

## Ansiedade traço-estado, risco de depressão e ideação suicida em gestantes de alto risco

Alice Correia Barros <sup>[1]</sup>, Verônica de Medeiros Alves <sup>[2]</sup>, Mara Cristina Ribeiro <sup>[3]</sup>, Amuzza Aylla Pereira dos Santos <sup>[4]</sup>, Leilane Camila Ferreira de Lima Francisco <sup>[5]</sup>, Jaqueline Michelle da Conceição Alexandre <sup>[6]</sup>

[1] alicebarros.enf@gmail.com. [2] veronica.alves@esenfar.ufal.br. Universidade Federal de Alagoas/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. [3] marauncisal@yahoo.com.br. Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas/Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. [4] amuzzasantos@bol.com.br. [5] leilanecamila\_@hotmail.com. Universidade Federal de Alagoas/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. [6] jaqueline18michelle@outlook.com. Universidade Federal de Alagoas/Escola de Enfermagem.

### RESUMO

A gestação é um período na vida da mulher que requer atenção especial devido às diversas modificações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social. Nesse contexto, surge a necessidade de responder à seguinte questão norteadora: as gestantes de alto risco apresentam níveis elevados de ansiedade traço-estado, risco de depressão e ideação suicida? Este estudo tem como objetivo avaliar os níveis de ansiedade traço e estado, risco de depressão e ideação suicida em gestantes de alto risco atendidas pelo serviço de saúde de Alagoas, Brasil. É um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada com amostra de 247 gestantes de alto risco, nos quatro e únicos ambulatórios de referência para gestação de alto risco no estado de Alagoas. Foram utilizados quatro instrumentos de coleta de dados: formulário de identificação, Inventário de Ansiedade Traço-Estado, Escala de Depressão e Escala de Ideação Suicida. A análise dos dados foi descritiva, utilizando a frequência relativa e a análise bivariada através dos testes qui-quadrado, Kolmogorov-Smirnov, Mann-Whitney e Correlação de Pearson. Em relação ao nível de ansiedade, obteve-se ansiedade-estado classificada como alta (9,7%), moderada (53,4%) e baixa (36,8%) e ansiedade-traço classificada como alta (7,7%), moderada (59,5%) e baixa (32,8%). Foram identificadas 62,8% de gestantes com risco de depressão e 2,4% com ideação suicida. Quanto maior o nível de depressão, maior o risco de ter ansiedade traço-estado moderada e alta ( $p < 0,00$ ). Os principais fatores de risco encontrados neste estudo são baixa escolaridade ( $p < 0,00$ ), baixa renda familiar ( $p < 0,00$ ) e gravidez não planejada ( $p < 0,00$ ). Não houve relação entre depressão e tentativa de suicídio em gestantes de alto risco. O estudo evidencia que gestantes de alto risco apresentam ansiedade traço e estado moderada/alta e risco de depressão.

**Palavras-chave:** Transtorno mental. Gravidez de alto risco. Ansiedade. Depressão. Ideação suicida.

### ABSTRACT

*Pregnancy is a period in the life of a woman that requires special attention due to the various physical, hormonal, psychological and social insertion changes. In this context, we thought about the following guiding question: Do high-risk pregnant women in Alagoas have high levels of anxiety trait and/or state, risk of depression and suicidal ideation? This study aims to evaluate the levels of anxiety trait and state, risk of depression and suicidal ideation in high-risk pregnant women, assisted by the health service of Alagoas, Brazil. It is a cross-sectional, descriptive study with quantitative approach. The research was conducted with a sample of 247 high-risk pregnant women in the four and only reference ambulatory clinics for high-risk pregnancy in the State of Alagoas. Four data collection instruments were used: Identification form, Anxiety Inventory, Depression Scale and Suicidal Ideation Scale. Descriptive Analysis through relative frequency, bivariate analysis through chi-square, Kolmogorov-Smirnov, Mann-Whitney and Pearson's correlation. Regarding the level of anxiety, state anxiety was classified as high (9.7%), moderate (53.4%) and low (36.8%) and trait anxiety was classified as high 7.7%, moderate 59.5% and low 32.8%. A total of 62.8% pregnant women at risk for depression and 2.4% with suicidal ideation were identified. The higher the risk for depression, the greater the risk of having anxiety trait/state moderate and high ( $p < 0.00$ ). The main risk factors found in this study are low schooling, low family income and non-pregnancy planning. There was no relationship between depression and suicide attempt in high-risk pregnant women. The study shows that high-risk pregnant women have moderate/high trait/state anxiety and risk for depression.*

**Keywords:** Mental disorder. High-risk pregnancy. Anxiety. Depression. Suicidal ideation.

## 1 Introdução

A gestação é um período na vida da mulher que deve ser avaliado com especial atenção, por configurar diversas modificações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, que podem refletir diretamente na sua saúde mental (LIMA *et al.*, 2017). A fase gestacional é caracterizada por intensas transformações, e cada mulher lida com essas mudanças de um modo muito particular, de maneira que essa conjuntura demanda um acompanhamento contínuo por parte dos profissionais de saúde, não excluindo a necessidade de suporte familiar (REZENDE; SOUZA, 2012).

Entende-se que a gestação pode apresentar algumas complicações consideradas de alto risco, que ocorrem quando a saúde do binômio mãe-filho tem mais chance de ser atingida do que a média habitual das demais gestantes (BRASIL, 2010).

A gestação de alto risco ocorre quando a gestante apresenta alguma doença como hipertensão arterial, diabetes, alcoolismo, obesidade e outras, as quais prejudicam a evolução da gravidez (COSTA *et al.*, 2016).

Na fase gestacional, a mulher pode vivenciar sinais e sintomas de ansiedade e momentos de tristeza. Em alguns casos, observa-se o desenvolvimento de quadros patológicos envolvendo sintomas depressivos, o que se associa a uma maior probabilidade de complicações na gravidez, no parto e no puerpério, podendo gerar repercussões negativas na saúde da mulher e do bebê (KLIEMANN; BÖING; CREPALDI, 2017).

