop SI. These results highlight the need for long-term actions in health and education in Brazil. Family planning and access to contraception influence not only women's desires and dreams but also their purchasing power and mental health. We have evidence that it is associated with mental health and probably prevents death because unplanned pregnancies can be associated with maternal morbidity and mortality. Thus, family planning should broaden the discussion on the possibility of not becoming pregnant, thus reducing the social expectations of women to become mothers.

In our study, living with HIV was not associated with a higher prevalence of depressive symptoms. However, HIV-positive women had 17% higher SI. We found a prevalence of SI in 45.5% of the women with HIV. This prevalence was more than twice that observed in HIV-negative women (17.1%). Rodriguez *et al.* (2018) found a 39% prevalence of SI in pregnant women with HIV in South Africa, with symptoms decreasing to 7% after 12 months. The high prevalence of SI in these women can be explained by several factors, such as living with HIV stigma, risk of vertical transmission, risk of fetal malformation due to ART, and side effects. Experiencing pregnancy with stigma and uncertainty likely causes hopelessness, leading to IS in this population. We should highlight that the location where our research was conducted is a reference for HIV/AIDS treatment in the four cities, which made it easier to compose a group of HIV-positive pregnant women for data collection.

Similar to depression, a history of mental illness increased the risk of developing IS by 15% in the present study. Kubota *et al.* (2020) also found that a history of depressive disorder increased the risk of SI by 2.16 times in a study of 430 pregnant Japanese women. This highlights the fact that mental disorders are often chronic or recurrent. Therefore, pregnancy should be considered a time of risk. Family members must be informed about the increase in depressive symptoms during the perinatal period, especially in women with a history of depression. In addition, from a societal perspective, pregnancy is still viewed as a beautiful phase in a woman's life; therefore, there is no room for suffering. This means that women often do not share their feelings or seek specialized help because they are ashamed of not feeling the way they think they should. The use of psychiatric medications during pregnancy is often stigmatized and abruptly discontinued without prior psychiatric evaluation. Pregnancy planning can help women with a history of mental illness plan the discontinuation of medication and adapt to the psychotropic drugs most suitable for pregnant women.

As with depression, the worse the perception of social support, the higher the prevalence of SI. In our sample, 15.2% of pregnant women who reported only good social support had SI, and 44.7% of those who reported average or poor social support had SI, representing a 16% and 17% higher risk, respectively, than women who reported perceiving their social support as very good. In a systematic review of pregnant women without risk classification, Arditi-Arbel *et al.* (2023) found that the perception of low social support received is associated with an increased risk of

suicide. Kubota *et al.* (2020), in a study with pregnant women also without risk classification, who were followed up at the beginning, end of pregnancy and postpartum, identified social support as the only protective factor for SI (OR: 0.77; 95% CI: 0.60–0.99; $p=.041$). We found no data in the literature regarding the association between social support and SI among high-risk pregnant women. However, we believe that in the context of high-risk pregnancies, this association is stronger than that in low-risk pregnancies. This is because high-risk pregnant women have a higher prevalence of depressive and anxiety symptoms and require more obstetric and psychosocial care.

This study identified a high prevalence of depressive symptoms, including SI, among high-risk pregnant women in far south Brazil, highlighting the need for further studies on the mental health of this population. Based on the knowledge of these demands, it is hoped that it will be possible to propose care that encompasses the emotional needs of these women, which are permeated by biological and social issues and are, therefore, complex. Based on these data and further research, it is hoped that, in the future, it will be possible to reduce the risk of suicide in this population.

The limitations of this study include its small sample size, which is related to the difficulty in accessing this population. One of the strengths of this study is the census-type sample, which was collected over a period of eight months in a specialized outpatient clinic. Additionally, included the outcomes of SI in our study, for which data are scarce. We also looked for statistical associations with the outcomes studied to contribute to multi-professional prenatal care and reduce the suffering of pregnant women.

Conclusion

The high prevalence of depression and SI in high-risk pregnant women is concerning, at 40.5% and 20%, respectively, and is higher than that in low-risk pregnant women. This study demonstrates the need for greater attention to mental health during prenatal care, especially in black or brown women and those living with HIV. Additionally, family planning can act as a preventive strategy against depression and SI during high-risk pregnancies. Finally, the presence of a personal history of mental illness and social support considered good or bad were the factors that most influenced the higher prevalence of depression and SI. For future research, we suggest cohort studies considering women's mental health throughout their life cycle to look for possible intervention factors even before the gestational period, as well as intervention

proposals aimed at improving social support. It is hoped that studies with this population will improve public policies to provide improvements for pregnant women, fetuses, and newborns.

Referências

- Abebe, W., Gebremariam, M., Molla, M., Teferra, S., Wissow, L., & Ruff, A. (2022). Prevalence of depression among HIV-positive pregnant women and its association with adherence to antiretroviral therapy in Addis Ababa, Ethiopia. *Plos One*, pp. 1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262638>
- Acheanpong, K., Pan, X., Kaminga, A. C., & Liu, A. (2022). Prevalence and risk factors of prenatal depression among pregnant women attending antenatal clinic at Adventist Hospital, Bekwai Municipality, Ghana. *Medicine (Baltimore)*, 101(10). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000028862>
- Arditi-Arbel, B., Hamdan, S., Winterman, M., & Gvion, Y. (2023). Suicidal ideation and behavior among perinatal women and their association with sleep disturbances, medical conditions, and known risk factors. *Frontiers in psychiatry*, 13, 987673. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyt.2022.987673>
- Atlaw, D., Sahiledengle, B., Assefa, T., Negash, W., Tahir, A., Regasa, T., Tekalegn, Y., Mamo, A., Enegeda, Z. T., Solomon, D., Gezahegn, H., Bekele, K., Zenbaba, D., Desta, F., Tasew, A., Nugusu, F., Beressa, G., Shiferaw, Z., Feleke, Z., Regassa, Z., Duguma, N., & Chattu, V. K. (2022). Incidence and risk factors of gestational diabetes mellitus in Goba town, Southeast Ethiopia: a prospective cohort study. *BMJ Open*, 12(9), e060694. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060694>
- Ayano, G., Tesfaw, G., & Shumet, S. (2019). *Prevalence and determinants of antenatal depression in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis*. *PLOS ONE*, 14(2), e0211764. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211764>
- Belete, K., Kassew, T., Demilew, D., & Amare Zeleke, T. (2021). Prevalence and correlates of suicide ideation and attempt among pregnant women attending

- antenatal care services at public hospitals in southern Ethiopia. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 1517-1529. <http://dx.doi.org/10.2147/NDT.S309702>
- Benute, G. R. G., Nomura, R. M. Y., Jorge, V. M. F., Nonnenmacher, D., Fráguas Junior, R., Lucia, M. C. S. D., & Zugaib, M. (2011). Risk of suicide in high risk pregnancy: an exploratory study. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 57, 583-587. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302011000500019>
- Borges, R. P., Reichelt, A. A. J., Brito, A., Molino, G. O. G., & Schaan, B. D. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on mental health of pregnant women with diabetes mellitus and hypertension. *Revista da Associação Médica Brasileira* (1992), 67(9), 1268-1273. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20210504>
- Carvalho, L. L., da Silva Fernandes, N., da Silva Fernandes, N. M., & dos Santos Grincenkoy, F. R. (2021). Aspectos psicossociais da gestação de alto risco: análise de mulheres grávidas hospitalizadas. *Psico*, 52(4), e36341-e36341. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/revistapsico/article/view/36341>
- Croxford, S., Kitching, A., Desai, S., Kall, M., Edelstein, M., Skingsley, A., ... & Delpech, V. (2017). Mortality and causes of death in people diagnosed with HIV in the era of highly active antiretroviral therapy compared with the general population: an analysis of a national observational cohort. *The Lancet Public Health*, 2(1), e35-e46. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(16\)30020-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(16)30020-2)
- Eid, K., Torkildsen, Ø. F., Aarseth, J., Flemmen, H. Ø., Holmøy, T., Lorentzen, Å. R., Myhr, K. M., Riise, T., Simonsen, C., Torkildsen, C. F., Wergeland, S., Willumsen, J. S., Øksendal, N., Gilhus, N. E., & Bjørk, M. H. (2021). Perinatal Depression and Anxiety in Women With Multiple Sclerosis: A Population-Based Cohort Study. *Neurology*, 96(23), e2789-e2800. <https://doi.org/10.1212/WNL.00000000000012062>
- Faisal-Cury, A., Rocha, A. C., Silotto, A. E. M. R., & de Oliveira Rodrigues, D. M. (2021). Prevalence and associated risk factors of antenatal depression among Brazilian pregnant women: A population-based study. *Journal of Affective Disorders Reports*, 5, 100166. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100166>

- Fellmeth, G., Nosten, S., Khirikoekkong, N., Oo, M. M., Gilder, M. E., Plugge, E., ... & McGready, R. (2022). Suicidal ideation in the perinatal period: findings from the Thailand–Myanmar border. *Journal of Public Health*, 44(4), e514-e518. <http://dx.doi.org/10.1093/pubmed/fdab297>
- Fraser, E. E., Ogden, K. J., Radford, A., Ingram, E. R., Campbell, J. E., Dennis, A., & Corbould, A. M. (2023). Exploring the psychological wellbeing of women with gestational diabetes mellitus (GDM): increased risk of anxiety in women requiring insulin. A Prospective Longitudinal Observational Pilot Study. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 11(1), 2170378. <https://doi.org/10.1080/21642850.2023.2170378>
- Garman, E. C., Cois, A., Schneider, M., & Lund, C. (2019). Association between perinatal depressive symptoms and suicidal risk among low-income South African women: a longitudinal study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 54, 1219-1230. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-019-01730-w>
- Gelaye, B., Rondon, M. B., Araya, R., & Williams, M. A. (2016). Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry*, 3(10), 973-982. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30284-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30284-X)
- Gelaye, B., Domingue, A., Rebelo, F., Friedman, L. E., Qiu, C., Sanchez, S. E., ... & Williams, M. A. (2019). Association of antepartum suicidal ideation during the third trimester with infant birth weight and gestational age at delivery. *Psychology, health & medicine*, 24(2), 127-136. <http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2018.1539235>
- Hermon, N., Wainstock, T., Sheiner, E., et al. (2019). Impact of maternal depression on perinatal outcomes in hospitalized women—a prospective study. *Archives of Women's Mental Health*, 22, 85–91. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0883-5>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2022). Cidades e estados do Brasil. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/rio-grande/panorama>
- Krieger, N., Van Wye, G., Huynh, M., Waterman, P. D., Maduro, G., Li, W., ... & Bassett, M. T. (2020). Structural racism, historical redlining, and risk of preterm birth

- in New York City, 2013–2017. *American journal of public health*, 110(7), 1046-1053. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305656>
- Kubota, C., Inada, T., Shiino, T., Ando, M., Sato, M., Nakamura, Y., ... & Ozaki, N. (2020). The risk factors predicting suicidal ideation among perinatal women in Japan. *Frontiers in psychiatry*, 11, 441. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00441>
- Lee, K. W., Ching, S. M., Hoo, F. K., Ramachandran, V., Chong, S. C., Tusimin, M., & Mohd Nordin, N. (2019). Prevalence and factors associated with depressive, anxiety and stress symptoms among women with gestational diabetes mellitus in tertiary care centres in Malaysia: a cross-sectional study. *BMC pregnancy and childbirth*, 19, 1-11. <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2519-9>
- Lelis, C.F., Prietsch, S.O.M, Cesar, J. A. (2023). Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência, tendência e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*. <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/gravidez-nao-planejada-no-extremo-sul-do-brasil-prevalencia-tendencia-e-fatores-associados/18883>
- Mandell, L. N., Parrish, M. S., Rodriguez, V. J., Alcaide, M. L., Weiss, S. M., Peltzer, K., Jones, D. L. (2022). Blood Pressure, Depression, and Suicidal Ideation Among Pregnant Women with HIV. *AIDS and Behavior*, 26(4), 1289-1298. <https://doi.org/10.1007/s10461-021-03486-4>
- Ministério da Saúde (2024). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. https://cnes2.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=88566872000162&VEstado=43&VNome=PREFEITURA%20MUNICIPAL%20DO%20RIO%20GRANDE
- Ministério da Saúde (2023). Saúde da População Negra. <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-saude-da-populacao-negra-numero-especial-vol-1-out.2023>
- Moseholm, E., Aho, I., Mellgren, Å., Pedersen, G., Katzenstein, T. L., Johansen, I. S., ... & Weis, N. (2022). Psychosocial health in pregnancy and postpartum among

- women living with-and without HIV and non-pregnant women living with HIV living in Nordic countries—Results from a longitudinal survey study. *BMC pregnancy and childbirth*, 22(1), 1-14. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8740861/>
- Muche, A. A., Olayemi, O. O., & Gete, Y. K. (2019). Prevalence of gestational diabetes mellitus and associated factors among women attending antenatal care at Gondar town public health facilities, Northwest Ethiopia. *BMC pregnancy and childbirth*, 19, 1-13. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6743162/>
- Mukherjee, S., Trepka, M. J., Pierre-Victor, D., Bahelah, R., & Avent, T. (2016). Racial/ethnic disparities in antenatal depression in the United States: A systematic review. *Maternal and child health journal*, 20, 1780-1797. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-1989-x>
- National Perinatal Epidemiology Unit (2020). MBRRACE-UK: Saving Lives, Improving Mothers' Care 2020: Lessons to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries in Maternal Death and Morbidity 2016-18. <https://www.npeu.ox.ac.uk/mbrrace-uk/presentations/saving-lives-improving-mothers-care>
- Nilson, T. V., Amato, A. A., Resende, C. N., Primo, W. Q. S. P., Nomura, R. M. Y., Costa, M. L., ... & Zaconeta, A. C. M. (2023). Gravidez não planejada no Brasil: estudo nacional em oito hospitais universitários. *Revista de Saúde Pública*, 57, 35. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004449>
- Oliveira, T. A., Luzetti, G. G. C. M., Rosalém, M. M. A., & Neto, C. M. (2022). Screening of perinatal depression using the Edinburgh Postpartum Depression Scale. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/RBGO Gynecology and Obstetrics*, 44(05), 452-457. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1743095>
- Palma, E., Armijo, I., Cifuentes, J., Ambiado, S., Rochet, P., Díaz, B., Gutierrez, J., & Mena, C. (2021). Hospitalisation in high-risk pregnancy patients: is prenatal attachment affected? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(1), 30-42. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1740661>

- Park, S. H., & Kim, J. I. (2023). Predictive validity of the Edinburgh postnatal depression scale and other tools for screening depression in pregnant and postpartum women: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 307(5), 1331-1345. [https://doi.org/ 10.1007/s00404-022-06525-0](https://doi.org/10.1007/s00404-022-06525-0)
- Qin, S., Tan, Y., Lu, B., Cheng, Y., Nong, Y. (2019). Survey and analysis for impact factors of psychological distress in HIV-infected pregnant women who continue pregnancy. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 32(19), 3160-3167. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1459550>
- Ribeiro, G. M., Cieto, J. F., Silva, M. M. J. (2022). Risk of depression in pregnancy among pregnant women undergoing high-risk prenatal care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 56, e20210470. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0470en>
- Rooks-Peck, C. R., Adegbite, A. H., Wichser, M. E., Ramshaw, R., Mullins, M. M., Higa, D., & Sipe, T. A. (2018). Mental health and retention in HIV care: A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology*, 37(6), 574. <https://doi.org/10.1037/hea0000606>
- Rodriguez, V. J., Mandell, L. N., Babayigit, S., Manohar, R. R., Weiss, S. M., & Jones, D. L. (2018). Correlates of suicidal ideation during pregnancy and postpartum among women living with HIV in rural South Africa. *AIDS and Behavior*, 22, 3188-3197. <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-018-2153-y>
- Soares, L. B., Bello, A. F., & Trabert, J. (2023). Positive screening for major depressive disorder in high-risk pregnant women. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 72(1)pp. 12-18. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000401>
- Soltsman, S., Tomsis, Y., Konforty, A., Ben Shlomo, I. (2021). The Impact of Prenatal Depression in Patients of High Risk Pregnancy Clinic on Obstetric Outcomes. *The Psychiatric Quarterly*, 92(4), 1673-1684. <https://doi.org/10.1007/s11126-021-09925-8>

- Souza, G. F. A., Souza, A. S. R., Praciano, G. A. F., França, E. S. L., Carvalho, C. F., Paiva Júnior, S. S. L., Souza, M. B. R., & Asano, N. M. J. (2022). Apego materno-fetal e transtornos psiquiátricos em gestantes com fetos malformados / Maternal-fetal attachment and psychiatric disorders in pregnant women with malformed fetuses. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 71(1), 40-49. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000339>
- Tasnim, S., Auny, F. M., Hassan, Y., Yesmin, R., Ara, I., Mohiuddin, M. S., Kaggwa, M. M., Gozal, D., Mamun, M. A. (2022). Antenatal depression among women with gestational diabetes mellitus: a pilot study. *Reproductive Health*, 19(1), 71. <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01374-1>
- Tendais, I., Costa, R., Conde, A., & Figueiredo, B. (2014). Screening for depression and anxiety disorders from pregnancy to postpartum with the EPDS and STAI. *The Spanish journal of psychology*, 17, E7. <https://doi.org/10.1017/sjp.2014.7>
- Vergel, J., Gaviria, S. L., Duque, M., Restrepo, D., Rondon, M., Colonia, A. (2019). Gestation-related psychosocial factors in women from Medellin, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría* (English Ed.), 48(1), 26-34. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.06.003>
- Yoon, S. H., Sung, M. H. (2021). Does family support mediate the effect of anxiety and depression on maternal-fetal attachment in high-risk pregnant women admitted to the maternal-fetal intensive care unit? *Korean Journal of Women Health Nursing*, 27(2), 104-112. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2021.05.14>
- Yin, X., Sun, N., Jiang, N., Xu, X., Gan, Y., Zhang, J., ... & Gong, Y. (2021). Prevalence and associated factors of antenatal depression: Systematic reviews and meta-analyses. *Clinical psychology review*, 83, 101932. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101932>
- Zewdu, L. B., Reta, M. M., Yigzaw, N., & Tamirat, K. S. (2021). Prevalence of suicidal ideation and associated factors among HIV positive perinatal women on follow-up at Gondar town health institutions, Northwest Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 1-9. <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-020-03529-z>

Zhong, Q. Y., Gelaye, B., Smoller, J. W., Avillach, P., Cai, T., & Williams, M. A. (2018). Adverse obstetric outcomes during delivery hospitalizations complicated by suicidal behavior among US pregnant women. *PLoS One*, 13(2), e0192943. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0192943>

Illustrations

Table 1. Description of the sample of high-risk pregnant women in the far south of Brazil 2022/2023

Variable	Sample description	
	n	%
Maternal age (N=215)		
≥ 35 years	50	23,3
26 to 34 years old	95	44,1
≤ 25 years	70	32,6
Skin color (N=215)		
White	144	67,0
Brown or black	71	33,0
Partner (N=215)		
Yes	195	90,7
No	20	9,3
Maternal schooling (N=214)		
≥ 13 years	60	28,0
≤ 12 years	154	72,0
Per capita family income (N=209)		
≤ 1 MW	157	75,1
≥ 1.1 MW	52	24,9
Planned Pregnancy (214)		
Yes	79	36,9
No	135	63,1
Hospitalization during the current pregnancy (N=213)		
Yes	37	17,4
No	176	82,6
HIV-positive (N=215)		
No	193	89,8
Yes	22	10,2
Gestational risk classification (N=212)		
10 points	79	37,2
11 - 15 points	72	34,0
16 or more	61	28,8
Family history of mental illness (N=214)		
No	142	66,4
Yes	72	33,6
History of mental illness (N=214)		
No	158	73,8
Yes	56	26,2
Social support (N=214)		
Very good	97	45,3
Good	79	36,9
Average or poor	38	17,8

Table 2. Crude and adjusted analysis of factors associated with depression in high-risk pregnant women in the far south of Brazil 2022/2023.

