



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO-UNIVASF**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - PPGPSI**

**ANA ALICE MARIA DE SÁ GAMA**

**AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE, SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E  
SUPORTE SOCIAL EM GESTANTES**

**PETROLINA-PE**

**2024**

**ANA ALICE MARIA DE SÁ GAMA**

**AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE, SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E  
SUPORTE SOCIAL EM GESTANTES**

Dissertação de mestrado apresentada à Banca de Avaliação do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Vale do São Francisco como requisito final para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Carla Fernanda F. Rodrigues Kursancew

**PETROLINA-PE**

**2024**

Gama, Ana Alice Maria de Sá  
G184a Avaliação da ansiedade, sintomatologia depressiva e suporte social em gestantes / Ana Alice Maria de Sá Gama. – Petrolina-PE, 2024.  
viii, 82 f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Vale do São Francisco, Campus Petrolina-PE, 2024.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carla Fernanda F. Rodrigues Kursancew.

Inclui referências.

1. Saúde mental. 2. Gravidez. 3. Ansiedade. 4. Depressão. I. Título. II. Kursancew, Carla Fernanda F. Rodrigues III. Universidade Federal do Vale do São Francisco.

CDD 362.20981

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**FOLHA DE APROVAÇÃO**

Ana Alice Maria de Sá Gama

**AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE, SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E**  
**SUORTE SOCIAL EM GESTANTES**

Dissertação de mestrado apresentada à Banca de Avaliação do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Vale do São Francisco como requisito para obtenção do título de Mestrem Psicologia.

Aprovada em: 31 de janeiro de 2024

**Banca Examinadora**

Documento assinado digitalmente



**CARLA FERNANDA FERREIRA RODRIGUES KURS**

Data: 09/02/2024 18:18:38-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Carla Fernanda F. Rodrigues Kursancew, Doutorado em Psicologia,  
Universidade Federal do Vale do São Francisco - (Orientadora)

Documento assinado digitalmente



**SUSANNE PINHEIRO COSTA E SILVA**

Data: 15/02/2024 11:03:29-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Susanne Pinheiro Costa e Silva, Doutorado em Psicologia pela  
Universidade Federal do Espírito Santo - (Membro Interno)

Documento assinado digitalmente



**RAFAELA DE ALMEIDA SCHIAVO**

Data: 15/02/2024 16:46:59-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Rafaela de Almeida Schiavo - Doutorado em Psicologia pela Universidade  
Estadual Paulista - (Membro externo)

À minha amiga Mônica (in memoriam), que nos deixou em meio a essa minha caminhada. Dedico a você, minha amiga, pelo exemplo de mulher, mãe, filha, irmã e amiga que foi. Por ter vivenciado gestações que não foram fáceis e mesmo assim, não desistiu. Você estará sempre viva em meu coração e nas minhas memórias. Eterna,  
Nina

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, por segurar minhas mãos e não me deixar desistir nos momentos mais difíceis que passei durante o mestrado. Sem ti, eu nada seria. Agradeço aos meus pais, Maria Valdelisse e Manoel Ananias pelo amor, ensinamentos, por abdicarem de muitas coisas pelos seus filhos. Mainha, a senhora é um exemplo de força, superação, honestidade e amor, tudo que sou hoje, eu devo a ti. Nossa ligação é única, minha (velhinha).

Agradeço ao meu esposo, Francisco (meu galego) por dividir a vida comigo, por acreditar e mergulhar comigo nos meus sonhos. Você é meu porto seguro, meu ombro amigo, aquele que está comigo sempre. Vivenciar esse processo não foi fácil, só a gente sabe o que enfrentamos, em meio a escuridão dos dias você estava comigo. Eu amo você. Agradeço a pinguinho, meu filhote de quatro patas por ter me escolhido, você foi paciente, companheiro e esteve junto comigo nas madrugadas, suportando meus estresses e ausências.

Aos meus irmãos, Amanda, Aline, Diogo e Ariany, obrigada por estarem sempre comigo, vibrando minhas conquistas, acreditando no meu potencial e entendendo a minha ausência física. Aos meus pequenos sobrinhos, tia ama muito vocês, a ausência foi grande, mas o amor esteve sempre presente. Sem vocês, família, eu não conseguiria. Agradeço aos meus sogros, cunhados, sobrinhos e concunhados pela força de sempre, por me acolher nessa família maravilhosa e por estarem sempre presentes nas minhas conquistas.

À minha banca de qualificação e defesa, às professoras Dra. Rafaela Schiavo e Dra. Susanne Silva, por se disponibilizarem a estarem presentes nesses dois momentos tão importantes e pelas contribuições dadas. Meu muito obrigada. Agradeço à minha orientadora, Dra. Carla Fernanda, por abraçar meu projeto, pela parceria e contribuições nessa caminhada. Agradeço a todas as gestantes que participaram desta pesquisa, que tiraram um tempo para se dedicarem a ela, por contribuir de forma significativa na minha vida profissional e com a ciência.

Às minhas amigas Iane, Cássia, Nara e Tamires, vocês foram essências nessa minha caminhada acadêmica. Iane, minha amiga, a minha vivência no mestrado foi mais leve porque eu tinha você. Sempre juntas. Por fim, a todos que estiveram comigo, torcendo e vibrando por minhas conquistas. Muito obrigada!

## RESUMO

O ciclo vital da mulher é marcado por períodos críticos de transição que constituem fases do desenvolvimento pessoal. Um desses períodos é a gravidez, momento atravessado por muitas mudanças físicas, hormonais, sociais e emocionais. Assim, no contexto da saúde mental gestacional, tem chamado a atenção o alto índice de transtornos psicológicos durante esse período, sendo os mais comuns a ansiedade e depressão. Por esse motivo, buscando ampliar o entendimento sobre a saúde mental perinatal, foram realizados dois estudos simultaneamente que vieram a compor esta dissertação. O primeiro artigo verificou os níveis de ansiedade, sintomatologia depressiva e suporte social em gestantes que estavam em acompanhamento pré-natal ginecológico na rede SUS e particular. O segundo avaliou o efeito de uma intervenção de pré-natal psicológico on-line em gestantes. Para ambos os estudos foram utilizados um Questionário Sociodemográfico, Escala de Auto Registro de Depressão Pós-Parto de Edinburg (EPDS), Escala de Percepção e Suporte Social-versão adulta (EPSUS-A) e o Instrumento de Rastreamento para Sintomas de Ansiedade Gestacional (IRSAG). Para tanto, contou-se com a participação de 519 gestantes de diversos estados brasileiros, sendo a maioria de São Paulo (21,8%) Pernambuco (11,8%) e Minas Gerais (11,8%) apresentando idade entre 18 e 43 anos ( $M=27,28$ ;  $DP=6,49$ ). A maioria das gestantes eram casadas/conviviam com o seu parceiro (69%), possuíam ensino médio completo (39,9%), possuíam entre 1 e 2 salários-mínimos 25,8%, sendo que 21,0% não possuíam renda e 17,3% possuíam renda de menos de um salário-mínimo. Os resultados das 519 participantes indicaram que as médias das gestantes na escala de depressão foi de 15,45 ( $DP=7,01$ ), na de ansiedade gestacional 45,54 ( $DP=15,37$ ) e a média do suporte social foi 60,65 ( $DP=28,44$ ). Além disso, foi verificado a existência de correlações entre os três construtos estudados, a depressão teve uma relação forte e positiva com ansiedade ( $r=0,78$ ;  $p\leq 0,01$ ) e fraca e negativa com o suporte social e seus indicadores ( $r=-0,52$ ;  $p\leq 0,01$ ). A ansiedade e o suporte social se relacionaram de maneira negativa e fraca ( $r=-0,42$ ;  $p\leq 0,01$ ) e o suporte social se relacionou de forma forte e positiva com seus indicadores (afetivo ( $r=0,82$ ;  $p\leq 0,01$ ), interações sociais ( $r=0,67$ ;  $p\leq 0,01$ ), instrumental ( $r=0,77$ ;  $p\leq 0,01$ )). O segundo estudo, teve como objetivo avaliar os efeitos de um grupo interventivo de pré-natal psicológico on-line em gestantes brasileiras. Foi iniciado com 106 participantes, porém, foi finalizado com 75 gestantes, sendo 35 (46,66%) do grupo de intervenção e 40 (53,33%) do grupo controle. As análises encontraram diminuição estatisticamente significativas nas médias do grupo de intervenção na fase pós-teste nos construtos ansiedade ( $Z=-4,710$ ;  $p<0,01$ ) e depressão ( $Z=-4,070$ ;  $p<0,01$ ). O suporte social apresentou um aumento na fase do pós-teste, porém não foi significativa ( $Z=-1,671$ ;  $p>0,05$ ). As médias do grupo controle após intervenção realizada diminuíram nos construtos depressão ( $Z=-2,647$ ;  $p<0,05$ ), ansiedade ( $Z=1,481$ ;  $p>0,05$ ) e o suporte social foi maior no pós-teste ( $Z=-886$ ;  $p>0,05$ ), porém, essas diferenças não foram estatisticamente significativas. A partir da realização dos dois estudos, os dados destacam a relevância do rastreamento e a urgência de implementar medidas preventivas e de promoção da saúde materna, como a utilização de intervenções psicológicas, incluindo o pré-natal psicológico, tanto na modalidade presencial como online como parte integrante das políticas públicas de saúde. Se faz necessários a efetivação da Lei 14.721/23 que passa a ampliar a assistência psicológica à gestantes no período da gravidez, do pré-natal e puerpério, assim como novos estudos associando os três construtos com esse público.

Palavras-chave: Ansiedade. Depressão. Suporte Social. Intervenção Psicológica. Gravidez.

## ABSTRACT

A woman's life cycle is marked by critical periods of transition that constitute phases of personal development. One of these periods is pregnancy, a time of many physical, hormonal, social and emotional changes. Thus, in the context of gestational mental health, attention has been drawn to the high rate of psychological disorders during this period, the most common being anxiety and depression. For this reason, to broaden our understanding of perinatal mental health, two studies were carried out simultaneously to form this dissertation. The first article looked at levels of anxiety, depressive symptoms and social support in pregnant women who were undergoing gynecological prenatal care in the SUS and private healthcare networks. The second evaluated the effect of an online psychological prenatal intervention for pregnant women. Both studies used a sociodemographic questionnaire, the Edinburgh Postpartum Depression Self-Recording Scale (EPDS), the Adult Version of the Perception of Social Support Scale (EPSUS-A) and the Screening Instrument for Gestational Anxiety Symptoms (IRSAG). 519 pregnant women from various Brazilian states took part in the study, the majority from São Paulo (21.8%), Pernambuco (11.8%) and Minas Gerais (11.8%), aged between 18 and 43 ( $M=27.28$ ;  $SD=6.49$ ). Most of the pregnant women were married/living with their partner (69%), had completed high school (39.9%), earned between 1 and 2 minimum wages (25.8%), 21.0% had no income and 17.3% had an income of less than one minimum wage. The results for the 519 participants indicated that the mean score for depression was 15.45 ( $SD=7.01$ ), the mean score for gestational anxiety was 45.54 ( $SD=15.37$ ) and the mean score for social support was 60.65 ( $SD=28.44$ ). In addition, correlations were found between the three constructs studied: depression had a strong positive relationship with anxiety ( $r=0.78$ ;  $p\leq 0.01$ ) and a weak negative relationship with social support and its indicators ( $r=-0.52$ ;  $p\leq 0.01$ ). Anxiety and social support were negatively and weakly related ( $r=-0.42$ ;  $p\leq 0.01$ ) and social support was strongly and positively related to its indicators (affective ( $r=0.82$ ;  $p\leq 0.01$ ), social interactions ( $r=0.67$ ;  $p\leq 0.01$ ), instrumental ( $r=0.77$ ;  $p\leq 0.01$ )). The second study aimed to evaluate the effects of an online psychological prenatal intervention group on Brazilian pregnant women. It began with 106 participants, but ended with 75 pregnant women, 35 (46.66%) in the intervention group and 40 (53.33%) in the control group. The analyses found a statistically significant decrease in the intervention group's mean scores in the post-test phase for the anxiety ( $Z=-4.710$ ;  $p<0.01$ ) and depression ( $Z=-4.070$ ) constructs ( $p<0.01$ ). Social support showed an increase in the post-test phase, but this was not significant ( $Z=-1.671$ ;  $p>0.05$ ). The mean scores of the control group after the intervention were lower for the depression ( $Z=-2.647$ ;  $p<0.05$ ) and anxiety ( $Z=1.481$ ;  $p>0.05$ ) constructs and social support was higher in the post-test ( $Z=-0.886$ ;  $p>0.05$ ), but these differences were not statistically significant. Based on the two studies, the data highlights the relevance of screening and the urgency of implementing preventive measures and measures to promote maternal health, such as the use of psychological interventions, including psychological prenatal care, both in person and online, as an integral part of public health policies. Law 14.721/23, which extends psychological care to pregnant women during pregnancy, prenatal care, and the puerperium, needs to be implemented, as do new studies associating the three constructs with this public.

Keywords: Anxiety. Depression. Social Support. Psychological intervention. Pregnancy.



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO GERAL</b> .....	10
<b>ARTIGO 1:</b> Avaliação da Ansiedade, Sintomatologia Depressiva e Suporte Social em gestantes .....	12
<b>Introdução</b> .....	15
<b>Método</b> .....	22
<b>Participantes</b> .....	22
<b>Instrumentos</b> .....	22
<b>Procedimentos</b> .....	23
<b>Análise de dados</b> .....	24
<b>Aspectos éticos</b> .....	24
<b>Resultados</b> .....	24
<b>Discussão</b> .....	29
<b>Considerações finais</b> .....	33
<b>Referências</b> .....	33
<b>ARTIGO 2:</b> Efeitos de um grupo de intervenção online de pré-natal psicológico em gestantes.....	39
<b>Introdução</b> .....	43
<b>Método</b> .....	47
<b>Aspectos éticos</b> .....	47
<b>Participantes</b> .....	48
<b>Instrumentos</b> .....	48
<b>Procedimentos</b> .....	49
<b>Análise de dados</b> .....	51
<b>Resultados</b> .....	52
<b>Discussão</b> .....	55

<b>Considerações finais.....</b>	<b>57</b>
<b>Referências.....</b>	<b>58</b>
<b>CONSIDERAÇÕES GERAIS.....</b>	<b>62</b>
<b>REFERÊNCIAS DA INTRODUÇÃO GERAL.....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>66</b>

## INTRODUÇÃO GERAL

A gravidez é um momento de transição que faz parte do desenvolvimento da mulher, necessitando de uma reestruturação e reajustamento em várias dimensões, como a mudança dos aspectos da sua identidade e construções de novos papéis sociais, o que conseqüentemente trará modificações emocionais e comportamentais (Maldonado, 2017). É uma fase que também pode provocar ambivalências, medos, ansiedade e expectativas que podem repercutir em alterações emocionais significativas a saúde mental (Arrais, Mourão, Fragalle, 2014; Benincasa, 2019).

A saúde mental está relacionada ao estado emocional, psicológico e ao bem-estar dos indivíduos e pode, portanto, influenciar os sentimentos e o funcionamento de gestantes (Steen & Francisco, 2019). Dada a complexidade dessa fase, a saúde mental gestacional tem sido um tema discutido na literatura, isso acontece porque muitas mulheres têm apresentado alterações psicológicas durante a gestação, como ansiedade e depressão (Arrais, Cabral & Martins, 2012; Arrais, Mourão & Fragalle, 2014; Almeida & Arrais, 2016; Arrais & Araújo, 2016; Maldonado, 2017; Romagnolo et al., 2017; Arrais, Araújo & Schiavo, 2018; Zerbini & Arrais, 2021; Figueiredo et al., 2022; Vescovi, 2022).

O período gestacional é considerado uma fase de maior incidência de aparecimento de transtornos psiquiátricos, cerca de 25% a 35% das mulheres desenvolvem sintomas depressivos e 49,3% a 60% desenvolvem sintomas de ansiedade na gestação, visto a possibilidade de quadros transitórios benignos até situações consideravelmente graves (Vieira & Parizotto, 2013; Rezee & Framaze, 2014; Lima, et al., 2017; Arrais, Araújo & Shiuvo, 2019; Araújo & Santos, 2021; Brasil, 2022).

Um estudo realizado por Santos e Barbosa (2023) demonstrou que sintomas de ansiedade e depressão estão presentes em gestantes tanto da rede pública e particular. Além disso, esse estudo demonstrou que a existência de fatores de riscos associados a depressão, como as condições socioeconômicas, ter um emprego formal, como também aos aspectos obstétricos, como planejamento gestacional. Houve também uma associação com ansiedade e os aspectos socioeconômicos, como, possuir união estável e nível de escolaridade. Dentre os aspectos obstétricos abordados no estudo, foi a realização do pré-natal exclusivamente no Sistema Único de Saúde - SUS e, concomitantemente, no SUS e na rede privada.

É importante ressaltar que apesar dos fatores de risco que circundam os processos gestacionais, também existem fatores de proteção para que as mulheres possam manter a sua saúde mental e enfrentar eventos estressantes que fazem parte desse período (Baptista et al., 2006). Nesse contexto, o estudo de Baptista et al (2006) demonstrou que mulheres brasileiras

apresentaram percepção com o suporte recebido de familiares e amigos tinham pontuações mais baixas em uma escala de depressão e de ansiedade estado e traço.

Levando em conta o cenário apresentado, essa dissertação adentra em uma temática de saúde pública por se tratar de fenômenos que afetam mulheres em um período específico de suas vidas. Diante disso, vale destacar que a Depressão e Ansiedade disfuncional na gestação, reverbera no âmbito social, impactando todos aqueles que se relacionam com o sujeito, como a família, os amigos ou demais pessoas do convívio da gestante. Assim, considera-se de suma importância para a ciência psicológica, bem como para o campo das políticas públicas, um acompanhamento mais amplo e direcionado para a saúde mental perinatal, como o Pré-Natal Psicológico (PNP). Essa nova metodologia de cuidado leva em consideração que ter uma gestação saudável também envolve a manutenção da saúde mental das mulheres (Arrais et al., 2016).

A partir dessas concepções iniciais sobre a saúde mental gestacional, a presente dissertação buscou investigar sintomas de ansiedade, depressão e níveis de suporte social em mulheres grávidas que estavam em acompanhamento pré-natal na rede pública e particular de saúde. Desta forma, a dissertação foi dividida em dois artigos: o primeiro trata-se de um estudo de levantamento, que teve como objetivo verificar os níveis de ansiedade, sintomatologia depressiva e suporte social em 519 gestantes da rede pública e particular.

O segundo artigo foi de cunho quase-experimental, que teve como objetivo avaliar o efeito de uma intervenção de pré-natal psicológico on-line baseadas nos modelos existentes na literatura para aplicar em gestantes. Tal estudo apresenta a proposta de uma intervenção de curta duração, no qual foram avaliados os níveis de ansiedade, depressão e suporte social nas fases pré e pós-teste do grupo de intervenção e foi comparado com as gestantes do grupo controle que não tiveram acesso à intervenção.

**Estudo I** – Avaliação da ansiedade, sintomatologia depressiva e suporte social em gestantes brasileiras

### Resumo

A gestação é marcada por mudanças físicas, sociais e emocionais, fazendo com que a gestante fique mais suscetível a desenvolver alterações psicológicas ao longo da gestação, como a depressão e ansiedade. Essa pesquisa foi desenvolvida com 519 gestantes brasileiras de todos os trimestres gestacionais e que estavam realizando o pré-natal ginecológico na rede pública e particular. Objetivou-se avaliar os níveis de ansiedade, sintomatologia depressiva e suporte social das gestantes. Os resultados mostraram que 66,47% (N=345) das participantes pontuaram acima de 12 pontos na escala de depressão pós-parto de Edinburgh -EPDS, o que corresponde a sintomas clinicamente significativos. A média de suporte social entre as participantes foi de 60,65 (DP=28,44) e ansiedade gestacional 45,54 (DP=15,37), correspondendo a ansiedade moderada. Foi encontrada correlação positiva e forte com depressão e ansiedade ( $r=0,78$ ;  $p\leq 0,01$ ) e uma correlação fraca e negativa com depressão e o suporte social ( $r=-0,52$ ;  $p\leq 0,01$ ). A ansiedade e o suporte social se relacionaram de maneira negativa e fraca ( $r=-0,42$ ;  $p\leq 0,01$ ). Conclui-se que existe a necessidade de implantações de políticas públicas no Brasil voltadas para a saúde mental gestacional, como a relevância do rastreamento e a urgência de implementar medidas preventivas e de promoção da saúde materna, como a utilização de intervenções psicológicas nesse período, como também estudos nacionais que avaliem os três construtos na rede pública e particular de saúde.

**Palavras-chave:** Ansiedade; Depressão; Suporte Social; Gravidez.

### Abstract

Pregnancy is marked by physical, social and emotional changes, making pregnant women more susceptible to developing psychological changes throughout pregnancy, such as depression and anxiety. This study was carried out with 519 Brazilian pregnant women from all trimesters of pregnancy who were undergoing gynecological prenatal care in the public and private health systems. The aim was to assess the pregnant women's levels of anxiety, depressive symptoms and social support. The results showed that 66.47% (N=345) of the participants scored above 12 points on the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS), which corresponds to clinically significant symptoms. The average social support among the participants was 60.65 (SD=28.44) and gestational anxiety 45.54 (SD=15.37), corresponding to moderate anxiety. A positive and strong correlation was found with depression and anxiety ( $r=0.78$ ;  $p\leq 0.01$ ) and a weak and negative correlation with depression and social support ( $r=-0.52$ ;  $p\leq 0.01$ ). Anxiety and social support were negatively and weakly correlated ( $r=-0.42$ ;  $p\leq 0.01$ ). The conclusion is that there is a need to implement public policies in Brazil aimed at gestational mental health, such as the relevance of screening and the urgency of implementing preventive measures and measures to promote maternal health, such as the use of psychological interventions during this period, as well as national studies assessing the three constructs in the public and private health networks.