Ao serem classificadas como de alto risco, essas mulheres estão propensas ao aumento de sentimentos como medo, ansiedade e sofrimento. Muitas vezes, essas emoções são ambíguas e contraditórias entre si e quase sempre se mesclam entre o prazer da percepção dos movimentos do filho e a dor advinda das restrições impostas pela condição de risco gestacional (OLIVEIRA; MADEIRA; PENNA, 2011).

Entende-se por ansiedade o sentimento de apreensão ocasionado por estímulos externos ou internos. A ansiedade se expressa através de sintomas emocionais, comportamentais e físicos e é considerada patológica quando interfere nas atividades da vida diária, na vida social e profissional (VIDEBECK, 2012). De acordo com Oliveira e Mandu (2015), os sentimentos característicos da ansiedade se intensificam diante da previsão real ou imaginária de

uma situação desagradável, como o risco de o bebê vir a ter algum problema ou deformidade.

Da mesma forma, a depressão, se presente na gravidez de alto risco, pode levar ao desequilíbrio no estado emocional de mulheres grávidas, trazendo efeitos negativos para a saúde fetal e neonatal. O medo de abortar, preocupações sobre a sua própria saúde e incerteza quanto ao futuro da gravidez são fatores que desencadeiam depressão e ansiedade entre as gestantes de alto risco (FISKIN; KAYDIRAK; OSKAY, 2017).

A ideação ou pensamento suicida pode estar entre os sintomas de depressão. De acordo com Carvalho (2012), a presença de ideação suicida e de uma história positiva de tentativas de suicídio tem sido vista como um importante valor preditivo na avaliação do risco de suicídio. Tendo em vista essa realidade e acreditando na importância das práticas de cuidado no âmbito do pré-natal de gestantes de alto risco, cabe ao profissional da saúde estar alerta quanto à atenção integral à saúde (mental e física) da gestante de alto risco. Nesse contexto, o profissional da saúde precisa estar apto para a oferta de cuidado biopsicossocial nessa fase do ciclo gravídico-puerperal (RODRIGUES *et al.*, 2016). Um pré-natal de qualidade exige uma assistência humanizada e individualizada, com atenção às queixas, medos, dúvidas e anseios da gestante (SILVA *et al.*, 2019).

Visando qualificar a assistência em saúde mental, esta pesquisa tem o objetivo de avaliar os níveis de ansiedade traço-estado, risco de depressão e ideação suicida em gestantes de alto risco, em Alagoas. Este estudo busca responder à seguinte questão norteadora: as gestantes de alto risco apresentam níveis elevados de ansiedade traço-estado, risco de depressão e ideação suicida?

## 2 Referencial teórico

No mundo, em torno de 20% das gestações apresentam uma evolução desfavorável, implicando risco tanto para a mãe quanto para o bebê, caracterizando-se como gestação de alto risco (JANTSCH *et al.*, 2017).

De acordo com Caldeyro-Barcia (1973 *apud* BRASIL, 2010, p. 11), gestação de alto risco é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média das demais gestantes”.

Gestantes de alto risco apresentam situações que podem interferir na evolução normal de uma gestação,

envolvendo aspectos relativos tanto à saúde materna quanto à fetal. Diversos fatores que podem influenciar a estimativa de risco gestacional podem ser identificados já no período pré-concepcional. Sendo assim, são de grande importância investimentos assistenciais para preparar o organismo materno para uma gravidez, a fim de diminuir os efeitos nocivos de condições prévias (REZENDE, 2012).

Estudo de Saviani-Zeoti e Petean (2015) mostrou índices de ansiedade e depressão mais elevados entre as gestantes de risco, principalmente entre aquelas que tinham suspeita de fetos malformados. Já Gouveia *et al.* (2003) afirmaram que há uma estimativa de que 20% das mulheres apresentam sintomas de ansiedade durante a gravidez, mas que esta é subdiagnosticada e seus sintomas são confundidos com questões orgânicas.

A ansiedade pode ser caracterizada como uma reação natural do corpo, que incentiva o ser humano na tomada de decisões. Essa emoção pode tornar-se patológica e repercutir de forma negativa se vivenciada excessivamente e por longos períodos. A ansiedade patológica, por sua vez, impossibilita a capacidade de adaptação e de enfrentamento, causando sofrimento psíquico à pessoa que a vivencia (SANTOS; GALDEANO, 2009).

A ansiedade pode ser classificada como “traço”, quando configura uma característica constante da personalidade da pessoa, ou como “estado”, quando ocorre de maneira transitória em decorrência de alguma situação que a pessoa esteja vivenciando (TRAJANO *et al.*, 2016). Mulheres que apresentam complicações na gravidez são mais propensas a desenvolver sintomas de ansiedade em comparação com mulheres que experimentam um baixo risco de intercorrências (SILVA *et al.*, 2015).

Além da ansiedade, outro estudo comprova que aproximadamente 20% das gestantes sofrem de depressão durante o período gestacional, sendo que essa depressão pode ter desde o grau leve até o grave e se estender ao puerpério (BORGES *et al.*, 2011). Segundo a American Psychiatric Association (APA, 2014), a depressão é um transtorno de humor que causa danos à vida pessoal e tende a gerar desânimo e pessimismo na pessoa, afetando a interação social, a autoestima, os padrões de sono e o apetite. Provoca, ainda, humor triste, sensação de vazio ou irritação, acompanhados de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade funcional do indivíduo. Por fim, ocasiona alterações nítidas no afeto, tristeza profunda, ganho ou perda de peso

significativos, alterações na qualidade do sono e perda de interesse por situações ou coisas que antes eram prazerosas.