Level	Variable	Prevalence of depression		Prevalence ratio (95%CI)	
		n	%	Crude	Adjusted
I	Maternal age (N=215)			p=0,655	p=0,774
	≥ 35 years	18	36,0	1,0	1,0
	26 to 34 years old	38	40,0	1,11 (0,71 – 1,73)	1,01 (0,91 - 1,12)
	≤ 25 years	31	44,3	1,23 (0,78 – 1,93)	1,03 (0,92 - 1,16)
	Skin color (N=215)			p=0,064	p=0,039
	White	52	36,1	1,0	1,0
	Brown or black	35	49,3	1,37 (0,99 – 1,88)	1,09 (1,01 - 1,19)
	Partner (N=215)			p=0,965	p=0,818
	Yes	79	40,0	1,0	1,0
	No	8	40,5	1,01 (0,58 – 1,78)	1,02 (0,87 - 1,19)
II	Maternal schooling (N=214)			p=0,048	p=0,200
	≥ 13 years	18	30,0	1,0	1,0
	≤ 12 years	69	44,8	1,49 (0,97 – 2,28)	1,07 (0,96 - 1,18)
	Per capita family income (N=209)			p=0,079	p=0,397
	≤ 1 MW	70	44,6	1,0	1,0
	≥ 1.1 MW	16	30,8	1,45 (0,93 – 2,26)	1,04 (0,94 - 1,15)
	Planned Pregnancy (214)			p=0,279	p=0,476
	Yes	28	35,4	1,0	1,0
	No	58	43,0	1,21 (0,85 – 1,73)	1,01 (0,97 - 1,06)
	Hospitalization during the current pregnancy (N=213)			p=0,475	p=0,524
III	Yes	13	35,1	1,0	1,0
	No	73	41,5	1,18 (0,74 – 1,89)	1,02 (0,96 - 1,07)
	HIV-positive (N=215)			p=0,155	p=0,325
	No	75	38,9	1,0	1,0
	Yes	12	54,6	1,40 (0,92 – 2,14)	1,08 (0,93 - 1,26)
	Gestational risk classification (N=212)			p=0,228	p=0,398
	10 points	31	39,2	1,0	1,0
	11 - 15 points	25	34,7	0,89 (0,58 - 1,34)	0,93 (0,84 - 1,04)
	16 or more	30	49,2	1,25 (0,86 – 1,82)	1,02 (0,93 - 1,12)
	Family history of mental illness (N=214)			p=0,135	p=0,424
	No	52	36,6	1,0	1,0
	Yes	34	47,2	1,29 (0,93 – 1,79)	1,03 (0,95 - 1,12)
	History of mental illness (N=214)			p<0,001	p=0,001
	No	53	33,5	1,0	1,0
	Yes	33	58,9	1,76 (1,29 – 2,39)	1,18 (1,07 - 1,36)
	Social support (N=214)			p<0,001	p<0,001
	Very good	24	24,7	1,0	1,0
	Good	35	44,3	1,79 (1,17 – 2,74)	1,19 (1,05 - 1,36)
	Average or poor	27	71,1	2,87 (1,92 – 4,29)	1,34 (1,20 - 1,51)

Notes:

*Adjusted linear trend

p ≤ 0.05 significantly associated; Prevalence ratios; 95% CI.

Table 3. Crude and adjusted analysis of factors associated with suicidal ideation in high-risk pregnant women in the far south of Brazil 2022/2023.

Level	Variable	Prevalence of SI		Prevalence ratio (95%CI)	
		n	%	Crude	Adjusted
I	Maternal age (N=215)			p= 0,190	p=0,204
	≥ 35 years	8	16	1,0	1,0
	26 to 34 years	16	16,8	1,05 (0,48 – 2,29)	1,05 (0,98 - 1,14)
	≤ 25 years	19	27,1	1,69 (0,81 – 3,56)	1,05 (0,97 - 1,14)
	Skin color (N=215)			p=0,310	p=0,656
	White	26	18,1	1,0	1,0
	Brown or black	17	23,9	1,33 (0,77 – 2,28)	1,02 (0,95 - 1,09)
	Partner (N=215)			p=0,557	p=0,748
	Yes	38	19,5	1,0	1,0
	No	5	25	1,28 (0,57 – 2,89)	1,01 (0,95 - 1,07)
	Per capita family income (N=209)			p=0,168	p=0,855
II	≤ 1 MW	35	22,2	1,0	1,00 (0,93 - 1,08)
	≥ 1.1 MW	7	13,7	1,66 (0,78- 3,50)	1,0
	Maternal schooling (N=214)			p=0,054	p=0,060
	≥ 13 years	7	11,7	1,0	1,0
	≤ 12 years	36	23,4	2,00 (0,94 – 4,25)	1,05 (0,99 - 1,11)
	Planned Pregnancy			p=0,050	p=0,012
	Yes	10	12,7	1,0	1,0
	No	32	23,7	1,87 (0,97 – 3,60)	1,03 (1,00 - 1,06)
	Hospitalization during the current pregnancy (N=213)			p=0,556	p=0,699
	Yes	6	16,2	1,0	1,0
	No	36	20,5	1,26 (0,57 – 2,77)	1,00 (0,97 - 1,04)
III	HIV-positive (N=215)			p=0,002	p=0,027
	No	33	17,1	1,0	1,0
	Yes	10	45,5	2,66 (1,53 – 4,62)	1,17 (1,02 - 1,34)
	Gestational risk classification (N=212)			p=0,960	p=0,836
	10 points	15	19,0	1,0	1,0
	11 - 15 points	15	20,8	1,09 (0,58 – 2,08)	1,01 (0,94 - 1,08)
	16 or more	12	19,7	1,04 (0,52 – 2,05)	0,98 (0,92 - 1,06)
	Family history of mental illness (N=214)			p=0,296	p=0,744
	No	25	17,6	1,0	1,0
	Yes	17	23,6	1,34 (0,78 – 2,31)	1,00 (0,95 - 1,07)
	History of mental illness (N=214)			p<0,001	p<0,001
	No	22	13,9	1,0	1,0
	Yes	20	35,7	2,56 (1,52 – 4,33)	1,15 (1,06 - 1,23)
	Social support (N=214)			p<0,001	p=0,001
	Very good	13	13,4	1,0	1,0
	Good	12	15,2	1,13 (0,55 – 2,34)	1,16 (1,06 - 1,29)
	Average and Poor	17	44,7	3,34 (1,80 – 6,19)	1,17 (1,07 - 1,29)

Notes: SI:suicidal ideation; $p \leq 0.05$ significantly associated; Prevalence ratios; 95% CI.

Artigo 2 – Submetido ao periódico Estudos de Psicologia (Natal – UFRN), Qualis A1 na área de Medicina 2

Ansiedade-traço e estado e fatores associados em gestantes de alto risco
Ansiedade em gestantes de alto risco

Trait and state anxiety and associated factors in high-risk pregnant women
Anxiety in high-risk pregnant women

Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de ansiedade-estado e traço em gestantes de alto risco e suas associações em um estudo transversal censitário. Participaram 216 gestantes de alto risco que responderam ao IDATE. A prevalência de ansiedade-estado foi de 59,1% e de ansiedade-traço foi de 63,8%. O apoio social considerado muito bom pela percepção da paciente esteve associado a redução das médias de ansiedade-traço (M: -8,42) e estado (M: -8,70). Ainda em relação a ansiedade-traço, a maior escolaridade (M: -3,69) e não estar atualmente em tratamento de saúde mental (M: -4,6) impactaram em menores escores de ansiedade. Já não planejar a gestação (M: 3,28) e ter história de doença mental prévia (M: 5,27) foram associados a maiores médias de ansiedade-traço. Os resultados apontam para necessidade de maior oferta de atendimento psicológico para gestantes, além de valorização das redes de apoio.

Palavras-chave: Gravidez de alto risco; ansiedade; prevalência; censos.

Abstract:

The aim of this study was to assess the prevalence of state and trait anxiety in high-risk pregnant women and their associations in a cross-sectional census study. A total of 216 high-risk pregnant women took part and answered the STAI. The prevalence of state-anxiety was 59.1% and trait-anxiety was 63.8%. Social support considered very good was associated with a reduction in the mean scores for trait anxiety (M: -8.42) and state anxiety (M: -8.70). Higher schooling (M: -3.69) and not currently undergoing mental health treatment (M: -4.6) had an impact on lower trait anxiety scores. On the other hand, not planning a pregnancy (M: 3.28) and having a history of

previous mental illness (M: 5.27) were associated with higher mean trait anxiety scores. The results point to the need for an increase in the supply of psychological care for pregnant women, as well as valuing support networks.

Key words: Pregnancy, High-Risk; Anxiety; Prevalence; Censuses

Introdução

A ansiedade apresenta uma função adaptativa relevante. Ela está relacionada à uma preparação do indivíduo para lidar com situações consideradas ameaçadoras ou desafiadoras, podendo contribuir para o melhor desempenho de determinada tarefa (Coutinho, Pereira, Rangé & Nardi, 2011). Relacionada ao medo, ela tem como propósito a manutenção da vida, da integridade física e emocional, além da adaptação ao meio ambiente. Porém, pode tornar-se patológica quando o medo deixa de avaliar corretamente o perigo (Caminha, 2019) passando a ser excessivo, persistente e até mesmo incapacitante (APA, 2023a).

Devido à complexidade em caracterizar a ansiedade, Spielberger propôs, em 1970, dois conceitos complementares. O primeiro define o estado psicofisiológico que reflete reações transitórias às situações adversas, denominado ansiedade-estado. Já um traço de personalidade, relacionado a uma tendência do indivíduo em apresentar o estado de ansiedade, seria denominado ansiedade-traço (Spielberger & Sydman, 1994).

A literatura mostra uma maior prevalência de transtornos mentais em gestantes de alto risco (Ade-Ojo, Dada & Adeyanju, 2022; Moseholm et al., 2022; Hanko et al., 2019, Carter, Tribe, Shenann & Sandall, 2018). Estima-se que 3,6% da população mundial sofra de ansiedade (OPAS, 2015). As gestantes em geral apresentam uma prevalência de ansiedade entre 15,2% e 26,5% (Grigoriadis et al., 2018; Tang et al., 2019; Naja et al., 2020; Nielsen-Scott, Fellmeth, Opondo & Alderdice, 2022; Langille, Andreou & Piccinini-Vallis, 2023). Porém, os estudos de ansiedade em gestações de alto risco, mostram prevalências entre 16,3% e 79,7%, o último no período da pandemia de COVID-19 (Palma et al., 2020; Borges et al., 2021). Dessa forma, sentimentos mistos de medo, preocupação, insegurança, felicidade e culpa são constantes durante gestações que necessitam de maior vigilância (Costa, 2019), bem como maiores dificuldades no estabelecimento do vínculo mãe-bebê durante a gravidez (Hanko et al., 2019).

Uma gravidez é considerada de alto risco quando apresenta condições ou fatores que aumentam a probabilidade de complicações para mãe, feto ou recém-nascido. Características individuais da gestante, história reprodutiva, condições clínicas anteriores à gestação e intercorrências na gestação atual são fatores que indicam uma gestação de alto risco (Brasil, 2022).

Entre os principais fatores correlacionados à maiores médias ou prevalências de ansiedade na gravidez de alto risco estão: ser solteira, ter baixa escolaridade, ter baixa renda, ser multípara, não possuir religião, receber baixo suporte social ou informacional, apresentar história pessoal de ansiedade e depressão ou saber de diagnóstico de malformação fetal (Carvalho et al., 2021; Borges et al., 2021; Palma et al., 2020; Souza et al., 2022).

Frente à alta prevalência de ansiedade no contexto de uma gestação de alto risco e poucos fatores associados identificados na literatura, o presente estudo teve como objetivo avaliar a prevalência e os fatores associados à ansiedade-traço e ansiedade-estado em um ambulatório especializado em pré-natal de alto risco no extremo sul do país.

Metodologia

Foi realizado um estudo transversal censitário com 216 gestantes de alto risco (GAR) de um ambulatório especializado, o qual é referência para quatro cidades do extremo sul do Brasil. O Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr., da Universidade Federal do Rio Grande (HU/FURG/Ebserh), realiza apenas atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A cidade de Rio Grande possui 191.900 habitantes (IBGE, 2022) e apresenta uma taxa de mortalidade infantil média de 8.75 para 1000 nascidos vivos. O ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco (PNAR - HU/FURG) é referência para Rio Grande, São José do Norte, Santa Vitória do Palmar e Chuí tanto para consultas, como para internações na área de obstetrícia e neonatologia, atendendo as GAR de uma população total de 254.588 pessoas em sua área de abrangência (IBGE, 2022).

A coleta de dados foi realizada entre 02 de setembro de 2022 e 27 de abril de 2023, sendo interrompida apenas após ser atingida a amostra necessária, a qual foi calculada previamente. Todas as gestantes que ingressaram no Pré-Natal de Alto Risco (PNAR) nesse período foram convidadas a participar do estudo, obtendo-se então uma amostra do tipo censo. A classificação de risco obstétrico foi realizada pela

enfermeira obstétrica do serviço, a qual realizava a triagem inicial que definia quais pacientes eram consideradas com gestações de alto risco.

As gestantes eram convidadas a participar da pesquisa antes ou depois da primeira consulta no PNAR, enquanto aguardavam na sala de espera. Para minimizar perdas, em caso de impossibilidade de responder aos instrumentos no dia de entrada no serviço, eram realizadas mais duas tentativas em consultas posteriores. Além disso, cinco entrevistadoras treinadas participaram da coleta de dados. A cada dia de atendimento do PNAR, duas entrevistadoras atuavam na coleta, com o objetivo de minimizar as perdas. Os dias de atendimento eram entre segunda e quinta-feira no período da manhã, e quarta-feira no turno da tarde. As entrevistadoras aplicavam o questionário sociodemográfico e instruía sobre a aplicação dos demais instrumentos, os quais são autoaplicáveis. Quando necessário, todos os itens de cada instrumento eram lidos para gestante. O tempo de cada entrevista foi em média de 15 minutos.

No período da pesquisa, deram entrada no PNAR 246 grávidas. Foram excluídas 14 participantes, as quais enquadravam-se em algum dos critérios de exclusão. Os critérios de exclusão foram: ter idade inferior a 18 anos, estar em privação de liberdade, pacientes cuja gestação atual foi proveniente de violência sexual e não apresentar capacidade de compreender os instrumentos e respondê-los de forma clara e consistente. Dessa forma, 232 gestantes eram elegíveis para participação no estudo. Porém, tivemos 14 (6,03%) recusas e 03 (1,3%) perdas, ficando 216 grávidas participantes.

Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram um questionário estruturado elaborado pela equipe pesquisadora, contemplando dados sociodemográficos, clínicos e de hábitos. Nesse questionário, a avaliação da percepção do social foi realizada através da questão: "Como você percebe o apoio das pessoas na sua volta agora que você está grávida?". As opções de resposta eram: "muito bom", "bom", "mediano" ou "ruim". Os dados gestacionais e antecedentes obstétricos foram coletados dos prontuários multiprofissionais.

Para avaliação da ansiedade, foi utilizado o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), o qual é constituído por duas escalas, cada uma composta por 20 itens. O IDATE-E avalia ansiedade-estado e o IDATE-T avalia ansiedade-traço. O escore de cada escala varia entre 20 e 80 pontos. Para ambos os instrumentos,

pontuações acima de 39 são caracterizadas como positivo para ansiedade. Quanto maior a pontuação, mais exacerbada a ansiedade avaliada.