**Keywords:** Anxiety; Depression; Social Support; Pregnancy.

Os panoramas de adoecimento mental a nível mundial têm se revelado desafiadores para a saúde pública, considerando seu crescimento alarmante nos últimos anos. Uma atenção especial tem sido dada à ocorrência de alterações psicológicas em mulheres, uma vez que estas são duas vezes mais propensas a desenvolver transtornos psicológicos como a depressão e ansiedade, com destaque para um momento especial de suas vidas, a gestação (Brasil, 2009; Silva et al., 2020; Brasil, 2022; Tesfaye et al., 2023).

A gestação é definida como uma fase que envolve mudanças multidimensionais na vida das mulheres, as quais acontecem antes do parto (Silva, 2017; Leite et al., 2021). Tais alterações perpassam aspectos biológicos, corporais, familiares, sociais e de trabalho (Brasil, 2008; Marin et al., 2011; Assis et al., 2013; Moraes et al., 2017; Brasil, 2022). Alguns autores sugerem que a gestação se constitui como o evento da vida mais complexo da experiência humana, sendo considerado um agente estressor que produz alterações biopsicossociais na mulher (Miranda et al., 2007; Vieira & Parizotto, 2013; Leite et al., 2021), cujas repercussões são diretamente influenciadas pela carga genética, pelo desenvolvimento psicológico e pela estrutura social da futura mãe (Maldonado, 2017).

No período gestacional, as alterações hormonais são intensificadas nas mulheres, o que modifica a estrutura do corpo para possibilitar o crescimento do bebê e pode provocar mudanças orgânicas e comportamentais, inclusive alterações psicológicas, mudança no padrão de sono, no apetite, bem como a perda de energia (Arrais et al., 2019). Para além das diversas modificações que ocorrem no período gestacional, as quais podem ser visualizadas como fatores de risco para o adoecimento psíquico (Carvalho et al., 2021), a literatura também aponta que fatores socioeconômicos exercem influência no processo de gravidez.

Um estudo realizado por Iseyemi et al. (2017) demonstrou que mulheres de baixo nível socioeconômico apresentaram casos mais frequentes de gravidez indesejada, ainda quando havia contracepção fornecida de maneira gratuita para elas. A vulnerabilidade socioeconômica também está fortemente associada com o fenômeno da gravidez na adolescência (Rodrigues et al., 2020). Tais fatores podem influenciar negativamente o processo gestacional das mulheres envolvidas.

Ainda considerando os fatores socioeconômicos, é importante destacar que mulheres desempregadas ou em empregos precários, assim como as que vivem em situação de rua ou cujos parceiros estão ausentes do lar podem vivenciar maiores prejuízos nas gestações (Costa et al., 2015; Vergel et al., 2019; Arrais, Araújo & Schiavo, 2019). Esses desafios podem ser ainda mais difíceis quando essa mulher é jovem e mãe solo, uma vez que passa a experimentar



um aumento na carga de responsabilidade durante a transição para a maternidade (Erfina et al., 2019).

Apesar dos fatores de risco mencionados com relação à fase gestacional, existem diversos fatores de proteção que podem aumentar a probabilidade de que a gravidez ocorra de uma maneira mais segura. Quando as famílias oferecem suporte e afetos positivos, elas tendem a ser o principal fator de proteção para mulheres grávidas e puérperas (Romagnolo et al. 2018). Além deste fator de proteção, existem também instrumentos de rastreamento que podem ser utilizados para prevenir psicopatologias na gestação, como a depressão gestacional e pós-parto.

Considerando o histórico de saúde mental, a depressão é uma doença que tem afetado muitas mulheres, caracterizada como um transtorno de alta prevalência, multifatorial, considerada um problema de saúde pública que acomete muitas mulheres, causando prejuízos significativos em suas vidas (Arrais et al., 2019). Esse transtorno apresenta como sintomas: tristeza ou irritabilidade, desinteresse ou falta de prazer, sentimento de culpa ou baixa autoestima, distúrbio do sono e falta de apetite, fadiga, dificuldades cognitivas e podem apresentar idéias de suicídio (Montanhayur et al., 2021).

Quando a depressão ocorre no período gestacional, ela pode afetar a capacidade da mulher de seguir seus cuidados, como alimentação, sono e atividade física e de evitar comportamentos prejudiciais ao feto, como o uso de álcool, tabagismo e drogas ilícitas (Miguel et al., 2021; Soares, 2022). A depressão gestacional é apontada como um dos principais preditores da depressão pós-parto, que foi incluída no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-V TR) - sessão de Transtornos Depressivos, e passou a se enquadrar como um especificador de Transtorno Depressivo Maior, com seu início de sintomas de humor durante a gestação ou nas quatro primeiras semanas após o parto. As mulheres que apresentam episódios depressivos maiores no período gestacional e pós-parto, podem também apresentar transtornos ansiosos (APA, 2023).

Os sintomas depressivos na gestação estão associados a fatores como história prévia de depressão, baixa renda, dificuldades financeiras, baixo suporte social, desemprego, dificuldades para engravidar, complicações obstétricas, abortamento, gravidez não planejada, gravidez não desejada, baixo peso do bebê ao nascer, prejuízo na relação mãe e filho, insatisfação conjugal, histórias de depressão na família, multiparidade, uso de álcool/drogas como também a violência obstétrica e psicológica (Thiengo et al., 2012; Vieira & Parizotto, 2013; Kleimann et al., 2017; Reis et al., 2019; Miguel et al., 2021; Soares et al., 2022; Tesfaye et al., 2023; Silva, Vieira & Yoshizaki, 2023).

Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos de países subdesenvolvidos, os quais apontam que os fatores de risco a depressão estão associados a pobreza, como baixa renda, desemprego, dificuldades financeiras; outros relacionados a baixa escolaridade, ser solteira, a histórico de abuso na infância, violência doméstica e história prévia de transtornos psiquiátricos. Em países desenvolvidos apontam que a prevalência de depressão gestacional está entre 10 e 15%. Enquanto as taxas de depressão de estudos de países em desenvolvimento chegam a dobrar entre 20 e 25% (Dadi et al., 2020; Branquinho et al., 2021).

Apesar da alta frequência de queixas a sintomatologia depressiva na gravidez, a percepção e o manejo pelos profissionais de saúde ainda é algo preocupante (Arrais et al., 2019), uma vez que, se sua identificação fosse feita de forma precoce, poderia evitar consequências negativas para a relação mãe e filho, bem como prevenir o desenvolvimento de uma depressão pós-parto (Lucci et al., 2016; Arrais et al., 2018). Para que isso aconteça, é importante que os profissionais de saúde procurem novas estratégias de prevenção, como instrumentos de rastreamento, que possam prevenir e ampliar o olhar e cuidado à gestante em situação de risco de um diagnóstico de depressão.

Um estudo realizado por Moraes et al., (2017) mostrou que cerca de 25% a 35% das mulheres avaliadas desenvolveram sintomas depressivos e 49,3% a 60% sintomas de ansiedade na gestação, incluindo desde quadros transitórios benignos até situações graves como a depressão gestacional causando complicações na gravidez, parto, puerpério e no desenvolvimento do bebê (Vieira & Parizotto, 2013; Rezee & Framaze, 2014; Lima, et al., 2017; Silva, et al., 2020).

No estudo realizado com 250 gestantes, Chalise et al., (2022) identificaram que 62 dessas gestantes estavam deprimidas, indicando a prevalência de depressão gestacional em 24,8% (IC 95%: 19,2 a 30,7). Ao avaliarem os fatores psicológicos e comportamentais associados à depressão gestacional, um terço dos participantes (33,2%) relataram violência por parceiro íntimo. Da mesma forma, 20,4% experimentaram um evento de vida estressante nos últimos 12 meses e 1 em cada 10 mulheres grávidas (8,4%) estava consumindo bebidas alcoólicas no último mês. As variáveis acima citadas apresentaram associação estatisticamente significativa com depressão gestacional.

Ademais, a depressão na gestação tem sido considerada o principal fator de risco para a depressão pós-parto, o que pode gerar efeitos adversos no funcionamento psicossocial da mãe, na relação mãe-bebê e no desenvolvimento psicossocial da criança (Kiemann et al., 2017; Soares et al., 2022). Não obstante, a literatura aponta que ainda existe uma relação do transtorno

depressivo na gestação com o transtorno de ansiedade, o que corrobora com a importância do seu rastreamento (Arrais et al., 2019; Araújo & Santos, 2021).

Considerando esse contexto, outra variável psicológica que está presente durante a gestação é a ansiedade. Ela é compreendida como uma reação natural do ser humano, que tem um papel biológico importante, visto que ela funciona como um sistema de alarme sempre que percebemos uma situação de perigo ou uma ameaça iminente. Esta emoção varia de uma leve sensação de desconforto para um ataque de pânico (Tisser, 2017; DSM -V TR, 2023). Quando a ansiedade passa a ser disfuncional, causando prejuízo significativo nas relações sociais, vida afetiva e profissional, pode desencadear um transtorno de ansiedade. De acordo com a American Psychiatric Association (2014), os transtornos de ansiedade se diferenciam do medo ou da ansiedade adaptativos por serem excessivos ou persistirem por longos períodos. Se diferem também do medo e da ansiedade provisórios, com frequência induzidos por estresse, por serem persistentes, durando em geral seis meses ou mais.

A ansiedade na gestação é considerada o segundo distúrbio de maior frequência, causando sintomas e preocupações relacionados ao medo envolvendo questões do período gestacional, saúde do filho, parto, nascimento, maternidade e suas inter-relações (Araújo et al., 2020). Quando a ansiedade gestacional é disfuncional, os sintomas costumam estar presentes no início da gestação e vai até o parto, caracterizando-se como falta de ar, dor no peito, medo de acontecer o pior, alterações no sono, irritabilidade, insatisfação, insegurança, sentimento de incompetência, tensão muscular, entre outros (APA, 2023; Arrais et al., 2019).

Quase 50% das gestantes podem apresentar alto risco para desenvolvimento de transtorno de ansiedade (Silva et al., 2020), sendo apontada como um fator de risco durante a gestação, pode causar prejuízos no desenvolvimento fetal, que pode repercutir em resultados negativos como prematuridade, baixo peso e déficit na evolução fetal, sendo que o seu desenvolvimento físico e psicológico fica comprometido, causando problemas obstétricos, como a possibilidade do aborto e depressão pós-parto (Silva et al., 2022).

Um estudo realizado com gestantes que apresentavam graus de ansiedade no segundo e terceiro trimestre gestacional, observou-se que filhos de mães ansiosas no período gestacional apresentaram menor peso do que os filhos de mães que não apresentaram ansiedade no período gestacional. Além disso, os recém-nascidos de mães ansiosas mostraram um menor aumento de peso no segundo trimestre de gravidez até o parto do que os recém-nascidos de mães ansiosas (Pinto et al., 2017).

No estudo realizado por Schiavo et al., (2018), com 479 gestantes da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), identificou uma alta ansiedade em 36% das gestantes que estavam no terceiro trimestre gestacional, principalmente entre as multigestas, ou seja, aquela mulher que já teve mais de uma gravidez, bem como sua associação com depressão puerperal. Resultado semelhante também foi encontrado no estudo de Silva, et al., (2017), onde a ansiedade esteve presente em 26,8% das gestantes, sendo mais frequente no terceiro trimestre (42,9%). Devido a altos níveis de ansiedade, a gestante está mais vulnerável ao desenvolvimento de perturbações emocionais, o que preocupa o surgimento de problemas na saúde da gestante, bem como a do bebê, refletindo em parto prematuro e baixo peso do bebê ao nascer (Thiengo et al., 2011; Vieira & Parizotto, 2013; Alvarenga et al., 2013; Nardi et al., 2015; Schiavo et al., (2018).

Em um estudo de revisão sistemática com metanálise, Insan et al., (2022), com gestantes da Ásia, constataram que abuso/violência de parceiros, gravidez não planejada e relacionamentos difíceis com sogros, foram associados a depressão e ansiedade gestacional. Além disso, a ansiedade gestacional também foi associada à menor tempo de aleitamento materno (Moraes et al., 2021). Os prejuízos causados pela ansiedade gestacional podem ser minimizados quando há existência de uma rede de apoio envolvida nesse processo, por exemplo, o suporte social.

O suporte social por sua vez é considerado um construto multidimensional, pois ele pode ser percebido a partir de diversas áreas que o indivíduo atua, bem como sua avaliação é subjetiva, pois depende da percepção do indivíduo (Taylor, 2011; Cardoso & Baptista, 2014). Ele é caracterizado como um suporte emocional dado pela família e amigos. Este suporte é recebido em forma de atenção, afeto, companheirismo e ajuda, sendo que tais demonstrações possibilitam a quem recebe um sentimento de segurança, conforto, valorização e amor (Nascimento, 2006; Luma & Tsunehiro, 2008; Airosa & Silva, 2013).

O suporte social pode ser mensurado a partir de três fontes de suporte, sendo estas: emocional, instrumental e informacional. A fonte emocional está ligada à percepção de que o indivíduo tem de ser amado, está relacionada à percepção de afetividade recebida por outras pessoas. A Instrumental está relacionada a questões operacionais práticas, ou seja, que esteja relacionada a questões financeiras, por exemplo, emprestar dinheiro, pagar contas, relacionado também a questões de cunho comportamental, como ser acompanhada ao médico, preparar refeições quando há impossibilidade. E a terceira fonte diz respeito ao suporte informal, que corresponde às informações importantes recebidas de outras pessoas que geralmente estão ligadas a tomadas de decisões (Rodriguez & Cohen, 1998).

O apoio e a participação do parceiro durante o pré-natal são amplamente reconhecidos como fundamentais para o bom desenvolvimento da gestação. A presença do parceiro nas consultas pré-natais tem sido associada a melhores resultados em termos de saúde materna, tanto emocional quanto física, e também tem impacto positivo no desenvolvimento do bebê (Carvalho et al., 2023). A participação ativa do parceiro(a) ainda é vista como um acontecimento raro em alguns contextos familiares, e isso tem refletido como ajuda e não como responsabilidade, visto que a parentalidade engloba a função materna e paterna. Ao longo do tempo, observa-se uma transformação significativa no papel do parceiro na dinâmica familiar. Não é mais adequado considerá-lo apenas como um provedor financeiro, negligenciando seu envolvimento nos cuidados parentais.

O suporte social no período gestacional é muito importante na vida da gestante, visto que ele é caracterizado como um fator de proteção, uma vez que muitas mulheres no período gestacional enfrentam situações difíceis decorrentes das dificuldades que a maternidade traz. A ausência de suporte social na gestação pode desencadear transtornos de ansiedade, depressão pós-parto, problemas de saúde na gestante e no bebê, abuso de substâncias psicoativas, tabagismo, sangramento no primeiro e segundo trimestre da gravidez e baixo peso ao nascer (Freitas & Botega, 2002; Santos et al., 2007; Cheng et al., 2016; Andrade et al., 2017; Bedaso, 2021; Santos et al., 2022).

Um outro estudo realizado com mulheres australianas verificou que 24,7% e 20,9 % das gestantes apresentaram sintomas de depressão e ansiedade. As chances de as gestantes apresentarem sintomatologia depressiva na gestação foi quatro vezes maior entre as gestantes que apresentaram baixo suporte social. Além disso, as possibilidades das gestantes apresentarem sintomas de ansiedade na gestação foi sete vezes maior entre as gestantes que apresentaram baixo suporte social (Bedaso, et al., 2021). Outro estudo constatou que 7,1% das gestantes australianas relataram possuir baixo suporte social, e os determinantes do baixo suporte social emocional foram: não possuir um parceiro, dificuldade para administrar questões financeiras, apresentar sintomas depressivos e ansiosos. Além disso, destacou que os determinantes de baixo suporte social afetivo foram sofrer de sintomas depressivos, apresentar sintomas de ansiedade e estresse (Bedaso, et al., 2021b).

Carvalho et al., (2021) encontraram uma correlação positiva entre o suporte social e o tempo gestacional ( $r=0,204$ ;  $p=0,08$ ) ou seja, quanto maior o tempo de gestação, a gestante tende a perceber uma melhora no suporte social. Além disso, foi encontrado uma correlação negativa entre ansiedade traço e o suporte social ( $r=0,542$ ;  $p<0,001$ ), indicando que, quanto

maior for o suporte social, há uma tendência de diminuir os sintomas de ansiedade. E por fim, foi encontrado uma correlação leve e negativa ( $r=-0,20$ ;  $p=0,09$ ), com sintomas de depressão e percepção de suporte social, o que indica que gestantes que têm mais percepção de suporte social, tendem a ter uma pontuação menor nos sintomas de depressão.

Ao estudar ansiedade, sintomatologia depressiva e suporte social em gestantes, Baptista et al., (2006) verificaram que 29,5% das gestantes do seu estudo apresentavam sintomas depressivos, em seguida de 70,5% de sintomas de ansiedade controlada, além de apresentarem 56,8% de alto suporte social durante a gestação. Também apresentou uma correlação positiva com intensidade moderada nas escalas de depressão e ansiedade ( $r=0,52$ ). Com relação ao suporte social, a depressão e ansiedade, observou-se que quanto maior for a percepção de suporte social, menor será a pontuação na escala de depressão e quanto maior a percepção de suporte social pelas gestantes, menor a pontuação na escala de ansiedade, destacando por fim, a importância de a gestante possuir um suporte social na gestação. Ressalta-se a importância de levar em consideração todos estes fatores associados com a depressão, uma vez que a maioria dos achados apontam que o suporte social são fatores protetores para uma depressão pós-parto.

A pesquisa de Araújo & Santos (2021), ao estudar os três construtos, ansiedade, sintomatologia depressiva e suporte social com 90 gestantes atendidas em serviços obstétricos públicos e privados do estado de Sergipe, 28,9% das gestantes investigadas apresentaram sintomatologia depressiva, enquanto 60% das gestantes apresentaram sintomas de ansiedade. Além disso, foram encontradas estatísticas significativas associadas a sintomatologia depressiva e de ansiedade relacionadas às variáveis renda familiar, gestação planejada e histórico de transtornos mentais anteriores.

A dificuldade do diagnóstico precoce de psicopatologias na gestação tem sido evidenciada não só pela falta de conhecimento da mulher sobre seu corpo e seus sentimentos, mas pela falta de suporte familiar, uma vez que a família passa a responsabilizar a gestante em vez de escutá-la. É necessário que os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros que fazem o primeiro contato com a gestante, fiquem atentos a sinais e sintomas que possam desencadear patologias, pois, sendo esta diagnosticada precocemente, pode minimizar os agravos (Silvia, et al., 2015; Leite et al., 2021; Santos et al., 2022).

Há poucos estudos que associam esses três construtos na gestação, em diferentes regiões do país, principalmente de abrangência nacional, havendo a necessidade de mais pesquisas nessa área. Assim, este estudo teve como objetivo verificar os níveis de ansiedade,

sintomatologia depressiva e suporte social de gestantes no Brasil que estavam em acompanhamento pré-natal ginecológico na rede pública e particular.

## **Método**

### **Participantes**

Participaram da pesquisa, 519 gestantes brasileiras que responderam a um questionário on-line e estavam realizando o pré-natal ginecológico na rede SUS e particular/plano, apresentando idade média de 27 anos (DP = 6,49), sendo estas compostas por gestantes da rede SUS - 64,4% (N=334) e da rede particular/plano 35,6% (N=185).

Os critérios de inclusão para a amostra foram: estar em acompanhamento pré-natal ginecológico, terem mais de 18 anos, alfabetizadas e não possuir diagnóstico de transtorno mental. Como critério de exclusão, adotou-se possuir diagnóstico de Transtorno Mental e menores de 18 anos.

### **Instrumentos**

Para a realização desse estudo, foi utilizado um Questionário de Identificação para coletar dados sócio-demográficos, fatores de riscos para o desenvolvimento de depressão e histórico gestacional. O questionário foi aplicado juntamente com mais três instrumentos descritos a seguir:

A Escala de Auto-Registro de Depressão Pós-Parto de Edinburgh (EPDS) - É um questionário de auto-avaliação dos sintomas depressivos que foi produzido na Grã-Bretanha para realização de pesquisas com foco na depressão pós-parto. O instrumento foi traduzido e validado em diversos países, inclusive no Brasil (Ferreira, Corrêa, Diniz & Silva, 2009). Seu coeficiente alfa de Cronbach de 0,87 e a área total sobre a curva ROC foi de 0,937, indicando uma excelente capacidade da EPDS em detectar sintomas em mulheres com depressão. Pensando em sua aplicação na gestação, os autores desenvolveram um instrumento de auto-avaliação simples, de fácil e rápido preenchimento, não necessitando da presença de um especialista no momento da avaliação. O questionário de autoavaliação contém dez perguntas com quatro opções que são pontuadas de 0 a 3, de acordo com a presença e intensidade dos sintomas: humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, perda de prazer, diminuição do desempenho, culpa e ideias de morte e suicídio. O ponto de corte atribuído a escala de depressão foi >12 pontos, o que significa a presença de sintomas clinicamente significativos de depressão.

A Escala de Percepção do Suporte Social (versão adulta) – EPSUS-A. Foi criada por Baptista e Cardoso (2010), com objetivo de avaliar a percepção de suporte social. Este instrumento possui 36 itens distribuídos a partir de quatro dimensões: Afeto (17 itens), interações sociais (5 itens), instrumental (7 itens) e, enfrentamento de problemas (7 itens). No estudo de validação para o Brasil, os valores de alpha de Cronbach para este instrumento variaram entre 0,75 e 0,94. Segundo Baptista e Cardoso (2010), essa escala foi construída a partir da teoria de Suporte Social de Rodrigues e Cohen (1998). Esta teoria discute a existência de possíveis fontes de suporte social. Para esse estudo, será utilizada a versão com 36 itens, os quais respondidos por meio de uma escala likert de quatro pontos (sempre; muitas vezes; poucas vezes; nunca), com sua pontuação variando entre 0 e 108; quanto maior for a pontuação na escala, maior será a percepção de suporte social (Baptista et al., 2010).