A presença de transtornos psiquiátricos pode impactar de forma direta a gestação – por exemplo, com o aumento das taxas de abortamento, prematuridade, baixo peso ao nascer, pré-eclâmpsias, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor do feto e depressão pós-parto materna (BRASIL, 2013). Já a presença de ideação suicida é considerada um fator que predispõe ao risco de suicídio, assim como à ocorrência de tentativas de suicídio (BOTEGA, 2015). Sabe-se que a ideação suicida pode ou não estar associada ao diagnóstico de depressão. A relação da depressão com o suicídio está condicionada a diversos fatores que se enquadram nos aspectos social, pessoal e psíquico (ASSUMPÇÃO; OLIVEIRA; SOUZA, 2018). Mesmo diante dessa relação, não foram encontrados estudos sobre ideação suicida em gestantes. Talvez isso se deva ao fato de que a gestação é considerada um fator de proteção contra a tentativa de suicídio (ARRAIS; ARAUJO; SCHIAVO, 2018).

Segundo a World Health Organization (WHO, 2017), ideação suicida consiste no pensamento ou intenção de praticar o ato de se matar. Já o suicídio é a decisão individual de executar um ato, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, cuja resolução final seja a morte.

Logo, o risco de suicídio é influenciado pela presença de fatores sociais, psicológicos, culturais, individuais e relacionais que podem induzir a pessoa ao comportamento suicida (SILVA *et al.*, 2015).

O atendimento à gestante de alto risco exige uma assistência especializada devido à sua complexidade, considerando as patologias e suas repercussões sobre o estado emocional e a dinâmica familiar diante dos aspectos biopsicossociais, culturais e espirituais (SANTOS; CAMPOS; DUARTE, 2014). Assim, a gestante de alto risco necessita de uma atenção especial relacionada às condições clínicas, socioeconômicas e demográficas, com uma assistência em saúde adequada à garantia de resultados perinatais satisfatórios (RODRIGUES *et al.*, 2017).

### 3 Método da pesquisa

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada nos quatro e únicos ambulatórios de referência para gestação de alto risco no estado de Alagoas: Hospital Universitário Professor Alberto Antunes

(HUPAA), em Maceió-AL; Maternidade Escola Santa Mônica (MESM), em Maceió-AL; Espaço Nascer, em Arapiraca-AL; e Casa de Assistência à Saúde da Mulher (CASM), em Santana do Ipanema-AL. A amostra foi do tipo estratificada. Inicialmente, foi realizado um levantamento acerca da média mensal de atendimentos de cada serviço: MESM: 450 gestantes/mês; HUPAA: 400 gestantes/mês; Espaço Nascer: 100 gestantes/mês; e CASM: 40 gestantes/mês, totalizando 990 gestantes de alto risco atendidas por mês no estado de Alagoas.

O cálculo amostral foi realizado por meio do programa estatístico EPIINFO 7.2.0.1, baseando-se na população de 990 gestantes de alto risco/mês. Para o cálculo amostral, foi considerada uma frequência esperada de 11% (THIAGAYSON, 2013), um erro aceitável de 5% e intervalo de confiança de 99%, chegando a uma amostra de 247 gestantes de alto risco. Essa amostra foi estratificada, contando com 25% das gestantes de cada serviço – 112 gestantes na MESM, 100 gestantes no HUPAA, 25 gestantes no Espaço Nascer e 10 gestantes no CASM –, o que permitiu a equanimidade entre os quatro locais de estudo. Foram incluídas gestantes que estavam em acompanhamento ambulatorial de pré-natal de alto risco nos quatro serviços de referência mencionados, e excluídas as gestantes que necessitaram de uma interrupção da gestação, aquelas que apresentaram déficit cognitivo e as que estavam em uso de álcool e outras drogas no momento da entrevista. A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, com Parecer Consubstanciado de Autorização de número 2.970.601, e aconteceu entre dezembro de 2018 e março de 2019.

Foram entrevistadas as 247 gestantes da amostra, escolhidas aleatoriamente entre dezembro de 2018 e março de 2019, enquanto aguardavam a consulta de pré-natal. Antes de iniciar cada entrevista por meio da aplicação dos instrumentos de coleta de dados, foram explicados os objetivos do estudo, as contribuições deste para o meio profissional e científico e os riscos e benefícios aos quais as entrevistadas estariam expostas. Foi explicado, ainda, que não haveria compensação financeira pela sua participação, sendo esta de livre escolha, que a entrevista não seria gravada, sendo necessário apenas preencher os instrumentos, e que o sigilo e a confidencialidade estariam garantidos. Cada entrevista teve duração média de 30 minutos.

As coletas de dados foram realizadas nos dias e horários das consultas de pré-natal ou de acordo

com datas disponibilizadas pelos locais de estudo e ocorreu por meio de entrevista direta e individualizada com as gestantes, utilizando quatro instrumentos: formulário de identificação, Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), Escala de Depressão (CES-D) e Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI). O formulário de identificação consistiu em um questionário semiestruturado que solicitou dados pessoais aspectos sociodemográficos, caracterização clínica, caracterização psiquiátrica e dados complementares e foi preenchido pela pesquisadora e pelas colaboradoras e respondido individualmente por cada participante.