Para participantes que apresentaram altas pontuações no IDATE, referiram muitas dificuldades com o período gestacional ou abandono de tratamento psicológico e/ou psiquiátrico, foi oferecido atendimento psicológico. O atendimento era realizado através de uma das psicólogas do PNAR, encaminhamento para clínica escola ou Centro de Atenção Psicossocial mais próximo de sua casa, ou ainda era sugerido continuidade do tratamento em serviço que a paciente frequentou anteriormente. Todas as participantes recebiam uma breve explicação sobre o escore dos seus instrumentos. Quando estes eram corrigidos apenas após a participante já ter ido embora, havia a possibilidade de deixarem um número de contato, pelo qual recebiam uma mensagem de texto através do aplicativo *Whatsapp*. Era enviada uma breve explicação sobre o quanto é normal e esperado a ansiedade durante a gestação, mas solicitando que em caso de exacerbação dos sintomas, que fosse informado no PNAR para agendar consulta com a profissional do serviço. Para pacientes com altas pontuações, o atendimento era oferecido na mesma mensagem.

O poder da amostra foi calculado no programa STATA 15.0. Usando-se um número amostral de 215 e um erro alpha de 0,05, o poder da amostra para ansiedade-estado foi 80% para uma prevalência encontrada de 59,1% e esperada de 45%. Usando os mesmos parâmetros, o poder da amostra para a ansiedade-traço foi de 81% para uma prevalência encontrada de 64% e esperada de 50%.

Após coleta dos dados esses foram codificados e digitados duplamente em banco de dados. Em seguida, realizou-se a análise de consistência, seguida pela categorização das variáveis e criação de variáveis derivadas. As variáveis dependentes foram categorizadas de forma numérica contínua. Foram calculadas as prevalências para os desfechos ansiedade-traço e ansiedade-estado. Na análise bruta, foram calculadas as médias com seus respectivos intervalos de confiança de 95%, utilizando ANOVA e adotando-se o valor $p < 0,05$. A análise ajustada utilizou Regressão Linear com ajuste da variância robusta, obedecendo a um modelo hierárquico em três níveis, apresentado nas tabelas, previamente definido e utilizando o método de *backward*. Seguindo esse método, as variáveis foram colocadas no modelo conforme seu nível hierárquico e, ao final, mantiveram-se aquelas com valor $p \leq 0,20$, considerando significativos valores com $p \leq 0,05$. As análises foram realizadas no programa Stata 15.0 (StataCorp, College Station, TX, USA).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande sob o parecer nº 5.562.889 em 04/08/2022, CAEE 58951522.7.00002324. Todas as participantes do estudo assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Participaram deste estudo 216 gestantes de alto risco. A maior parte da amostra foi composta por mulheres brancas (67,1%), com idades de 26 anos ou mais (63,1%), renda per capita familiar de até um salário-mínimo mensal (75,2%) e com até 12 anos de escolaridade (71,6%). A maioria relatou possuir companheiro (90,7%) e possuir uma crença religiosa (55,6%). Quanto às características obstétricas, a maior parte já havia gestado anteriormente (73,4%) e a pesquisa foi respondida por 47% das gestantes no terceiro trimestre. Sobre a gestação atual, 63,3% das mulheres relataram que não a haviam planejado, 17,3% tiveram hospitalização e 10,2% viviam com HIV. Quanto às características psicossociais, a maior parte das gestantes referiu perceber seu suporte social entre bom e muito bom (82,3%), 14,4% relataram possuir história familiar de doença mental, 26,5% história pessoal de doença mental e 14,4% da amostra relatou fazer acompanhamento de saúde mental com psicólogo e/ou psiquiatra (Tabela 1).

A prevalência de ansiedade-estado identificada foi de 59,1% (Tabela 1). Após análise ajustada, o suporte social muito bom permaneceu associado a menores médias de ansiedade-estado. Mulheres que relataram perceber seu suporte social como muito bom, apresentavam redução média de - 8,70 pontos (IC_{95%}:-12,7; -4,25) em relação ao grupo de referência (Tabela 2).

A prevalência de ansiedade-traço identificada foi de 63,8% (Tabela 1). Após análise ajustada, a escolaridade acima de 12 anos reduziu em média -3,69 pontos (IC_{95%}: -7,07; -0,32), bem como perceber o apoio social como muito bom reduziu em média - 8,42 pontos (IC_{95%}: -12,51; -4,34) em relação ao grupo de referência. Da mesma forma, aqueles que não estavam em acompanhamento de saúde mental apresentavam uma redução média de -4,53 (IC_{95%}:-8,69; -0,37) pontos no inventário. Por outro lado, não planejar a gestação indicou um aumento médio de 3,28 (IC_{95%}:0,04; 6,51) e possuir história pessoal de doença mental um aumento médio de 5,27 (IC_{95%}:2,00; 8,54) (Tabela 3).

Discussão

A ansiedade é uma reação normal ao estresse, sendo um alerta sobre potenciais perigos e necessidade de atenção. Porém, em níveis patológicos, ela pode estar associada a um transtorno mental e necessitar de auxílio profissional (APA, 2023b). Na pesquisa atual, encontramos uma prevalência de ansiedade-estado de 59,1% e 63,8% de ansiedade-traço em gestantes de alto risco. Na Alemanha, Hanco et al. (2020) identificaram 19% de ansiedade-traço em uma amostra de 75 gestantes hospitalizadas com risco de parto prematuro através do IDATE-Traço. Pesquisa que utilizou o mesmo instrumento em 80 grávidas hospitalizadas no Chile encontrou uma prevalência de ansiedade-traço de 16,3% (Palma et al, 2021). Já na Nigéria, em 2022, um estudo com 99 grávidas soropositivas para HIV identificou uma prevalência de 66,6% de ansiedade moderada ou elevada utilizando o instrumento General Anxiety Disorder (GAD-7) (Ade-Ojo, Dada & Adeyanju, 2022). No Brasil, estudo realizado na Paraíba com 100 gestantes de alto risco, utilizando a Escala Beck de Ansiedade, identificou 68% de ansiedade moderada ou elevada (Paz et al., 2023). Já no Rio Grande do Sul, Borges et al. (2021) encontraram uma prevalência de 79,7% de ansiedade-estado em 79 gestantes de alto risco. A literatura ainda é controversa sobre a prevalência de ansiedade nessa população, não apenas por questões culturais e socioeconômicas das diferentes populações, mas também devido aos poucos estudos, que utilizam diferentes instrumentos e apresentam baixo número amostral. Apesar da dificuldade de acesso a grávidas de alto risco, os poucos estudos indicam ainda pouca atenção da ciência à saúde da mulher, especificamente nessa fase do ciclo vital. Ainda assim, percebe-se que o Brasil apresenta uma prevalência de ansiedade elevada em gestantes de alto risco, em comparação com outros países. No entanto, as taxas são semelhantes as dos estudos no continente africano. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2017), o Brasil é o país com maior prevalência de ansiedade no mundo. Adiciona-se a isto o fato de que os dados foram coletados no contexto de um ambulatório do Sistema Único de Saúde (SUS), em um período pós-pandêmico, no primeiro dia de consulta em serviço especializado.

Apesar das altas taxas de ansiedade encontradas em nosso estudo, a percepção de suporte social como muito bom foi um fator que se associou a menores médias de ansiedade-estado ($M = -8,70$). Mesmo sendo a única associação identificada com ansiedade-estado, o suporte social foi a variável que mais impactou nas médias do IDATE-E e IDATE-T. Quanto às gestantes de baixo risco, a literatura

já aponta estudos com correlações ou associações entre maior ansiedade e menor suporte social (Bedaso, Adams, Peng, & Sibbritt, 2021). Semelhante ao nosso estudo, Palma et al. (2021), encontraram uma correlação positiva entre baixo suporte social e ansiedade-estado. Da mesma forma, um estudo em gestantes diabéticas e/ou hipertensas, encontrou uma correlação positiva entre o baixo suporte social e o estado de ansiedade (Borges et al., 2021). Tenório, Katz & Amorim (2023) avaliaram 64 mulheres com doença trofoblástica gestacional e identificaram que a falta de apoio do parceiro representou quatro vezes mais risco de desenvolver ansiedade. Em nosso estudo, 90,7% da amostra referiu possuir companheiro durante a coleta de dados, indicando que apenas a presença física do pai da criança não é o suficiente para percepção de um bom suporte social. É provável que gestantes de alto risco, por apresentarem mais sintomas de ansiedade do que grávidas em geral, necessitem de uma rede de apoio ainda mais estruturada. Ainda assim, a rede de apoio deve considerar laços familiares, organizacionais e equipes de saúde. Nesse sentido, principalmente as famílias devem ser convidadas a participar dos grupos de gestantes e demais atividades durante o período pré-natal. Isso porque, no período em que a mulher se sente mais vulnerável emocionalmente, muitas vezes a família e os amigos também não sabem como auxiliar ou se aproximar, criando-se uma sensação de isolamento por parte da gestante.

Já em relação à ansiedade-traço, identificamos que maior escolaridade, suporte social muito bom e não estar em tratamento atual de saúde mental, estiveram associados a menores médias no IDATE-T. Mulheres com escolaridade acima de 12 anos apresentaram médias inferiores de ansiedade-traço em comparação às mulheres com menor escolaridade ($M = -3,69$). Na Turquia, Sinaci et al. (2020), em estudo com 446 GAR hospitalizadas, identificaram que mulheres que haviam concluído o Ensino Médio eram mais ansiosas do que aquelas apenas com o ensino fundamental. No entanto, os autores encontraram diferenças significativas apenas utilizando a escala Beck de Ansiedade. A mesma diferença não foi encontrada através do IDATE. No contexto de uma gestação de alto risco, um maior grau de instrução pode facilitar na busca por informações seguras durante o pré-natal. É provável ainda que mulheres com maior nível educacional compreendam melhor as orientações da equipe, o que é um facilitador na adesão aos tratamentos necessários e menos um fator de estresse e ansiedade.

Novamente, o suporte social muito bom reduziu em média - 8,42 pontos de ansiedade-traço em relação ao grupo de referência, ratificando o impacto dessa variável nos desfechos. No mesmo sentido, Palma et al. (2021) identificaram uma correlação positiva entre baixo suporte social e ansiedade-traço. É possível perceber que quanto pior a percepção do suporte social, mais elevadas as médias no IDATE-T em nossa população. Salientamos que maiores escores no IDATE-T tendem a elevar os escores do IDATE-E (Spielberg & Sydemann, 1994). Provavelmente, mulheres que já se sentiam com uma rede de suporte fragilizada, no contexto da gestação de alto risco (neste estudo entendida como estado), sentir-se-iam mais vulneráveis. Dessa forma, em gestações de alto risco frisamos a necessidade de recrutar rede de apoio com amigos, familiares, outras gestantes, igrejas, grupos online, entre outras possibilidades, não se limitando apenas à equipe de pré-natal e ao companheiro.

Além da escolaridade e do suporte social, não estar realizando acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, esteve associado a menores médias de ansiedade-traço entre as gestantes do estudo. Não encontramos na literatura artigos que associem o fato de a grávida estar em tratamento para doença mental com as taxas de ansiedade. No entanto, apesar de apenas 14,4% das participantes relatarem estar em acompanhamento com profissional de saúde mental (psicólogo e/ou psiquiatra), acredita-se que esse grupo se encontrava em maior sofrimento emocional tendo, dessa forma, buscado o tratamento especializado. Além disso, a pesquisa foi realizada em ambulatório do SUS, com participantes de baixa renda e, consequentemente, com pouco acesso a esses profissionais através da rede de saúde do município. Isso acontece porque os profissionais de saúde mental concentram-se, em sua maior parte, no Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), atendendo apenas casos graves e/ou persistentes.

Em relação aos fatores associados às maiores médias no IDATE-T, as grávidas que não haviam planejado a gestação apresentaram aumento das médias de ansiedade-traço em comparação com aquelas que planejaram. Em nosso estudo, a maior parte das gestantes (63,3%) referiram não ter planejado a gestação atual. Infelizmente, outros estudos nacionais encontraram taxas de gestação não planejada semelhantes a da nossa pesquisa (Capello et al., 2020; Lelis et al., 2023). A gravidez indesejada foi identificada como um fator de risco para ansiedade e depressão no estudo de revisão sistemática de Kliemann, Böing & Crepaldi (2017) com gestantes

sem classificação de risco. Sinaci et al. (2020), em estudo realizado na Turquia, com 446 gestantes, também encontraram maiores taxas de ansiedade-traço em GAR que não planejaram a gestação ($p=0,020$). Nesse estudo, como na nossa pesquisa, os autores não identificaram diferenças em relação ao planejamento da gestação e à ansiedade-estado. No entanto, pesquisa realizada por Borges et al. (2021), com gestantes de alto risco, no RS, identificou que as GAR que não haviam planejado a gestação apresentavam maior prevalência de ansiedade-estado em comparação àquelas com gravidez planejada ($p=0,004$). A alta prevalência de gestação não planejada aponta para vulnerabilidade dessa população, pois, conforme Schetter e Tanner, (2012), mulheres que não planejaram a gravidez apresentam menos recursos psicossociais. Esses dados indicam que as mulheres necessitam de melhor acesso às informações sobre saúde e contracepção, visto que a gestação não planejada está associada com aumento da ansiedade. Por sua vez, sabe-se que a ansiedade em gestantes está associada a maior risco de asma, dificuldades no desenvolvimento socioemocional da criança, comportamentos internalizantes e externalizantes (Rogers et al., 2020; Zhou et al., 2023). Por isso, o planejamento familiar, além de um direito, deve ser fortalecido nos serviços de saúde com o objetivo de promoção de saúde mental e prevenção de agravos para gestante e recém-nascido.

Por fim, as grávidas com história prévia de doença mental apresentaram médias 5,27 mais elevadas de ansiedade-traço em relação àquelas sem histórico. Uma revisão sistemática que analisou 41 artigos, com gestantes sem classificação de risco, encontrou que ter histórico de transtornos mentais é um fator de risco para depressão e ansiedade na gravidez (Kliemann, Boing e Crepaldi (2017). Da mesma forma, estudo realizado com 77 grávidas de alto risco de Pernambuco observou que possuir antecedentes de ansiedade e/ou depressão esteve relacionado a um maior risco de ansiedade durante a gestação (Souza et al., 2021). Uma pesquisa de coorte que incluiu 41.475 gestações únicas de nascidos vivos na Dinamarca e Noruega avaliou o momento de descontinuação dos antidepressivos nas gestantes. Os resultados sugeriram que mulheres com doença mental grave em tratamento estável poderiam se beneficiar da continuação do tratamento medicamentoso (Trinh et al., 2023). No entanto, uma pesquisa de revisão, realizada em 19 estados americanos sobre conhecimentos, atitudes e tomada de decisão de pacientes e profissionais de saúde a respeito do uso de antidepressivos na gestação encontrou muitos médicos descrevendo os psicofármacos como mais prejudiciais do que outras classes

medicamentosas (Eakley & Lyndon, 2022). Possivelmente, o estigma associado ao uso de psicofármacos, adicionados à falta de psiquiatras na rede de saúde e obstetras com formação em saúde mental prejudicam a continuidade do tratamento de mulheres com história de doença mental pregressa e elevam os níveis de ansiedade dessa população. Adicionalmente, ressalta-se que o pré-natal deve ser visto como uma janela de oportunidade não apenas para promoção, mas também para recuperação da saúde (Brasil, 2022). Nesse sentido, é urgente a necessidade de mais profissionais atuando no rastreio e intervenção de sintomas emocionais desde a primeira consulta da gestante. Além disso, o planejamento da gestação pode beneficiar ainda mais mulheres com história de doença mental. A organização para uma gestação planejada pode possibilitar a prevenção de fatores de risco com avaliação psicológica e psiquiátrica prévias e organização familiar, além de fornecer suporte informacional e permitir planejamento financeiro das famílias.

Tendo em vista a alta prevalência de ansiedade no Brasil, a melhor estratégia é implementar rastreio com todas as gestantes durante o pré-natal, não apenas gestantes de alto risco. Acrescenta-se a isso que, após o rastreio, os serviços necessitam de recursos humanos para atender essa demanda. Como forma de prevenção aos sintomas ansiosos, adiciona-se ainda melhora das estratégias de planejamento familiar, com facilitação do acesso à contracepção, principalmente de longo prazo. Apesar da necessidade de equipes multiprofissionais especializadas nos serviços de pré-natal, nossos dados indicaram que as características da personalidade resultantes de vivências anteriores foram mais determinantes na ansiedade do que o estado relacionado à gestação. A atuação de equipe especializada no pré-natal é essencial para o esbatimento de sintomas ansiosos, porém a melhora no acesso à educação, serviços de saúde e segurança financeira diminuiria a ansiedade-traço em diferentes populações, incluindo gestantes. Por fim, esperamos que esses dados, junto a estudos futuros, possam contribuir para o reconhecimento das necessidades biopsicossociais das mulheres. Assim, almejamos que futuramente ocorra melhor planejamento de intervenções voltadas para saúde mental dessa população, especialmente das gestantes de diferentes classificações de risco.

Como limitações, destacamos que, em nosso estudo, não podemos afirmar que a ansiedade-estado se refere apenas a condições relacionadas à gestação de alto risco. Além disso, não é possível estabelecer uma relação de causa e efeito entre

as associações encontradas devido às características do estudo. Apesar do baixo número de participantes desta pesquisa, foi obtida uma amostragem do tipo censo durante um período de 08 meses de um ambulatório especializado, utilizando o instrumento mais indicado na literatura para avaliação da ansiedade. Para pesquisas futuras, sugerimos estudos de coorte em diferentes fases do ciclo de vida da mulher, bem como estudos de intervenção com propostas de estratégias para manejo de ansiedade no período anterior à gestação e durante a gestação.