O Instrumento de Rastreio para Sintomas de Ansiedade Gestacional (IRSAG), é um instrumento de auto-aplicação para gestantes em todas as idades, composto por uma escala que objetiva avaliar ansiedade gestacional em qualquer trimestre gestacional. O instrumento possui 20 itens que são apresentados em uma escala likert de quatro pontos. O seu Alfa de Cronbach demonstrou uma consistência interna de 0,93 de confiabilidade. Para a correção do IRSAG foi a partir dos escores brutos e identificando a qual quartil ele pertence, até o quartil 25 é considerado baixa ansiedade, quartil 50 ansiedade moderada e quartil 75 alta ansiedade (Schiavo & Brancaglioni, 2021).

## **Procedimentos**

Todo o recrutamento ocorreu de forma online por meio de divulgação nas redes sociais como Facebook, Instagram, WhatsApp e e-mails com um resumo informativo da pesquisa e convite para as gestantes que atendessem aos critérios do estudo (em acompanhamento pré-natal ginecológico, ter entre 18 e 45 anos, alfabetizadas e não possuir diagnóstico de transtorno mental). Por meio do acesso ao link do formulário da pesquisa, a gestante recebia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) devidamente assinado e após o seu aceite elas responderam aos respectivos instrumentos previamente citados. Todo esse procedimento foi realizado por meio do Google Formulários, o qual conteve todas as instruções de preenchimento dos instrumentos e seu tempo de aplicação. Foram excluídas da amostra aquelas gestantes que informaram no questionário possuir diagnóstico de transtorno mental e serem menores de 18 anos.



## **Análise dos Dados**

Os dados coletados foram analisados pelo software Statistical Package for the Social Science versão 2.0 (IBM SPSS, 2011). Foram realizadas estatísticas descritivas e inferenciais, para caracterização da amostra. As respostas foram convertidas em termos de frequência, porcentagens, médias e desvio padrão, e foram dispostas em tabelas para a melhor visualização e compreensão dos dados. A normalidade dos dados foi avaliada por meio dos testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. O pressuposto de homogeneidade de variância foi avaliado por meio do teste de Levene. Após verificar que os dados não apresentavam uma distribuição normal, foram utilizados testes não paramétricos. Foi realizada a correlação de Spearman para verificar a relação entre os três construtos, a saber, depressão, ansiedade e suporte social. Para comparar os construtos estudados com os dados sociodemográficos das gestantes, foi realizado o teste U de Mann-Whitney e o teste de Kruskal-Wallis. Ao ser encontrada diferença entre os grupos, foi realizado o teste do post-hoc de Dunn para identificar quais grupos diferiram entre si.

## **Aspectos Éticos**

A pesquisa atendeu aos critérios éticos de acordo com a resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas desenvolvidas com seres humanos. O trabalho foi submetido para avaliação e aprovada (CAEE: 64697422.1.0000.8052) pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sertão Pernambucano - IF SERTÃO-PE.

## **Resultados**

O presente estudo teve como objetivo verificar os níveis de ansiedade, sintomatologia depressiva e suporte social em gestantes de diversos estados brasileiros que estavam realizando o pré-natal na rede SUS e particular. Por conseguinte, serão apresentados inicialmente os resultados das análises descritivas dos dados sociodemográficos e histórico gestacional, posteriormente, os resultados dos três construtos (ansiedade, sintomatologia depressiva e suporte social) da amostra geral, a comparação entre as médias dos três construtos por trimestre gestacional, em seguida resultados das comparações pela rede SUS e particular, correlações entre os construtos e por fim, comparação dos três construtos nos três trimestres gestacionais da rede SUS e particular.

Participaram do estudo gestantes de diversos estados brasileiros, sendo a maioria do estado de São Paulo (21,8%), seguido de Pernambuco (11,8%) e Minas Gerais (11,8%). A maioria das gestantes se consideram casadas ou convivendo com um parceiro (69%), seguido das solteiras (9,6%). Quanto à escolaridade, 34,9% possuíam ensino médio completo, seguido de superior incompleto (16,2%) e médio incompleto (15,6%). Quanto à profissão, as que mais se repetiram foi do lar (11,6%), seguida de desempregada (7,7%), autônoma (6%) e nenhuma profissão (5,2%).

Com relação a renda, 25,8% das participantes possuíam entre 1 e 2 salários-mínimos, 21,0% não informaram não possuir renda e 17,3% até um salário-mínimo. Sobre religião, a maioria se considera católica (32,2%), seguida de (20%) evangélica e (15,4%) não possuía nenhuma religião, porém, quanto a praticar a religião a maioria (58,8%) não se considera praticante. A maioria das participantes (43,7%) mora com marido/parceiro (a), seguido das (31,0%) que residem com marido/parceiro(a) e filho e 10,2% moram com os pais.

No que se refere ao planejamento da gravidez, 48,6% não planejou a gravidez, mas foi aceita por ambos os pais, 31,2% foram planejadas/desejadas por ambos os pais e seguida de 6,4% em que a gravidez não foi planejada e não desejada pela gestante. Com relação a quantidade de filhos vivos, contanto com o bebê que gesta, 57% da amostra tem um filho, seguido de 24,9% dois filhos e 10,8% três filhos. Sobre números de gravidezes anteriores, 50% da amostra informou que era a primeira gravidez, 25% já haviam engravidado uma gravidez e 11,2% duas vezes. Com relação a gravidez anterior sem ocorrência de abortos, 19,8% responderam que tiveram um parto cesariana, 15,4% tiveram parto normal e 2,5% tiveram as duas experiências de parto normal e cesariana.

Sobre o período gestacional, a maioria das participantes estavam no terceiro trimestre (47,8%), seguido (40,1%) do segundo trimestre e 12,1% no primeiro trimestre gestacional sendo que (64,4%) da amostra realizava o pré-natal no SUS e (35,6%) na rede particular/plano de saúde. A maioria das participantes (68,2%) informaram não praticar atividade física durante a gestação. Com relação ao uso de bebida durante a gestação 87,3% da amostra não fez uso. Sobre o uso de cigarro durante a gestação, 93,3% não fez uso. No que se refere aos aspectos psicológicos, 60,9% informaram não ter passado por acompanhamento psicológico ao longo da vida.

Em relação ao nível de sintomatologia depressiva avaliada pela EPDS, as gestantes apresentaram a pontuação média de 15,45 (DP=7,01), que de acordo com a escala utilizada, valores acima de 12 pontos são considerados com sintomas significativos de depressão, o que

corresponde a 66,47% das participantes. Com relação ao nível de suporte social, foi possível analisar que a média da percepção de suporte social apresentada pelas gestantes foi 60,65 (DP=28,44). Na escala de ansiedade gestacional, foi possível analisar a média geral das participantes 45,54 (DP=15,37) o que corresponde a uma ansiedade moderada.

A Tabela 1 apresenta o resultado do teste de Kuskal-Wallis que objetivou investigar em que medida os níveis de ansiedade, sintomatologia depressiva e suporte social eram diferentes entre as participantes de cada período gestacional. Os resultados demonstraram que existe diferença estatisticamente significativa apenas entre período gestacional sobre o suporte social [ $X^2(2) = 13,605$ ;  $p < 0,05$ ]. As comparações em post-hoc mostraram que o terceiro trimestre e o segundo trimestre diferem entre si.

**Tabela 1**

*Média Sintomatologia Depressiva, Suporte Social e Ansiedade Gestacional em Cada Período Gestacional*

Variáveis	Acompanhamento por trimestres						
	1º Trimestre		2º Trimestre		3º Trimestre		<i>p</i>
	M	DP	M	DP	M	DP	
Depressão	15,92	6,50	15,08	7,27	15,63	6,93	0,636
Ansiedade G.	47,49	15,08	45,26	15,70	45,27	15,19	0,506
Suporte Social	67,19	28,99	65,34	29,47	56,08	26,77	0,001

Na Tabela 2 encontra-se os resultados comparando os três construtos em gestantes que fazem pré-natal na rede SUS e particular/plano por meio do teste U de Mann-Whitney. Foi possível verificar em média, que as gestantes do SUS apresentaram sintomatologia depressiva superior à das gestantes da rede particular/plano ( $U = 19148,000$ ;  $p < 0,05$ ), a percepção de suporte social nas gestantes do SUS foi inferior às da rede particular/plano ( $U = 21148,000$ ;  $p < 0,05$ ), e ansiedade gestacional superior no SUS do que nas gestantes que fazem acompanhamento na rede particular/plano ( $U = 23386,000$ ;  $p < 0,05$ ). Essa diferença foi estatisticamente significativa.

**Tabela 2**

*Teste U de Mann-Whitney comparando os níveis de Sintomatologia Depressiva, Ansiedade Gestacional e Suporte Social em Gestantes que Fazem Acompanhamento Pré-Natal na Rede SUS e Particular/Plano*

Variáveis	Acompanhamento Pré-natal			
	SUS(n=334) m/dp	Particular(n=184) m/dp	U	p
Depressão	17,11±6,49	12,44±6,95	19148,000	0,00
Ansiedade G.	47,65±14,93	41,74±15,46	23386,000	0,00
Suporte S.	55,12±28,27	70,64±25,98	21148,000	0,00

A Tabela 3 apresenta a correlação entre os construtos estudados, quais sejam, Depressão, Ansiedade gestacional, Suporte Social e seus indicadores de suporte social (afetivo, interações sociais, instrumental e enfrentamento de problemas). A Depressão relacionou positiva e fortemente com ansiedade ( $r=0,78$ ;  $p\leq 0,01$ ) e fraca e negativamente com suporte social ( $r=-0,52$ ;  $p\leq 0,01$ ) e todos os seus indicadores. No que se refere a ansiedade gestacional e a percepção de suporte social, foi possível observar que eles se relacionaram de maneira negativa e fraca ( $r=-0,42$ ;  $p\leq 0,01$ ) com o suporte social e todos os seus indicadores. Como esperado, o suporte social relaciona-se forte e positivamente com os seus indicadores.

**Tabela 3**

*Correlação entre Depressão, Ansiedade Gestacional, Suporte Social e seus Indicadores (Afetivo, Interações Sociais, Instrumental e Enfrentamento de Problemas)*

		Depressão	Ansiedade G.	Sup. Social	Afetivo	Interações Sociais	Inst.	Enfren. Problemas
Depressão	P	1	0,787**	-0,529**	-0,540**	-0,473	-0,389**	-0,515**
Ansiedade Gest.	P		1	-0,427**	-0,432**	-0,398**	-0,301**	-0,431**
Suporte Social	P			1	0,973**	0,871**	0,857**	0,952**

Afetivo	<i>P</i>	1	0,820**	0,760**	0,911**
Interações Sociais	<i>P</i>		1	0,671**	0,804**
Instrumental	<i>P</i>			1	0,777**
Enfren. de Problemas	<i>P</i>				1

\*\* A correlação é significativa no nível de 0,01

\* A correlação é significativa no nível de 0,05

Na Tabela 4 apresenta o resultado do teste de Kruskal-Wallis, ao comparar as médias dos construtos nos três trimestres da rede pública- SUS e particular, foi possível verificar nas gestantes da rede SUS, que não houve diferença estatisticamente significativa nos construtos depressão e ansiedade entre o período gestacional ( $p > 0,05$ ), mas que existe diferença estatisticamente significativa entre o período gestacional e o suporte social [ $X^2(2) = 6,550$ ;  $p < 0,05$ ].

No que se refere às comparações das gestantes da rede particular, os resultados demonstraram também que não apresentou diferenças significativas entre o período gestacional nos construtos ansiedade e depressão ( $p > 0,05$ ) mas o suporte social e período gestacional apresentaram diferenças estatisticamente significativas [ $X^2(2) = 10,656$ ;  $p < 0,05$ ] as comparações do post-hoc de Dunn mostraram essas diferenças entre o terceiro trimestre e segundo trimestre gestacional.

#### Tabela 4

*Resultado do Teste de Kuskal-Wlallis na comparação dos Indicadores Gestacionais nos Três Trimestres da Rede Pública e Particular/Plano*

Variáveis	SUS - (n=334)			<i>p</i>
	1º	2º	3º	
Depressão	M=17,00; DP=6.34	M=16,71; DP= 6,75	M=17,47; DP=6,33	0,74
Ansiedade G.	M=47,62; DP=14,64	M=47,34; DP=15,41	M=47,92; DP=14,69	0,96
Suporte Social	M=58,14; DP=31.13	M=59,10; DP=28,65	M=50,94; DP=26,72	0,03

PARTICULAR/PLANO - (n=184)				
Depressão	M=13,80; DP=6,44	M=12,10; DP=7,31	M=12,40; DP=6,80	0,54
Ansiedade G	M=47,20; DP=16,30	M=41,50; DP=15,62	M=40,60; DP=16,04	0,22
Suporte Social	M=73,30; DP=21,41	M=76,60; DP=27,69	M=65,10; DP=24,52	0,00

\*M: Média; DP: Desvio Padrão.

## Discussão

Os resultados desse estudo mostraram que a maioria das participantes se dizia casadas/vivi junto, fator importante para levar em consideração, uma vez que, a falta de apoio emocional durante a gestação social pode interferir na maneira como a gestante vivência esse processo, sendo que a adesão do parceiro nos cuidados pré-natais está associada a melhores resultados maternos, como menor incidência de depressão gestacional e pós- parto (Baptista et al., 2006; Carvalho et al., 2021; Bedaso, 2021; Santos et al., 2022; Carvalho et al., 2023).

Apesar da proteção proporcionada pelo companheiro ser um fator associado à redução dos riscos à depressão, a maioria das gestantes desse estudo pontuaram valores clinicamente significativos para depressão pós-parto. Isso reforça a discussão de que o marido/companheiro(a) não é rede de apoio, e sim, a mãe, os avós, tios e profissionais da saúde, e essa rede de apoio também precisa estar disponível a gestante nesse período.

As gestantes possuíam baixa escolaridade e renda, fatores esses que podem influenciar negativamente a gravidez, à medida que pode contribuir para vivências estressantes e falta de segurança (Dadi et al., 2020; Branquinho et al., 2021). Essas variáveis, portanto, são consideradas oportunas para depressão gestacional, sendo sugeridas políticas públicas que ofereçam auxílios financeiros às grávidas. Uma pequena parcela das gestantes não desejava seu filho e esse fator apresenta uma forte relação com a presença de sintomas depressivos durante a gestação.

Com relação à gravidez planejada, uma parte significativa da amostra informou não ter planejado a gravidez e quando esta não é planejada, há tendência maior ao desenvolvimento de problemas psicológicos (Thiengo et al., 2012; Vieira & Parizotto, 2013; Kleimann et al., 2017; Reis et al., 2019; Miguel et al., 2021; Soares et al., 2022; Tesfaye et al., 2023). Diante desse cenário, se faz necessário pensar programas educativos, bem como estratégias anticonceptivas mais eficazes que levem em consideração essas particularidades socioeconômicas.

Em relação ao nível de sintomatologia depressiva da amostra geral, foi possível verificar que 66,47 % das gestantes pontuaram acima de 12 pontos na escala depressão, o que indica sintomas clinicamente significativos de depressão pós-parto. Quando comparado esse resultado com os do estudo de Baptista et al., (2006) e o de Araújo e Santos (2021) que utilizaram também a escala de depressão – EPDS, a pontuação das gestantes desse estudo foi maior, assim como em outros dois estudos que não utilizaram a EPDS, 28,8% (Chalise et al., (2022); 20%, (Dadi et al., 2020) e 24,7% (Branquinho et al., 2021).

Esses resultados podem ser por 21,0% da amostra não possuir renda, bem como 17,03 % possuir menos de um salário. Sabe-se que a renda familiar é um parâmetro socioeconômico de suma importância, pois a pobreza pode ser determinante ao aumento de índices de depressão, principalmente a associação a condições sociais como desemprego, baixo nível de instrução, baixa qualidade de moradia, bem como alimentação inadequada (Costa et al., 2011; Miguel et al., 2021; Soares et al., 2022; Tesfaye et al., 2023; Silva, Vieira & Yoshizaki, 2023).

Destaca-se também que não houve variabilidade na renda das participantes desse estudo, uma vez que o convite foi feito às gestantes, independente de classe econômica. Isso pode ter sido ocasionado por alguns motivos, falta de interesse pelas gestantes com uma renda mais alta, visto que havia um convite para participar de uma intervenção psicológica posteriormente e pessoas com uma renda maior pode ter acesso mais fácil a um acompanhamento psicológico, diferente de quem possui uma renda mais baixa.

Mulheres com histórico de depressão, bem como com vivências estressantes apresentam um fator negativo para o surgimento de transtornos psicológicos na gestação (Thiengo et al., 2012; Vieira & Parizotto, 2013; Kleimann et al., 2017; Arrais et al., 2019; Reis et al., 2019; Miguel et al., 2021; Chalise et al., 2022). No presente estudo, 39,1% das participantes informaram que passaram por acompanhamento psicológico ao longo da vida, este resultado pode ter relação com o valor considerável aos sintomas depressivos encontrados na amostra, podendo apresentar um valor menor, caso elas estivessem nesse momento em acompanhamento psicológico. Destaca-se também que a procura, bem como a importância desse acompanhamento ainda é pequena. É importante destacar também que apesar da alta pontuação de depressão na amostra, a EPDS não é utilizada para fins de diagnóstico.

As gestantes pontuaram em média 45,54 na escala de ansiedade gestacional, correspondendo a um grau de ansiedade moderada, o que pode também ter sido influenciada pela percepção de suporte social encontrada na amostra 60,65 (DP=28,44). No no estudo de Araújo e Santos (2021), que avaliaram também os três construtos, as gestantes apresentaram

uma média de percepção de suporte social na EPSUS-A maior do que as desse estudo, que foi 68,86 (DP=23,08). Sabe-se que a falta de monitoramento dos sintomas de ansiedade na gestação pode acarretar prejuízos significativos à saúde emocional e física da gestante, sendo refletido também no desenvolvimento de seu filho.

Na Tabela 1, ao comparar os resultados em médias das gestantes da EPDS em cada trimestre, foi possível observar que não houve diferença significativa entre as médias por trimestre. Nesse estudo, ao analisar a frequência por trimestre, as taxas foram 71,14%, 62,98% e 68,14%. Em Araújo e Santos (2021), quando investigaram os níveis de ansiedade, depressão e suporte social em 90 gestantes, foram encontrados outros resultados 27,2%, 21,7% e 25,4%. Com relação as médias de ansiedade gestacional, todos os trimestres apresentaram ansiedade moderada, com destaque maior na média no primeiro trimestre, porém essa diferença não foi significativa. Se faz necessário um acompanhamento especializado como forma de intervenção precoce da depressão perinatal.

No estudo de Silva et al., (2017) ao avaliarem a prevalência de ansiedade gestacional, foi observado que a idade gestacional não tinha associação com ansiedade, no entanto ela foi mais prevalente no terceiro trimestre. No presente estudo, houve uma maior participação das gestantes que estavam no terceiro trimestre, resultado semelhante foi encontrado na literatura (Schiavo & Brancaglion, 2021). A média da percepção de suporte social por trimestre gestacional foi maior no segundo trimestre gestacional, o que pode justificar é que nessa fase familiares e amigos da gestante já sabem a respeito da gravidez e com isso, algumas gestantes se sentem mais seguras por receber apoio social (Maldonado, 2017; Schiavo, 2021).

Com relação aos resultados da tabela 2, foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa nos resultados dos três construtos nas gestantes da rede SUS do que nas gestantes da rede particular. Gestantes da rede SUS pontuaram em média na escala de depressão  $M=17,11$ , valor mais alto do que o ponto de corte da escala e ansiedade 47,65, considerando um nível de ansiedade moderada. Em Relação a outros trabalhos com a temática, no estudo de Silva et al., (2020), 49,3% das gestantes apresentaram riscos de desenvolverem ansiedade e 29,5 % de depressão. Houve também uma percepção de baixo suporte social nas gestantes do SUS, o que pode justificar é que mulheres na rede particular tenham um maior acesso a essa rede de apoio, bem como uma melhor qualidade socioeconômica.

Uma associação forte entre ansiedade e depressão foi encontrada neste estudo e esses resultados são semelhantes aos da literatura (Baptista et al., 2006; Araújo & Santos, 2021). Foi encontrada também uma correlação positiva entre a escala de ansiedade com a escala de



depressão, concluindo que quanto maior for a pontuação na escala de ansiedade maior será os níveis de sintomas depressivos (Nascimento, 2006). Esses autores apontam a importância de estudos que possam avaliar os fatores causais entre depressão e ansiedade, uma vez que a percepção dos transtornos psicológicos no período gravídico-puerperal é fundamental para a implantação de programas preventivos, como por exemplo, a efetivação da nova Lei 14.721, de novembro de 2023 que passou a ampliar a assistência psicológica à gestantes e mãe no período da gravidez, do pré-natal e puerpério, além de desenvolver atividades de educação, de conscientização a respeito da saúde mental da mulher no período da gravidez e no puerpério.

No que se refere a saúde mental, pessoas deprimidas tendem a ter uma baixa percepção de suporte social, o que justifica as correlações no sentido negativo encontrado no presente estudo e na literatura (Baptista et al., 2006; Araújo & Santos, 2021; Badaso et al., 2021b) tais indivíduos tendem a se afastar de atividades anteriormente prazerosas, diminuindo a frequência de contato social e isso reflete em uma queda na percepção do suporte social advindo dos entes queridos. A ausência desse apoio poderá tornar essas gestantes ainda mais vulneráveis emocionalmente, ao transtorno de ansiedade e depressão, fato explicado no estudo realizado com mulheres australianas, ao identificar que as chances das gestantes apresentarem sintomas depressivos foi quatro vezes maior entre as gestantes que apresentaram baixo suporte social (Badaso et al., 2021).