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) é composto de duas escalas distintas de autorrelatório para medir dois conceitos: estado de ansiedade (Estado) e traço de ansiedade (Traço). A escala de traço de ansiedade do IDATE consiste em 20 afirmações que requerem que o sujeito descreva como geralmente se sente. A escala de estado de ansiedade consiste também em 20 afirmações, e as instruções requerem que o indivíduo indique como se sente num determinado momento. Para cada afirmação, o sujeito deve assinalar uma das quatro alternativas, indicando sua concordância com as afirmações: absolutamente não, um pouco, bastante e muitíssimo (Escala Estado); quase nunca, às vezes, frequentemente e quase sempre (Escala Traço). Os escores para as perguntas de caráter positivo são invertidos, ou seja, se o paciente responder 4, atribui-se valor 1 na codificação; se responder 3, atribui-se valor 2; se responder 2, atribui-se valor 3; e se responder 1, atribui-se valor 4. Classifica-se como ansiedade alta o escore maior que 75, como moderada o escore entre 25 e 75 e como baixa o escore abaixo de 25 (BIAGGIO; NATALÍCIO; SPIELBERGER, 1977). A ansiedade pode ser classificada como “traço” quando configura uma característica constante da personalidade da pessoa, e como “estado” quando ocorre de maneira transitória, em decorrência de alguma situação que a pessoa esteja vivenciando (TRAJANO *et al.*, 2016).

O CES-D é composto por 20 itens que questionam sintomas depressivos nos 7 dias anteriores à entrevista. Cada resposta admite 4 gradações crescentes de intensidade (nunca ou raramente, às vezes, frequentemente e sempre) e pontuações correspondentes (0, 1, 2 e 3). Os itens 4, 8, 12 e 16 (positivos) são pontuados com gradação inversa. O escore final varia de 0 a 60 pontos e corresponde à soma da pontuação de todas as respostas. Os itens da CES-D incluem questões relativas ao humor (itens 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 16, 17 e 18), sintomas psicossomáticos (itens 1, 5 e 11), sintomas ligados às interações sociais

(itens 14, 15 e 19) e sintomas relacionados à iniciativa motora (itens 2, 7, 13 e 20). A pontuação maior que 15 nessa escala é o nível de corte que indica a presença de sintomas depressivos significativos (FERNANDES; ROZENTHAL, 2008).

A Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI) consiste em um questionário de autorrelatório validado na versão em português por Cunha (2001). A BSI propõe-se a mensurar, no indivíduo avaliado, a presença de pensamentos, planos e intenção de cometer suicídio, indicando sua ideação suicida atual. A escala BSI é constituída por 21 grupos de afirmações, e os 5 primeiros itens da escala são usados como triagem da ideação suicida (CUNHA, 2001). A gestante responde de acordo com uma escala de 0 a 3. Considera-se como presente a ideação moderada a alta em gestantes com pontuação maior ou igual a 6.

O tratamento estatístico foi realizado por meio de frequência relativa e análise bivariada, com a finalidade de avaliar quão provável é que qualquer diferença observada aconteça ao acaso, através do teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ); e por meio da correlação de Pearson, que mede o grau da correlação entre duas variáveis contínuas. Para análise dos dados, foi considerado o intervalo de confiança de 95% e o valor de  $p < 0,05$ . Foram realizados, ainda, os testes não-paramétricos de normalidade de Kolmogorov-Smirnov e de Mann-Whitney para verificar a distribuição das variáveis e quais testes estatísticos deveriam ser utilizados.

## 4 Resultados e discussão

Inicialmente, serão apresentados os dados de identificação das gestantes de alto risco entrevistadas, de acordo com idade, situação conjugal, escolaridade, profissão, religião, paridade (número de gestações, partos e abortos), motivo do encaminhamento para o alto risco, histórico de doença psiquiátrica (antecedentes pessoais e familiares), planejamento da gravidez, vínculo afetivo com o pai do bebê e uso de substâncias psicoativas.

Posteriormente, serão apresentadas tabelas referentes aos resultados obtidos por meio dos instrumentos que avaliaram ansiedade traço-estado, risco de depressão e ideação suicida. Em seguida, serão apresentadas tabelas de contingência através da correlação entre gestação de alto risco e a presença de níveis elevados de ansiedade traço-estado, risco de depressão e/ou ideação suicida.

Por fim, serão identificados os fatores de risco para ansiedade, depressão e ideação suicida em

gestantes de alto risco em Alagoas, por meio da correlação das variáveis dependentes e independentes que apresentaram  $p$  significativo (escolaridade, renda familiar e planejamento da gravidez).

Entre os motivos que justificaram o encaminhamento para o pré-natal de gestações de alto risco, os principais foram hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes gestacional e ocorrência de aborto anterior (informações relatadas pelas gestantes).

A Tabela 1 apresenta o perfil das gestantes de alto risco entrevistadas.

**Tabela 1** – Perfil das gestantes de alto risco atendidas em ambulatórios de referência para gestação de alto risco no estado de Alagoas

Faixa etária	%
10 - 14	1,6
15 - 19	15,8
20 - 24	22,3
25 - 29	18,2
30 - 34	19,4
35 - 39	16,2
40 - 44	6,1
45 - 49	0,4
Escolaridade	%
Analfabeta	4
Ensino fund. completo	9,3
Ensino fund. incompleto	28,3
Ensino médio completo	34
Ensino médio incompleto	13,4
Superior completo	4,9
Superior incompleto	6,1
Profissão	%
Possui	42,1
Não possui	55,9
Sem resposta	2
Estado civil	%
Solteira	13,3
Casada	38
União estável	43,3
Divorciada	2
Viúva	0,4
Sem resposta	3
Renda familiar	%
$\leq$ 1 salário mínimo	42,5
$>$ 1 salário mínimo	39,3
$>$ 2 salários mínimos	15,8
Sem resposta	2,4
Religião	%
Possui	86,5
Não possui	13,5

Fonte: Dados da pesquisa.

A amostra pesquisada apresentou média de idade de 27,5 anos, sendo 13 anos a menor idade e 45 anos a maior idade. A maioria – 91,9% – se encontrava na faixa etária de 15 a 39 anos (Tabela 1).

Quanto à escolaridade, a maioria das gestantes tinha ensino médio completo (34%), seguido de ensino fundamental incompleto (28,3%), ensino médio incompleto (13,4%) ou superior incompleto (6,1%) (Tabela 1). Apesar de apenas 4,9% das gestantes entrevistadas terem concluído o ensino superior, a amostra da pesquisa não apresenta baixa escolaridade, haja vista que 34% concluíram o ensino médio. Os dados divergem dos achados de Alves, Siqueira e Pereira (2018), em que 81% das gestantes apresentaram ensino fundamental e médio completos.