Conclusão

Em nosso estudo encontramos uma alta prevalência de ansiedade-estado e de ansiedade-traço, respectivamente de 59,1% e 63,8%. Identificamos mais associações com as variáveis selecionadas através do IDATE-T do que através do IDATE-E. As gestantes com maior escolaridade tiveram menor média da ansiedade-traço. Enquanto as grávidas que não planejaram a gestação, que apresentavam histórico de doença mental e que realizavam acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico tiveram maiores médias de ansiedade-traço. Ressaltamos que o apoio social, considerado muito bom pela percepção das gestantes, foi o único fator que influenciou na diminuição da média da ansiedade-estado e da ansiedade-traço.

Tabela 1.

Descrição das características socioeconômicas, obstétricas e psicossociais de gestantes de alto risco de um ambulatório especializado.

Variável	Frequência N	Prevalência %
Cor da pele (216)		
Branca	145	67,1
Parda ou preta	71	32,9
Renda per capita (210)		
Até 1 SM	158	75,2
1,1 SM ou mais	52	24,8
Escolaridade (215)		
≤ 12 anos	154	71,6
≥ 13 anos	51	28,4
Idade materna (216)		
≤ 25 anos	71	32,9
26 a 34 anos	95	44,0
≥ 35 anos	50	23,1
Crença religiosa (216)		
Sim	120	55,6
Não	96	44,4
Companheiro (216)		
Sim	196	90,7
Não	20	9,3
Trimestre gestacional (215)		
1º trimestre	21	9,8
2º trimestre	93	43,2
3º trimestre	101	47,0
Histórico gestacional (214)		
Primíparas	57	26,6
Múltiparas	157	73,4
Gestação planejada (215)		
Sim	79	36,7
Não	136	63,3
Histórico de aborto (214)		
Sim	61	28,5
Não	153	71,5
Histórico de internação (214)		
Sim	37	17,3
Não	177	82,71
HIV (216)		
Sim	22	10,2
Não	194	89,8
Apoio social (215)		
Muito bom	97	45,1

Bom	80	37,2
Regular ou ruim	38	17,7
Histórico familiar de doença mental (215)		
Sim	73	33,9
Não	142	66,1
Histórico de doença mental prévia (215)		
Sim	57	26,5
Não	158	73,5
Tratamento de doença mental atual (215)		
Sim	31	14,4
Não	184	84,6
Ansiedade Estado (208)		
Sim	123	59,1
Não	85	40,9
Ansiedade Traço (210)		
Sim	134	63,8
Não	76	36,2

Tabela 2.

Análise bruta e ajustada de variáveis associadas a ansiedade estado em gestantes de alto risco.

Variável	Média	Bruta β (IC 95%)	Ajustada
1º nível			
Cor da pele		p=0,668	p=0,701
Branca	42,78	<i>Ref</i>	<i>Ref</i>
Parda ou preta	43,49	0,71 (-2,56; 3,98)	0,67 (-2,77; 4,12)
Renda per capita		p=0,908	p=0,516
Até 1 SM	43,10	<i>Ref</i>	<i>Ref</i>
1,1 SM ou mais	43,31	0,21 (-3,34; 3,76)	1,29 (-2,61; 5,19)
Escolaridade		p=0,301	p=0,301
≤ 12 anos	43,57	<i>Ref</i>	<i>Ref</i>
≥ 13 anos	41,80	-1,77 (-5,12; 1,59)	-1,77 (-5,12; 1,59)
Idade materna		p=0,890	p=0,871
≤ 25 anos	42,60	<i>Ref</i>	<i>Ref</i>
26 a 34 anos	43,42	0,82 (-2,71; 4,35)	0,85 (-2,84; 4,53)
≥ 35 anos	42,79	0,19 (-3,98; 4,35)	-0,02 (-4,46; 4,42)
Crença religiosa		p=0,912	p=0,871
Sim	43,09	<i>Ref</i>	<i>Ref</i>
Não	42,91	-0,17 (-3,25; 2,90)	-0,26 (-3,42; 2,90)
Companheiro		p=0,847	p=0,948
Sim	43,06	<i>Ref</i>	<i>Ref</i>
Não	42,55	-0,51 (-5,69; 4,67)	-0,18 (-5,65; 5,29)
2º nível			
Trimestre gestacional		p=0,318	p=0,338
1º trimestre	45,75	<i>Ref</i>	<i>Ref</i>
2º trimestre	41,82	-3,93 (-9,28; 1,42)	-3,64 (-8,98; 1,71)
3º trimestre	43,24	-2,51 (-7,83; 2,80)	-2,03 (-7,37; 3,30)
Histórico gestacional		p=0,135	p=0,135
Primigesta	43,61	<i>Ref</i>	<i>Ref</i>
Multigesta	41,00	-2,61 (-6,02; 0,81)	-2,61 (-6,02; 0,81)
Gestação planejada		p=0,643	p=0,857
Sim	42,47	<i>Ref</i>	<i>Ref</i>
Não	43,22	0,75 (-2,43; 3,92)	0,28 (-2,85; 3,43)
Histórico de aborto		p=0,438	p=0,908
Sim	43,85	<i>Ref</i>	<i>Ref</i>
Não	42,54	-1,31 (-4,63; 2,01)	-0,21 (-3,80; 3,37)
Histórico de internação		p=0,383	p=0,341
Sim	44,35	<i>Ref</i>	<i>Ref</i>
Não	42,60	-1,74 (-5,67; 2,19)	-1,92 (-5,89; 2,05)
HIV		p=0,632	p=0,951
Sim	44,15	<i>Ref</i>	<i>Ref</i>
Não	42,89	-1,26 (-6,44; 3,92)	-0,17 (-5,65; 5,31)

3º nível

Apoio social		p<0,001*	p<0,001*
Muito bom	39,43	-9,49 (-13,58; -5,39)	-8,70 (-12,83; -4,58)
Bom	44,51	-4,40 (-8,63; -0,17)	-3,59 (-7,80; 0,62)
Regular ou ruim	48,92	<i>Ref</i>	<i>Ref</i>
Histórico familiar de doença mental		p=0,145	p=0,162
Sim	44,53	<i>Ref</i>	<i>Ref</i>
Não	42,14	-2,39 (-5,61; 0,83)	-2,16 (-5,21; 0,88)
Histórico de doença mental prévia		p=0,074	p=0,319
Sim	45,28	3,15 (-0,31; 6,61)	1,73 (-1,69; 5,16)
Não	42,12	<i>Ref</i>	<i>Ref</i>
Tratamento de doença mental atual		p=0,148	p=0,065
Sim	45,72	<i>Ref</i>	<i>Ref</i>
Não	42,49	-3,23 (-7,62; 1,16)	-3,97 (-8,18; 0,23)

 Notas: *p<0,05; Intervalo de confiança (IC) = 95%.

Tabela 3.

Análise bruta e ajustada de variáveis associadas a ansiedade traço em gestantes de alto risco.

Variável	Média	Bruta β (IC 95%)	Ajustada
1º nível			
Cor da pele		p=0,086	p=0,281
Branca	43,61	Ref	Ref
Parda ou preta	46,50	2,88 (-0,41; 6,18)	1,86 (-1,54; 5,26)
Renda per capita		p=0,149	p=0,731
Até 1 SM	45,30	Ref	Ref
1,1 SM ou mais	42,63	-2,66 (-6,28; 0,96)	-0,72 (-4,83; 3,40)
Escolaridade		p=0,039*	p=0,032*
≤ 12 anos	45,68	Ref	Ref
≥ 13 anos	42,11	-3,56 (-6,94; -0,19)	-3,69 (-7,07; -0,32)
Idade materna		p=0,292	p=0,365
≤ 25 anos	45,87	Ref	Ref
26 a 34 anos	44,63	-1,24 (-4,81; 2,33)	-0,51 (-4,07; 3,06)
≥ 35 anos	42,53	-3,34 (-7,53; 0,85)	-2,91 (-7,14; 1,31)
Crença religiosa		p=0,298	p=0,199
Sim	45,27	Ref	Ref
Não	43,62	-1,65 (-4,77; 1,47)	-2,02 (-5,11; 1,07)
Companheiro		p=0,635	p=0,550
Sim	44,43	Ref	Ref
Não	45,70	1,27 (-4,01; 6,56)	1,64 (-3,76; 7,03)
2º nível			
Trimestre gestacional		p=0,684	p=0,596
1º trimestre	43,38	Ref	Ref
2º trimestre	44,12	0,74 (-4,71; 6,20)	1,74 (-3,68; 7,16)
3º trimestre	45,30	1,91 (-3,50; 7,33)	2,68 (-2,71; 8,08)
Histórico gestacional		p=0,565	p=0,628
Primigesta	44,88	Ref	Ref
Multigesta	43,83	-1,04 (-4,61; 2,52)	-0,89 (-4,48; 2,71)
Gestação planejada		p=0,042*	p=0,047*
Sim	42,40	Ref	Ref
Não	45,72	3,32 (0,12; 6,51)	3,28 (0,04; 6,51)
Histórico de aborto		p=0,636	p=0,854
Sim	45,20	Ref	Ref
Não	44,37	-0,83 (-4,30; 2,63)	-0,35 (-4,09; 3,39)
Histórico de internação		p=0,783	p=0,566
Sim	44,13	Ref	Ref
Não	44,71	0,57 (-3,52; 4,66)	1,17 (-2,85; 5,20)
HIV		p=0,462	p=0,825
Sim	46,28	Ref	Ref
Não	44,35	-1,93 (-7,10; 3,24)	-0,62 (-6,10; 4,87)

3º nível

Apoio social		p<0,001*	p<0,001*
Muito bom	40,99	-9,23 (-13,44; -5,03)	-842 (-12,51; -4,34)
Bom	46,13	-4,09 (-8,42; 0,23)	-3,45 (-7,58; 0,68)
Regular ou ruim	50,22	<i>Ref</i>	<i>Ref</i>
Histórico familiar de doença mental		p=0,469	p=0,579
Sim	45,30	<i>Ref</i>	<i>Ref</i>
Não	44,09	1,21 (-4,49; 2,07)	-0,88 (-4,00; 2,25)
Histórico de doença mental prévia		p=0,007*	p=0,002*
Sim	48,00	4,78 (1,33; 8,24)	5,27 (2,00; 8,54)
Não	43,22	<i>Ref</i>	<i>Ref</i>
Tratamento de doença mental atual		p=0,052	p=0,033*
Sim	48,23	<i>Ref</i>	<i>Ref</i>
Não	43,87	-4,36 (-8,76; 0,04)	-4,53 (-8,69; -0,37)

 Notas: *p<0,05; Intervalo de confiança (IC) = 95%.

Referências:

- Ade-Ojo, I. P., Dada, M. U., & Adeyanju, T. B. (2022). Comparison of anxiety and depression among HIV-positive and HIV-negative pregnant women during COVID-19 pandemic in Ekiti State, Southwest Nigeria. *International journal of general medicine*, 4123-4130. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S362225>
- American Psychiatric Association. (2023a). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM- 5- TR. Artmed.
- American Psychiatric Association. (2023b). *What Are Anxiety Disorders?* <https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders>
- Bedaso, A., Adams, J., Peng, W., & Sibbritt, D. (2021). The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reproductive health*, 18(1), 1-23. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01209-5>
- Borges, R. P., Reichelt, A. A. J., Brito, A., Molino, G. O. G., & Schaan, B. D. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on mental health of pregnant women with diabetes mellitus and hypertension. *Revista da Associação Médica Brasileira* (1992), 67(9), 1268-1273. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20210504>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2022). Manual de gestação de alto risco. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf
- Capello, T. D. S., Medeiros, F. F., Rodrigues, M. H., Santos, I. D. D. L., Bernardy, C. C. F., & Cardelli, A. A. M. (2020). Gestação de alto risco: caracterização do planejamento reprodutivo. *Saude e pesqui.(Impr.)*, 421-429.
- Caminha, R. M. (2019). O universo das emoções e a regulação emocional. In Caminha, R.M. (Coord.), *Darwin para terapeutas: socialização, empatia e psicoterapia* (pp 91-147). Sinopsys.
- Carvalho, L. L., da Silva Fernandes, N., da Silva Fernandes, N. M., & dos Santos Grincenkov, F. R. (2021). Aspectos psicossociais da gestação de alto risco: análise de mulheres grávidas hospitalizadas. *Psico*, 52(4), e36341-e36341. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/revistapsico/article/view/36341>
- Carter, J., Tribe, R. M., Shennan, A. H., & Sandall, J. (2018). Threatened preterm labour: Women's experiences of risk and care management: A qualitative study. *Midwifery*, 64, 85–92. doi:10.1016/j.midw.2018.06.001

- Coutinho, F.C., Pereira, A., Rangé, B. P. & Nardi, A. E. (2011). Transtorno de ansiedade generalizada. In Rangé, B. P. & Cols. (Coords), *Psicoterapias cognitive-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp. 311-324). Artmed.
- Eakley, R., & Lyndon, A. (2022). Antidepressant use During Pregnancy: Knowledge, Attitudes, and Decision-Making of Patients and Providers. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 67(3), 332-353. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13366>
- Freiberger, A., Beckmann, J., Freilinger, S., Kaemmerer, H., Huber, M., Nagdyman, N., ... & Andonian, C. (2022). Psychosocial well-being in postpartum women with congenital heart disease. *Cardiovascular Diagnosis and Therapy*, 12(4), 389. <https://doi.org/10.21037/cdt-22-213>
- Grigoriadis, S., Graves, L., Peer, M., Mamisashvili, L., Tomlinson, G., Vigod, S. N., ... & Richter, M. (2018). Maternal anxiety during pregnancy and the association with adverse perinatal outcomes: systematic review and meta-analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, 79(5), 813. <https://doi.org/10.4088/JCP.17r12011>
- Hanko, C., Bittner, A., Junge-Hoffmeister, J., Mogwitz, S., Nitzsche, K., & Weidner, K. (2020). Course of mental health and mother–infant bonding in hospitalized women with threatened preterm birth. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 301, 119-128.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. (2023). [ibge.gov.br https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/rio-grande/panorama](https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/rio-grande/panorama)
- Kliemann, A., Böing, E., & Crepaldi, M. A. (2017). Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos. *Mudanças-Psicologia da saúde*, 25(2), 69-76. <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v25n2p69-76>
- Kondirolli, F., & Sunder, N. (2022). Mental health effects of education. *Health Economics*, 31, 22-39. <https://doi.org/10.1002/hec.4565>
- Langille, C., Andreou, P., & Piccinini-Vallis, H. (2023). The Prevalence of Pregnancy-Specific Perinatal Anxiety in Nova Scotia. *Maternal and Child Health Journal*, 27(7), 1127-1132. <https://doi.org/10.1007/s10995-023-03639-y>
- Lelis, C.F., Prietsch, S.O.M, Cesar, J. A. (2023). Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência, tendência e fatores associados. *Ciência & Saúde*

- Coletiva. <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/gravidez-nao-planejada-no-extremo-sul-do-brasil-prevalencia-tendencia-e-fatores-associados/18883>
- Mohammadi, S., Shojaei, K., Maraghi, E., & Motaghi, Z. (2022). Explaining the psychological distress of women with high-risk pregnancies in Iran: A qualitative study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 27(6), 560-566. https://10.4103/ijnmr.ijnmr_321_21
- Moseholm, E., Aho, I., Mellgren, Å., Pedersen, G., Katzenstein, T. L., Johansen, I. S., ... & Weis, N. (2022). Psychosocial health in pregnancy and postpartum among women living with-and without HIV and non-pregnant women living with HIV living in Nordic countries—Results from a longitudinal survey study. *BMC pregnancy and childbirth*, 22(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04357-5>
- Naja, S., Al Kubaisi, N., Singh, R., & Bougmiza, I. (2020). Generalized and pregnancy-related anxiety prevalence and predictors among pregnant women attending primary health care in Qatar, 2018–2019. *Heliyon*, 6(10). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e05264>
- Nielsen-Scott, M., Fellmeth, G., Opondo, C., & Alderdice, F. (2022). Prevalence of perinatal anxiety in low-and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 306, 71-79. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.032>
- Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Anxiety disorders. <https://www.paho.org/en/noncommunicable-diseases-and-mental-health/noncommunicable-diseases-and-mental-health-data-portal-2>
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Depression and other common mental disorders: Global Health Estimates. 2017, Apr 7. www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/
- Palma, E., Armijo, I., Cifuentes, J., Ambiado, S., Rochet, P., Díaz, B., Gutierrez, J., & Mena, C. (2021). Hospitalisation in high-risk pregnancy patients: is prenatal attachment affected? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(1), 30-42. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1740661>
- Paz, M. M. S. D., Diniz, R. D. M. C., Almeida, M. D. O., Cabral, N. O., Assis, T. J. C. F. D., Sena, M. F. D., ... & Mendes, C. K. T. T. (2023). Análise do nível de ansiedade na gestação de alto risco com base na escala Beck Anxiety