Os achados referentes a comparação das médias dos construtos nos três trimestres gestacionais da rede pública e particular mostraram que não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias dos construtos ansiedade e depressão na rede SUS e particular nos respectivos períodos gestacionais, mas a percepção de suporte social foi significativa, uma vez que essa diferença pôde ser encontrada entre o segundo e terceiro trimestre gestacional. A média das gestantes do terceiro trimestre na escala de ansiedade na rede SUS foi mais alta do que as da rede pública, a literatura relata que o terceiro trimestre gestacional é o mais difícil para a gestante, visto que se aproxima do momento do parto, causando medo e ansiedade. Esse dado corrobora com o resultado obtido nesse estudo, apesar de não ter apresentado diferença estatisticamente significativa (Baptista et al., 2006; Maldonado, 2017). A média da percepção de suporte social na rede particular foi maior do que no SUS, o que pode justificar pela pontuação nas escalas de ansiedade e depressão, uma vez que quanto mais baixa for a percepção de suporte social, maior serão os níveis de ansiedade e depressão. Esse achado também encontra-se nos estudos de (Baptista, et al., 2006) e no de (Araújo & Santos, 2021) onde associaram os três construtos em gestantes.

### **Considerações Finais**

A partir dos resultados deste estudo, reforça-se a necessidade da efetivação de políticas públicas voltadas para a saúde mental perinatal, visto que é alta a ocorrência de alterações psicológicas na população estudada durante a gestação. Pensar em avaliar, bem como, desenvolver programas de intervenção psicológica para gestantes pode ser uma estratégia para apresentar bons resultados.

Observa-se que os resultados encontrados neste estudo se mostraram satisfatórios, porém, algumas limitações foram encontradas. A existência de poucos estudos que avaliem os três construtos com essa mesma população na rede pública e particular, considerando assim a necessidade de mais pesquisas nessa área. A dificuldade de encontrar gestantes que estavam no primeiro trimestre gestacional, o que fez com que o estudo não tivesse uma divisão equivalente entre as respectivas fases gestacionais. Isso pode ser justificado pelo fato de muitas gestantes descobrirem a gravidez na metade do primeiro trimestre gestacional, principalmente quando ela não é planejada. Observa-se também que a população deste estudo era de classe socioeconômica baixa, vindo a necessidade de que novas pesquisas sejam realizadas com gestantes que possuem fatores socioeconômicos mais altos.

Diante desse cenário, se faz necessário um acompanhamento psicológico durante a gestação, visto como uma ferramenta de potencialidade de cuidado e preventivo, seja ele individual ou grupal. Destaca-se ainda a importância de políticas públicas de estado consolidadas voltadas para prevenção e promoção da saúde mental gestacional. Assim, conforme apresentado nesse estudo, a avaliação psicológica nesse contexto entra como um processo que possibilita ao psicólogo compreender as particularidades de cada indivíduo e grupos, suas potencialidades e fragilidades e a partir disso, traçar, juntamente com a equipe multiprofissional, estratégias de prevenção, intervenção e promoção a saúde.

### **Referências**

- Andrade, A. L. M., Teixeira, L. R. S., Zoner, C. C., Niro, N. N., Scatena, A., & Amaral, R. A. (2017). Fatores associados à Depressão Pós-Parto em mulheres em situação de vulnerabilidade social. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 13(4), 196-204.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition, Text Revision*. Washingtons, DC, Associação Psiquiátrica Americana.

- Araújo, N., & Cerqueira-Santos, E. (2021). Depressão, Ansiedade e Suporte Social na Gestação: Um estudo exploratório pré-intervenção. *Saúde e Desenvolvimento Humano*, 9(3)
- Araújo, A. B., Nunes, Á. C. M., Pessoa, A. V. S., Gomes, B. C., Rodrigues, E., de Macedo Sousa, L., ... & de Freitas Soares, F. A. (2020). Assistência de enfermagem a mulheres com ansiedade e depressão na gravidez: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 9(10), e4349106961-e4349106961.
- Arrais, A. R., Araújo, T. C.C F., & Schiavo, R. A. (2019). Depressão e ansiedade gestacionais relacionadas à depressão pós-parto e o papel preventivo do pré-natal psicológico. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(2), 23-34. <https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.706>
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D. & Torres, E. C. R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Psic: revista da Vetor Editora*, 7(1), 39-48. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1676-73142006000100006&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142006000100006&lng=pt&tlng=pt)
- Bedaso, A., Adams, J., Peng, W. et al. (2021) Prevalence and determinants of low social support during pregnancy among Australian women: a community-based cross-sectional study. *Reprod Health*. 2021 Jul 27;18(1):158.10.1186/s12978-021-01210-y. *Reprod Health*. Sep 21;18(1):187. PMID: 34315486; PMCID: PMC8314443.
- Bedaso, A., Adams, J., Peng, W. et al. (2021) The association between social support and antenatal depressive and anxiety symptoms among Australian women. *BMC Pregnancy Childbirth* 21, 708 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04188-4>.
- Bedaso, A., Adams, J., Peng, W. et al. The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health* 18, 162 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01209-5>.
- Borges, D.A., Ferreira, F. R; Mariutti, M. G. & Almeida, D. A. (2011). A depressão na gestação: uma revisão bibliográfica. *Revista de Iniciação Científica da Libertas*, 1(1), 85-89. Recuperado de <http://www.libertas.edu.br/revistalibertas/revistalibertas1/artigo6.pdf>.
- Branquinho, M., Rodriguez-Muñoz, M. F., Maia, B. R., Marques, M., Matos, M., Osma, J., Moreno-Peral, P., Conejo-Cerón, S., Fonseca, A., & Voursora, E. (2021). Effectiveness of psychological interventions in the treatment of perinatal depression: A systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Journal of affective disorders*, 291, 294–306. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.010>.

- Brasil. (2022) Ministério da Saúde. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde ; 2022..
- Brasil. (2008). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Magnitude do Aborto no Brasil: aspectos epidemiológicos e sócio-culturais. Abortamento Previsto em lei em Situações de violência sexual. Brasília, DF, 2008.  
[http://www.ipas.org.br/arquivos/factsh\\_mag.pdf](http://www.ipas.org.br/arquivos/factsh_mag.pdf).
- Carvalho, L. L. de, Fernandes, N. da S., Fernandes, N. M. da S., & Grincenkov, F. R. dos S. (2021). Aspectos psicossociais da gestação de alto risco: Análise de mulheres grávidas hospitalizadas. *Psico*, 52(4), e36341. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2021.4.3634>.
- Chalise, A., Shrestha, G., Paudel, S., & Poudyal, A. K. (2022). Antenatal depression and its associated factors among women of Godawari Municipality, Lalitpur, Nepal: a cross-sectional study. *BMJ open*, 12(11), e063513. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-063513>
- Cozby, P. C. (2003) Métodos de pesquisa em ciências do comportamento. São Paulo, Atlas, pp. 59,97.
- Costa, et al. (2015) Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: reflexões e desafios para as políticas públicas 11 Pesquisa financiada pelo CNPq/PIBIC. O estudo foi realizado na cidade de Santos, SP, durante os anos de 2009 a 2013. *Saúde e Sociedade* [online]. 2015, v. 24, n. 3.
- Dadi, A.F., Miller, E.R., Bisetegn, T.A. et al. Global burden of antenatal depression and its association with adverse birth outcomes: an umbrella review. *BMC Public Health* 20, 173 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8293-9>.
- Erfina, E., Widyawati, W., McKenna, L., Reisenhofer, S., Ismail, D. (2019) Adolescent mothers' experiences of the transition to motherhood: An integrative review. *Int J Nurs Sci*. 2019 Mar 25;6(2):221-228. doi: 10.1016/j.ijnss.2019.03.013. PMID: 31406896; PMCID: PMC6608651.
- Fernandes, D. E. R., Medeiros, M., Santos, W. S., & dos Santos, M. G. (2020). Produção científica de enfermagem sobre a gravidez na adolescência: revisão integrativa. *Aquichan*, 20(2), 5.

- Freitas, G.V.S., & Botega, N.J. (2002). Gravidez na adolescência: Prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 48(3), 1-10.
- Iseyemi, A., Zhao, Q., McNicholas, C., & Peipert, J. F. (2017). Nível Socioeconômico como Fator de Risco para Gravidez Indesejada no Projeto Contraceptivo CHOICE. *Obstetrícia e ginecologia*, 130(3), 609–615.  
<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002189>.
- Insan, N., Weke, A., Forrest, S., & Rankin, J. (2022). Social determinants of antenatal depression and anxiety among women in South Asia: A systematic review & meta-analysis. *PloS one*, 17(2), e0263760. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263760>.
- Leite, A.C., Silva, M.P., Alves, R.S., Silva, M.D., Avelino, J.T., Fé, T.R., Silva, L.D., Borges, L.S., Amorim, J.V., Lima, J.R., Sousa Neta, R.D., Sousa, S.V., Lima, E.W., Farias, S.L., Santos, N.D., Freitas, S.M., Maniçoba, A.Q., Fonseca, L.G., Oliveira, N.C., Oliveira, A.E., Apolinário, J.M., Carvalho, S.B., Dias, E.M., & Costa, J.R. (2021). Contribuições da assistência de enfermagem à gestante com ansiedade: prevalência e fatores associados. *Research, Society and Development*, 10.
- Lins, A. & Franco, S. (2012). O grupo Maternar... uma experiência com mulheres gestantes e com estudantes da área de saúde-UFBa. *Aletheia*, 37, 228-234.
- Lima, M. O. P., Tsunechiro, M. A., Bonadio, I. C., & Murata, M. (2017). Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal / Depressive symptoms in pregnancy and associated factors: longitudinal study. *Acta paul. Enferm*; 30(1): 39-46.
- Lucci, T. K., Otta, E., David, V. F., & Chelini, M. O. M. (2016). Depressão materna e concentração de cortisol de recém-nascidos em uma amostra brasileira. *Revista Psico*, 47(2),140-147.10.15448/1980-8623.2016.2.23655.
- Maldonado, M. T., (2017). *Psicologia da gravidez: gestando pessoas para uma sociedade melhor*. São Paulo: Idéias & Letras, 2017. Bibliografia. ISBN 978-85-5580-024-5.
- Miranda, G. C. V., Dias, F. M. V., Brenes, A. C. (2007). Saúde mental da mulher na gravidez e no puerpério. In: PÉRET, Frederico José Amédeé et al. *Ginecologia & Obstetrícia: manual para concursos/TEGO*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Moraes, A., Magalhães, E., Vilela, A., Kac, G., & Vaz, J. (2021). Sintomas de ansiedade gestacional e pós-parto e intenção de amamentar exclusivo até os seis meses: resultados de uma coorte prospectiva do Rio de Janeiro. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, 16, e51297. doi:<https://doi.org/10.12957/demetra.2021.51297>

- Montanhaur, C. D., Rodrigues, O. M. P. Rolim., & Arenales, N. G. (2021). Saúde emocional materna e tempo de internação de neonatos. *Aletheia*, 54(1), 55-63. <https://dx.doi.org/DOI10.29327/226091.54.1-6>.
- Nardi, C. G. A., Rodrigues, O. M. P. R., Melchiori, L. E., Salgado, M. H., & Tavano, L. D'. (2015). Bebês com sequência de Pierre Robim: Saúde mental materna e interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32(1), 129-140. doi: 10.1590/0103-166X2015000100012
- Nascimento, S. R. C. (2006). Ansiedade e Sintomas de Depressão em Gestantes: um Desafio a Ser Enfrentado (Dissertação de mestrado). Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde, Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.
- Pinto, U. M. M. C. F., Nogueira, S. C., Figueiredo B. (2017) Maternal depressão e ansiedade e fetal-neonatal crescimento. *J Pediatr (Rio J)*.93:4529.
- Reis, B. M., Carraro, B., Assis, C.B., Bazi, G. E., Pereira. M.B., Álvares, R.S., & Moura, L.R. (2019) A violência física e psicológica praticada contra a mulher na gestação e suas consequências imediatas e tardias. *Revista Educação Em Saúde* 7, 216-22. Teia.
- Rodriguez, M. S. & Cohen, S. (1998). Social support. *Encyclopedia of menthal health*. 3. New York: Academic Press.
- Romagnolo, A. N., da Costa, A. O., de Souza, N. L., Somera, V. de C. O., & Gomes, M. B. (2018). A família como fator de risco e de proteção na gestação, parto e pós-parto. *Semina: Ciências Sociais E Humanas*, 38(2), 133–146. <https://doi.org/10.5433/1679-0383.2017v38n2p133>
- Silva, M. M. de J., Lima, G. S., Monteiro, J. C. dos S., & Clapis, M. J. (2020). Depressão na gravidez: fatores de risco associados à sua ocorrência. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas (Edição Em português)*, 16(1), 1-12. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.153332>.
- Silva, G. F. P., dos Santos, S. V., do Nascimento, J. W. A., de Santana, F. S., de Medeiros, J. S., & de Jesus, S. B. (2020). Risco de depressão e ansiedade em gestantes na atenção primária. *Nursing (São Paulo)*, 23(271), 4961-4970.
- Silva, J.V.S . da., Vieira, J. G. V., & Yoshizakia, H. T. Y. (2023). Avaliação do perfil socioeconômico da população do Brasil: uma crítica às classificações correntes. *Urbe. Revista Brasileira de Gestão Urbana*, 15, e20210370. <https://doi.org/10.1590/2175-3369.015.e20210370>

- Silva, M. M. D. J., Nogueira, D. A., Clapis, M. J., & Leite, E. P. R. C. (2017). Ansiedade na gravidez: prevalência e fatores associados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51.
- Schiavo, R. A., Rodrigues, O. M. P. R., & Perosa, G. B. (2018). Variáveis associadas à ansiedade gestacional em primigestas e multigestas. *Temas em Psicologia*, 26(4), 2091-2104. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2018.4-14Pt>
- Tesfaye G, Madoro D, Tsegay L (2023) Maternal psychological distress and associated factors among pregnant women attending antenatal care at public hospitals, Ethiopia. *PLoS ONE* 18(1): e0280470. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280470>
- Thiengo, D. L., Santos, J.F.C., Mason, V. C., Abelha, L., & Lovisi, G. M. (2011). Associação entre apoio social e depressão durante a gestação: uma revisão sistemática. *Cadernos Saúde Coletiva (UFRJ)*, 19(2), 129-138. [http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011\\_2/artigos/csc\\_v19n2\\_129-138.pdf](http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_2/artigos/csc_v19n2_129-138.pdf)
- 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 Psiquiatria.*, Vol 48, N. 1. Pag. 26-34. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.06.003> . Acesso em: 22 mai. 2022.
- Vieira, B.D., & Parizotto, A.P.A.V. (2013) Alterações psicológicas decorrentes do período gravídico. *Unoesc e Ciência – ACBS*. 4(1), 79-90. <http://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/view/2559/pdf>
- Kliemann, A., Boing, E., & Crepald, A. A. (2017) Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos. *Mudanças - Psicologia da Saúde*, 25 (2), Jun-dez.

**Artigo II:** Efeitos de um grupo de intervenção online de pré-natal psicológico em gestantes

Effects of an online psychological prenatal intervention group in pregnant women

Efectos de un grupo de intervención en línea de atención prenatal psicológico en mujeres

Ana Alice Maria de Sá Gama 1\*

Carla Fernanda F. Rodrigues Kursancew 2\*\*



## Resumo

A saúde mental gestacional tem sido cada vez mais estudada devido a diversas alterações psicológicas vivenciadas nesse período. O acompanhamento psicológico durante a gestação se faz necessário, pois possibilita um espaço de fala, acolhimento e prevenção de transtornos psicológicos. A pesquisa foi desenvolvida com 102 gestantes brasileiras que estavam em acompanhamento pré-natal na rede pública e particular e teve como objetivo avaliar os efeitos de um grupo interventivo de pré-natal psicológico. Foi conduzido um delineamento pré-teste e pós-teste com grupo controle (n=40) e experimental (n=62). Para avaliar se houve diferença nos resultados dos grupos pré e pós-intervenção, foram utilizados os seguintes instrumentos: escala de Auto-Registro de Depressão Pós-Parto – EPDS, Escala de Percepção do Suporte Social e o Instrumento de Rastreamento para Sintomas de Ansiedade Gestacional. As avaliações foram realizadas antes e ao final de quatro encontros ocorridos semanalmente. Após a comparação entre os grupos, foi encontrada uma diminuição nos sintomas de ansiedade ( $Z=-4,710$ ;  $p < 0,01$ ) e depressão ( $Z=-4,070$ ;  $p < 0,01$ ), apresentando uma diferença estatisticamente significativa. A percepção de suporte social aumentou após a intervenção ( $Z=-1,671$ ;  $p > 0,05$ ), mas não significativa. Conclui-se que intervenções psicológicas online, como o pré-natal psicológico, têm se mostrado eficazes como ferramentas de prevenção de transtornos psicológicos, como ansiedade e depressão gestacional, além de serem eficazes na promoção da compreensão da rede de apoio. Seu formato online proporciona vantagens significativas, permitindo que as gestantes acessem esses recursos sem sair de casa. Se faz necessário a ampliação da quantidade de encontros que trabalhe cada um dos construtos estudados durante a gestação, como também no pós-parto, visando identificar melhor os efeitos do pré-natal psicológico.

**Palavras-chave:** Gestação, Pré-Natal, Intervenções Psicológicas.

### **Abstract**

Gestational mental health has been increasingly studied due to the various psychological changes experienced during this period. Psychological support during pregnancy is necessary, as it provides a space for talking, welcoming and preventing psychological disorders. The study was carried out with 102 Brazilian pregnant women who were undergoing prenatal care in the public and private sector and aimed to evaluate the effects of a psychological prenatal care intervention group. A pre-test and post-test design was carried out with a control group (n=40) and an experimental group (n=62). In order to assess whether there was a difference in the results of the pre- and post-intervention groups, the following instruments were used: the Postpartum Depression Self-Report Scale (EPDS), the Social Support Perception Scale and the Screening Instrument for Gestational Anxiety Symptoms. The assessments were carried out before and at the end of four weekly meetings. After comparing the groups, a decrease was found in the symptoms of anxiety ( $Z=-4.710$ ;  $p<0.01$ ) and depression ( $Z=-4.070$ ;  $p<0.01$ ), showing a statistically significant difference. The perception of social support increased after the intervention ( $Z=-1.671$ ;  $p>0.05$ ), but not significantly. It is concluded that online psychological interventions, such as psychological prenatal care, have been shown to be effective as tools for preventing psychological disorders such as anxiety and gestational depression, as well as being effective in promoting understanding of the support network. Their online format offers significant advantages, allowing pregnant women to access these resources without leaving home. It is necessary to expand the number of meetings that work on each of the constructs studied during pregnancy, as well as in the postpartum period, in order to better identify the effects of psychological prenatal care.

**Keywords:** Pregnancy, Prenatal, Psychological Interventions.

## Resumen

La salud mental durante la gestación se ha estudiado cada vez más debido a los diversos cambios psicológicos que se experimentan durante este periodo. El asesoramiento psicológico durante el embarazo es necesario porque proporciona un espacio para hablar, acoger y prevenir trastornos psicológicos. La investigación se llevó a cabo con 102 embarazadas brasileñas que recibían atención prenatal en el sector público y privado y tuvo como objetivo evaluar los efectos de un grupo de intervención de atención prenatal psicológica. Se realizó un diseño pre-test y post-test con un grupo control (n=40) y un grupo experimental (n=62). Para evaluar si había diferencias en los resultados de los grupos anteriores y posteriores a la intervención, se utilizaron los siguientes instrumentos: la Escala de Autoinforme de Depresión Postparto (EPDS), la Escala de Percepción del Apoyo Social y el Instrumento de Cribado de los Síntomas de Ansiedad Gestacional. Las evaluaciones se realizaron antes y al final de cuatro reuniones semanales. Tras comparar los grupos, se encontró una disminución en los síntomas de ansiedad ( $Z=-4,710$ ;  $p<0,01$ ) y depresión ( $Z=-4,070$ ;  $p<0,01$ ), mostrando una diferencia estadísticamente significativa. La percepción de apoyo social aumentó tras la intervención ( $Z=-1,671$ ;  $p>0,05$ ), pero no de forma significativa. Se concluye que las intervenciones psicológicas online, como la atención psicológica prenatal, han demostrado ser eficaces como herramientas para prevenir trastornos psicológicos como la ansiedad y la depresión gestacional, además de ser efectivas para promover la comprensión de la red de apoyo. Su formato en línea ofrece importantes ventajas, ya que permite a las embarazadas acceder a estos recursos sin salir de casa. Es necesario ampliar el número de encuentros que trabajen cada uno de los constructos estudiados durante el embarazo, así como en el postparto, para identificar mejor los efectos de la atención psicológica prenatal.

**Palabras clave:** Embarazo, atención prenatal, intervenciones psicológicas.

A gravidez é definida como o período em que a mulher carrega em seu útero o embrião e, posteriormente, o feto em desenvolvimento, o que dura em média cerca de 40 semanas, ou seja, cerca de 9 meses (NICHD, 2017). Para que a gestação seja possível, diversas mudanças ocorrem em várias dimensões da vida feminina, dentre elas, alterações fisiológicas e metabólicas, que contribuem para o desenvolvimento do feto, o que reflete-se em aumento do peso corporal (Broskey et al., 2018), mudanças em aspectos psicológicos, como alegria e excitação, tristeza, medo e preocupação intensa (Battle & Fritson, 2018), o que as deixam mais vulneráveis a desenvolverem alterações emocionais significativas (Silva, 2020).