Os dados mostram que a maioria das entrevistadas não tem uma profissão (55,9%), tem renda familiar maior que um salário mínimo (55,1%) e professa alguma religião (86,5%) (Tabela 1). Segundo Alves, Siqueira e Pereira (2018), o fato de não desenvolver atividade profissional pode gerar sofrimento mental na mulher, uma vez que, associado ao processo de gestar, pode contribuir para uma experiência de descontentamento e/ou preocupação financeira. Esses autores defendem a ideia de emprego como garantia social.

Com relação ao estado civil das entrevistadas, 38% são casadas (Tabela 1). Dudas *et al.* (2012) referem em sua pesquisa que o fato de estar ou não casada não mantém relação com o surgimento de sofrimento mental, mas a qualidade da relação estabelecida, sim.

Quanto à religião, 86,5% afirmam tê-la: 47,4% afirmam seguir a religião católica, 26,7%, a evangélica e 1,2%, a espírita.

A Tabela 2 apresenta características clínicas e psicossociais das gestantes de alto risco entrevistadas.

A respeito da idade gestacional (IG) das entrevistadas, 9,7% encontravam-se no primeiro trimestre, 28,3% no segundo e 62% no terceiro trimestre gestacional (Tabela 2). Além disso, 28,3% das mulheres relataram que já haviam tido pelo menos um aborto; e 33,6% responderam que haviam planejado sua gestação. Quanto ao vínculo afetivo com o pai do bebê, 93,1% das gestantes relataram ter o elo supramencionado na relação (Tabela 2).

Quanto ao diagnóstico de doença psiquiátrica, 12,2% das gestantes relataram apresentar algum diagnóstico relativo a transtornos mentais (Tabela 2). Entre as doenças psiquiátricas pré-existentes nas gestantes, a depressão foi citada com maior frequência,

**Tabela 2** – Características clínicas e psicossociais das gestantes atendidas em ambulatórios de referência para gestação de alto risco no estado de Alagoas

<b>Idade gestacional</b>	<b>%</b>
Primeiro trimestre	9,7
Segundo trimestre	28,3
Terceiro trimestre	62
<b>Histórico de aborto</b>	<b>%</b>
Sim	28,3
Não	71,7
<b>Planejamento da gravidez</b>	<b>%</b>
Sim	33,6
Não	66,4
<b>Vínculo/Pai do bebê</b>	<b>%</b>
Sim	93,1
Não	6,9
<b>Diagnóstico psiquiátrico</b>	<b>%</b>
Sim	12,2
Não	87,4
Sem resposta	0,4
<b>Diagnóstico psiq. família</b>	<b>%</b>
Sim	36
Não	64
<b>Uso de medicação</b>	<b>%</b>
Sim	36
Não	64
<b>Histórico de abuso físico/sexual</b>	<b>%</b>
Sim	6,3
Não	92,7
Sem resposta	1
<b>Uso de bebidas alcoólicas</b>	<b>%</b>
Sim	7,3
Não	92,7
<b>Uso de fumo/cigarro</b>	<b>%</b>
Sim	2,4
Não	97,6
<b>Tentativa de suicídio</b>	<b>%</b>
Sim	9,7
Não	90,3
<b>Tentativa de suicídio na família</b>	<b>%</b>
Sim	17,8
Não	81,4
Sem resposta	0,8

Fonte: Dados da pesquisa.

seguida da ansiedade (informações relatadas pelas gestantes). Além disso, 36% das gestantes responderam que tinham história familiar de doença psiquiátrica (Tabela 2). Entre as doenças psiquiátricas existentes na família, também a depressão foi citada com maior frequência, seguida da esquizofrenia e da ansiedade (informações relatadas pelas gestantes).

Quanto ao uso de medicação, 36% das gestantes responderam que utilizavam algum medicamento (Tabela 2). Entre as medicações utilizadas, constam: ácido fólico e sulfato ferroso, que são medicações utilizadas na gestação; e metildopa, anti-hipertensivo de uso adequado para gestantes (informações relatadas pelas gestantes).

Algumas entrevistadas (6,3%) relataram já ter sofrido abuso físico e/ou sexual. Dezoito (7,3%) faziam uso de bebida alcoólica, enquanto seis (2,4%) faziam uso de fumo/cigarro. Vinte e quatro gestantes (9,7%) responderam que já haviam tentado suicídio, enquanto quarenta e quatro (17,8%) relataram tentativa de suicídio de alguém na família (Tabela 2).

O planejamento para a gravidez é associado ao sentimento de segurança para desenvolver esse evento ou atividade. A maioria das entrevistadas (66,4%) não planejou a gestação (Tabela 2), o que, para além de requerer ajustes psicológicos para se tornar mãe, desregula as bases do momento que a mulher vive, podendo gerar ou evidenciar sintomas de ansiedade.

O estudo de Kliemann, Böing e Crepaldi (2017) apontou os fatores socioeconômicos, o histórico de doença mental, as complicações obstétricas e a rede de apoio frágil como os principais fatores de risco para o desenvolvimento de sintomas de ansiedade na gestação.

Em relação aos níveis de ansiedade traço-estado, identificaram-se gestantes com ansiedade-traço alta (7,7%), moderada (59,5%) e baixa (32,8%) e com ansiedade-estado alta (9,7%), moderada (53,4%) e baixa (36,9%) (Tabela 3).

A ansiedade classificada como moderada ou alta no terceiro trimestre da gestação pode estar relacionada à proximidade do parto. Isso pode ser explicado pelo fato de a gravidez e o parto serem caracterizados como momentos de vulnerabilidade, capazes de desencadear sentimento de medo na gestante (SOUZA *et al.*, 2015).