- Inventory. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 22, 1015-1023. <https://doi.org/10.1590/1806-9304202200040016>
- Rogers, A., Obst, S., Teague, S. J., Rossen, L., Spry, E. A., Macdonald, J. A., ... & Hutchinson, D. (2020). Association between maternal perinatal depression and anxiety and child and adolescent development: a meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 174(11), 1082-1092. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.2910>
- Schetter, C. D., & Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Current opinion in psychiatry*, 25(2), 141-148. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503680>
- Sinaci, S., Tokalioglu, E. O., Ocal, D., Atalay, A., Yilmaz, G., Keskin, H. L., ... & Tekin, O. M. (2020). Does having a high-risk pregnancy influence anxiety level during the COVID-19 pandemic?. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 255, 190-196. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503680>
- Souza, G. F. A., Souza, A. S. R., Praciano, G. A. F., França, E. S. L., Carvalho, C. F., Paiva Júnior, S. S. L., Souza, M. B. R., & Asano, N. M. J. (2022). Apego materno-fetal e transtornos psiquiátricos em gestantes com fetos malformados / Maternal-fetal attachment and psychiatric disorders in pregnant women with malformed fetuses. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 71(1), 40-49. <https://doi.org/10.1590/0047-20850000000339>
- Spielberger, C. D., & Sydeman, S. J. (1994). State-Trait Anxiety Inventory and State-Trait Anger Expression Inventory. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological tests for treatment planning and outcome assessment* (pp. 292-321). Hillsdale, NJ: LEA.
- Tang, X., Lu, Z., Hu, D., & Zhong, X. (2019). Influencing factors for prenatal stress, anxiety and depression in early pregnancy among women in Chongqing, China. *Journal of affective disorders*, 253, 292-302. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.003>
- Tenório, P. J., Katz, L., & Amorim, M. M. R. (2023). Symptoms of anxiety and depression in women with gestational trophoblastic disease compared to women who had a miscarriage: a cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 44(1), 2210747. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2023.2210747>

- Trinh, N. T., Munk-Olsen, T., Wray, N. R., Bergink, V., Nordeng, H. M., Lupattelli, A., & Liu, X. (2023). Timing of antidepressant discontinuation during pregnancy and postpartum psychiatric outcomes in Denmark and Norway. *JAMA psychiatry*, 80(5), 441-450. <https://10.1001/jamapsychiatry.2023.0041>
- Zhou, J. X., Guo, Y., Teng, Y. Z., Zhu, L. L., Lu, J., Hao, X. M., ... & Huang, K. (2023). Maternal anxiety during pregnancy and children's asthma in preschool age: The Ma'anshan birth cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 340, 312-320. <https://10.1016/j.jad.2023.08.037>

APÊNDICE A – QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DOS ARTIGOS SOBRE DEPRESSÃO

Autores/Ano	Título	Local	N	Instrumento	Resultados
Abebe et. al. (2022)	Prevalence of depression among HIV-positive pregnant women and its association with adherence to antiretroviral therapy in Addis Ababa, Ethiopia	Etiópia	368	PHQ9	- 175 (47,6%) apresentavam depressão. - O nível geral de adesão ao TARV dos participantes foi de 82%. - As gestantes de baixa renda tiveram duas vezes mais chances de ter depressão (AOR = 2,10, IC95% = 1,31-3,36). - Mulheres com doença clínica em estágio 1 da OMS eram menos propensas a ter depressão do que mulheres com doença mais avançada (AOR = 0,16, IC 95% = 0,05-0,48). - Houve uma associação estatisticamente significativa entre depressão e não adesão à TARV (P = 0,020); a não adesão foi quase duas vezes maior entre os participantes com depressão (AOR = 1,88, IC 95% = 1,08-3,27).
Acheanpong, Pan, Kaminga & Liu (2022)	Prevalence and risk factors of prenatal depression among pregnant women attending antenatal clinic at Adventist Hospital, Bekwai Municipality, Ghana	Gana	1433	PHQ9	- depressão pré-natal foi significativamente associada à hipertensão na gravidez (AOR = 1,71, IC 95%: 1,12–2,60, P < 0,013).
Ade-Ojo, Dada & Adeyanju (2022)	Comparison of Anxiety and Depression Among HIV-Positive and HIV-Negative Pregnant Women During COVID-19 Pandemic in Ekiti State, Southwest Nigeria	Nigéria	127+99	PHQ-9	O transtorno depressivo maior (TDM) e o transtorno de ansiedade grave foram significativamente maiores entre o grupo HIV positivo do que no grupo HIV negativo (PHQ-9 Média $\pm$ SD 8,0 $\pm$ 5,4 vs 2,3 $\pm$ 2,9; p = 0,000) e (GAD-7 Média $\pm$ DP 5,9 $\pm$ 4,6 vs 1,2 $\pm$ 2,2; p = 0,000).

Asrade et. al. (2023)	Determinants of hyperemesis gravidarum among pregnant women attending antenatal care at public and private hospitals in Bahir Dar City, North-West Ethiopia, 2022: a multicenter unmatched case control study	Etiópia	148+296 contro les	EPDS	Determinantes da hiperêmese gravídica: viver em área urbana (AOR = 2,717, IC 95%: 1,693.4.502), ser primigesta (AOR = 6,185, IC 95%: 3,135, 12.202), estar no primeiro e segundo trimestre da gravidez (AOR = 9.301, 95% IC: 2,877,30.067) & (AOR = 4,785, 95% CI: 1,449,15,805) respectivamente, história familiar de hiperemese gravídica (AOR = 2,929, 95% CI: 1,268,6,765), helicobacter pylori (AOR = 4,881, 95% CI: 2,053, 11.606) & Depressão (AOR = 2,195, IC 95%: 1,004,4,797)
Atlaw et. al (2022)	Incidence and risk factors of gestational diabetes mellitus in Goba town, Southeast Ethiopia: a prospective cohort study	Etiópia		Entrevista	Associações com DMG: estar desempregada (RR=2,73; IC95%: 1,36 a 5,47), ter histórico familiar de diabetes mellitus (DM) (3,01; 2,09 a 4,35), baixa atividade física (2,43; 1,11 a 5,32), diversidade alimentar inadequada (1,48 ; 1,29 a 1,92), anemia (2,51; 1,32 a 3,54) e depressão pré-natal (4,95; 3,35 a 7,31).
Borges et. al. (2021)	Impact of the COVID-19 pandemic on mental health of pregnant women with diabetes mellitus and hypertension	Brasil	79	IDATE (apenas, tb para depressão)	- O baixo suporte social apareceu associado com aumento de sintomas depressivos. - A prevalência do Inventário de Ansiedade Traço-Estado ≥ 40 foi de 79,7% e do Questionário de Saúde do Paciente ≥ 10 foi de 59,2%. - Baixo suporte social foi correlacionado com escores mais altos em ambas as escalas. O tempo gasto com dispositivos eletrônicos foi percebido como maior por 62% das mulheres.
Carvalho et. al. (2021)	Aspectos psicossociais da gestação de alto risco: análise de mulheres grávidas hospitalizadas	MG, Brasil	74	PHQ-2	- 59,5% em gestantes hospitalizadas de depressão em gestantes hospitalizadas - diferença significativa entre a ansiedade-traço de mulheres solteiras e casadas, sendo que as solteiras apresentaram maior ansiedade ($p=0,05$), assim como as gestantes que não se declararam brancas ($p=0,07$). - quadros infecciosos motivo mais frequente de internação
Eid et. al. (2021)	Perinatal Depression and Anxiety in Women With Multiple Sclerosis: A Population-Based Cohort Study	Noruega	140+98+308	Questionários autoaplicáveis utilizados na coorte	- Maior risco para depressão - Baixa renda associada com depressão

Hamidia et. al. (2021)	Depressive symptoms and psychological distress from antenatal to postnatal period in women with high-risk pregnancy: A prospective study during the COVID-19 pandemic	Irã	122	EPDS	Durante a pandemia de COVID-19, do período pré-natal ao pós-natal, o escore de depressão do EPDS, os escores totais, todas as subescalas do BSI-53 e o índice de gravidade global-53 aumentaram em mulheres com gravidez de alto risco. Além disso, a persistência da depressão pré-natal ocorreu em 85,7% das participantes, e o surgimento da depressão pós-parto ocorreu em 80% delas. Cerca de 12% das mulheres também apresentaram sintomas de TEPT durante o período pós-natal.
Hermon et. al. (2018)	Impact of maternal depression on perinatal outcomes in hospitalized women—a prospective study	Israel	279	EPDS	28,3% com depressão (mesma pontuação). Na análise univariada, uma incidência significativamente maior de parto prematuro, baixo peso ao nascer (< 2500 g), baixos escores de Apgar (em 1 e 5 min) e admissões em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) foram observadas entre os grupo positivo da tela. No modelo de regressão multivariada, controlado por idade materna, etnia, diabetes mellitus gestacional, pré-eclâmpsia, parto prematuro anterior e idade gestacional na admissão, a depressão pré-natal materna durante a hospitalização foi observada como um fator de risco independente para parto prematuro (OR ajustado 3,32, 95 %CI 1,16–9,52, p = 0,026).
Lara-Cinisomo, Swinford, Massey & Hardt (2018)	Diabetes, Prenatal Depression, and Self-Rated Health in Latina Mothers	Estados Unidos	34	EPDS	Não houve associação significativa entre depressão e diabetes. Houve uma diferença significativa no SRH da pré-gravidez para a gravidez, com piores avaliações relatadas durante a gravidez. Além disso, mulheres com PND ou diabetes relataram pior SRH, mesmo após o controle de SRH pré-gravidez.
Mandell et. al., 2022	Blood Pressure, Depression, and Suicidal Ideation Among Pregnant Women with HIV	África do Sul	217	EPDS	A PA diastólica foi positivamente associada tanto à ideação suicida quanto à sintomatologia depressiva, mesmo após o controle de variáveis demográficas, idade gestacional e violência por parceiro íntimo. Esses achados sugerem que soropositivas com PA elevada podem estar em maior risco de depressão pré-natal e ideação suicida.
Moseholm et. al. (2022)	Psychosocial health in pregnancy and postpartum among women living with - and without HIV and non-pregnant women living with HIV living in the Nordic countries - Results from a longitudinal survey study	Dinamarca, Finlândia e Suécia	47+175+147	EPDS	- 24% de sintomas depressivos nas gestantes que vivem com HIV e 27% entre as mulheres que tem HIV, porém não estavam gestantes. No grupo de grávidas sem HIV, a prevalência de depressão foi de 9%. - As não gestantes com HIV não apresentaram diferenças estatísticas quanto ao grupo de gestantes com HIV. Porém as gestantes sem HIV apresentaram pontuações inferiores tanto para depressão, como para apoio social e estresse percebido

Muche, Olayemi & Gete, (2019)	Prevalence of gestational diabetes mellitus and associated factors among women attending antenatal care at Gondar town public health facilities, Northwest Ethiopia	Etiópia	12% de 1.027	EPDS	História prévia de DMG, depressão pré-natal, história familiar de diabetes, baixa atividade física, sobrepeso e/ou obesidade e diversidade alimentar inadequada foram significativamente associados ao DMG.
Nikčević et. al. (2023)	Psychological Impact and Women's Evaluation of the First-Trimester Pre-Eclampsia Screening and Prevention: ASPRE Trial	Londres	197+82	EPDS	As mulheres de alto risco para PE exibiram mais sintomas depressivos em comparação com as mulheres de baixo risco no segundo, mas não no terceiro trimestre. Não foram observadas diferenças entre os dois grupos em outros sintomas de angústia ou na avaliação das mulheres sobre sua experiência de gravidez. O grupo de alto risco relatou maiores mudanças de comportamento de saúde em comparação com o grupo de baixo risco, mas isso foi moderado pelos níveis de depressão.
Ogueji 2021	Experiences and predictors of psychological distress in pregnant women living with HIV	Nigéria	840	Entrevista	A análise qualitativa encontrou 'preocupações ansiosas', 'relatos depressivos, solidão e arrependimentos', 'autocensura e sentimentos de culpa', como as experiências de sofrimento psicológico, e essas experiências foram determinadas pelos contextos socioculturais dos entrevistados.
Palma et. al. (2020)	Hospitalisation in high-risk pregnancy patients: is prenatal attachment affected?	Chile	188	EPDS	Nenhuma diferença no apego pré-natal foi encontrada entre os dois grupos. O grupo hospitalizado apresentou níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e ansiedade. Apoio social teve um efeito significativo no grupo hospitalizado, melhorando a qualidade do apego. A qualidade do apego foi negativamente correlacionada com depressão ($R = -0,46$, $p < 0,01$), ansiedade estado ($R = -0,39$, $p < 0,01$) e ansiedade-traço ($R = -0,46$, $p < 0,01$)
Parcesepe et. al. (2021)	Common mental disorders and intimate partner violence against pregnant women living with HIV in Cameroon: a cross-sectional analysis	Camarões	230	SRQ-20	42% com provável TMC violência emocional pelo parceiro: 44,37% física: 31% 14% os três tipos de violência

Ribeiro, Cieto & Silva, 2022	Risk of depression in pregnancy among pregnant women undergoing high-risk prenatal care.	SP, Brasil	151	ERDEG	O número de gestações (OR = 0,32) e o estado civil (OR = 0,07) permaneceram significativamente associados ao maior risco de depressão durante a gravidez como fatores protetores. + não ter companheiro, não ter religião
Sade et. al. (2020)	Risk for Depressive Symptoms among Hospitalized Women in High-Risk Pregnancy Units during the COVID-19 Pandemic	Israel	279+84	EPDS	As mulheres hospitalizadas durante o período de isolamento estrito da COVID-19 (n=84) tiveram um risco comparável de ter uma pontuação EPDS alta (>10) em comparação com as mulheres hospitalizadas antes da pandemia da COVID-19 (n=279; 25,0% vs. 29,0 %, p=0,498).
Smorti et. al. (2022)	The impact of Covid-19 restrictions on depressive symptoms in low-risk and high-risk pregnant women: a cross-sectional study before and during pandemic	Itália	155	EPDS + pergunta aberta	Alto risco com + sintomas. Nenhuma diferença surgiu para COVID (antes/durante), mas um efeito de interação entre COVID-19 e condição obstétrica foi encontrado. Os resultados qualitativos mostraram o impacto das restrições nas emoções e preocupações.
Soares, Bello & Trabert, 2023	Positive screening for major depressive disorder in high-risk pregnant women	SC, Brasil	184	EPDS	A frequência de triagem positiva para transtorno depressivo maior foi de 37,5%. Cor da pele não branca, renda inferior a US\$ 572,56 por mês e idade materna inferior a 18 anos ou superior ou igual a 35 anos foram estatisticamente e independentemente associados à triagem positiva para transtorno depressivo maior em gestantes de alto risco.
Soltsman, Tomsis, Konforty, Shlomo (2021)	The Impact of Prenatal Depression in Patients of High Risk Pregnancy Clinic on Obstetric Outcomes	Israel	202	EPDS	Baixo peso, realização inadequada do pré-natal, menor tempo de aleitamento materno exclusivo, influência no crescimento e desenvolvimento infantil e neurológico inadequado
Souza et. at. (2022)	Apego materno-fetal e transtornos psiquiátricos em gestantes com fetos malformados	PE, Brasil	77 (EHAD)		- 46,8% possuíam sintomas ansiosos e 39%, depressivos, sendo o apego materno-fetal médio em 54,5% e alto em 45,5%. - Antecedentes de ansiedade e depressão e não possuir religião foram associados a maior risco de sintomas de ansiedade e depressão, e saber da malformação associou-se apenas ao risco de ansiedade - ter gestação múltipla associou-se apenas ao risco de depressão. - O apego materno-fetal não foi associado a ansiedade ou depressão.

Tasnim et. al. (2022)	Antenatal depression among women with gestational diabetes mellitus: a pilot study	Bangladesh	105	10-item MADRS	Depressão pré-natal leve a grave esteve presente em 36,2% dos indivíduos (ou seja, 14,3%, 19% e 2,9% para depressão leve, moderada e grave, respectivamente). Nenhum dos fatores sociodemográficos foi associado à depressão, mas a história de problemas relacionados à saúde reprodutiva (ou seja, aborto, morte neonatal) e estado glicêmico descontrolado foram associados ao aumento do risco de transtornos depressivos.
Vergel et. al. (2019)	Gestation-related psychosocial factors in women from Medellin, Colombia	Colômbia	112	EPDS	As ideias e tentativas de suicídio foram mais prevalentes no primeiro trimestre (7,2% e 3,6%). O fato de que a gravidez não protege contra o suicídio foi confirmado.
Wilson et. al. (2020)	Is there an association between anxiety and depression prior to and during pregnancy and gestational diabetes? An analysis of the Born in Bradford cohort	Inglaterra	12.239	Common mental disorders (CMD)	não houve evidência de associação entre transtornos mentais comuns anteriores à gravidez e diabetes gestacional (RR ajustado 0,96; IC 95% 0,80,1,15) ou entre diabetes gestacional e transtorno mental comum distúrbios durante a gravidez (OR ajustado 0,91; IC 95% 0,73,1,12).
Yoon & Sung (2021)	Does family support mediate the effect of anxiety and depression on maternal-fetal attachment in high-risk pregnant women admitted to the maternal-fetal intensive care unit?	Coréia	123	EPDS	O nível de ansiedade foi moderado (43,57±11,65 pontos em 80) e 53,6% foram identificados como tendo depressão moderada (média 10,13±5,48 pontos em 30). O apoio familiar foi um pouco alto (média 43,30±5,03 pontos em 55). A pontuação média de apego materno-fetal também foi um pouco alta (73,37±12,14 pontos em 96). O apoio familiar teve um efeito mediador parcial nas relações de ansiedade e depressão com o apego materno-fetal entre gestantes de alto risco internadas.
Zacher et. al. (2022)		Alemanha	41+52+70	epds	Os futuros pais, cujas parceiras grávidas foram hospitalizadas ou sofreram depressão pré-natal, foram mais angustiados no pré-natal. O teste exploratório das diferenças de grupo revelou uma taxa de prevalência de ansiedade quase três vezes maior em pais cuja parceira foi hospitalizada (12,2%) em comparação com aqueles sem risco (4,3%).