Dentre as alterações emocionais mais frequentes na gestação estão a ansiedade e depressão. Cerca de 25% a 35% das mulheres desenvolvem sintomas depressivos e 49,3% a 60% desenvolvem sintomas de ansiedade na gestação, visto a possibilidade de quadros transitórios benignos até situações consideravelmente graves (Vieira & Parizotto, 2013; Rezee & Framaze, 2014; Lima, et al., 2017; Arrais, Araújo & Schiavo, 2019; Araújo & Santos, 2021; Brasil, 2022).

De acordo com Arrais, Araújo & Schiavo (2019), ansiedade e depressão no período gestacional tem sido um grande fator de risco para o desenvolvimento da depressão pós-parto, o que preocupa os impactos causados à saúde materna, na relação mãe e bebê, em parto prematuro e no desenvolvimento do bebê (Vieira & Parizotto, 2013; Rezee & Framaze, 2014; Lima, et al., 2017; Silva, et al., 2020). Além disso, a depressão gestacional tem sido relacionada à pré-eclâmpsia, baixo peso do bebê ao nascer e a restrição de crescimento (Hompoth, Peto, Balogh & Toreki, 2020).

Um estudo longitudinal realizado por Van de Loo e colaboradores (2018) demonstrou que sintomas de depressão e ansiedade foram comuns tanto em mulheres gestantes no início, quanto no final da gravidez. Além disso, este estudo demonstrou que o fato de a gestante não residir junto ao companheiro e de ter uma gravidez não planejada foram características associadas a sintomas de ansiedade e depressão no início do período gestacional das mulheres participantes. Por sua vez, a multiparidade, o histórico de depressão, o baixo nível de escolaridade e a falta de exercícios físicos foram características que apresentaram associação com os sintomas desses dois transtornos psicológicos em todos os períodos gestacionais.

O estudo de Van de Loo et al. (2018) vai ao encontro de outros trabalhos que enfocam fatores de risco durante o período gestacional. No trabalho de Hoyer et al. (2020), por exemplo, verificou-se que aquelas mulheres que apresentavam ansiedade durante a gestação apresentavam maiores riscos de complicações na gravidez e no parto. Outros estudos

demonstraram que mulheres com alta ansiedade tinham maior probabilidade de ter filhos com atraso no desenvolvimento, relação conjugal insatisfatória, ser mãe solteira, gravidez não planejada, falta de apoio do pai e gravidez não desejada (Arrais, Mourão & Fragale, 2014; Mughal et al. 2018).

No estudo de Schiavo, Rodrigues & Perosa (2018) ao estudarem variáveis associadas a ansiedade gestacional em primigestas e multigestas que estavam no terceiro trimestre gestacional, identificaram que 36% das gestantes apresentaram alta ansiedade, com predomínio das gestantes multigestas em comparação a primigestas. Houve uma associação dos sintomas de ansiedades das multigestas a ter uma renda baixa e para as primigestas a ameaça de aborto no início da gestação. Nesse contexto, Carreiro et al. (2018) destaca ainda que o medo de amamentar pode também provocar alterações de humor no período gestacional e pós-parto.

Diante desse cenário, é importante se pensar nas políticas públicas voltadas às mulheres, sendo estas políticas, uma importante ferramenta de garantia de direitos, especialmente desde a redemocratização do país (Brasil, 2012). Dentre as políticas públicas, destaca-se o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM, que surgiu em 1984 como resposta aos problemas de saúde e necessidades da população feminina, garantindo à mulher o direito à saúde integral, com ações dirigidas ao atendimento de suas necessidades básicas, como ampliação do acesso ao pré-natal e planejamento familiar (Trevisan et al., 2008; Brasil, 2022). Essa política pública vai ao encontro da Lei 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), onde é posto que é dever do poder público proporcionar assistência psicológica às mulheres antes, durante e após o parto.

É importante tanto para a ciência psicológica, quanto para o campo das políticas públicas, o acompanhamento de gestantes no que diz respeito às mudanças que podem ocorrer durante a fase gestacional. Essa discussão, inclusive, apoia-se em documentos normatizadores e leis, a exemplo do Estatuto da Criança e do Adolescente (lei nº 8.069/1990) e do Manual de Gestação de Alto Risco (2022), que propõe que o pré-natal deve ocorrer de modo a minimizar possíveis riscos para a saúde feminina e para o bebê.

Assim, o Manual de Gestação de Alto Risco (2022) explica que o pré-natal constitui um procedimento de atenção primária no qual os profissionais devem estar aptos a promover saúde, prevenir possíveis manifestações patológicas da gestante e acompanhar o processo emocional. Nesse cenário, diversas evidências (Brasil, 2008; Brasil, 2012; Brasil, 2022) apontam que esta política pública pode proporcionar a diminuição dos índices de mortalidade materna e perinatal,

além de poder garantir o acompanhamento adequado da estruturação do feto e a prevenção do abortamento e do risco de parto prematuro (Fontana, Medanha, Inácio & Gusmão, 2017).

Apesar de o pré-natal possibilitar a prevenção de diversas problemáticas na fase gestacional, observa-se que o modelo de assistência oferecido não contempla os cuidados direcionados aos fatores psicológicos (Brasil, 2012; Meira et al., 2015; Gandolfi, 2019). Esse dado vai de encontro ao que é trazido nos manuais técnicos, visto que estes documentos propõem que seja levado em conta as questões psicológicas e emocionais da gestante (Brasil, 2008; Brasil, 2012; Arrais & Araújo, 2016; Brasil 2022).

O acompanhamento psicológico no período gestacional possibilita a mulher e sua família um espaço de fala e acolhimento, onde é possível, junto ao profissional especializado, oferecer um suporte emocional, informativo e psicoeducativo, a fim de evitar possíveis alterações emocionais significativas nesse período (Benincasa et al., 2019; Bento, Simão & Almeida, 2022). Diante disso, o profissional de saúde mental, como o psicólogo da área perinatal, poderá trabalhar em parceria com a equipe de saúde, organizando e promovendo estratégias de prevenção à saúde mental.

Com as limitações envolvidas na prática do pré-natal tradicional, no ano de 2006, com o propósito de mudar o cenário apresentado, uma equipe de psicologia de uma maternidade em Brasília, decidiu implantar um programa de cuidado integral à gestante, e desde então, esta proposta foi estendida a comunidades mais carentes, e vem sendo executada em unidades de saúde, maternidades públicas e privadas e hospitais universitários da região (Bortoletti, 2007; Arrais, Cabral, & Martins, 2012; Arrais, Mourão, & Fragalle, 2013; Arrais & Araújo, 2016). Nomeado de Pré-Natal Psicológico (PNP), uma prática complementar ao pré-natal ginecológico, que busca acolher de forma humanizada situações advindas deste processo (Arrais & Araújo, 2016; Arrais, Araújo & Schiavo, 2019; Zerbini & Arrais, 2022; Figueiredo, Carneiro, Rego, Lins & Cruz, 2022).

O PNP se caracteriza como uma metodologia de promoção da saúde mental e de prevenção dos agravos psíquicos que envolvem a gravidez e a maternidade. As intervenções do PNP podem acontecer a partir de atendimentos grupais a gestantes, englobando também seu parceiro, avós, ou seja, sua rede de apoio. É um instrumento considerado de baixo custo que pode ser utilizado em instituições públicas e privadas, bem como em consultórios com o acompanhamento de um profissional especializado. Além de possuir o caráter preventivo, ele também atua na desconstrução de temas importantes que envolvem a gestação e a maternidade (Romagnolo et al., 2017; Zerbini & Arrais, 2021; Figueiredo et al., 2022).

Nessa perspectiva, o PNP tem como principal objetivo oferecer uma escuta psicológica qualificada e diferenciada sobre o processo da gravidez, fornecendo, assim, um espaço de acolhimento em que a mãe possa expressar seus medos e suas ansiedades, além de favorecer a troca de experiências, descobertas e informações. As intervenções psicológicas podem ajudar a gestante, uma vez que essa é a fase de maior incidência de transtornos psíquicos na mulher, podendo citar a depressão, ansiedade e baixo suporte social, afetando conseqüentemente a relação mãe/bebê, bem como a autoimagem e autocuidado da mulher e todas as suas interações relacionais (Baptista & Baptista, 2006; Pereira & Lovisi, 2008; Pereira et al., 2010; Araújo et al., 2012; Vieira & Parizotto, 2013; Morais et al., 2017; Kliemann et al., 2017; Zerbini & Arrais, 2021; Figueiredo et al., 2022).

Em um estudo de revisão sistemática com metanálise, Yasuma et al. (2020) objetivaram verificar o efeito de uma intervenção psicológica pré-natais baseadas na Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e na Terapia Interpessoal (TI), na prevenção de depressão durante o período perinatal e pós-parto de gestantes adultas. Neste trabalho, foram incluídos estudos clínicos randomizados individuais ou em grupo. Os resultados demonstram que houve efeito significativo das intervenções baseadas na TCC e na TI no que se refere a diminuição da depressão perinatal e pós-parto. Entretanto, apesar desses resultados, duas limitações devem ser consideradas: o tamanho do efeito dessas intervenções foi pequeno ( $SMD = 0,28$  e  $0,37$ ), assim como houve alta heterogeneidade no que diz respeito aos trabalhos incluídos.

Em um estudo experimental de campo com Grupo de Intervenção (GI) e Grupo Controle (GC), Arrais, Araújo & Schiavo (2019) objetivaram avaliar a eficácia do programa Pré-Natal Psicológico (PNP) na prevenção da depressão pós-parto. Os resultados indicaram que gestantes que participaram do (GI) 49,0% apresentaram sintomas de ansiedade e 25,5% apresentaram sintomas de depressão, porcentagem maior do que as gestantes do (GC) 34,5 % de sintomas de ansiedade e 20,7 % com sintomas de depressão. Quando foram avaliadas novamente no puerpério, mulheres que participaram do (GC) apresentaram maior prevalência de DPP 44,8%, do que as que participaram do (GI) 10,6%. Apesar desse resultado, não houve diferença significativa nos sintomas de ansiedade e depressão na gestação entre os dois grupos, porém, observa-se uma diferença significativa entre os sintomas de DPP nas mulheres que participaram do (GI) e do (GC).

Mourão e Arrais (2016), desenvolveram uma pesquisa-ação com o objetivo de avaliar a eficácia do programa de pré-natal psicológico na prevenção da depressão pós-parto em gestantes de alto risco internadas em um hospital em Brasília. Participaram deste estudo 10

gestantes, dividindo-as em dois grupos de cinco (grupo A) e (grupo B). os resultados foram comparados entre os dois grupos investigados e foi observado que as participantes apresentaram fatores de riscos para o desenvolvimento de depressão pós-parto, tais como: gravidez múltiplas, depressão na gestação anterior, parto traumático, histórico de aborto anterior, e problemas hospitalares com o bebê, porém, somente as participantes que fizeram parte do (grupo B) apresentaram sintomas de depressão pós-parto.

Ainda no contexto das intervenções psicológicas, um estudo de revisão incluiu sete revisões sistemáticas, que buscou avaliar a eficácia das intervenções psicológicas no tratamento da depressão perinatal e relataram o efeito positivo das intervenções psicológicas na redução dos sintomas depressivos em mulheres no período perinatal, tanto a curto prazo como também a longo prazo. As intervenções psicológicas direcionadas a esse público podem também ser eficazes na redução dos sintomas de ansiedade (Branquinho et al.; 2021).

As intervenções psicológicas têm sido utilizadas como forma de prevenir alterações emocionais durante a gestação e o pós-parto. O que se tem observado é que o acompanhamento com o profissional especializado nesse momento da intervenção tem sido fundamental, pois o suporte social e emocional especializado possibilita uma maior adesão à intervenção e tratamento (Arrais, Cabral & Martins, 2012; Arrais, Mourão & Fragalle, 2014; Almeida & Arrais, 2016; Arrais & Araújo, 2016; Arrais, Araújo & Schiavo, 2018; Arrais, Araújo & Schiavo, 2019; Benincasa, Freitas, Romagnolo & Heleno, 2019; Figueiredo et al., 2022).

Diante do exposto, esse estudo se torna relevante por proporcionar às gestantes e aos profissionais de saúde que existem intervenções para avaliar sintomas psicológicos na gestação, bem como a necessidade de uma medida de prevenção, como o pré-natal psicológico e promoção à saúde materna. O presente trabalho teve como objetivo avaliar os efeitos de um grupo de pré-natal psicológico on-line na diminuição dos sintomas de ansiedade e depressão e aumento da percepção de suporte social em gestantes antes e após a intervenção.

### **Método**

Trata-se de uma pesquisa de intervenção com delineamento quase-experimental. Foi conduzido um delineamento pré-teste e pós-teste com um grupo controle equivalente. A análise de dados foi de cunho quantitativo, visando a comparação dos efeitos da intervenção.

Por se tratar de pesquisa com seres humanos, esse estudo foi submetido e aprovado (CAAE: 64697422.1.0000.8052) pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sertão Pernambucano – IF SERTÃO-PE.



## Participantes

O presente estudo foi iniciado com 102 gestantes (Grupo Controle = 40) e (Grupo de Intervenção = 62). Após a exclusão dos dados das faltosas e desistentes, a amostra final passou a ser composta por 35 participantes do Grupo de Intervenção (GI) e 40 participantes do Grupo Controle (GC). A amostra foi não probabilística, por conveniência. Os critérios de inclusão foram: 1) estar em acompanhamento pré-natal; 2) ser alfabetizada; 3) ser maiores de 18 anos e 4) não possuir diagnóstico de transtorno mental segundo a última versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – V TR). E como critérios de exclusão: 1) ter duas faltas no grupo interventivo de pré-natal psicológico e gestantes que informaram no questionário possuir diagnóstico de transtorno mental. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e cumpriram os critérios de inclusão da pesquisa.

## Instrumentos

Para coleta de dados, foi utilizado um *Questionário de Identificação*, que teve como objetivo coletar os dados sociodemográficos, fatores de risco para o desenvolvimento de depressão e histórico gestacional. O segundo instrumento de coleta foi a *Escala de Auto-Registro de Depressão Pós-Parto de Edinburgo (EPDS)* - É um questionário de auto-avaliação dos sintomas depressivos que foi produzido na Grã-Bretanha para realização de pesquisas com foco na depressão pós-parto. O instrumento foi traduzido e validado em diversos países, inclusive no Brasil (Ferreira, Corrêa, Diniz & Silva, 2009). Pensando em sua aplicação na gestação, os autores desenvolveram um instrumento de auto-avaliação simples, de fácil e rápido preenchimento, não necessitando da presença de um especialista no momento da avaliação. O questionário de autoavaliação contém dez perguntas com quatro opções que são pontuadas de 0 a 3, de acordo com a presença e intensidade dos sintomas: humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, perda de prazer, diminuição do desempenho, culpa e ideias de morte e suicídio. O ponto de corte para rastreamento positivo de DPP é a pontuação maior ou igual a 12.

O terceiro instrumento foi a *Escala de Percepção do Suporte Social (versão adulta) – EPSUS-A*. Foi criada por Baptista e Cardoso (2010), com objetivo de avaliar a percepção de suporte social. Este instrumento possui 36 itens distribuídos a partir de quatro dimensões: Afeto (17 itens), interações sociais (5 itens), instrumental (7 itens) e, enfrentamento de problemas (7 itens). No estudo de validação para o Brasil, os valores de alpha de Cronbach para este

instrumento variaram entre 0,75 e 0,94. Segundo Baptista e Cardoso (2010), essa escala foi construída a partir da teoria de Suporte Social de Rodrigues e Cohen (1998). Esta teoria discute a existência de possíveis fontes de suporte social. Para esse estudo, foi utilizada a versão com 36 itens, os quais respondidos por meio de uma escala likert de quatro pontos (sempre; muitas vezes; poucas vezes; nunca), com sua pontuação variando entre 0 e 108; quanto maior for a pontuação na escala, maior será a percepção de suporte social (Baptista et al., 2010).

E por último foi utilizado o *Instrumento de Rastreamento para Sintomas de Ansiedade Gestacional (IRSAG)*, é um instrumento de auto-aplicação voltado para gestantes em todas as idades, composto por uma escala que tem como objetivo avaliar ansiedade gestacional em qualquer trimestre gestacional. Este instrumento possui 20 itens que são apresentados em uma escala likert de quatro pontos (Não; Pouco; Bastante; Muito). A sua correção se deu a partir dos escores brutos e identificado a qual quartil ele pertence. Até o quartil 25 foi considerado baixa ansiedade, quartil 50 ansiedade moderada e quartil 75 alta ansiedade, apresentando uma consistência interna de 0,93 de confiabilidade no seu Alfa de Cronbach (Schiavo & Brancaglioni, 2021).

### **Procedimentos para coleta de dados**

Após o recebimento e o aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi realizado um contato telefônico com as gestantes que participaram da primeira fase da pesquisa e que sinalizaram interesse em participar do grupo de intervenção. Foi apresentado a pesquisa, seus objetivos destacando os critérios de inclusão e exclusão. Após a realização do contato com todas as participantes, estas em uma etapa pré-teste, responderam os instrumentos. Na sequência, metade da amostra foi selecionada por sorteio para participar do Grupo de Intervenção (pré-natal psicológico) e a outra metade formou o Grupo Controle que não teve acesso à intervenção.

Os grupos foram separados por trimestres gestacionais devido às especificidades de cada período. Os encontros do grupo de intervenção aconteceram de forma online, por meio do google meet, em dia e horários pré-estabelecidos. Além da intervenção pelo Meet, foi criado um grupo fechado no *WhatsApp* com as participantes, onde foram compartilhados materiais referentes às temáticas da intervenção, trabalhado com elas durante cada semana. O grupo do *WhatsApp* era uma extensão do grupo de intervenção realizado no Google Meet. Foram realizados quatro encontros coletivos, com duração de uma hora e meia, cada, uma vez por semana no turno da noite.

Os encontros do Grupo de Intervenção foram realizados de forma psicoeducativa e reflexiva e em cada encontro foram abordados, pela pesquisadora e psicóloga, um tema específico, tais como: “aspectos psicológicos da gestação/ansiedade gestacional, “medos associados ao parto” “suporte social”, “baby blues e depressão pós-parto”. A cada encontro a pesquisadora apresentava e discutia o tema, utilizando materiais onde cada gestante pode participar e compartilhar suas experiências frente aos temas abordados em cada encontro. Após o período de intervenção, todas as participantes do Grupo de Intervenção e do Grupo Controle (que não receberam nenhum tipo de intervenção) responderam novamente aos instrumentos em uma etapa de pós-teste, sendo comparados os seus resultados dos dois momentos de testagem.

### *Observações referentes a condução do grupo de intervenção*

Ao iniciar cada encontro a pesquisadora buscava sempre fortalecer a relação de vínculo entre as participantes, estimulando também a participação delas durante os encontros. Assim também acontecia no decorrer da semana nos grupos de WhatsApp. Os grupos no WhatsApp eram grupos fechados e tinham horários pré-estabelecidos para serem abertos, de acordo com a dinâmica de cada um deles e do compartilhamento também dos materiais.

A cada encontro finalizado, a pesquisadora solicitava um feedback das participantes, ouvia cuidadosamente cada uma que se disponibilizava a compartilhar sua experiência a fim de fortalecer o vínculo, bem como os pontos positivos e negativos frente a sua condução.

## ***Tabela 1***

### *Caracterização resumida da intervenção realizada*

<b>Objetivos</b>	<b>Estratégias utilizadas</b>
<p><b>1º Encontro:</b></p> <p>Promover um espaço de acolhimento e conhecimento inicial entre as participantes, gerando integração e pertencimento grupal. Possibilitar que as gestantes falem sobre suas vivências atuais, apresentar os aspectos emocionais de cada trimestre.</p>	<p>Inicialmente, foi solicitado aos participantes uma breve apresentação sobre o momento que ela está vivenciando, breve relato sobre a gravidez. Em seguida, exposição de slides com tema “aspectos emocionais da gestação” com o foco em trabalhar as questões psicológicas do período gestacional, como a ansiedade, medo do parto. Posteriormente, foi aberto para discussão, acolhimento frente às demandas apresentadas e feedback sobre o material apresentado. Para casa: Durante a semana, cada gestante iria observar as situações que têm influenciado suas emoções e anotar a que mais esteve presente. Compartilhamento no grupo do WhatsApp, caso sintam-se confortáveis.</p> <p>Compartilhado - Técnicas de redução da ansiedade - Técnica dos Cinco sentidos e de respiração. E-book.</p>
<p><b>2º Encontro:</b></p>	<p>Feedback das participantes sobre os aspectos relevantes da intervenção anterior. Exposição de slides sobre o tema "A</p>

Levantar e questionar preconceitos, mitos e crenças relacionados à maternidade e paternidade. Refletir sobre a importância da qualificação do papel dos pais na maternidade. A importância da construção de vínculo com a sua rede de apoio nesse momento.

construção da maternidade e da paternidade” (A importância do Suporte Social).

Posteriormente, foi aberto para discussão, acolhimento e feedback.

Para casa: Realização de atividade (foi acordado com as participantes a realização de uma lista com os nomes das pessoas que elas podem contar com base no conteúdo abordado sobre os tipos de rede de apoio) – prática, funcional e emocional.

Compartilhamento de vídeo sobre suporte social e E-book.

### 3º Encontro

Identificar o grau de conhecimentos das mães e sua capacidade de reconhecer sintomas.

Tema: Depressão pós-parto.

Feedback das participantes de como foi a semana (checagem de humor).

*Recurso instrumental:* técnica de associação de ideias sobre a maternidade e depressão.

#### Procedimentos:

1. As gestantes devem escrever as cinco primeiras palavras/frases que associam com: pós-parto, recém-nascido, tristeza, depressão e maternidade.
2. Após essa etapa, enumeram palavras ou frases, de acordo com o grau de representatividade crescente;
3. Exposição de slides com informações sobre características da Depressão Periparto, diagnósticos diferenciais (ex. psicose puerperal e *blues* puerperal);
4. Orientações sobre práticas terapêuticas e mitos sobre distúrbios no puerpério.
5. Principais estratégias de enfrentamento e autocuidado. Feedback.