**Tabela 3** – Frequência relativa de ansiedade em gestantes atendidas em ambulatórios de referência para gestação de alto risco no estado de Alagoas

Ansiedade-traço	%
Alta	7,7
Moderada	59,5
Baixa	32,8
Ansiedade-estado	%
Alta	9,7
Moderada	53,4
Baixa	36,9

Fonte: Dados da pesquisa.

Observou-se ocorrência de ansiedade moderada/alta nas gestantes independentemente da faixa etária. O atual estudo corrobora os achados da literatura que afirmam que o estado gestacional por si só já causa ansiedade nas mulheres (ALVES; SIQUEIRA; PEREIRA, 2018).

Uma revisão sistemática realizada em 2017, com artigos publicados entre 2010 e 2016, demonstrou que são fatores de risco para sintomas de depressão e ansiedade na gestação alguns fatores socioeconômicos, histórico de doença mental, complicações obstétricas e rede de apoio frágil (KLIEMANN; BÖING; CREPALDI, 2017).

Na avaliação realizada no presente estudo, identificou-se que 62,8% das gestantes apresentaram risco de depressão (Tabela 4).

**Tabela 4** – Frequência relativa de risco de depressão em gestantes atendidas em ambulatórios de referência para gestação de alto risco no estado de Alagoas

Depressão	%
Com risco	62,8
Sem risco	37,2

Fonte: Dados da pesquisa.

Uma revisão de literatura realizada por Borges *et al.* (2011) apontou que a depressão na gestação ocorre em mulheres que não planejaram a gravidez, mulheres com gravidez de alto risco e mulheres sem apoio familiar ou do parceiro. Esse trabalho apresentou, ainda, como fatores de risco para o desenvolvimento de depressão: baixa renda, antecedentes psiquiátricos, história de abortos, partos anteriores problemáticos, baixa escolaridade, uso de álcool e drogas.

O presente estudo identificou, ainda, que 2,4% das gestantes apresentaram ideação suicida (Tabela 5).

**Tabela 5** – Frequência relativa de ideação suicida em gestantes atendidas em ambulatórios de referência para gestação de alto risco no estado de Alagoas

Ideação Suicida	%
Gestantes sem ideação	97,6
Gestantes com ideação	2,4

Fonte: Dados da pesquisa.

Brown *et al.* (2000) afirmam que a existência de depressão acentua a possibilidade de apresentar ideias suicidas. Essa afirmação não é confirmada pelos resultados encontrados neste estudo, feito com uma população de gestantes de alto risco, em que não houve relação entre depressão e ideação suicida. Arrais, Araujo e Schiavo (2018), a partir do seu estudo sobre fatores de risco e de proteção, concluíram que o fator de risco que se mostrou mais frequente foi ter passado por intercorrências na gravidez anterior/atual. Observaram-se ainda alguns fatores de risco para depressão pós-parto (DPP), como gravidez não planejada e indesejada e presença de ansiedade e depressão gestacionais. Quanto aos fatores de proteção contra a depressão, observou-se que o mais frequente foi o suporte familiar, seguido do apoio do parceiro.

O conhecimento da ocorrência de ansiedade no pré-natal, bem como dos fatores associados a esta, pode contribuir na elaboração de estratégias para identificar mulheres com necessidade de intervenção durante a gestação (SILVA *et al.*, 2017).

O teste do qui-quadrado ( $\chi^2 = 34,8, p = 0,000$ ) permitiu verificar a associação entre risco de depressão e ansiedade-estado. Quanto maior o nível de depressão, maior o risco de ter ansiedade-estado moderada ou alta ( $r = -0,375, p = 0,000$ ) (Tabela 6).

Existe correlação entre tentativa de suicídio e ansiedade-estado ( $\chi^2 = 31,0, p = 0,000$ ). Quanto maior o nível de ansiedade-estado, menor o risco de tentativa de suicídio ( $r = 0,251, p = 0,000$ ) (Tabela 7). Entre renda familiar e ansiedade-estado ( $\chi^2 = 20,0, p = 0,003$ ), quanto menor a renda familiar, maior o risco de ter ansiedade estado moderada ou alta ( $r = 0,154, p = 0,017$ ). Não existe correlação entre planejamento da gravidez e ansiedade-estado ( $\chi^2 = 5,3, p = 0,070$ ).

**Tabela 6** – Correlação entre risco de depressão e ansiedade traço-estado em gestantes atendidas em ambulatórios de referência para gestação de alto risco no estado de Alagoas

		IDATE E			
		Moderada	Baixa	Alta	Total
DEPRESSÃO	Sem risco	0	39	53	92
	Com risco	24	93	38	155
Total		24	132	91	247

  

		IDATE T			
		Moderada	Baixa	Alta	Total
DEPRESSÃO	Sem risco	0	36	56	92
	Com risco	19	111	25	155
Total		19	147	81	247

Fonte: Dados da pesquisa.

**Tabela 7** – Correlação entre ansiedade e tentativa de suicídio em gestantes atendidas em ambulatórios de referência para gestação de alto risco no estado de Alagoas

		Tentativa de suicídio		
		Não	Sim	Total
IDATE E	Alta	10	14	24
	Moderada	9	123	132
	Baixa	5	86	91
Total		24	223	247

  

		Tentativa de suicídio		
		Não	Sim	Total
IDATE T	Alta	7	12	19
	Moderada	14	133	147
	Baixa	3	78	81
Total		24	223	247

Fonte: Dados da pesquisa.

Existe correlação entre tentativa de suicídio e ansiedade-traço ( $\chi^2 = 19,3, p = 0,000$ ). Quanto maior o nível de ansiedade-traço, menor o risco de tentativa de suicídio ( $r = 0,234, p = 0,000$ ) (Tabela 7).