APÊNDICE B – QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DOS ARTIGOS SOBRE ANSIEDADE

Autores/Ano/Local	Título	Instrumento	Resultados
Ade-Ojo, Dada & Adeyanju (2022) / Nigéria	Comparison of Anxiety and Depression Among HIV-Positive and HIV-Negative Pregnant Women During COVID-19 Pandemic in Ekiti State, Southwest Nigeria	GAD-7	O transtorno depressivo maior (TDM) e o transtorno de ansiedade grave foram significativamente maiores entre o grupo HIV positivo do que no grupo HIV negativo. Ansiedade hiv+ 18(18.2%) mínimo - 44(44.4) leve - 28(28.3) moderado - 9(9.1) severo e sem hiv 51(51.5) mínimo 27(27.3) leve, 17(17.2) moderado, 4(4.0) severo
Akbas <i>et al.</i> , (2020) / Turquia	The impact of invasive prenatal testing on anxiety and sleep quality in pregnant women with a screen-positive result for aneuploidy	IDATE	os escores STAI foram significativamente mais altos em ambos os grupos de triagem positiva do que no controle na primeira avaliação ($p < 0,001$). Os escores do STAI diminuíram no grupo invasivo e no grupo controles enquanto os escores do PSQI não mudaram significativamente durante o curso da gravidez. No entanto, o nível de ansiedade e a qualidade do sono pioraram ao longo do tempo no grupo de acompanhamento. - Houve correlações positivas e significativas entre idade materna e IDATE-s e escore PSQI (escala de qualidade do sono) ($r = 0,18$, $p = 0,042$; $r = 0,26$, $p = 0,003$, respectivamente). - A razão de risco de trissomia 21 foi positiva e significativamente correlacionada com os escores IDATE-s e IDATE-t ($r = 0,33$, $p < 0,001$; $r = 0,28$, $p = 0,001$, respectivamente). Todas variáveis psicológicas = 0,28, $p = 0,001$, respectivamente). Todas as variáveis psicológicas correlacionaram-se positiva e significativamente entre si ($p < 0,001$).
Al-Husban <i>et. al.</i> (2021) / Jordania	Impact of Pregnancy-Related Venous Thromboembolism on Quality of Patients' Lives	Questionário Próprio	Ansiedade/Depressão foi relatada por 96,43% enquanto Dor/Desconforto por 73,21%. Encontrou-se redução significativa do tempo gasto no trabalho (correlação = 0,663, significativa em $< 0,01$) e realização de menos trabalho (correlação = 0,787, esta foi significativa em $< 0,01$); 57,14% das pacientes indicaram que o TEV afetava suas futuras gestações; 58,9% dos pacientes faziam uso de anticoagulantes, sendo o medicamento mais utilizado a aspirina. Vinte e quatro (36,4%) das mulheres estavam em múltiplas terapias anticoagulantes. Vinte e cinco das pacientes que recebem medicamentos não monitoram seus medicamentos e 20 pacientes disseram que monitorar o nível de medicamento era um incômodo para elas.
Borges <i>et. al.</i> (2021) / RS, Brasil	Impact of the COVID-19 pandemic on mental health of pregnant women with diabetes mellitus and hypertension	IDATE	Setenta e nove pacientes foram incluídos. A prevalência do Inventário de Ansiedade Traço-Estado ≥ 40 foi de 79,7% e do Questionário de Saúde do Paciente ≥ 10 foi de 59,2%. Baixo suporte social foi correlacionado com escores mais altos em ambas as escalas. O tempo gasto com dispositivos eletrônicos foi percebido como maior por 62% das mulheres.

Carter <i>et al.</i> (2018) / Reino Unido	Threatened preterm labour: Women's experiences of risk and care management: A qualitative study	Entrevista estruturada	semi-	Todas as mulheres de alto risco tiveram experiência de serem apoiadas por uma equipe especializada em pré-termo. Emergiram quatro temas principais: (i) lidar com a incerteza; (ii) lidar com conflitos; (iii) aspectos do cuidado e (iv) interações com os profissionais. Tanto as mulheres de baixo como de alto risco que sofrem de ameaça de trabalho de parto prematuro lutam para lidar com a incerteza deste estado imprevisível. A gestão dos cuidados de saúde que recebem pode tanto ajudar como dificultar a sua capacidade de lidar com esta experiência extremamente estressante. As mulheres de alto risco eram menos propensas a receber conselhos conflitantes.
Carvalho <i>et. al.</i> (2021) / MG, Brasil	Aspectos psicossociais da gestação de alto risco: análise de mulheres grávidas hospitalizadas	IDATE		ao interrogar a percepção das gestantes sobre possíveis motivos que possam vir a ter aumentado o risco gestacional – ocasionando a internação - as mulheres referiam estresse (28,3%), ansiedade (10%), uso de medicação (6,7%) - Já no IDATE, a média do IDATE-T foi de 48,6 e no IDATE-E de 45,8, valores mais próximos do máximo do que do mínimo.- Os resultados revelaram correlação positiva entre o IDATE-E e a escolaridade ($\rho=0,227$; $p=0,05$). Neste sentido, gestantes de risco com mais escolaridade tendem a apresentar maiores índices de episódios momentâneos de ansiedade. Ainda no que se refere ao IDATE-E, foi verificado que as mulheres multíparas tenderam a apresentar maior ansiedade estado ($\rho=-0,421$; $p=0,008$). No tocante ao IDATE-T, observou-se diferença significativa entre a ansiedade traço de mulheres solteiras (média=0,233 s=0,96) e casadas ($-0,431 \pm 0,94$), sendo que as solteiras apresentaram maior ansiedade ($p=0,05$). Quanto à cor da pele, a mulher negra ($-0,26 \pm 0,96$) tendeu a apresentar média inferior àquelas não negras ($0,15 \pm 0,92$), indicando que elas tinham menor propensão a ser ansiosas quando comparado às gestantes que não se declararam negras (pardas e brancas) ($p=0,07$). - houve indícios de que as gestantes com maior renda, tenderam a apresentar menor ansiedade traço, ou seja, essas mulheres tendem a reagir às situações de forma menos ansiosa ($\rho=-0,214$; $p=0,06$). No que se refere a esses aspectos emocionais, foi observada uma correlação positiva entre as duas dimensões da ansiedade – traço e estado ($r=0,542$; $p<0,001$), ou seja, pode haver um aumento em um dos traços de ansiedade se também aumentar a outra dimensão. Além disso, foi constatada uma correlação negativa entre o IDATE-T e o suporte social geral ($r=-0,297$; $p=0,001$), indicando que, quanto maior o suporte social percebido pela gestante, há uma tendência de decair os sintomas ansiosos. a ansiedade-estado (IDATE-E) apresentou uma correlação leve, positiva e com significância clínica com a dimensão de suporte informacional ($r=0,218$; $p=0,062$), ou seja, quanto maior o auxílio no que se refere à tomada de decisões, há um leve aumento da ansiedade estado.
Costa <i>et al.</i> (2019) / PR-Brasil	Percepções de gestantes internadas em um serviço de referência em alto risco	Entrevista estruturada	semi-	essas gestantes sentem-se muitas vezes despreparadas para gerar um filho, mudam toda sua rotina de vida e entregam seu futuro nas mãos de Deus, vindo à tona o medo, preocupação, insegurança, ansiedade, felicidade e culpa

Dawes, Waugh, Lee & Groom (2022) / Nova Zelândia	Psychological well-being of women at high risk of spontaneous preterm birth cared for in a specialised preterm birth clinic: a prospective longitudinal cohort study	IDATE	O escore médio ajustado de estado de ansiedade foi de 39,0 no início do estudo, que diminuiu para 36,5 após a segunda visita (diferença -2,5, IC 95% -5,5 a 0,5, $p=0,1$) e para 32,6 após a última visita (diferença -3,9 da segunda visita, IC95% -6,4 a -1,5, $p=0,002$). As taxas de ansiedade (escore de ansiedade-estado >40) e depressão (escore da Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo >12) foram de 38,4%, 34,8%, 19,0% e 13,7%, 8,7%, 9,5%, respectivamente, nos mesmos períodos de tempo. As percepções de atendimento foram favoráveis; 88,9% afirmaram que a clínica de parto prematuro os deixou significativamente ou um pouco menos ansiosos e 87,3% gostariam de ser vistos novamente em uma futura gravidez.
Eid et. al. (2021) / Noruega	Perinatal Depression and Anxiety in Women With Multiple Sclerosis: A Population-Based Cohort Study	Questionários autoaplicáveis utilizados na coorte	
Fraser et. al. (2023) /	Exploring the psychological wellbeing of women with gestational diabetes mellitus (GDM): increased risk of anxiety in women requiring insulin. A Prospective Longitudinal Observational Pilot Study	IDATE	As mulheres no grupo GDM-insulina apresentaram níveis significativamente mais elevados de ansiedade do que o grupo não-GDM em ambos os momentos. As mulheres no grupo GDM-Diet tiveram níveis mais altos de ansiedade em 24-34 semanas de gestação do que o grupo não-GDM, mas não diferiram em ~ 36 semanas de gestação. Embora os escores de depressão tendessem a ser mais altos nos grupos GDM-Insulina e GDM-Dieta do que no grupo não-GDM em ambos os momentos, isso não foi estatisticamente significativo. A angústia relacionada ao diabetes foi semelhante nos grupos GDM-Dieta e GDM-Insulina em ambos os momentos e não mudou durante a gravidez. Uma alta proporção do grupo GDM-Insulina tinha doença mental passada/atual (60%).

Freiberger <i>et al.</i> (2022)/ Alemanha	Psychosocial well-being in postpartum women with congenital heart disease	HADS	A prevalência avaliada retrospectivamente de sofrimento emocional antes do parto foi alta (47,0%) e atingiu o pico logo após o parto em termos de sintomas elevados de depressão e trauma pós-parto. ao longo da maternidade, o sofrimento emocional diminuiu significativamente (24,1%, $P < 0,001$). No geral, pós-parto as mulheres demonstraram pontuações altas em estados de identidade de doença funcional (isto é, aceitação e enriquecimento) e pontuações baixas em estados disfuncionais (isto é, rejeição e engolfamento). A gravidade da doença coronariana não foi diretamente associada com desfechos mentais ($P > 0,05$), enquanto o risco cardiovascular materno, segundo classificação da OMS, foi significativamente associado a uma maior prevalência de trauma pós-parto ($t = 2,485$, $P = 0,015$). No total, 64 mulheres ($n = 102$; 62,7%), estavam preocupados em transmitir seu problema cardíaco para seu filho. Destas 64 mulheres, 11 (17,5%) relataram estar influenciada por esse medo no desejo de engravidar. Das 118 mulheres, 89 (75,4%) frequentavam aulas de pré-natal. Valores de sofrimento emocional antes e depois do nascimento são apresentados na Tabela 3. As mulheres mostraram significativamente menos sofrimento emocional após o parto do que antes ($Z = -4,226$, $P < 0,001$). A pontuação total da HADS demonstrou uma média de $8,93 \pm 6,44$ (variação de 0 a 26), que estava na faixa de baixo angústia geral. De acordo com os valores de corte sugeridos, 27 mulheres (22,3%) foram identificadas como altamente emocionais angustiados, 18 (14,9%) como deprimidos e 30 (24,8%) como sofrendo de ansiedade. A média da QV (índice EQ-5D) foi de $0,92 \pm 0,13$ (variação de 0,51–1). Tomadas em conjunto, as dimensões do sofrimento emocional diretamente após a gravidez (ou seja, TEPT e depressão pós-parto) foram elevados em mulheres com doença coronariana. Em contraste com isso, a atual resultados mentais (ou seja, sofrimento emocional em geral, depressão e ansiedade) foram significativamente menores do que antes gravidez e a QV foi elevada. No que diz respeito à identidade da doença, os participantes em geral mostraram altas pontuações em aceitação [$4,28 \pm 0,95$ (variação, 1–5)] e enriquecimento [$3,46 \pm 1,16$ (variação, 1–5)] e pontuações baixas em rejeição [$1,85 \pm 0,92$ (variação, 1–4,40)] e engolfamento
---	---	------	---

Hanko <i>et al.</i> (2019) / Alemanha	Course of mental health and mother-infant bonding in hospitalized women with threatened preterm birth	IDATE-T	t1 no hospital, t2 6 semanas depois por e-mail. O grupo de pacientes apresentou taxas significativamente mais altas de depressão, ansiedade e estresse durante o tratamento hospitalar em gravidez, bem como 6 semanas pós-parto em comparação com o grupo controle. Embora a depressão e a ansiedade diminuíssem com o tempo em ambos os grupos, o estresse permaneceu no mesmo nível 6 semanas após o parto e na gravidez. Não encontramos diferenças significativas no vínculo mãe-bebê entre os dois grupos em todas as escalas consideradas do PBQ. 19% dos GP (N = 14) apresentaram pontuação total do IDATE-T acima do ponto de corte clínico no momento t1 e 13% (N = 10) no momento t2. No GC, as taxas foram de 7% (N = 5) em t1 e 4% (N = 3) em t2. Entre as mulheres do GP com transtorno mental atual (N = 7), 57% (N = 4) relataram sintomas depressivos clinicamente relevantes em t1 e 71% (N = 5) em t2, 29% (N = 2) tiveram clinicamente ansiedade relevante em t1 e 14% (N = 1) em t2, e 57% (N = 4) relataram sintomas de estresse clinicamente relevantes em t1 e 29% (N = 2) em t2. Vínculo mãe-bebê pós-parto. Não encontramos diferenças entre pacientes e controles para a pontuação total do PBQ e todas as subescalas analisadas do PBQ: “valor total” (t(142) = -1,006, p = 0,316), “vínculo prejudicado” (t(142) = -0,783, p = 0,435), “rejeição e raiva” (t(142) = -1,301, p = 0,195) e “ansiedade” (t(140) = 0,848, p = 0,398) (ver Fig. 4).
Jansson <i>et al.</i> (2020) / Suécia	Latent tuberculosis in pregnant women: a patient perspective	Entrevista estruturada	semi- Nenhuma das mulheres estava familiarizada com ILTB e presumiram que tinham TB ativa, causando ansiedade sobre q em eles podem ter infectado e como isso afetaria o bebê, bem como o medo de ser estigmatizada. Elas mostraram grande capacidade de pesquisar e entender informações sobre sua condição. Uma vez tratamento foi iniciado, eles ficaram motivados a concluí-lo.
Lamus <i>et. al.</i> (2021) / SP, Brasil	Giving women WOICE postpartum: prevalence of maternal morbidity in high-risk pregnancies using the WHO-WOICE instrument	GAD-7	A ansiedade foi identificada em 19,8% dos casos, a depressão em 36,9% e o comprometimento funcional em 4,4% das mulheres. A regressão de Poisson identificou que uma avaliação geral de saúde ruim estava associada ao aumento da ansiedade/depressão e ao comprometimento do funcionamento. Ter companheiro reduziu a percepção das mulheres sobre a presença de morbidades clínicas.
Lee <i>et. al.</i> (2019) - Malásia	Prevalence and factors associated with depressive, anxiety and stress symptoms among women with gestational diabetes mellitus in tertiary care centres in Malaysia: a cross-sectional study	DASS-21	A prevalência de sintomas de ansiedade foi maior (39,9%), seguida de sintomas depressivos (12,5%) e sintomas de estresse (10,6%) entre as mulheres com DMG. De acordo com análises de regressão logística múltipla, idade mais jovem (OR = 0,955, 95% CI = 0,919–0,993), comorbidade com asma (OR = 2,436, 95% CI = 1,219–4,870) e história familiar de depressão e ansiedade (OR = 4,782, 95% CI = 1,281–17,853) tiveram associações significativas com sintomas de ansiedade pré-natal. Ser não-muçulmano (OR = 2,937, 95% CI = 1,434–6,018) e ter história familiar de depressão e ansiedade (OR = 4,706, 95% CI = 1,362–16,254) tiveram associações significativas com

			sintomas depressivos pré-natais. Além disso, ser não muçulmano (OR = 2,451, 95% CI = 1,273–4,718) teve uma associação significativa com sintomas de estresse pré-natal.
Mohammadi <i>et al.</i> (2022) - Irã	Explaining the Psychological Distress of Women with High-Risk Pregnancies in Iran: A Qualitative Study	Entrevista	categorias: "Paz perturbada" e "adaptação ineficiente à situação" - Maioria das mães acreditavam que a gravidez é um evento estressante que vem acompanhado de ansiedade e preocupação - medo e ansiedade sobre os efeitos das complicações da gravidez na saúde do feto e da mãe foi um fator importante para o estresse psicológico. Alguns participantes relataram o medo de natimorto e retardo mental do feto como causa por preocupação. - As responsabilidades parentais, juntamente com os problemas financeiros familiares e os elevados custos associados à gravidez (rastreios, ecografias, etc.) foram outros fatores que causaram medo e ansiedade - Negligência médica, falta de interação adequada com o cliente e falha em responder e compartilhar informações com o cliente foram as causas de ansiedade, estresse e tensão para algumas mães. -
Nikčević <i>et al.</i> (2023) – Londres	Psychological Impact and Women's Evaluation of the First-Trimester Pre-Eclampsia Screening and Prevention: ASPRE Trial	IDATE	As mulheres de alto risco para PE exibiram mais sintomas depressivos em comparação com as mulheres de baixo risco no segundo, mas não no terceiro trimestre. Não foram observadas diferenças entre os dois grupos em outros sintomas de sofrimento ou na avaliação das mulheres sobre sua experiência de gravidez. - t1 31.55 (10.32), t2 36.09 (13.40), t3 29.90 (10.43) - sem diferenças entre os trimestres
Palma <i>et al.</i> (2020) – Chile	Hospitalisation in high-risk pregnancy patients: is prenatal attachment affected?	IDATE	Nenhuma diferença no apego pré-natal foi encontrada entre os dois grupos. O grupo hospitalizado apresentou níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e ansiedade. Apoio social teve um efeito significativo no grupo hospitalizado, melhorando a qualidade do apego. - A qualidade do apego foi negativamente correlacionada com depressão ($R = -0,46$, $p < 0,01$), ansiedade estado ($R = -0,39$, $p < 0,01$) e ansiedade-traço ($R = -0,46$, $p < 0,01$), e positivamente correlacionada com apoio social ($R = 0,2346$, $p < 0,01$). - O apego total foi negativamente correlacionado com depressão ($R = -0,24$, $p < 0,01$), ansiedade estado ($R = -0,22$, $p < 0,01$) e ansiedade-traço ($R = -0,23$, $p < 0,01$), e positivamente correlacionado com apoio social ($R = 0,20$, $p < 0,01$).