Para casa: Durante a semana, compartilhar vídeo sobre a temática no WhatsApp, em seguida abrir o grupo para compartilhamento de experiências e materiais sobre a temática. As participantes serão incentivadas a observarem seu humor diariamente através de um registro de identificação que foi disponibilizado no grupo do Whatsapp, bem como vídeos sobre depressão e baby-blues para compartilhar com sua rede de apoio.

### 4º Encontro:

Autoavaliação de cada gestante sobre a intervenção.

Feedback sobre as atividades da semana.

Breve resumo das temáticas abordadas nos encontros anteriores;

Avaliação dos encontros e aplicação dos instrumentos (pós-teste).

## Análises de Dados

As respostas aos instrumentos foram analisadas por meio do Programa Estatístico SPSS, versão 20.0 Chicago INC II, USA (*Statistical Package for the Social Sciences*). Foi realizada

análise descritiva separada por grupo controle e intervenção para melhor caracterização da amostra, as respostas foram convertidas em termos de frequência, porcentagens, médias e desvio padrão, e foram dispostas em tabelas para a melhor visualização e compreensão dos dados. Posteriormente, foi realizado o teste de Wilcoxon para comparar os dois grupos, assim como análises de correlação.

## Resultados

Ao realizar análises descritivas das variáveis, foi possível observar que as participantes do grupo de intervenção-GI (n=35) tinham idade mínima de 18 e máxima de 42 anos, sendo idade média de 28 anos (DP=7,05), eram de treze estados brasileiros, sendo que Minas Gerais obteve uma maior quantidade de participantes (n=8) 22,9%, seguido de São Paulo (n=5) 14,3%, Pernambuco (n=4) 11,4% e Bahia (n=4) 11,4%. A maioria das gestantes eram casadas (60,0%), seguida das solteiras (20,0%) e que estavam namorando (20,0%). A maioria possuía ensino médio completo (31,4%), seguido de superior incompleto (20,0%), Pós-graduação (20,0%), superior completo (17,1%), médio completo (8,6%) e fundamental completo (2,9%). Com relação a renda, 22% informaram não possuir renda, 20,0% possuíam renda entre 1 e 2 salários-mínimos, 17,1% possuíam menos de 1 salário-mínimo, 14,3% tinham até 1 salário-mínimo, 11,4% possuíam entre 4 a 5 salários mínimos, 8,6% entre 2 e 3 salários, e 5,7% entre 3 e 4 salários mínimos. Sobre praticar religião, 57,1% informaram que não praticam religião. A maioria das participantes (74,3%) não praticavam atividade física.

Com relação ao período gestacional, 51,4% estavam no segundo trimestre, 37,1% no terceiro trimestre e 11,4% no primeiro trimestre. Quanto ao planejamento da gravidez, 51,4% não planejaram a gravidez, mas foi aceita por ambos os pais, 34,3% foram planejada/desejada por ambos os pais, 11,4% não foi planejada e desejada por ambos. No que se refere a quantidade de filhos vivos (contando com o bebê que gesta), 54,3% informaram ter apenas um filho, 31,4% dois filhos, 11,4% três filhos e 2,9% nenhum filho. A maioria das mulheres (51,4%) não tiveram outras gravidezes antes da atual, 28,6% tiveram uma, 8,6% duas, 8,6% três e 2,9% quatro gravidez.

O grupo controle-GC (n=40) foi composto por gestantes com idade mínima de 18 e máxima 39 anos, apresentando uma média de 27 anos (DP=6,08), de doze estados brasileiros, com maior número de participantes em São Paulo (22,5%), seguido de Bahia, Pernambuco, Minas Gerais e Santa Catarina, cada um com 12,5% das participantes. (75,5%) das participantes eram casadas/vivi junto, 10,0% solteira, 7% namorando, 5,0% estavam divorciadas. No que se

refere ao grau de escolaridade, (32,5%) tinham médio completo, 22,5% superior completo, 17,5% pós-graduação, 10,0% possuíam médio incompleto e 5,0% mestrado. A maioria possuía a renda entre 1 e 2 salários-mínimos (32,5%), seguida de não possuir renda 25,0%, até 1 salário-mínimo 15,0%, entre 5 a 10 salários mínimos 12,0% de 3 a 4 salários 5,0%, menos de 1 salário 5,0%. Dentre as participantes, (57,5%) não praticavam a religião e (42,5%) informaram praticantes, (57,5%) praticavam atividade física e (43,5%) não praticavam.

A maioria das participantes estavam no segundo trimestre gestacional (47,5%), seguido de 37,5% no terceiro trimestre e 15,0% no segundo. Sobre o planejamento da gravidez, 52,5% informaram que a gravidez não foi planejada, mas aceita por ambos os pais, 27,5% planejada e desejada por ambos, 7,5% não planejada e não aceita pelo pai, 5,0% não planejada e não desejada pela mãe, 5,0% não foi planejada pela mãe, mas desejada por ambos os pais e 2,5% planejada pela mãe e não desejada pelo pai. Com relação a filhos vivos, (72,5%) responderam possuir um, seguido de 15,0% três filhos, 7,5% dois, 2,5% quatro e 2,5% nenhum filho. Sobre gravidez anterior, (52,5%) informaram não ter tido gravidez anterior, 23,5% uma gravidez, seguida de 10,0% duas gravidezes.

Na Tabela 2 apresenta o resultado do teste de Wilcoxon do grupo de intervenção - GI, onde foi possível avaliar os níveis de ansiedade, sintomatologia depressiva, suporte social e seus indicadores na fase pré-teste e pós-teste. No grupo de intervenção, pode-se observar que a média dos níveis de ansiedade ( $Z=-4,710$ ;  $p < 0,01$ ) e sintomatologia depressiva diminuíram ( $Z=-4,070$ ;  $p < 0,01$ ) após a intervenção realizada, apresentando uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos. A média da percepção de suporte social aumentou, porém, não foi significativa ( $Z=-1,671$ ;  $p > 0,05$ ).

### **Tabela 2**

*Comparação das medidas do grupo intervenção pré-teste e pós-teste e resultado do Teste de Wilcoxon*

		<b>Grupo Intervenção</b>			
<b>Variáveis</b>		<b>Médias</b>	<b>DP</b>	<b>Z</b>	<b>Sig. (2. extr)</b>
Depressão	Pré-teste	16,80	6,38	-4,710	<b>,000**</b>
	Pós-teste	11,14	4,91		

Ansiedade	Pré-teste	48,20	14,56	-4,070	<b>,000**</b>
	Pós-teste	39,31	11,77		
Suporte S.	Pré-teste	61,39	25,81	-1,671	,375
	Pós-teste	67,20	25,73		
Afetivo	Pré-teste	31,60	14,34	-2,076	,038
	Pós-teste	35,51	12,88		
Interações Sociais	Pré-teste	5,89	4,15	-2,039	,041
	Pós-teste	7,00	3,92		
Instrumental	Pré-teste	11,74	5,97	-1,647	,102
	Pós-teste	13,09	5,73		
Enfrentamento	Pré-teste	12,06	4,20	-535	,593
	Pós-teste	11,60	5,73		

---

\*\* Valor de  $p < 0,01$

A Tabela 3 apresenta o resultado do teste de Wilcoxon do grupo controle, o que indicou que a média na escala de depressão foi menor no pós-teste do que a do pré-teste ( $Z = -2,647$ ;  $p < 0,05$ ). A média do pós-teste da escala de ansiedade também foi menor, mas não houve diferença estatisticamente significativa entre elas ( $Z = 1,481$ ;  $p > 0,05$ ) e a média de suporte social foi maior no pós-teste, porém essa diferença não foi significativa ( $Z = -,886$ ;  $p > 0,05$ ).

### **Tabela 3**

*Comparação das medidas do grupo controle pré-teste e pós-teste e resultado do Teste de Wilcoxon*

---

<b>Grupo Controle</b>				
<b>Variáveis</b>	<b>Médias</b>	<b>DP</b>	<b>Z</b>	<b>Sig.</b> <b>(2. extr)</b>

---

---

Depressão	Pré-teste	16,45	6,82	-2,647	,008
	Pós-teste	14,20	5,57		
Ansiedade	Pré-teste	47,90	14,03	1,481	,139
	Pós-teste	45,60	13,67		
Suporte S.	Pré-teste	63,88	25,73	-,886	,375
	Pós-teste	59,48	29,19		
Afetivo	Pré-teste	31,95	13,39	-,189	,850
	Pós-teste	30,05	14,21		
Interações Sociais	Pré-teste	6,80	4,02	-1,058	,290
	Pós-teste	6,20	4,18		
Instrumental	Pré-teste	12,83	5,83	-,126	,900
	Pós-teste	12,35	6,62		
Enfrentamento	Pré-teste	12,30	4,29	-1,732	,083
	Pós-teste	10,88	5,84		

---

### Discussão

A partir dos estudos empíricos apresentados e dos resultados da intervenção, algumas considerações importantes precisam ser destacadas. É alta a ocorrência dos sintomas de depressão e ansiedade em gestantes nesse estudo, e isso reforça a necessidade apontada na literatura, de que quando há identificação precoce de quadros psicopatológicos como a ansiedade e depressão na gestação, mais favorável será a assistência oferecida no puerpério (Mourão & Arrais, 2016; Arrais, Araújo & Schiavo, 2019; Branquinho et al., 2021; Yasuma et al. 2020). A média das participantes tanto do grupo de intervenção como as do grupo controle pontuaram acima de 12 pontos na escala de depressão, o que indica sintomas clinicamente significativos para a depressão pós-parto.



A hipótese inicial indicava que mulheres que participassem do grupo de intervenção apresentariam níveis mais baixos de sintomas de ansiedade e depressão, e níveis mais altos de suporte social do que as que estariam no grupo controle. Segundo os resultados apresentados na Tabela 2, os sintomas de ansiedade e depressão apresentaram uma queda em suas médias após a intervenção realizada, e essas diferenças foram significativas. O que pode ter influenciado nos resultados deste estudo foi o acompanhamento que essas gestantes também tiveram durante a semana, através do grupo do *WhatsApp*, diferenciando de outras intervenções mais pontuais.

Com esse resultado, pode-se observar a importância e eficácia das intervenções psicológicas durante a gestação, esse achado corrobora com o estudo de Braquinho et al., (2021), onde avaliaram o efeito de uma intervenção psicológica no tratamento da depressão perinatal, nos seus resultados encontraram uma diminuição nos sintomas de depressão tanto a curto prazo como também a longo prazo, reforçando ainda que essas intervenções podem também reduzir sintomas de ansiedade perinatal. Por ser uma fase de muitas alterações emocionais significativas, pode repercutir sobre emoções negativas e no seu impacto social durante e após a gestação (Arrais et al., (2019). Além de que, inúmeros são os fatores que provocam e desencadeiam sintomas depressivos e de ansiedade, advindos ou não pela situação gestacional, a saber: fatores sociais, o uso de redes sociais, contato com emoções negativas, entre outros (Schiavo, et al, 2018).

Apesar do resultado do suporte social ter aumentado após a intervenção, essa diferença não é significativa. Algumas possibilidades para justificar isso é o número de intervenções realizadas e que apesar das gestantes compreenderem a percepção do suporte social, para ele ser efetivado, é necessário a ajuda de outras pessoas, ou seja, ter uma rede de apoio disponível. Além disso, é importante enfatizar o seu cunho subjetivo e não pragmático, sendo alegado que, as percepções irão mudar e serem alteradas pelo humor da gestante, hormônios e suas possíveis alterações diante do seu dia a dia e um novo cotidiano, com novas rotinas e desafios. Nesse sentido, diante dos resultados apresentados pelas gestantes que participaram do grupo de intervenção, indicaram que o pré-natal psicológico pode ter sido um fator de proteção importante para prevenção de psicopatologias como ansiedade e depressão, isso corrobora com outras pesquisas, que ofertar cuidados em saúde mental durante a gestação poderá prevenir sintomas depressivos na gestação (Arrais, Cabral & Martins, 2012; Arrais, Mourão & Fragalle, 2014; Almeida & Arrais, 2016; Arrais & Araújo, 2016; Arrais, Araújo & Schiavo, 2018; Arrais,

Araújo & Schiavo, 2019; Benincasa, Freitas, Romagnolo & Heleno, 2019; Figueiredo et al., 2022) é um instrumento importante de prevenção.

Desse modo, a alta prevalência de sintomas de ansiedade e depressão encontrada pode indicar um problema de saúde pública, necessitando de uma atenção especial e exigindo estratégias de prevenção e tratamento, como a efetivação da Lei 14.721/23 que entrará em vigor em maio de 2024, a qual garante assistência psicológica gratuita a mulheres durante a gestação e pós-parto por meio do Sistema Único de Saúde – SUS. (Almeida & Arrais, 2016; Arrais & Araújo, 2016; Arrais, Araújo & Schiavo, 2018; Arrais, Araújo & Schiavo, 2019; Benincasa, Freitas, Romagnolo & Heleno, 2019).

### **Considerações Finais**

Na gestação é indispensável pensar na saúde mental da mulher nessa fase tão peculiar. Muitas alterações emocionais podem ser identificadas e tratadas de forma precoce quando se tem intervenções psicológicas disponíveis para esse público, como é o caso do pré-natal psicológico, uma vez que ele pode ser considerado um fator de proteção.

A gravidez apresenta muitos percalços para as gestantes, sejam elas sobre liberdade financeira, suporte familiar, empregabilidade, dentre vários outros processos apontados anteriormente. Com isso, é importante enfatizar e caracterizar, cada vez mais, intervenções voltadas para a diminuição de sintomas depressivos e na promoção do bem-estar e de sentimentos positivos na gravidez.

O objetivo desse artigo foi avaliar os efeitos de um grupo de pré-natal psicológico online na diminuição dos sintomas de ansiedade e depressão e aumento da percepção de suporte social em gestantes antes e após a intervenção. Diante dos achados, observa-se a necessidade de estudos futuros para testar a intervenção em um maior período, com um maior número de encontros e horários mais diversos, como também a realização de intervenção presencial e/ou individual. Pois, umas das limitações encontradas no decorrer da pesquisa foi a falta de disponibilidade das gestantes e compatibilidade de horários para intervenção. Outro ponto importante a destacar foi a dificuldade de encontrar gestantes no primeiro trimestre gestacional, o que pode ser justificado é que, embora muitas mulheres descubram a gravidez cedo, algumas ainda não se sentem conscientes de sua condição e, conseqüentemente, não manifestaram interesse no estudo. Além disso, outras podem não ter sido informadas sobre o estudo a tempo, o que pode ter interferido em uma amostra menor de gestante nesta fase. Por fim, a intervenção psicológica realizada neste estudo possibilitou a essas gestantes um espaço terapêutico de fala,

reflexões e acolhimento, onde as intervenções realizadas nesse contexto puderam proporcionar um alívio e a elaboração psíquica dos problemas apresentados pelas gestantes.

### Referências

- Araújo, N., & Cerqueira-Santos, E. (2021). Depressão, Ansiedade e Suporte Social na Gestação: Um estudo exploratório pré-intervenção. *Saúde e Desenvolvimento Humano*, 9(3).
- Arrais, A. R., Cabral, D. S. R., & Martins, M. H. F. (2012). Grupo de pré-natal psicológico: Avaliação de programa de intervenção junto a gestantes. *Encontro: Revista de Psicologia*, 15(22), 53-76.
- Arrais, A. R., Mourão, M. A., & Fragalle, B. (2013). O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Revista Saúde e Sociedade*, 22(3), 251-264.
- Arrais, A. R., Araújo, T. C. C. F. (2016). Pré-Natal Psicológico: perspectivas para atuação do psicólogo em Saúde Materna no Brasil. *Rev. SBPH*; 19(1):103116.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext & pid=S151608582016000100007 & lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582016000100007&lng=pt).
- Arrais, A. R., Araújo, T. C.C F., & Schiavo, R. A. (2019). Depressão e ansiedade gestacionais relacionadas à depressão pós-parto e o papel preventivo do pré-natal psicológico. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(2), 23-34. <https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.706>.
- Almeida, N. M.C., Arrais, A. R. (2016). O Pré-Natal Psicológico como Programa de Prevenção à Depressão Pós-Parto. *Psicologia: Ciência e Profissão* Out/Dez. 2016 v. 36 n°4, 847-863. [https:// DOI: 10.1590/1982-3703001382014](https://DOI:10.1590/1982-3703001382014).
- Battle, C. L., Fritzon, A. E. (2018). Depression in pregnancy: A role for yoga, lifestyle practice to complement nutrition. In *Handbook and nutrition and pregnancy*. Human Press.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D. & Torres, E. C. R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Psic: revista da Vetor Editora*, 7(1), 39-48.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1676-73142006000100006&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142006000100006&lng=pt&tlng=pt)
- Branquinho, M., Rodriguez-Muñoz, M. F., Maia, B. R., Marques, M., Matos, M., Osma, J., Moreno-Peral, P., Conejo-Cerón, S., Fonseca, A., & Voursora, E. (2021). Effectiveness of psychological interventions in the treatment of perinatal depression:

- A systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Journal of affective disorders*, 291, 294–306. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.010>.
- Brasil. (2008). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Magnitude do Aborto no Brasil: aspectos epidemiológicos e sócio-culturais. Abortamento Previsto em lei em Situações de violência sexual. Brasília, DF, 2008.  
[http://www.ipas.org.br/arquivos/factsh\\_mag.pdf](http://www.ipas.org.br/arquivos/factsh_mag.pdf).
- Brasil. (2022) Ministério da Saúde. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília : Ministério da Saúde ; 2022.
- Brasil. (2012) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.  
[manual\\_tecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf) (saude.gov.br).
- Bento, L. C., Simão, G. F., & Almeida, R. C. (2022). A importância do acompanhamento psicológico durante o pré-natal em um hospital universitário: um relato de experiência. *Revista ELO – Diálogos Em Extensão*, 11.  
<https://doi.org/10.21284/elo.v11i.14553>.
- Broskey, N. T., Marllat, K. L., Redman, L. M. (2018). Body Composition in Pregnancy. In *Handbook of Nutrition and Pregnancy*. Humana Press.
- Bortoletti, F. F. (2007). *Psicologia na prática obstétrica: uma abordagem interdisciplinar*. Barueri: Manole.
- Cardoso, H. F., & Baptista, M. N. (2014) Escala de Percepção do Suporte Social (versão adulta) - EPSUS-A: estudo das qualidades psicométricas. *Psico-USF [online]*., v. 19, n. 3 , pp. 499-510. <<https://doi.org/10.1590/1413-82712014019003012>>.
- Fontana, A. P., Medanha, A. B. A., Inácio, M. X., Gusmão, P. P. (2017). Pré-natal: a visão das gestantes e puérperas usuárias do serviço de saúde pública. *Revista Educação em Saúde*. 5(2): 72-78.
- Figueiredo, L. M. S., Carneiro, M. J., Rego, S. C.S., Lins, A. A., & Cruz, C. R. P. (2022). Pré-Natal psicológico como uma possibilidade de cuidado integral à saúde materna: Uma

- revisão integrativa da literatura. *Psicologia E Saúde Em Debate*, 8(1), 1–13.  
<https://doi.org/10.22289/2446-922X.V8N1A1>.
- Gandolfi, R.R.F., Gomes, P. F. M., Reticena, O. K., Santos, S.M., & Damini, V. A. M. N.(2019). Mudanças na vida e no corpo da mulher durante a gravidez. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSC*.Vol.27, n.1,pp.126-131.
- Hompoth, E. A., Pető, Z., Fűrészné Balogh, V., & Tőreki, A. (2020). Associations Between Depression Symptoms, Psychological Intervention and Perinatal Complications *J Clin Psychol Med Settings* 27, 199–205. <https://doi.org/10.1007/s10880-019-09632-4>.
- Hoyer, J., Wieder, G., Höfler, M., Krause, L., Wittchen, H. U., & Martini, J. (2020). Do lifetime anxiety disorders (anxiety liability) and pregnancy-related anxiety predict complications during pregnancy and delivery?. *Early human development*, 144, 105022. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105022>.
- Lima, M. O. P., Tsunehiro, M. A., Bonadio. I. C., & Murata, M. (2017). Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal / Depressive symptoms in pregnancy and associated factors: longitudinal study. *Acta paul. Enferm;* 30(1): 39-46.
- Malloy-Diniz, L. F., Schlottfeldt, C. G. M. F., Figueira, P., Neves, F. Silva., & Corrêa, H. (2010). Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburg: análise fatorial e desenvolvimento de uma versão de seis itens.*Revista Brasileira de Psiquiatria*,32(3), 316-318. <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010000300018>.
- Marcelle I. Cedars, Susan E. Taymans, Louis V. DePaolo, Lee Warner, Stuart B. Moss, Michael L. Eisenberg, The sixth vital sign: what reproduction tells us about overall health. Proceedings from a NICHD/CDC workshop, *Human Reproduction Open*, Volume 2017, Issue 2, 2017, hox008, <https://doi.org/10.1093/hropen/hox008>
- Mughal, M. K., Giallo, R., Arnold, P., Benzies, K., Kehler, H., Bright, K., & Kingston, D. (2018). Trajectories of maternal stress and anxiety from pregnancy to three years and child development at 3 years of age: Findings from the All Our Families (AOF) pregnancy cohort. *Journal of affective disorders*, 234, 318–326.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.095>.
- Moraes, A., Magalhães, E., Vilela, A., Kac, G., & Vaz, J. (2021). Sintomas de ansiedade gestacional e pós-parto e intenção de amamentar exclusivo até os seis meses: resultados de uma coorte prospectiva do Rio de Janeiro. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, 16, e51297. doi:<https://doi.org/10.12957/demetra.2021.51297>