Entre escolaridade e ansiedade-traço ( $\chi^2 = 21,1, p = 0,049$ ), quanto menor a escolaridade, maior o risco de apresentar ansiedade-traço ( $r = 0,158, p = 0,013$ ).



Já entre renda familiar e ansiedade-traço ( $\chi^2 = 33,3$ ,  $p = 0,000$ ), quanto menor a renda familiar, maior o risco de ter ansiedade traço moderada ou alta ( $r = 0,256$ ,  $p = 0,000$ ). E entre gravidez planejada e ansiedade traço ( $\chi^2 = 14,2$ ,  $p = 0,001$ ), mulheres com gestação não planejada têm maior chance de ter ansiedade traço moderada ou alta ( $r = -0,237$ ,  $p = 0,000$ ).

Um resultado que merece destaque neste estudo é o fato de que 24 gestantes (9,7%) afirmaram ter tentado suicídio anteriormente, e 44 delas (17,8%) possuem histórico de tentativa de suicídio na família; no entanto, quando se avaliou a presença de ideação suicida atual, só foram identificados 6 casos (2,4%). Isso poderia ser explicado pela hipótese de a gestação ser um fator de proteção contra a tentativa de suicídio (ARRAIS; ARAUJO; SCHIAVO, 2018). Contudo, o presente estudo não pode afirmar isso, pois acredita-se ser necessária a realização de estudos qualitativos para explicar se a gestação seria realmente um fator de proteção nessa amostra, o que representa uma limitação para este estudo.

Segundo Botega (2015), são fatores de proteção contra a tentativa de suicídio: ter apoio familiar, ter bons relacionamentos interpessoais, participar de eventos sociais, ter prática religiosa, estar empregado, ter acesso a serviços de saúde mental, ter boa qualidade de vida, ter sono regular, entre outros.

Segundo Arrais, Araujo e Schiavo (2019), uma em cada quatro gestantes vivencia ansiedade e/ou depressão, sendo que 48% manifestam ansiedade e 70% apresentam depressão pré-natal. Uma assistência qualificada no pré-natal pode diminuir os riscos de complicações na gestação, uma vez que os transtornos mentais evidenciados durante o pré-natal podem ter um prognóstico ruim tanto para a mãe quanto para o filho. Logo, um pré-natal adequado favorece que o desfecho materno e perinatal seja saudável (MARTINELLI *et al.*, 2014).

Esta pesquisa apresenta limitações no que diz respeito à objetividade dos instrumentos de coleta de dados. Reconhece-se a importância de estudos qualitativos que analisem os aspectos afetivos e emocionais das gestantes durante a assistência no pré-natal, principalmente no que diz respeito ao fato de gestantes de alto risco apresentarem níveis de ansiedade traço-estado e risco de depressão. A presença de ideação suicida também deve ser avaliada, uma vez que se sabe que ela está diretamente associada à depressão e à ansiedade em estudos com outros grupos populacionais.

## 5 Conclusão/considerações

Este estudo mostra que gestantes de alto risco apresentam ansiedade traço-estado moderada e alta, risco de desenvolvimento de depressão e baixa ideação suicida.

Um resultado deste estudo que merece destaque é que não foi verificada relação entre depressão e tentativa de suicídio em gestantes de alto risco. Foi identificado que menor escolaridade, menor renda familiar e gravidez não planejada aumentam o risco de ansiedade-traço moderada e alta. Quanto maior o nível de ansiedade-traço, menor o risco de tentativa de suicídio. Da mesma forma, quanto maior o nível de ansiedade-estado, menor o risco de tentativa de suicídio. Além disso, quanto menor a renda familiar, maior o risco de ter ansiedade-estado moderada e alta.

Os resultados deste estudo levam à reflexão sobre a necessidade de melhoria na qualidade da assistência pré-natal a gestantes atendidas nos ambulatórios de referência para gestação de alto risco de Alagoas.

Ressalta-se que são escassos os estudos sobre a relação entre a ocorrência de risco gestacional e a presença de transtornos mentais. Ao verificar os resultados deste estudo, sugere-se a realização de outras pesquisas voltadas a aspectos de saúde mental de gestantes, principalmente durante a assistência pré-natal.

Recomenda-se que os profissionais de saúde que realizam a assistência à mulher durante o período gestacional tenham conhecimento sobre a relação de ansiedade e depressão com a gestação de alto risco e incluam a avaliação dos sinais e sintomas dessas doenças na rotina de cuidados. A identificação dos fatores de risco para ansiedade e depressão no pré-natal pode contribuir no desenvolvimento de estratégias para identificar mulheres com necessidade de intervenção psicossocial durante a assistência pré-natal.

Portanto, faz-se necessário destacar a importância da assistência integral no cuidado da gestante, considerando os aspectos biopsicossociais durante o pré-natal, em especial quando apresenta risco durante a gestação. Como devolutiva aos serviços, foram encaminhados relatórios com os resultados às instituições envolvidas, para sensibilizar os gestores e profissionais desses serviços.

## REFERÊNCIAS

ALVES, J. S.; SIQUEIRA, H. C. H.; PEREIRA, Q. L. C. Inventário de ansiedade Traço-Estado de gestantes. **Journal of Nursing and Health**, v. 8, n. 3, p. 1-11, 2018. DOI: <https://doi.org/10.15210/jonah.v8i3.13621>.

APA – AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5**. 5th. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; Artimed, 2014.

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

ARRAIS, A. R.; ARAUJO, T. C. C. F.; SCHIAVO, R. A. Depressão e ansiedade gestacionais relacionadas à depressão pós-parto e o papel preventivo do pré-natal psicológico. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 11, n. 2, p. 23-34, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.706>.

ASSUMPÇÃO, G. L. S.; OLIVEIRA, L. A.; SOUZA, M. F. S. Depressão e suicídio: uma correlação. **Pretextos – Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 3, n. 5, p. 312-333, 2018. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/15973/13041>. Acesso em: 20 jan. 2019.