Paz <i>et al.</i> (2022) – PB-Brasil	Análise do nível de ansiedade na gestação de alto risco com base na escala Beck Anxiety Inventory	BAI	68% das gestantes apresentaram um quadro de ansiedade, das quais em 42% foi elevado e em 26% moderada, com calor, medo do pior acontecer, batimento cardíaco acelerado, instabilidade emocional e nervosismo listados como os sintomas mais comuns. A presença de ansiedade foi independente da idade materna, estado civil ou paridade, porém o trimestre gestacional, história de aborto e tempo de internação foram identificados como fatores de risco para ansiedade. - associação com as variáveis trimestre gestacional ($U = 781,50$; $p < 0,05$), quantidade de dias de internação ($U = 781,00$; $p < 0,05$) e classificação de alto risco por características pessoais ($U = 944,00$; $p < 0,05$), mas não mostrou associação com estado civil ($U = 938,50$; $p < 0,05$) e número de abortos ($U = 966,00$; $p < 0,05$)
Qin <i>et al.</i> (2018) / China	Survey and analysis for impact factors of psychological distress in HIV-infected pregnant women who continue pregnancy	HADS	A taxa de detecção positiva de sofrimento psíquico nas gestantes infectadas pelo HIV que continuam a gravidez foi de 69,1%, sendo que a maior frequência de PL foram os problemas emocionais. A taxa de detecção positiva de ansiedade foi de 60,8%, a taxa de detecção positiva de depressão foi de 54,1% e o escore de discriminação foi de $113,16 \pm 19,21$. A análise relevante de Spearman mostrou que o escore de sofrimento psicológico foi positivamente correlacionado com o escore de ansiedade, depressão e discriminação ($p < .001$). A análise de regressão linear múltipla mostrou que relacionamento entre marido e mulher, infortúnio familiar, Medicaid, doença crônica ou gravidez de alto risco, carga viral, contagem de células CD4+T, infecção e confidencialidade podem afetar o sofrimento psicológico ($p < .05$). O valor de corte ideal de DT no grupo foi 5.
Ramiro-Cortijo <i>et al.</i> (2021) / Espanha	Maternal Psychological and Biological Factors Associated to Gestational Complications	HADS	e complicações fetais foram associadas ao cortisol elevado ($OR = 1,06$ [1,02; 1,13]; valor $p = 0,04$), ansiedade ($OR = 2,21$ [1,10; 4,55]; valor $p = 0,03$) e conflitos vida-trabalho ($OR = 1,92$ [1,04; 3,75]; p -valor = 0,05)
Runkle <i>et al.</i> , (2023) /	Association Between Perinatal Mental Health and Pregnancy and Neonatal Complications: A Retrospective Birth Cohort Study		A condição mental materna mais prevalente foi MDP doenças mentais da gravidez - t (3,9%), seguida de PMAD - transtornos de humor e ansiedade perinatal (2,7%) e doença mental grave (0,13%). O PMAD foi associado a um maior risco de morbidade materna grave, distúrbios hipertensivos da gravidez e cesariana, bem como a um maior risco de parto prematuro e bebês com baixo peso ao nascer. A doença mental grave foi associada com baixo peso ao nascer, distúrbios hipertensivos da gravidez e cesariana. Populações grávidas com MDP estavam mais em risco de morbidade materna grave, parto prematuro, distúrbios hipertensivos da gravidez, baixo peso ao nascer e cesariana. Cada resultado de saúde mental materna foi associado a um risco aumentado de readmissões hospitalares até 45 dias após o parto. Para mulheres com transtornos de humor e ansiedade perinatais, observamos maior risco de complicações obstétricas, incluindo morbidade materna grave (RR: 1,42, IC 95%: 1,27; 1,58),

			distúrbios hipertensivos da gravidez (RR: 1,26, IC 95%: 1,1). 0,19; 1,34) e parto cesáreo (RR: 1,18; IC95%: 1,15; 1,21) (Tabela 2). Entre aqueles com transtornos de humor e ansiedade perinatais, o risco de bebês prematuros (RR: 1,40, IC 95%: 1,35, 1,45) e de baixo peso ao nascer (RR: 1,35, IC 95%: 1,30, 1,41) também foi maior
Silva <i>et al.</i> (2020) / PE, Brasil	Risco de depressão e ansiedade em gestantes na atenção primária	Carta de Babel	32,3% referiram já ter sofrido violência psicológica. Por meio do Cartão de Babel verificou-se que 49,3% das gestantes tinham alto risco para o desenvolvimento de transtorno de ansiedade (p-valor: 0,004) e 29,5% apresentou risco moderado para depressão (p-valor: 0,004).
Sinaci <i>et al.</i> (2020) - Turquia	Does having a high-risk pregnancy influence anxiety level during the COVID-19 pandemic?	STAI+BAI	Houve uma diferença estatisticamente significativa entre aqueles com e sem alto risco gravidez em termos de escores de ansiedade traço-estado com pandemia de COVID-19 ($p < 0,05$). encontramos um prevalência aumentada de ansiedade durante a pandemia de COVID-19 em gestantes de alto risco em comparação com gestações sem fatores de risco ($p < 0,05$). Houve diferença estatisticamente significativa entre nível de escolaridade em gestantes de alto risco em termos de escores de ansiedade ($p < 0,05$), o escore de ansiedade de Beck foi mais alto em graduados do ensino médio (42,75). Enquanto o nível de Traço de Ansiedade foi o mais alto com a pandemia naquelas com gravidez de alto risco com ameaça de trabalho de parto prematuro e rupturas prematuras de membranas (58,0), os com trombofilia foram os menores (50,88). O nível de ansiedade do estado e o escore de ansiedade de Beck daqueles com doença sistêmica materna foram os mais altos (53,32 e 45,53), enquanto os com trombofilia foram os menores (46,96 e 40,08). Os escores de Ansiedade Traço (56,38), Ansiedade Estado (52,14), Ansiedade de Beck (43,94) foram estatisticamente maiores durante a pandemia naqueles internados pelo menos uma vez ($p < 0,05$).
Souza <i>et. at.</i> (2022) – PE, Brasil	Apego materno-fetal e transtornos psiquiátricos em gestantes com fetos malformados	(EHAD)	A prevalência dos sintomas de ansiedade foi de 36 (46,8%), sendo 11 (14,3%) grave e 39%, depressivos, sendo o apego materno-fetal médio em 54,5% e alto em 45,5%. Após análise multivariada, mantiveram-se com associação à ansiedade: não possuir religião (OR: 3,3; IC 95%: 1,0-10,7; $p = 0,04$), saber da malformação fetal ≥ 10 semanas (OR: 0,3; IC 95%: 0,09-0,81; $p = 0,01$) e apresentar antecedente pessoal de ansiedade e depressão (OR: 15,2; IC 95%: 1,61-142,65; $p = 0,01$) - Quanto ao apego materno-fetal necessitar de tratamento para ansiedade e depressão (OR: 107,3; IC 95%: 1,94-5915,0; $p = 0,02$)

Tenório <i>et al.</i> (2023) – PE, Brasil	Symptoms of anxiety and depression in women with gestational trophoblastic disease compared to women who had a miscarriage: a cross- sectional study	HADS	Ansiedade provável (HADS-A8) e depressão (HADS-D8) foram encontradas em 53,1% e 43,8% do grupo GTD e 49,5% e 39,4% do grupo aborto espontâneo, sem diferença entre os grupos. Sintomas graves de ansiedade (HADS-A 15-21) e depressão (HADS-D 15-21) foram encontrados, respectivamente, em 12,5% e 4,7% do grupo GTD e em 9,1% e 4,0% do grupo aborto espontâneo, também sem diferença entre os grupos. A falta de apoio do parceiro provou ser um fator de risco para ansiedade e depressão, enquanto a baixa escolaridade aumentou o risco de sintomas de depressão em 3,43 vezes após a perda da gravidez. - a falta de apoio do parceiro representou fator de risco para o desenvolvimento de ansiedade (OR 4,0; IC95%: 1,61–9,96; p=0,0029) e depressão (OR 4,4; IC95%: 1,83–10,66; p=0,0010)
Ucar & Pinar (2019) – Turquia	The hospital stressors and depression, anxiety levels in pregnant women hospitalized due to preterm delivery: A follow-up study	BAI + IDATE + Antepartum Hospital Stressors Inventory (AHSI).	Foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre a média pontuações do estado durante a primeira e segunda medições (P <0,05). Os escores de ansiedade-estado das gestantes foram elevados quando foram hospitalizadas com parto prematuro e baixos quando receberam alta. À medida que os escores de ansiedade aumentavam quando as mulheres grávidas recebiam alta, os estressores de saúde, emocionais e de estado familiar também aumentavam (ver Tabela 5). Ao comparar os escores dos subgrupos TAI traço e AHSI Antepartum Hospital Stressors Inventory; em a segunda medição, um positivo moderado estatisticamente significativo foi encontrada relação entre os escores do estado emocional (rs = 0,621; P = 0,001). Como os escores de ansiedade-traço aumentaram quando as mulheres grávidas tiveram alta, os estressores do estado emocional também aumentaram (ver Tabela 5).
Wilson <i>et. al.</i> (2020) – Inglaterra	Is there an association between anxiety and depression prior to and during pregnancy and gestational diabetes? An analysis of the Born in Bradford cohort	Common mental disorders (CMD)	não houve evidência de associação entre transtornos mentais comuns anteriores à gravidez e diabetes gestacional (RR ajustado 0,96; IC 95% 0,80,1,15) ou entre diabetes gestacional e transtorno mental comum distúrbios durante a gravidez (OR ajustado 0,91; IC 95% 0,73,1,12).

Wu <i>et al.</i> (2020) / Estados Unidos	Association of Maternal Psychological Distress With In Utero Brain Development in Fetuses With Congenital Heart Disease	IDATE	Entre 48 mulheres grávidas de fetos com doença coronariana, 31 (65%) testaram positivo para estresse, 21 (44%) para ansiedade e 14 (29%) para depressão. Entre 92 mulheres grávidas com fetos saudáveis, 25 (27%) testaram positivo para estresse, 24 (26%) para ansiedade e 8 (9%) para depressão. Os escores de depressão foram maiores entre 17 mulheres portadoras de fetos com doença coronariana de ventrículo único versus 31 mulheres portadoras de fetos com doença coronariana de 2 ventrículos (3,8; IC 95%, 0,3 a 7,3). O estresse e a ansiedade materna foram associados ao menor hipocampo esquerdo (estresse: -0,003 cm ³ ; IC 95%, -0,005 a -0,001 cm ³), hipocampo direito (estresse: -0,004; IC 95%, -0,007 a -0,002; ansiedade-traço: -0,003; IC 95%, -0,005 a -0,001) e volumes cerebelares (estresse: -0,06; IC 95%, -0,09 a -0,02) apenas entre mulheres com doença coronariana fetal. Regiões hipocámpais prejudicadas foram observadas no aspecto medial da cabeça do hipocampo esquerdo e aspecto inferior da cabeça e corpo do hipocampo direito. Regiões cerebelares prejudicadas foram observadas no aspecto ântero-superior das regiões vermal e paravermal e a esquerda lobo cerebelar.
Yıldırım & Bilgin (2021) / Turquia	Risk status and traumatic birth perception in pregnancy	IDATE	Houve um baixo nível de correlação positiva entre ansiedade traumática e percepção de parto traumático em gestantes de alto risco, e uma relação positiva moderada entre ansiedade traumática e percepção de parto traumático em gestantes de baixo risco ($p < 0,05$).
Yoon & Sung (2021) / Coreia	Does family support mediate the effect of anxiety and depression on maternal-fetal attachment in high-risk pregnant women admitted to the maternal-fetal intensive care unit?	IDATE	O nível de ansiedade foi moderado (43,57±11,65 pontos em 80) e 53,6% foram identificados como tendo depressão moderada (média 10,13±5,48 pontos em 30). O apoio familiar foi um pouco alto (média 43,30±5,03 pontos em 55). A pontuação média de apego materno-fetal também foi um pouco alta (73,37±12,14 pontos em 96). O apoio familiar teve um efeito mediador parcial nas relações de ansiedade e depressão com o apego materno-fetal entre gestantes de alto risco internadas na MFICU. ----- nsiedade, variável independente, teve efeito significativo no mediador (apoio familiar) ($\beta = -0,50$, $p < 0,001$). Na segunda etapa, descobriu-se que a ansiedade teve um efeito significativo no apego materno-fetal (variável dependente) ($\beta = -0,55$, $p < 0,001$). Na terceira etapa, a ansiedade (variável independente) e o apoio familiar (mediador) tiveram efeitos significativos no apego materno-fetal (variável dependente) (ansiedade: $\beta = -0,42$, $p < 0,001$; apoio familiar: $\beta = 0,25$, $p = 0,002$). Na terceira etapa, o poder explicativo da ansiedade e do apoio familiar foi de 41,9%. O valor β da ansiedade na terceira etapa foi de $-0,42$, cujo valor absoluto foi inferior ao da segunda etapa, $-0,55$, indicando um efeito mediador do apoio familiar. Como tanto a variável independente como o mediador afetaram significativamente a variável dependente, constatou-se que o apoio familiar mediou parcialmente o efeito da ansiedade no apego materno-fetal. Além disso, o teste de Sobel mostrou a significância do efeito mediador ($z = -2,87$, $p = 0,003$).

Zacher et. al. (2022) / Alemanha	Prenatal paternal depression, anxiety, and somatic symptom burden in different risk samples: an explorative study	GAD-7	Em um nível puramente descritivo, os dados mostram uma tendência de maior carga de sintomas de depressão, ansiedade e sintomas somáticos nas duas amostras de risco, indicando que os futuros pais, cujas parceiras grávidas foram hospitalizadas ou sofreram depressão pré-natal, foram mais angustiados no pré-natal. O teste exploratório das diferenças de grupo revelou uma taxa de prevalência de ansiedade quase três vezes maior em pais cuja parceira foi hospitalizada (12,2%) em comparação com aqueles sem risco (4,3%). - s futuros pais cujo parceiro teve tratamento hospitalar são significativamente mais ansiosos do que pais cuja parceira teve gravidez sem risco ($U = 1012$, $z = -2,61$, $p = 0,009$; ver Fig. 2). Mas nenhum dos queridos pontou acima dos limites para níveis altos.
-------------------------------------	--	-------	---

APÊNDICE C – QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DOS ARTIGOS SOBRE A TEMATÁTICA IDEIAÇÃO SUICIDA

Autores	Principais resultados	Patologia	Prevalência
Knettel <i>et al.</i> (2020)	No modelo multivariável, as mulheres que vivenciam a ansiedade e o estigma do HIV tinham uma probabilidade significativamente maior de endossar a ideação suicida durante a gravidez.	HIV	12,80%
Zewdu <i>et al.</i> (2021)	Depressão perinatal (AOR = 4,40, IC 95%: 1,63 11,85), status de HIV não divulgado (AOR = 3,73, IC 95%: 1,44 9,65) e gravidez não planejada (AOR=2,75; IC95%: 1,21 6,21) foram fatores significativos associados à ideação suicida.	Hiv	8,20%
Rodriguez <i>et al.</i> (2018)	Violência por parceiro íntimo (AOR = 1,17) e depressão (AOR = 1,14) previram ideação suicida sustentada. O aumento da renda (AOR = 2,25) e o maior estigma (AOR = 1,33) previram a ideação suicida incidente. Idade mais jovem (AOR = 0,94), revelação do estado de HIV ao parceiro (AOR = 0,60) e maior estigma (AOR = 1,24) previram a cessação pós-natal do suicídio ideação.	Hiv	39%
Benute <i>et al.</i> (2011)	religião - risco 5%	variadas	5%
Enriquez <i>et al.</i> (2010)	qualitativo - gestação como sentença de morte	HIV	--
Jacques <i>et al.</i> (2018)	estudo de caso - negação da gestação + DM	DM	--
Liotta <i>et al.</i> (2023)	adolescentes - perspectivas de futuro	HIV	
Rodriguez (2016)	Violência por parceiro + estigma	Hiv	39%
Wagner (2022)	Violência por parceiro íntimo+dificuldade na resolução de problemas	HIV	



Nº da participante _____

APÊNDICE D TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: SAÚDE MENTAL DA MULHER DURANTE A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, desta pesquisa, denominada “Saúde mental da gestante durante a gestação de alto risco”. Caso você decida participar, lhe será pedido que responda algumas perguntas e instrumentos sobre você e questões relacionadas a sua gestação.

Essa pesquisa está de acordo com os procedimentos éticos estabelecidos pelo Conselho Federal de Psicologia e foi avaliada pelo sistema de apreciação ética CEP/Conep, seguindo as normativas brasileiras de pesquisas com seres humanos. A pesquisa não apresenta riscos permanentes à sua saúde física, psicológica ou emocional. Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir de sua participação, sem que lhe traga qualquer prejuízo. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial. Além disso, os dados obtidos serão de uso exclusivo para fins de pesquisa, podendo as participantes receber resultados dos instrumentos aplicados, se assim desejarem. Os resultados da pesquisa serão divulgados em formato acessível ao grupo pesquisado, oferecendo retorno aos participantes (através de e-mail) e como forma de artigo científico ao restante da população.