- Papita, D. E.; Olds, S. W.; Feldman, R. D. (2013) *Desenvolvimento humano*. 12. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Pereira, P. K., & Lovisi, G. M. (2008). Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Rev. psiquiatr. clín.* [online], 35 (4), 144-153.  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832008000400004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000400004).
- Pereira, P. K., Lovisi, G. M., Lima, L. A., & Legay, L. F. (2010). Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. *Rev. psiquiatr. clín.* [online], 37 (5), 216-222.  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832010000500006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000500006).
- Rezaee, R. Framarzi, M. (2014) Predictors of mental health during pregnancy. *Iran J Nurs Midwifery Res.* Feb;19(7 Suppl 1): S45-50. PMID: 25949251; PMCID: PMC4402987.
- Romagnolo, A. N., Benincasa, M. G., Freitas, V. B., Januário, B. S., & Heleno, M. G. V. (2019). O pré-natal psicológico como um modelo de assistência durante a gestação. *Revista da SBPH*, 22(1), 238-257. Recuperado em 27 de julho de 2023, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582019000100013&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000100013&lng=pt&tlng=pt).
- Schiavo, R. A., Rodrigues, O. M. P. R., & Perosa, G. B. (2018). Variáveis associadas à ansiedade gestacional em primigestas e multigestas. *Temas em Psicologia*, 26(4), 2091-2104. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2018.4-14Pt> .
- Schiavo, R. A., Brancaglioni, M. Y. M. (2021) Instrumento de rastreio para sintomas de ansiedade gestacional – IRSAG. *Brazilian Journal of Health Review* ISSN: 2595-6825.
- Silva, M. M. de J., Lima, G. S., Monteiro, J. C. dos S., & Clapis, M. J. (2020). Depressão na gravidez: fatores de risco associados à sua ocorrência. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas (Edição Em Português)*, 16(1), 1-12.  
<https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.153332>.
- Trevisan, M. R., Lorenzi, D. R. S., Araujo, N. M., & Esber, K. (2002). Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 24(5), 293-299.  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032002000500002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032002000500002).
- Van de Loo, K., Vlenterie, R., Nikkels, S. J., Merkus, P., Roukema, J., Verhaak, C. M., Roeleveld, N., & van Gelder, M. (2018). Depression and anxiety during pregnancy:

- The influence of maternal characteristics. *Birth* (Berkeley, Calif.), 45(4), 478–489.  
<https://doi.org/10.1111/birt.12343>.
- Vieira, B.D., & Parizotto, A.P.A.V. (2013) Alterações psicológicas decorrentes do período gravídico. *Unoesc e Ciência – ACBS*. 4(1), 79  
 90. <http://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/view/2559/pdf>.
- Kliemann, A., Boing, E., & Crepald, A. A. (2017) Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos. *Mudanças - Psicologia da Saúde*, 25 (2), Jun-dez.
- Yasuma, N., Narita, Z., Sasaki, N., Obikane, E., Sekiya, J., Inagawa, T., Nakajima, A., Yamada, Y., Yamazaki, R., Matsunaga, A., Saito, T., Watanabe, K., Imamura, K., Kawakami, N., & Nishi, D. (2020). Antenatal psychological intervention for universal prevention of antenatal and postnatal depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 273, 231–239.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.063>.
- Zerbini, E. M. C., & Arrais, A. R. (2022). O pré-natal psicológico em gestação decorrente de estupro: protocolo de intervenção. *PSI UNISC*, 6(1), 37-47.  
<http://doi:10.17058/psiunisc.v6i1.16328>.

## CONCLUSÕES GERAIS

A presente dissertação buscou-se contribuir para a ciência psicológica, bem como para os estudos da psicologia perinatal. Os dados ressaltam a importância do rastreamento precoce e a urgência na implementação de medidas preventivas e de promoção da saúde materna. Isso inclui a adoção de intervenções psicológicas, como o pré-natal psicológico, tanto presencialmente quanto online, como componente essencial das políticas públicas de saúde. A saúde mental perinatal tem sido um grande problema de saúde pública, pois a mulher nesse período, quando acometida por transtornos psicológicos como à ansiedade e depressão, pode limitar essa gestante as suas funções diárias, sendo incapacitante e prejudicial para a saúde da mulher. Por se tratar de um período de crise, as gestantes precisam se adaptar a essas mudanças nos níveis biológicos, psicológico e social resultantes da sua gestação, do maternar, bem como dos novos papéis sociais que passam a ocupar. Diante desse cenário, o primeiro artigo buscou-se verificar os níveis de ansiedade, sintomas depressivos e suporte social em gestantes que estavam em acompanhamento pré-natal ginecológico na rede pública e particular, comparar os níveis desses construtos e verificar se existiam correlações.

Nesse estudo foi encontrado resultados que apontaram diferenças estatisticamente significativas entre a média dos níveis de ansiedade, depressão e suporte social na rede pública e particular. Por conseguinte, o segundo artigo objetivou avaliar os efeitos de um grupo de pré-natal psicológico on-line na diminuição dos sintomas de ansiedade, depressão e aumento da percepção de suporte social em gestantes antes e após a intervenção. Este estudo tem um diferencial das demais intervenções psicológicas em grupo existentes, a primeira por ser no formato on-line, onde existe uma flexibilidade e comodidade das gestantes estarem em seu ambiente, grupo de acompanhamento pelo WhatsApp, onde elas puderam ter um suporte mais ampliado da pesquisadora e psicóloga, bem como a rede de apoio que foi construída entre elas. No entanto, algumas limitações devem ser apontadas, como por exemplo a dificuldade de encontrar gestantes no primeiro trimestre gestacional, disponibilidade de horários para participação nas intervenções, bem como a falta de estudos que associem os construtos.

Para estudos futuros, sugere-se mais pesquisas que associem os três construtos com gestantes da rede pública e particular, como também intervenções psicológicas que possam comparar os três construtos em cada período gestacional, sendo possível a realização intervenções com um período maior de encontros.

### REFERÊNCIAS DA INTRODUÇÃO GERAL

- Arrais, A.R., & Araujo, T. C. C. F. (2016). Pré-Natal Psicológico: perspectivas para atuação do psicólogo em Saúde Materna no Brasil. *Revista da SBPH*, 19(1), 103-116. <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1516-08582016000100007&lng=pt&tlng=pt>.
- Arrais, A.R., Araujo, T. C. C. F., & Schiavo, R. A. (2019). Depressão e ansiedade gestacionais relacionadas à depressão pós-parto e o papel preventivo do pré-natal psicológico. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(2), 23-34. <https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.706>.
- Almeida, N. M. C., & Arrais, A.R. (2016). O Pré-Natal Psicológico como Programa de Prevenção à Depressão Pós-Parto. *Psicologia. Ciência e Profissão*, v. 36, n. 4, p. 847–863. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001382014>.
- Baptista, M.N., Baptista, A.S.D., & Torres, E. C. R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Psic*, São Paulo, v.7, n.1, p.3948, [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S167673142006000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167673142006000100006&lng=pt&nrm=iso).



- Benincasa, M. (2019) O pré-natal psicológico como um modelo de assistência durante a gestação. *Rev. SBPH, São Paulo*, v. 22, n. 1, p. 238-257.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582019000100013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000100013&lng=pt&nrm=iso).
- Carvalho, D.S.M. et al. (2023). A importância da adesão do parceiro ao pré-natal para compartilhamento e desenvolvimento gestacional. *Rev. Científica Multidisciplinar – ISS 2675-6218*. <https://doi.org/10.47820/recima21.v4i9.3951>
- Figueiredo, L. M. S. et al. (2022). Pré-natal Psicológico como uma possibilidade materna: Uma revisão integrativa da literatura. *Rev. Psicol Saúde e Debate*. Jan., 2022:8(1): 1-13. <https://doi.org/0.22289/2446-922X.V8N1A1>.
- Lima, M. O. P., Tsunechiro, M.A., Bonadio, I. C., Murata, M. (2017). Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 30, n. 1, p. 39–46. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700007>.
- Maldonado, M. T. (2017). O impacto do Gestar. In Maldonado, M.T. *Psicologia da gravidez: gestando pessoas para uma sociedade melhor*. São Paulo: Idéias & Letras. Cap 1, pag 30.
- Vescovi, G. et al. (2022). Saúde mental na gestação, no nascimento e na primeira infância: análise crítica de políticas públicas brasileiras. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 30, n. 4, p. 525. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230040502>.
- Vieira, B. D., & Parizotto, A. P. A. V. (2013). Alterações Psicológicas Decorrentes do Período Gravídico. *Unoesc & Ciência - ACBS*, [S. l.], v. 4, n.1, p. 79-90.  
<https://periodicos.unoesc.edu.br/acbs/article/view/2559>.
- Rezaee, R., Framarzi, M. (2015) Predictors of mental health during pregnancy. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, [S.l.], v. 19, n. 7, p. 45-50.  
<http://ijnmr.mui.ac.ir/index.php/ijnmr/article/view/1150>.
- Romagnolo, A. N. et al. (2017). A família como fator de risco e de proteção na gestação e no pós-parto. *Semina: Ciências Sociais e Humanas, Londrina*, v. 38, n. 2, p. 133-146.  
<https://doi.org/10.5433/1679-0383.2017v38n2p133>.
- Santos, E.C., & Barbosa, I. H. A. (2023) Depressão e Ansiedade entre Gestantes de Sergipe: Prevalência de e Fatores Associado. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*. Ed. Unilaalle, (2317-8582). <http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v11i3.10407>.
- Steen, M., & Francisco, A. A. (2019) Bem-estar e saúde mental materna. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 32, n. 4, p. III–IVI. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900049>.

Silva, M. M. J. et al.. (2017) Anxiety in pregnancy: prevalence and associated factors. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 51, p. e03253, <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016048003253>.

Zerbini, E. M. C., & Arrais A. R. (2022) O pré-natal psicológico em gestação decorrente de estupro: protocolo de intervenção. *PSI UNISC*, v. 6, n. 1, p. 37-47. <https://doi.org/10.17058/psiunisc.v6i1.16328>.

## ANEXOS

### ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- Versão On-line

#### **Avaliação da Ansiedade, sintomatologia Depressiva e Suporte Social em Gestantes**

CAEE No 64697422.1.0000.8052

**Pesquisadora Responsável:** Ana Alice Maria de Sá Gama

anaalice.sa@discente.univasf.edu.br, Fone:(87) 9.9916-0121; End: Rua José de Sá Maniçoba, S/N, Centro – Colegiado de Psicologia. CEP: 56304-917 Petrolina-PE.

**Pesquisadora Orientadora:** Prof. Dra<sup>a</sup> Carla Fernanda Ferreira Rodrigues Kursancew,

carla.fernanda@univasf.edu.br; End: Rua José de Sá Maniçoba, S/N, Centro, Colegiado de Psicologia. CEP: 56304-917 Petrolina-PE.

Olá, seja muito bem-vinda!

**Natureza da pesquisa:** A senhora está sendo convidada a participar como voluntária desta pesquisa que tem como objetivo avaliar os níveis de ansiedade, sintomatologia depressiva e suporte social em gestantes. Ao tratar sobre Ansiedade, Sintomatologia Depressiva e Suporte Social com gestantes, este projeto de pesquisa adentra em uma temática de saúde pública por se tratar de fenômenos que afetam mulheres em um período específico de suas vidas todos os anos no Brasil.

#### **Participantes da pesquisa:**

O método desse estudo será dividido em duas etapas, com a primeira sendo uma pesquisa de levantamento e a segunda uma intervenção com grupo experimental e controle. Para participar da primeira etapa da pesquisa, a senhora precisa possuir esses critérios: 1) estar em acompanhamento pré-natal ginecológico; 2) ser alfabetizada; 3) ter entre 18 e 45 anos; 4) não possuir diagnóstico de transtorno mental segundo a última versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM - V). E como critério de exclusão: Ser menor de 18 anos.

Nessa primeira fase da pesquisa serão aplicados quatro instrumentos de avaliação. O primeiro, é caracterizado como um *Questionário de Identificação*, tem como objetivo coletar dados sociodemográficos, fatores de riscos para o desenvolvimento de depressão e histórico gestacional. O segundo instrumento diz respeito a *Escala de Auto-Registro de Depressão Pós Parto de Edinburg*h (EPDS) - É um questionário de auto-avaliação dos sintomas depressivos. O terceiro é a *Escala de Percepção do Suporte Social (versão adulta) – EPSUS-A*, com objetivo de avaliar a percepção de suporte social. O último será o *Instrumento de Rastreamento para Sintomas de Ansiedade Gestacional (IRSAG)*, é um instrumento de autoaplicação para gestantes em todas as idades, composto por uma escala que objetiva avaliar ansiedade gestacional em qualquer trimestre da gravidez.

Após a realização dessa primeira fase, você será convidada a participar de uma segunda fase do estudo que consiste em uma intervenção psicológica (psicoeducativa), onde serão abordados temas como ansiedade, depressão, suporte social, parto, voltados para o acompanhamento psicológico na gestação.

Para participar da segunda etapa do estudo, você precisará ter respondido aos instrumentos do estudo I e ter sinalizado o interesse em participar do grupo interventivo de pré-natal psicológico. As gestantes que participarão do estudo são brasileiras, devem estar do primeiro ao terceiro trimestre gestacional e realizando o acompanhamento ginecológico pela rede pública e particular. A amostra será não probabilística, por conveniência. Os critérios de inclusão serão os seguintes: 1) estar em acompanhamento pré-natal ginecológico; 2) ser alfabetizada; 3) ter entre 18 e 45 anos, 4) não possuir diagnóstico de transtorno mental segundo a última versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM - V). Serão critérios de exclusão: 1) ter duas faltas no grupo interventivo de pré-natal psicológico.

A senhora tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser, poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do e-mail da pesquisadora responsável, e, se necessário, através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa, que é um órgão colegiado interdisciplinar e independente, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, que visa defender e proteger o bem-estar dos indivíduos que participam de pesquisas científicas.

**Envolvimento na pesquisa:** Ao participar deste estudo a senhora permitirá as pesquisadoras Ana Alice Maria de Sá Gama e Carla Fernanda Ferreira Rodrigues Kursancew utilizarem os seus dados coletados a partir do preenchimento de questionários contendo perguntas acerca dos seus dados sociodemográficos, histórico gestacional e questões referentes a ansiedade, depressão e suporte social, considerando a etapa pré-teste. Os questionários serão disponibilizados e respondidos em uma plataforma on-line e poderão ser acessados em qualquer computador ou dispositivo móvel que tenha acesso à internet. O tempo médio para responder os questionários é de 25 minutos para a primeira etapa da pesquisa. Na segunda etapa da pesquisa, em uma etapa pré-teste, as gestantes que sinalizaram interesse em participar do grupo de intervenção, irão responder aos instrumentos. Na sequência, metade da amostra será selecionada por sorteio para participar do grupo de intervenção (pré-natal psicológico) e a outra metade formará o Grupo Controle, que terá acesso à intervenção posteriormente. Os encontros do grupo de intervenção acontecerão de forma online, por meio do google meet, em dia e horário pré-estabelecidos. Os encontros serão coletivos, com duração de uma hora, cada, e periodicamente semanal. Estes ocorrerão no turno da noite. Os encontros do grupo de intervenção serão realizados de forma psicoeducativa e reflexiva, e serão abordados pela pesquisadora e psicóloga em cada encontro um tema específico, tais como: “aspectos psicológicos da gestação”, “mitos sobre a maternidade”, “medos associados ao parto”, “dores e sofrimentos durante o trabalho de parto”, “o papel do companheiro na gestação”, “o papel dos avós”, “ansiedade” e “depressão pós-parto”. Cada encontro será mediado em formato de roda de conversa, onde cada gestante poderá participar e compartilhar suas experiências frente aos temas abordados em cada encontro. Após o período de intervenção, todas as participantes do Grupo de Intervenção e do Grupo Controle responderão novamente aos instrumentos em uma etapa de pós-teste. A senhora tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser, poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do e-mail da pesquisadora responsável, e, se necessário, através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa, que é um órgão colegiado interdisciplinar e independente, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, que visa defender e proteger o bem-estar dos indivíduos que participam de pesquisas científicas.

**Riscos e desconforto:** A participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas. Como risco, destaca-se: a sensação de eventual desconforto diante do tempo dispensado ao responder os instrumentos, em média de 25 minutos, desconforto visual por uso de tela, tempo destinado ao grupo interventivo, em média de 1h, possíveis desconfortos relacionados ao conteúdo das perguntas dos questionários e do conteúdo abordado nos encontros do grupo interventivo, por se tratar de aspectos relacionados a sua história de vida. Para que os possíveis desconfortos gerados pela utilização de computador ou dispositivo móvel ao responder esta pesquisa sejam minimizados, aconselhamos que a senhora reduza o brilho da tela do computador/notebook ou qualquer outro dispositivo móvel para que a exposição aos eletrônicos não seja cansativa e cause algum desconforto e que se sente em um local confortável (cadeira ou sofá). A fim de minimizar os riscos psicológicos, a pesquisadora, psicóloga, oferecerá suporte psicológico imediato, integral e pelo tempo necessário através do acolhimento psicológico. Contudo, havendo o surgimento de sofrimento, trauma ou angústia durante qualquer etapa deste estudo, a participante poderá suspender a atividade, sem prejuízo algum.

Ademais, ocorrendo algum dano ao participante decorrente da sua participação na pesquisa é sugerido ao mesmo que ao considerar necessário entre em contato o mais breve possível com a pesquisadora responsável. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução no 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

**Confidencialidade:** Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente as pesquisadoras terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-las em sigilo ao publicar os resultados dessa pesquisa e a garantir o não vazamento das informações pessoais coletadas. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa com as pesquisadoras do projeto e, para quaisquer dúvidas éticas, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa. Os contatos estão descritos no início e final deste termo.

**Benefícios:** Ao participar desta pesquisa a senhora não terá nenhum benefício direto. No entanto, propõe-se a oportunidade de reflexão sobre os aspectos relacionados à gestação, um espaço de autocuidado e suporte e a contribuição na produção científica na área estudada, reflexão acadêmica e possivelmente estimular intervenções baseadas na promoção de saúde. Após análise dos dados, será ofertado um grupo de pré-natal psicológico às participantes que ficaram na lista de espera após terem sido alocadas no grupo controle, como forma de garantir que todas as participantes do estudo sejam beneficiadas. A pesquisadora responsável se compromete a divulgar os resultados obtidos, respeitando-se o sigilo das informações coletadas, conforme previsto no item anterior.

**Pagamento:** A senhora não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa. Porém, ocorrendo algum tipo de despesa, a senhora terá direito ao ressarcimento. Além disso, havendo algum dano em decorrência da participação nesta pesquisa, o participante terá direito a indenização. Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto, marque a opção “aceito” para autorizar a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Link para baixar o TCLE: [https://drive.google.com/file/d/1tkLhKtfdNnt43lcx7UgORI7275yK3rFT/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/1tkLhKtfdNnt43lcx7UgORI7275yK3rFT/view?usp=share_link)

É importante que você salve este termo de consentimento assinado em seus arquivos para fins de consulta. Se você preferir, solicite-nos uma via por e-mail, nos contatando através do endereço eletrônico [anaalice.sa@discente.univasf.edu.br](mailto:anaalice.sa@discente.univasf.edu.br).

Obs: Não marque a opção "ACEITO PARTICIPAR DA PESQUISA" desse termo se ainda tiver dúvida a respeito. Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Aceito ( )            Não aceito ( )

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do IF SERTÃO-PE no endereço: Reitoria ; Rua Aristarco Lopes, 240, Centro, CEP 56.302-100, Petrolina-PE, Telefone: (87) 2101-2350 / Ramal 2364, <http://www.ifsertao-pe.edu.br/index.php/comite-de-etica-em-pesquisa>, [cep@ifsertao-pe.edu.br](mailto:cep@ifsertao-pe.edu.br); ou poderá consultar a Comissão nacional de Ética em Pesquisa, Telefone (61)3315-5878, [conep.cep@saude.gov.br](mailto:conep.cep@saude.gov.br).