BIAGGIO, A. M. B.; NATALÍCIO, L.; SPIELBERGER, C. D. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), de Spielberger. **Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 31-44, 1977. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abpa/article/view/17827/16571>. Acesso em: 20 jan. 2018.

BORGES, D. A. *et al.* A depressão na gestação: uma revisão bibliográfica. **Revista de Iniciação Científica da Libertas**, v. 1, n. 1, p. 85-99, 2011. Disponível em: <http://www.libertas.edu.br/revistas/index.php/riclibertas/article/view/15/7>. Acesso em: 20 dez. 2018.

BOTEGA, N. J. **Crise suicida: avaliação e manejo**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf). Acesso em: 20 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_pre\\_natal\\_baixo\\_risco.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf). Acesso em: 20 dez. 2018.

BROWN, G K. *et al.* Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 68, n. 3, p. 371-377, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.371>.

CARVALHO, M. B. **Psiquiatria para a Enfermagem**. São Paulo: Rideel, 2012.

COSTA, L. D. *et al.* Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 1-8, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44192/28238>. Acesso em: 20 dez. 2018.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DUDAS, R. B. *et al.* Obstetric and psychosocial risk factors for depressive symptoms during pregnancy. **Psychiatry Research**, v. 200, n. 2-3, p. 323-328, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.04.017>.

FERNANDES, R. C. L.; ROZENTHAL, M. Avaliação da sintomatologia depressiva de mulheres no climatério com a escala de rastreamento populacional para depressão CES-D. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30, n. 3, p. 192-200, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082008000400008>.

FISKIN, G.; KAYDIRAK, M. M.; OSKAY, U. Y. Psychosocial Adaptation and Depressive Manifestations in High-Risk Pregnant Women: Implications for Clinical Practice. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, v. 14, n. 1, p. 55-64, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1111/wvn.12186>.

GOUVEIA, V. V. *et al.* The use of the GHQ-12 in a general population: a study of its construct validity. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 19, n. 3, p. 241-248, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722003000300006>.

JANTSCH, P. F. *et al.* Principais características das gestantes de alto risco da região central do Rio Grande do Sul. **Destaques Acadêmicos**, v. 9, n. 3, p. 272-282, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.22410/issn.2176-3070.v9i3a2017.1534>.

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

LIMA, M. O. P. *et al.* Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 39-46, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700007>.

MARTINELLI, K. G. *et al.* Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, n. 2, p. 56-64, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032014000200003>.

OLIVEIRA, D. C.; MANDU, E. N. T. Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 93-101, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0093.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2019.

OLIVEIRA, V. J.; MADEIRA, A. M. F.; PENNA, C. M. M. Vivenciando a gravidez de alto risco entre a luz e a escuridão. **Revista Rene**, v. 12, n. 1, p. 49-56, 2011. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4119>. Acesso em: 15 dez. 2019.

THIAGAYSON, P. *et al.* Depression and anxiety in Singaporean high-risk pregnancies - prevalence and screening. **General Hospital Psychiatry**, v. 35, n. 2, p. 112-116, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2012.11.006>.

REZENDE, C. L.; SOUZA, J. C. Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher. **Psicólogo inFormação**, v. 16, n. 16, p. 45-69, 2012. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-88092012000200003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092012000200003). Acesso em: 15 dez. 2019.

RODRIGUES, A. R. M. *et al.* Cuidado de enfermagem na gestação de alto risco: revisão integrativa. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 15, n. 3, p. 472-483, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-968083>. Acesso em: 15 dez. 2019.

RODRIGUES, A. R. M. *et al.* Gravidez de alto risco: análise dos determinantes de saúde. **Sanare**, v. 16, n. 1, p. 23-28, 2017. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1135/620>. Acesso em: 15 dez. 2019.

SANTOS, D. T. A.; CAMPOS, C. S. M.; DUARTE, M. L. Perfil das patologias prevalentes na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 30, p. 13-22, 2014. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmf9\(30\)687](https://doi.org/10.5712/rbmf9(30)687).

SANTOS, M. D. L.; GALDEANO, L. E. Traço e estado de ansiedade de estudantes de enfermagem na realização de uma prova prática. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 76-83, 2009. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/165>. Acesso em: 15 dez. 2019.

SAVIANI-ZEOTI, F.; PETEAN, E. B. L. Apego materno-fetal, ansiedade e depressão em gestantes com gravidez normal e de risco: estudo comparativo. **Estudos de Psicologia**, v. 32, n. 4, p. 675-683, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000400010>.

SILVA, D. S. D. *et al.* Depressão e risco de suicídio entre profissionais de enfermagem: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 6, p. 1027-1036, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342015000600020>.

SILVA, M. M. J.; NOGUEIRA, D. A.; CLAPIS, M. J.; LEITE, E. P. R. S. Ansiedade na gravidez: prevalência e fatores associados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, e03253, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016048003253>.

SILVA, V. M. C. *et al.* Fatores associados ao óbito fetal na gestação de alto risco: Assistência de enfermagem no pré-natal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 37, n. 37, p. 1-12, 2019. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e1884.2019>.

SOUZA, M. G. *et al.* Concern of primiparous women with regard to labor and birth. **Journal of Research: Fundamental Care Online**, v. 7, n. 1, p. 1987-2000, 2015. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3504>. Acesso em: 20 dez. 2018.

TRAJANO, F. M. P. *et al.* Níveis de ansiedade e impactos na voz: uma revisão da literatura. **Distúrbios da Comunicação, São Paulo**, v. 28, n. 3, p. 423-433, 2016. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/26617>. Acesso em: 20 jun. 2019.

VIDEBECK, S. L. **Enfermagem em saúde mental e psiquiatria**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2017** - Mental health: new understanding, new hope. Geneva: WHO, 2017.