O possível desconforto que você venha a sentir pode estar relacionado com o tempo e possível cansaço no preenchimento dos questionários, que pode levar cerca de 15 minutos para ser respondido. Caso sinta algum desconforto emocional durante a pesquisa, você poderá encontrar em contato com a equipe de pesquisadores que irá realizar uma avaliação e possível encaminhamento.

Para participação nesta pesquisa, não haverá despesas nem compensações financeiras à participante. No entanto, é garantido o ressarcimento de despesas decorrentes à participação, caso houver, bem como indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Acesso à Equipe: Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A responsável pelo projeto é a psicóloga Mariana Gauterio Tavares, sob orientação da Profª Drª Ana Maria de Barral Martinez.

Local de Origem do Projeto: Faculdade de Medicina/ Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

Objetivos: Avaliar a saúde mental de gestantes acompanhadas no Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco do Serviço de Ginecologia do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU/FURG/EBSEH)

Procedimento do Estudo: Ao aceitar participar desta pesquisa você será submetido a alguns questionários. A qualquer momento você poderá desistir da participação neste estudo, assim como receberá atendimento psicológico, se necessário. As informações coletadas serão usadas para ampliar o conhecimento científico em Psicologia e Ciências da Saúde. A desistência da sua participação nesse projeto não lhe implicará nenhum prejuízo.

Riscos e Desconfortos: A pesquisa não apresenta riscos físicos aos participantes. Considera-se que os maiores constrangimentos que possam vir a ocorrer sejam cansaço, ansiedade e alteração de comportamento a curto prazo. Diante disso, a pesquisadora garante assistência integral, imediata e gratuita. Em casos de desconforto, a participante será avaliada pela pesquisadora responsável (Mariana Gauterio Tavares) e, caso necessário, encaminhada para acolhimento psicológico através do Setor de Psicologia do HU/FURG, que se encontra no terceiro andar do hospital, no corredor em frente à maternidade (Se considerar necessário, favor entrar em contato pelo e-mail ou telefone abaixo).

Benefícios: Como benefícios, a partir dos resultados espera-se obter mais conhecimento e compreensão sobre saúde mental da mulher que vivencia uma gestação de alto risco, e assim propor

novas estratégias para melhorar a qualidade de vida desta população, bem como orientação aos profissionais de saúde.

Contato: Mariana Gauterio Tavares - Telefone: (53) 984651855 / E-mail: marianatav@gmail.com

Em caso de dúvidas, a qualquer momento poderá enviar e-mail para a responsável pelo projeto marianatav@gmail.com ou entrar em contato através do telefone (53) 984651855. A senhora também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Rio Grande - CEP FURG, localizado no Campus Carreiros da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) no prédio das Pró-Reitorias, segundo andar - Propesp, disponível nas segundas-feiras das 8 às 12h, nas terças-feiras das 9 às 13h, nas quartas-feiras das 13h30min às 17h30min, nas quintas-feiras das 9 às 17h30min, ou em outros horários mediante agendamento. Atendimento em período integral através do e-mail: cep@furg.br ou telefone (53) - 3237.4652. Este é o comitê responsável pela apreciação ética de pesquisas com seres humanos. Para obter informações sobre esta pesquisa e/ou sobre a sua participação, também pode ser contatado a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, localizada em SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar, Asa Norte, Brasília/DF. Com horário de atendimento das 08h às 18h e horário de atendimento online das 9h às 18h. Contatos por e-mail ou telefone podem ser feitos através de: conep@saude.gov.br / (61)3315-5877.

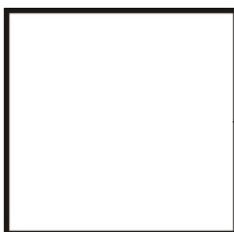
Declaro que sou maior de 18 anos e estou ciente dos objetivos e procedimentos deste estudo, concordando em participar de forma voluntária da pesquisa. Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer dano ou coação.

Este termo é entregue em duas vias, sendo uma para pesquisadora e outra para participante. Permite acesso ao registro de pesquisa sempre que solicitado.

Rio Grande, ____ de _____ de 202__.

Assinatura da pesquisadora responsável

Assinatura da participante ou representante legal



Espaço destinado para coleta de digital para participantes não alfabetizadas, o qual deve ser preenchido após leitura deste termo pela pesquisadora principal, em caso de concordância em participar do presente estudo.

Nome da participante: _____

APÊNDICE E
QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

Número de identificação do participante: _____ Data da aplicação: _____

Primeira consulta: () Sim () Não

Cidade de Origem: () Rio Grande () Outra: _____

Idade: _____

Possui companheiro: () Sim () Não

Cor/raça/etnia: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

Possui crenças religiosas? () Sim () Não Se sim, qual? () católica () umbandista () kardecista () evangélica () outra _____

Renda familiar: Bruta _____ N° de pessoas na casa: _____

Trabalho: () Sim () Não **Recebe algum benefício:** () Sim () Não

Escolaridade por anos de estudo: _____

Como percebe o apoio social que tem recebido durante a gestação:

() Muito bom () Bom () Mediano () Ruim

Uso de cigarro () Sim () Não

Cigarro atual: () Interrompeu com a gestação () mantém o uso () não se aplica

Uso de álcool () Sim () Não

Álcool atual: () Interrompeu com a gestação () mantém o uso () não se aplica

Outras drogas () Sim () Não Qual(is)? _____

Drogas atual: () Interrompeu com a gestação () mantém o uso () não se aplica

Idade gestacional _____

Gestação planejada? () Sim () Não

Atividade física? () Sim () Não **Qual?** _____

Quantas vezes na semana? _____ Minutos por semana: _____

Intercorrências na gestação atual () Sim () Não _____

Internações hospitalares durante a gestação atual () Sim () Não

Gestações anteriores () Sim () Não Quantas? _____

Abortos anteriores () Sim () Não Quantas vezes? _____

Feto Morto () Sim () Não Quantas vezes? _____

Natimorto () Sim () Não Quantas vezes? _____

Número de filhos vivos _____

Motivo da Gestação de alto risco () Não sei responder () fatores relacionados a condições prévias () fatores relacionados à história reprodutiva anterior () fatores relacionados à gravidez atual

Registrar se: () HAS () DM () idade da gestante () ameaça de parto prematuro () gestação múltipla () histórico de gestações de abortamentos e/ou malformações () pré-eclâmpsia () doença infecciosa () doença auto-imune () outra _____

HIV: () Sim () Não

Realiza algum tratamento psicológico/psiquiátrico? () Sim () Não

Se sim: () Tratamento psicológico () Tratamento medicamentoso

Local do acompanhamento: _____

Histórico de doença mental: () Sim () Não

Se sim: () Tratamento psicológico () Tratamento medicamentoso () Sem tratamento

Local do acompanhamento: _____

Histórico de doença mental na família: () Sim () Não

Quem? _____

Encaminhamentos e observações _____

ANEXO I – TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO

CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO AO PRÉ NATAL DE ALTO RISCO HU/FURG							
Data							
Pontuação							
ALTO RISCO	≥ 10 pontos		Encaminhar ao Pré Natal de Alto Risco HU/FURG e manter acompanhamento compartilhado na UBS				
MÉDIO RISCO	5 a 9 pontos		Acompanhamento compartilhado UBS/especialistas da rede/ serviços especializados (CAPS/CRAS)				
BAIXO RISCO	< 5 pontos		Acompanhamento na Unidade Básica de Saúde				
CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E SOCIAIS							
Idade < 15 anos	1		Desnutrição (IMC < 18)	1			
Idade > 35 anos	1		Sobrepeso (IMC entre 25-29)	1			
Analfabetismo	1		Obesidade (IMC entre 30-39)	3			
Tabagismo	2		Obesidade (IMC > 40)	5			
Situação familiar insegura	1		Não aceitação da gravidez	1			
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS							
Abortamento habitual (2 ou + abortos consecutivos)	5		Cesárea recente (< 12 meses)	2			
Natimorto/Óbito fetal	5		Restrição de crescimento	5			
Má formação fetal	5		Placenta prévia/acretismo	5			
Pré-eclampsia/Eclampsia	5		Descolamento de placenta	5			
Parto prematuro (< 37s)	5		Incompetência istmo cervical	10			
Trombose	10		Psicose puerperal	5			
			Mola hidatiforme há < 12 meses	10			
PATOLOGIAS OBSTÉTRICAS/GINECOLÓGICAS ATUAIS							
DMG controlado com medidas não farmacológicas	5		Placenta prévia s/ sangramento	5			
DMG difícil controle/ insulino dependente	10		Placenta prévia c/ sangramento	10			
DHEG/pré-eclampsia	10		Acretismo placentário	10			
Gestação decorrente de FIV	10		Incompetência istmo cervical/TPP	10			
Gestação decorrente de estupro	10		Restrição crescimento intra útero	10			
Polidramnio/Oligodramnio	10		Más formações fetais	10			
Obstrução da via de parto (condilomas/ má formação)	10		Gemelaridade	10			
			Isoimunização	10			
			Gestação + DIU	10			
			Sangramento vaginal 1º trimestre	2			
PATOLOGIAS CLÍNICAS E CIRÚRGICAS MATERNAS ATUAIS/CRÔNICAS COM IMPACTO GESTACIONAL							
Doenças neurológicas/AVC	10		Hipertireoidismo	10			
Asma/DPOC/ Pós COVID	5		Hipotireoidismo subclínico/ diagnóstico gestacional (Puran <2,5mcg/Kg)	2			
Cardiopatias	10		Hipotireoidismo descompensado/ difícil controle (Puran >2,5mcg/Kg)	10			
Diabetes mellitus prévio	10		Lupus/esclerose múltipla/Púrpura	10			
HAS prévia tratada/controlada	5		Epilepsia em uso de anticonvulsivante	10			
HAS prévia descompensada/ em uso de 2 ou + fármacos	10		Hepatite B e C	10			
Anemia grave (Hb < 8)/ anemia falciforme	10		Tuberculose ativa/tto na gestação	10			
Toxoplasmose com diagnóstico na gestação	10		Infecção pelo HIV	10			
Trombofilia/trombose	10		Infecção urinária de repetição/ pielonefrite	10			
Cirurgia bariátrica prévia	5		Sífilis resistente/sinais de sífilis congênita	10			
Câncer materno em tto atual	10		Psicopatias graves (esquizofrenia/bipolaridade)/de	5			
			Uso de drogas teratogênicas nessa gestação	10			

ANEXO II - VERSÃO EM PORTUGUÊS DA ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-
PARTO DE EDIMBURGO

Participante nº: _____

Data: _____

Você está vivenciando uma gestação e gostaríamos de saber como está se sentindo nos últimos 7 dias e não apenas hoje.

1- Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas.

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

2- Eu tenho pensado no futuro com alegria.

- () Sim, como de costume.
- () Um pouco menos que de costume.
- () Muito menos que de costume.
- () Praticamente não.

3- Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão errado.

- () Não, de jeito nenhum.
- () Raramente.
- () Sim, às vezes.
- () Sim, muito frequentemente.

4 - Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.

- () Sim, muito seguido.
- () Sim, às vezes.
- () De vez em quando.
- () Não, de jeito nenhum.

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

- () Sim, muito seguido.
- () Sim, às vezes.
- () Raramente.
- () Não, de jeito nenhum.

6 - Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos.

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

7 - Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir.

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

8 - Eu tenho me sentido triste ou muito mal.

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

9 - Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado.

- () Sim, a maior parte do tempo.
- () Sim, muitas vezes.
- () Só de vez em quando.
- () Não, nunca.

10 - Eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma.

- () Sim, muitas vezes.
- () Às vezes.
- () Raramente.
- () Nunca

ANEXO III - IDATE TRAÇO

Participante nº: _____ Data: _____
 Primeira consulta: () Sim () Não

Leia cada pergunta e circule o número que melhor indicar **como você geralmente se sente.**

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você se sente geralmente.

AVALIAÇÃO:

Quase sempre (4) – Frequentemente (3) – Às vezes (2) – Quase nunca (1)

1	Sinto-me bem	1	2	3	4
2	Canso-me facilmente	1	2	3	4
3	Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
4	Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1	2	3	4
5	Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
6	Sinto-me descansada	1	2	3	4
7	Sou calma, ponderada e senhora de mim mesmo	1	2	3	4
8	Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver	1	2	3	4
9	Preocupo-me demais com as coisas sem importância	1	2	3	4
10	Sou feliz	1	2	3	4
11	Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12	Não tenho muita confiança em mim mesmo	1	2	3	4
13	Sinto-me segura	1	2	3	4
14	Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3	4
15	Sinto-me deprimida	1	2	3	4
16	Estou satisfeito	1	2	3	4
17	Ideias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando	1	2	3	4
18	Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
19	Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20	Fico tensa e perturbada quando penso em meus problemas do momento	1	2	3	4

Pontuação: _____

ANEXO IV – IDATE ESTADO

Participante nº: _____ Data: _____
 Primeira consulta: () Sim () Não

Leia cada pergunta e circule o número que melhor indicar como você se **sente agora, neste momento**.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você se sente neste momento.

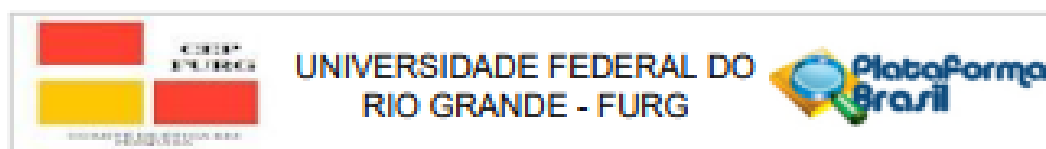
AVALIAÇÃO

Muitíssimo (4) -- Bastante (3) -- Um pouco (2) -- Absolutamente não (1)

1	Sinto-me calma	1	2	3	4
2	Sinto-me segura	1	2	3	4
3	Estou tensa	1	2	3	4
4	Estou arrependida	1	2	3	4
5	Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6	Sinto-me perturbada	1	2	3	4
7	Estou preocupada com possíveis infortúnios	1	2	3	4
8	Sinto-me descansada	1	2	3	4
9	Sinto-me ansiosa	1	2	3	4
10	Sinto-me “em casa”	1	2	3	4
11	Sinto-me confiante	1	2	3	4
12	Sinto-me nervosa	1	2	3	4
13	Estou agitada	1	2	3	4
14	Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15	Estou descontraindo	1	2	3	4
16	Sinto-me satisfeita	1	2	3	4
17	Estou preocupada	1	2	3	4
18	Sinto-me confusa	1	2	3	4
19	Sinto-me alegre	1	2	3	4
20	Sinto-me bem	1	2	3	4

Pontuação: _____

ANEXO V - PARECER CEP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: SAÚDE MENTAL DA MULHER DURANTE A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

Pesquisador: MARIANA GAUTERIO TAVARES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58951522.7.0000.5324

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.562.889

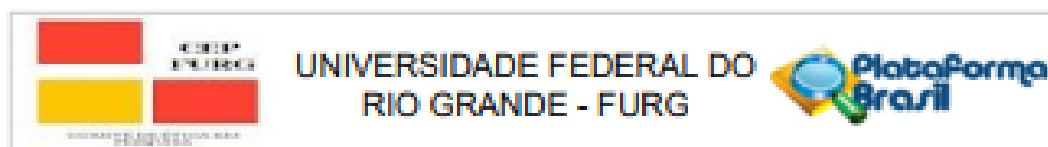
Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo de Informações Básicas do Projeto n.º 1953061, gerado pelo preenchimento dos campos de submissão da plataforma Brasil em 10/07/2022, e/ou do Projeto Detalhado.

Resumo

O período gestacional é constituído por sentimentos capazes de marcar a vida de uma mulher. No contexto de um pré-natal de alto risco, sintomas de depressão e ansiedade mostram-se mais prevalentes. Estes sintomas podem levar a situações como choque, culpa, raiva, tristeza, frustração e outras preocupações. Também podem impactar na diminuição de comportamentos de promoção da saúde e podem levar a um apego materno-fetal menos intenso. Nesse sentido, este projeto tem como objetivo avaliar a saúde mental de gestantes acompanhadas no Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco (PNAR) do Serviço de Ginecologia do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Comê Jr. (HU/FURG/EBSERH). Pretende-se realizar um estudo de coorte com pelo menos 150 gestantes acompanhadas no respectivo ambulatório. No primeiro momento as gestantes responderão a um questionário sociodemográfico e clínico, Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) e ao Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). No terceiro trimestre, novamente serão aplicados os instrumentos EPDS e IDATE para reavaliação dos sintomas de

Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.
Bairro: Campus Camélias **CEP:** 96.203-900
UF: RS **Município:** RIO GRANDE
Telefone: (51)3237-3013 **E-mail:** cep@furg.br



Continuação do Parecer: 5.562.889

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES BASICAS_DO_PROJETO_1953061.pdf	10/07/2022 22:23:30		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto-plataforma-alterado.pdf	10/07/2022 22:23:04	MARIANA GALTERIO TAVARES	Aceito
Outros	respostaparecer.docx	10/07/2022 22:20:52	MARIANA GALTERIO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termoalterado.docx	10/07/2022 22:20:22	MARIANA GALTERIO TAVARES	Aceito
Outros	cartadeanuencia.pdf	10/07/2022 22:12:39	MARIANA GALTERIO	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderoستoassinada.pdf	23/05/2022 21:11:03	MARIANA GALTERIO	Aceito
Outros	instrumentos.pdf	22/05/2022 16:07:47	MARIANA GALTERIO	Aceito
Cronograma	Cronogramaa.pdf	22/05/2022 16:04:35	MARIANA GALTERIO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO GRANDE, 04 de Agosto de 2022

Assinado por:
Camila Dalane Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Itália, km II, segundo andar do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.
Bairro: Campus Camélias **CEP:** 96.203-900
UF: RS **Município:** RIO GRANDE
Telefone: (51)3237-3013 **E-mail:** cnp@furg.br