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um colegiado interdisciplinar e independente, que deve existir nas instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, criado para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

**Ana Alice Maria de Sá Gama**

Pesquisadora Responsável

**Carla Fernanda F. Rodrigues Kursancew**

Pesquisadora Orientadora

**ANEXO B- Questionário de Identificação**

**DADOS DEMOGRÁFICOS**

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Idade da Gestante:** \_\_\_\_\_ **Idade do Conjugue/companheiro:** \_\_\_\_\_

**Período Gestacional:** \_\_\_\_\_

**Onde é realizado o pré-natal:** SUS ( ) Particular ( )

**Estado Civil:**

Solteira ( ) Casada/Viver Junto ( ) Divorciada/Separada ( ) Viúva ( )

**Grau de escolaridade**

( ) Fundamental Incompleto ( ) Fundamental Completo ( ) Médio Incompleto

( ) Médio Completo ( ) Superior Incompleto ( ) Superior Completo

( ) **Outro. Especificar** \_\_\_\_\_

**SITUAÇÃO SÓCIO-PROFISSIONAL**

**Profissão:** \_\_\_\_\_

**Religião:** \_\_\_\_\_ ( ) Praticante ( ) Não praticante

**Agregado Familiar:**

Mora sozinha ( )

Mora com o marido ( )

Mora com o marido/companheiro e filhos ( )

Mora sozinha com os filhos ( )

Mora com os pais ( )

Mora com as amigas ( )

Outro \_\_\_\_\_

**Dados Clínicos**

**Gravidez**

Semana gestacional \_\_\_\_\_

**A gravidez foi ...**

Planejada/desejada ( )

Não planejada e não aceita por ambos os pais ( )

Não planejada e não aceita por um dos pais (especifique se o pai ou a mãe )

\_\_\_\_\_  
 Não planejada mas aceita por ambos os pais ( )

**Números de filhos vivos:** \_\_\_\_\_

**Números de gravidez anteriores:** \_\_\_\_\_

**No caso de ter havido outras gravidezes anteriores especifique se o parto foi:**

- Normal       Cesariana       Fórceps  
 Outro \_\_\_\_\_

**A gravidez atual foi antecedida de:**

- Abortos espontâneos       Recurso de tratamento de infertilidade  
 Dificuldades de engravidar(tempo \_\_\_\_\_)       Normal  
 Outros \_\_\_\_\_

### **HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA PRÉVIA**

**Necessitou de alguma ajuda ou de efetuar algum tratamento psicológico/psiquiátrico ao longo da vida:**

- Sim       Não

Se sim, especifique qual o motivo do tratamento e a duração: \_\_\_\_\_

**Possui algum diagnóstico psiquiátrico? Se sim, qual?** \_\_\_\_\_

### **VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ**

**Durante a gravidez quem são as pessoas que mais lhe dão apoio:**

- Marido/Companheiro       Mãe       Pai       Amigo/a  
 Médico que acompanha a gravidez       Outros \_\_\_\_\_

**Durante a gravidez sente que tem o apoio do seu marido/companheiro:**

- Tudo o que esperava       Podia ter mais apoio       Nenhum apoio

**Quais os aspectos referentes a gravidez que lhe causam maior ansiedade:**

- Parto       Saúde do Bebê       Falta de apoio após o parto  
 Aspecto físico atual       Aspecto físico após do parto  
 Não conseguir responder às necessidades do bebê       Outros \_\_\_\_\_

**Durante a gravidez houve algum acontecimento de vida específico que possa referir como responsável pelo aparecimento/aumento da ansiedade ou tristeza?**

- Nenhum  
 Divorcio/Separação  
 Perda do Emprego  
 Morte de familiares e/ou pessoas próximas  
 Mudança de Emprego  
 Mudança de Residência  
 Doença       Outros \_\_\_\_\_



**ANEXO C- Versão em português da Escala de Depressão pós-Parto de Edimbugo (EPDS)**

Marque a resposta que mais se aproxima dos seus sentimentos nos últimos sete dias.  
Obrigado.

**Nos últimos 7 dias:****1. Tenho sido capaz de rir e ver o lado divertido das coisas.**

- Tanto como dantes
- Menos do que antes
- Muito menos do que antes
- Nunca

**2. Eu tenho pensado no futuro com alegria**

- Sim, como sempre tive
- Menos do que costumava ter
- Muito menos do que costumava ter
- Quase nenhuma

**3. Tenho me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal.**

- Sim, a maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Raramente
- Não, nunca

**4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo.**

- Não, nunca
- Quase nunca
- Sim, por vezes
- Sim, muitas vezes

**5. Tenho me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo.**

- Sim, muitas vezes
- Sim, por vezes
- Não, raramente

Não, nunca

**6. Tenho sentido que são coisas demais para mim.**

Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las

Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes

Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente

Não, resolvo-as tão bem como antes

**7. Tenho me sentido tão infeliz que durmo mal.**

Sim, quase sempre

Sim, por vezes

Raramente

Não, nunca

**8. Tenho me sentido triste ou muito infeliz.**

Sim, quase sempre

Sim, por vezes

Raramente

Não, nunca

**9. Tenho me sentido tão infeliz que choro.**

Sim, quase sempre

Sim, por vezes

Raramente

Não, nunca

**10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma.**

Sim, muitas vezes

Por vezes

Muito raramente

Nunc

**ANEXO D- Escala de Percepção do Suporte Social (Versão Adulto) – EPSUS-A**

**Hugo Ferrari Cardoso e Makilim Nunes Baptista**

Abaixo você encontrará uma série de afirmações relacionadas ao quanto você pode contar com pessoas (amigos, vizinhos, família, etc.) em suas necessidades afetivas, de informação, instrumental e no enfrentamento de problemas. Responda a partir da seguinte afirmação:

- (3) Sempre  
 (2) Muitas vezes  
 (1) Poucas vezes  
 (0) Nunca

**Posso contar com pessoas que...**

1	Me convidam para atividades sociais				
2	Pagam minhas contas quando tenho um problema financeiro				
3	Me proporcionam situações agradáveis				
4	Compreendem meus problemas				
5	Escutam meus problemas sem me julgar				
6	São agradáveis para se conversar				
7	Respeitam minhas opiniões				
8	Estão ao meu lado quando preciso				
9	Me fornecem alimentação quando preciso.				
10	Demonstram confiança				
11	Auxiliam em momentos de tomadas de decisões em minha vida				
12	Ajudam a comprar a medicação quando estou doente				
13	Me divertem				
14	Me valorizam				
15	Me auxiliam a compreender determinada situação				
16	Proporcionam momentos de descontração				
17	Auxiliam financeiramente quando preciso comprar algo necessário				
18	Escutam meus medos e preocupações				
19	Me convidam para atividades de lazer				
20	Me fazem rir				

21	Entendem meus valores				
22	Me ajudam caso venha a ficar doente				
23	Me convidam para praticar atividades físicas				
24	Demonstram carinho por mim				
25	Comemoram comigo minhas alegrias e conquistas				
26	Conseguem me distrair				
27	Me convidam para viajar				
28	Me elogiam				
29	Fazem contato comigo quando não compareço a um evento social				
30	Preparam minhas refeições quando estou impossibilitado				
31	Discutem meus problemas				
32	Passam momentos agradáveis comigo				
33	Confiam em mim				
34	Se preocupam com meu bem-estar				
35	Emprestam dinheiro quando estou com dificuldades financeiras				
36	Ajudam com informações sobre meus planos para o futuro				

Quando você respondeu as questões anteriores, em quantas pessoas você pensou?

nenhuma     1 a 4 pessoas     5 a 7     8 a 10     mais que 10 pessoas

Essas pessoas incluem? Coloque entre parênteses o número de pessoas correspondente. Por exemplo, se você pensou em 4 pessoas, sendo que desses três são de sua família e uma é um amigo(a) de trabalho, escreva 3 na opção família e 1 na opção amigos do trabalho dentro dos parênteses

família                       amigos da escola/universidade                       amigos do trabalho

parentes                       amigos do clube                       amigos da igreja

vizinhos                       amigos em geral                       Outros. Especificar

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_                       \_\_\_\_\_

**ANEXO E- Instrumento de Rastreo para Sintomas de Ansiedade Gestacional- IRSARG**

NOME \_\_\_\_\_

IDADE \_\_\_\_\_

CELULAR \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: ( ) Casada ( ) União estável ( ) Solteira ( ) Namorando ( ) Viúva ( ) Separada

Leia as questões abaixo e faça um círculo na afirmação que melhor indicar como você se sente AGORA em relação à sua gestação. Não existem respostas certas e erradas. Pense nos últimos 7 dias para responder da forma mais sincera possível. Não temos objetivo de julgar suas respostas, mas de identificar como está se sentindo em relação à gestação.

1-	Não	3- Bastante	
2-	Pouco	4- MUITÍSSIMO	
1-	Estou preocupada em relação à minha gestação		1 2 3 4
2-	Insegurança define o que sinto agora		1 2 3 4
3-	Estou tensa com esta gravidez		1 2 3 4
4-	Estou arrependida de ter engravidado		1 2 3 4
5-	Não me sinto grávida nem me conecto com o bebê		1 2 3 4
6-	Sinto-me perturbada com essa gravidez		1 2 3 4
7-	Estou preocupada com possíveis incômodos		1 2 3 4
8-	Sinto-me cansada		1 2 3 4
9-	Sinto-me ansiosa		1 2 3 4
10-	Sinto que algo ruim possa acontecer a qualquer hora		1 2 3 4
11-	Sinto que não serei uma boa mãe		1 2 3 4
12-	Sinto-me nervosa com essa situação de estar grávida		1 2 3 4
13-	Estou agitada		1 2 3 4
14-	Sinto que algo de ruim vai acontecer a qualquer momento		1 2 3 4
15-	Sinto-me culpada		1 2 3 4
16-	Sinto-me triste		1 2 3 4
17-	Estou preocupada com o futuro		1 2 3 4
18-	Tenho pesadelos		1 2 3 4
19-	Tenho medo		1 2 3 4
20-	Sinto-me sozinha/desamparada		1 2 3 4

Pontuação \_\_\_\_\_

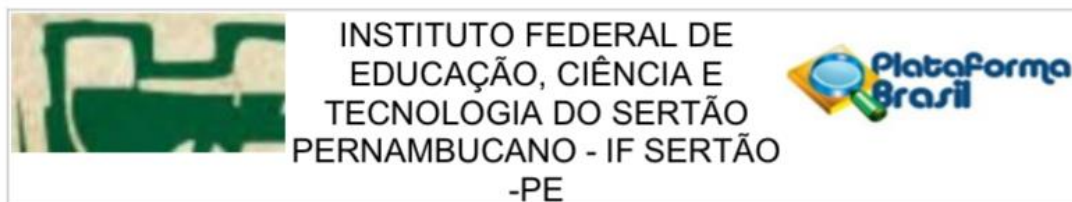
Resultado: ( ) Baixa Ansiedade ( ) Ansiedade ( ) Alta Ansiedade

**Você tem interesse em participar de um grupo de intervenção voltado para o acompanhamento psicológico na gestação posteriormente? Se tiver interesse, deixe seu número de telefone e e-mail (caso tenha) para entrarmos em contato.**

**Sim, tenho interesse:** ( )**Não tenho interesse em participar:** ( )**Número de telefone: DDD** ( )**Email:**

Muito obrigada.

## ANEXO F- Parecer Comitê de Ética



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Avaliação da Ansiedade, Sintomatologia Depressiva e Suporte Social em Gestantes

**Pesquisador:** Ana Alice Maria de Sá

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 64697422.1.0000.8052

**Instituição Proponente:** Fundação Universidade Federal do Vale do São Francisco

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.790.208

**Apresentação do Projeto:**

A gestação é marcada por transformações físicas, fisiológicas e emocionais na vida de uma mulher. Estudos apontam que a depressão gestacional é um fenômeno ainda pouco estudado e uma explicação para isso, seria a dificuldade que os profissionais de saúde têm em diferenciar a sintomatologia depressiva dos sintomas depressivos que ocorrem durante o período gestacional. Mediante este cenário, esta pesquisa tem por objetivo principal verificar os níveis de ansiedade, sintomatologia depressiva e suporte social em gestantes brasileiras. Estas deverão estar entre o primeiro e o terceiro trimestre gestacional e realizando o acompanhamento pré-natal ginecológico. O método será dividido em duas etapas, com a primeira sendo uma pesquisa de levantamento e a segunda uma intervenção com grupo experimental e controle. A amostra será por conveniência e o seu tamanho basear-se-á em estudos prévios da literatura. Para o estudo de levantamento, o mínimo será de 200 participantes, e para a etapa interventiva, o mínimo será de 40 mulheres gestantes. Os dados coletados serão analisados através do software SPSS, utilizando-se testes de correlação, teste t, análises descritivas, dentre outras. Espera-se que ao final desta pesquisa sejam obtidos dados que apontem para o perfil psicológico que caracteriza as gestantes brasileiras. Além disso, espera-se que o grupo interventivo contribua para compreender se este método pode oferecer melhorias em sintomas de ansiedade e depressão no público-alvo. Também

**Endereço:** Rua Aristarco Lopes, 240, 2º andar, sala 46.

**Bairro:** CENTRO

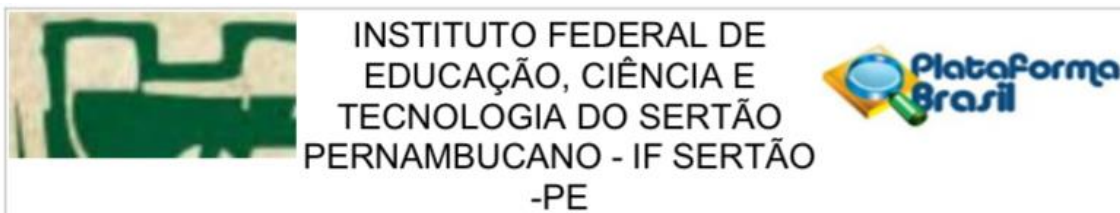
**CEP:** 56.302-100

**UF:** PE

**Município:** PETROLINA

**Telefone:** (87)2101-2364

**E-mail:** cep@ifsertao-pe.edu.br



Continuação do Parecer: 5.790.208

espera-se que o grupo de intervenção contribua com a melhoria da percepção de suporte social das participantes.

1.1 A equipe do projeto é composta por duas pesquisadoras: Ana Alice Maria de Sá e Carla Fernanda Ferreira Rodrigues, ambas foram cadastrada na Plataforma Brasil.

1.1 O projeto submetido é de natureza – pesquisa

1.2 Público-alvo:

Grupos em que serão divididos os participantes da pesquisa neste centro

Grupo interventivo 20 Pré-natal psicológico

Grupo Controle 20

Aplicação de instrumentos Gestantes 200

Critério de Inclusão:

- 1) estar em acompanhamento pré-natal;
- 2) ser alfabetizada;
- 3) ter entre 18 e 45 anos;
- 4) não possuir diagnóstico de transtorno mental segundo a última versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM - V).

Critério de Exclusão:

Primeira etapa: Ser menor de 18 anos.

Segunda Etapa: Possuir duas faltas no grupo de intervenção.

1.3 O projeto não apresenta todos os itens necessários à análise ética.

**Endereço:** Rua Aristarco Lopes, 240, 2º andar, sala 46.

**Bairro:** CENTRO

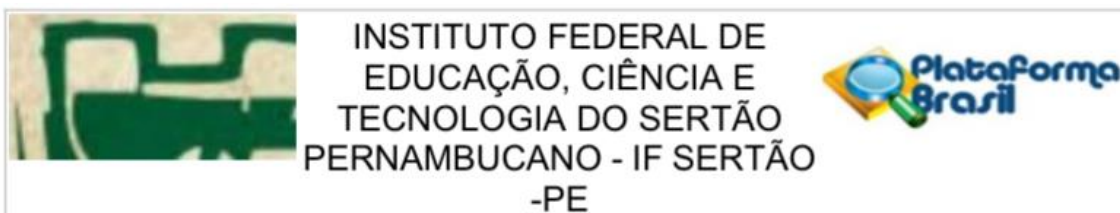
**CEP:** 56.302-100

**UF:** PE

**Município:** PETROLINA

**Telefone:** (87)2101-2364

**E-mail:** cep@ifsertao-pe.edu.br



Continuação do Parecer: 5.790.208

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Verificar os níveis de ansiedade, sintomatologia depressiva e suporte social de mulheres grávidas brasileiras que estão em acompanhamento pré-natal ginecológico na rede pública e particular.

Objetivo Secundário:

Primeira Etapa:

1. Realizar o levantamento de dados sociodemográficos das gestantes; 2. Compreender a relação entre ansiedade, sintomatologia depressiva e suporte social nas gestantes avaliadas;
3. Comparar os níveis dos três construtos em mulheres que fazem acompanhamento pré-natal da rede pública e privada;
4. Verificar os níveis de ansiedade, depressão e suporte social em cada trimestre gestacional;
5. Comparar os níveis dos três construtos nos três trimestres gestacionais em gestantes da rede pública e particular.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Os possíveis riscos e desconfortos gerados durante a pesquisa poderão estar relacionados ao uso do computador ou dispositivo móvel durante o tempo utilizado para responder os questionários como: desconforto visual, dor de cabeça ou cansaço mental. Para que os possíveis desconfortos gerados pela utilização de computador ou dispositivo móvel ao responder esta pesquisa sejam minimizados, aconselhamos ao (a) senhor (a) que reduza o brilho da tela do computador/notebook ou qualquer outro dispositivo móvel para que a exposição aos eletrônicos não seja cansativa e cause algum desconforto, que se sente em um local confortável (cadeira ou sofá) e que disponibilize um tempo médio de 25 minutos para responder os questionários da pesquisa. Além dos desconfortos citados, também poderá haver desconforto emocional e psicológico ao responder as perguntas, devido à natureza delicada, por se tratar de situações referentes a lidar com fatores influenciadores da gestação e do pós-parto. Contudo, havendo o surgimento de sofrimento, trauma ou angústia durante qualquer etapa deste estudo, o (a) participante poderá

**Endereço:** Rua Aristarco Lopes, 240, 2º andar, sala 46.

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 56.302-100

**UF:** PE

**Município:** PETROLINA

**Telefone:** (87)2101-2364

**E-mail:** cep@ifsertao-pe.edu.br





INSTITUTO FEDERAL DE  
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E  
TECNOLOGIA DO SERTÃO  
PERNAMBUCANO - IF SERTÃO  
-PE



Continuação do Parecer: 5.790.208

suspender a atividade, sem prejuízo algum. Ademais, ocorrendo algum dano ao participante decorrente da sua participação na pesquisa é sugerido ao mesmo que ao considerar necessário entre em contato o mais breve possível com a pesquisadora responsável.

#### Benefícios:

Quanto aos benefícios, ao participar desta pesquisa a participante não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo apresente informações importantes sobre ansiedade, sintomatologia depressiva e suporte social. Assim, acreditamos que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa pode contribuir com a literatura científica da área, reflexão acadêmica da área estudada e possivelmente estimular intervenções baseadas em promoção a saúde.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta os seguintes itens necessários para a análise ética: tema, objeto da pesquisa, relevância social, local de realização da pesquisa, população a ser estudada, garantias éticas aos participantes da pesquisa, método a ser utilizado, questionário, orçamento, critérios de inclusão e exclusão, divulgação dos resultados do estudo, garantias éticas aos participantes da pesquisa e cronograma. Todos os itens citados estão em conformidade com os princípios de eticidade.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta adequadamente todos os seguintes termos obrigatórios: Termo de Compromisso e Sigilo das pesquisadoras, DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL, Folha de Rosto e TCLE.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

No que concerne aos aspectos éticos, o projeto está aprovado. Adicionalmente, o pesquisador principal deve:

- Atentar-se ao prazo para o envio do relatório parcial (quando houver alteração no projeto, a

**Endereço:** Rua Aristarco Lopes, 240, 2º andar, sala 46.

**Bairro:** CENTRO

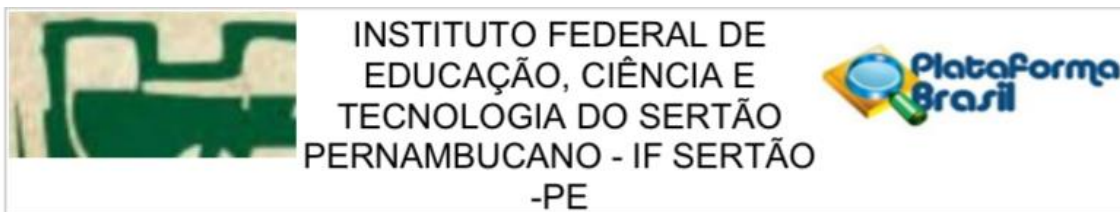
**CEP:** 56.302-100

**UF:** PE

**Município:** PETROLINA

**Telefone:** (87)2101-2364

**E-mail:** cep@ifsertao-pe.edu.br



Continuação do Parecer: 5.790.208

qualquer tempo) e/ou final das atividades desenvolvidas (12 meses a partir da data de aprovação do parecer consubstanciado);

- Enviar ao CEP, juntamente com o relatório final (modelo disponível na página do IF Sertão-PE), um exemplar digitalizado de cada termo (TCLE, TCLE para Pais/Responsáveis e/ou TALE, conforme o caso), bem como uma declaração afirmando que todos os demais termos passaram pelo mesmo procedimento;

- Informar ao CEP, a qualquer tempo, caso ocorram mudanças no projeto (metodologia, cronograma, número de participantes, etc) que tenham implicação ética em sua execução;

- Procurar o CEP, a qualquer tempo, para tirar quaisquer dúvidas em relação aos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, ou demais informações que necessite.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1951850.pdf	01/11/2022 08:46:04		Aceito
Outros	Novo_termo_de_compromisso_sigiloassinado.pdf	01/11/2022 08:41:15	Ana Alice Maria de Sá	Aceito
Outros	Carta_resposta_ao_CEP_2_assinado.pdf	01/11/2022 08:38:32	Ana Alice Maria de Sá	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada_corrigida.pdf	31/10/2022 21:38:17	Ana Alice Maria de Sá	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_ALTERADO.pdf	19/10/2022 16:42:45	Ana Alice Maria de Sá	Aceito
Outros	Carta_Resposta_CEP.pdf	19/10/2022 16:41:02	Ana Alice Maria de Sá	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ALTERADO_CEP_.pdf	19/10/2022 16:25:38	Ana Alice Maria de Sá	Aceito
Outros	termo_de_compromisso_e_sigiloassinado.pdf	23/09/2022 15:03:48	Ana Alice Maria de Sá	Aceito
Outros	Termo_de_responsabilidade_pesquis	23/09/2022	Ana Alice Maria de Sá	Aceito

**Endereço:** Rua Aristarco Lopes, 240, 2º andar, sala 46.

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 56.302-100

**UF:** PE

**Município:** PETROLINA

**Telefone:** (87)2101-2364

**E-mail:** cep@ifsertao-pe.edu.br



INSTITUTO FEDERAL DE  
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E  
TECNOLOGIA DO SERTÃO  
PERNAMBUCANO - IF SERTÃO  
-PE



Continuação do Parecer: 5.790.208

Outros	ador_responsavel.pdf	14:16:34	Sá	Aceito
Cronograma	Cronograma_assinado.pdf	02/08/2022 14:11:48	Ana Alice Maria de Sá	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	27/07/2022 11:23:20	Ana Alice Maria de Sá	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PETROLINA, 02 de Dezembro de 2022

---

**Assinado por:**  
**Ednaldo Gomes da Silva**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Aristarco Lopes, 240, 2º andar, sala 46.

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 56.302-100

**UF:** PE

**Município:** PETROLINA

**Telefone:** (87)2101-2364

**E-mail:** cep@ifsertao-pe.edu.br