



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ALICE CORREIA BARROS

**ANSIEDADE TRAÇO E ESTADO, RISCO PARA DEPRESSÃO E IDEAÇÃO
SUICIDA EM GESTANTES DE ALTO RISCO EM ALAGOAS**

Maceió

2020

ALICE CORREIA BARROS

**ANSIEDADE TRAÇO E ESTADO, RISCO PARA DEPRESSÃO E IDEAÇÃO
SUICIDA EM GESTANTES DE ALTO RISCO EM ALAGOAS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Enfermagem, Vida, Saúde, Cuidado dos Grupos Humanos.

Orientação: Dra. Verônica de Medeiros Alves.

Maceió

2020

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

- B277a Barros, Alice Correia.
Ansiedade traço e estado, risco para depressão e ideação suicida em gestantes de alto risco em Alagoas / Alice Correia Barros. - 2020.
73 f. : il., tabs.
- Orientadora: Verônica de Medeiros Alves.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia. Maceió, 2020.
- Bibliografia: f. 49-53.
Apêndices: f. 54-61.
Anexos: f. 62-73.
1. Cuidados de enfermagem. 2. Gravidez de alto risco. 3. Ansiedade. 4. Depressão. 5. Ideação suicida. I. Título.

CDU: 616-083: 618.2(813.5)

Folha de Aprovação

ALICE CORREIA BARROS

**ANSIEDADE TRAÇO E ESTADO, RISCO PARA DEPRESSÃO E IDEAÇÃO
SUICIDA EM GESTANTES DE ALTO RISCO EM ALAGOAS**

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 18 de Fevereiro de 2020

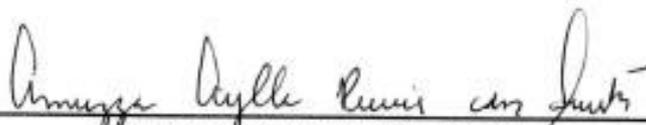


Dra. Verônica de Medeiros Alves – UFAL/Campus – Maceió
(Orientadora)

Banca Examinadora:



Dra. Mara Cristina Ribeiro
(Examinador EXTERNO)



Dra. Amuzza Aylla Pereira dos Santos
(Examinador INTERNO)

Dedico este trabalho à minha mãe Eliete, minha melhor amiga, que vivenciou uma gestação de alto risco para me presentear com o dom da vida, meu eterno agradecimento pelo apoio incondicional em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que sempre iluminou meu caminho e direcionou minha vida para que tudo acontecesse no tempo certo.

Aos meus pais Eliete e Neilson (*in memoriam*) que sempre incentivaram o meu crescimento pessoal e profissional. À minha mãe Eliete, minha melhor amiga. Essa conquista é NOSSA.

À minha orientadora Verônica Alves, o meu reconhecimento pela oportunidade de realizar este trabalho ao lado de alguém que transpira afetuosidade, sorriso e leveza nas suas relações interpessoais. Meu respeito e admiração pelo seu dom no ensino da enfermagem em saúde mental.

Ao Tiago Chagas, pelo seu amor, cuidado, companheirismo e por todo apoio para concretização desse mestrado. Obrigada por caminhar ao meu lado e me incentivar para a realização dos meus sonhos.

À minha família do coração, Necivânia e Alandelon, minha gratidão pelo acolhimento e amizade. Vocês foram fundamentais neste processo.

Às minhas queridas amigas e colaboradoras Luana Jenifer, Leilane Camila, Marina Rodrigues, Mônica Matos e Jaqueline Michelle que contribuíram para concretização desta pesquisa, o meu reconhecimento e gratidão. Não há palavras que possam expressar o quanto sou grata a vocês.

À Mara Ribeiro, pelo incentivo na área da pesquisa e por todas as contribuições ofertadas ao meu aprimoramento profissional durante a graduação em enfermagem.

À turma de mestrado em Enfermagem PPGENF 2018 que foram essenciais durante esse percurso e eu tive o prazer de conhecer pessoas que levarei para vida toda.

Às gestantes que contribuíram para a realização desse estudo. GRATIDÃO!

"Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível."

(Charles Chaplin)

RESUMO

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. Ao serem classificadas como de alto risco, essas mulheres estão propensas à expansão de sentimentos como medo, ansiedade e sofrimento. Diante disso, surge a necessidade de responder a seguinte questão norteadora de pesquisa: As gestantes de alto risco de Alagoas apresentam níveis elevados de ansiedade Traço e/ou Estado, risco para depressão e ideação suicida? **Objetivo:** Avaliar os níveis de ansiedade Traço e Estado, risco para depressão e ideação suicida em gestantes de alto risco em Alagoas. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada com uma amostra de 247 gestantes de alto risco nos quatro e únicos ambulatórios de referência para gestação de alto risco no Estado de Alagoas: Hospital Universitário Professor Alberto Antunes – HUPAA, Maceió – AL; Maternidade Escola Santa Mônica - MESM, Maceió – AL; Espaço Nascer, Arapiraca - AL; e Casa de Assistência à Saúde da Mulher – CASM, Santana do Ipanema - AL. Foram utilizados quatro instrumentos de coleta de dados: Formulário de identificação, Inventário de Ansiedade (IDATE), Escala de Depressão (CES-D) e Escala de Ideação Suicida (BECK). Análise descritiva através da frequência relativa e absoluta, análise bivariada através dos testes qui-quadrado, kolmogov-smirnov, Mann-Whitney e Correlação de Pearson. Para análise dos dados, foi considerado intervalo de confiança de 95% e valor $p < 0,05$. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, com parecer de número 2970601. **Resultados:** Em relação ao nível de ansiedade Traço e Estado, obteve-se Ansiedade Estado classificada como alta (24 - 9,7%), moderada (132 - 53,4%) e baixa (91 - 36,8%) e Ansiedade Traço classificada como alta (19 - 7,7%), moderada (147 - 59,5%) e baixa (81 - 32,8%). Foram identificadas 155 (62,8%) gestantes com risco para depressão e 6 (2,4%) possuem ideação suicida. Quanto maior o risco para depressão, maior o risco de ter ansiedade Traço/Estado moderada e alta. Não existe correlação entre depressão e tentativa de suicídio. Os principais fatores de risco encontrados neste estudo são baixa escolaridade, baixa renda familiar e não planejamento da gravidez. **Conclusão:** O estudo revela que gestantes de alto risco apresentam ansiedade Traço e Estado moderada e alta e risco para depressão. Observou-se que não existe relação entre depressão e tentativa de suicídio em gestantes de alto risco. Foi identificado que quanto menor a escolaridade, maior o risco de apresentar ansiedade Traço, quanto menor a renda familiar maior o risco de ter ansiedade Traço/Estado moderada e alta. E, quando a gravidez não é planejada, existe maior o risco de ter ansiedade Traço moderada e alta.

Descritores: Enfermagem. Gravidez de alto risco. Ansiedade. Depressão. Ideação suicida.

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy is a period in the life of the woman should be evaluated with special attention to configure several physical changes, hormonal, psychological and social inclusion, which can directly reflect on their mental health. To be classified as high risk, these women are prone to expansion of feelings such as fear, anxiety and suffering. Therefore, the need arises to answer the following question guiding research: The high-risk pregnant women in Alagoas have high levels of anxiety trace and / or state risk for depression and suicidal ideation? Goal: Assess the levels of anxiety trait and state risk for depression and suicidal ideation in high-risk pregnant women in Alagoas. **Method:** This is a cross-sectional descriptive study with a quantitative approach. The survey was conducted with a sample of 247 high-risk pregnant women in four and a unique reference clinics for high-risk pregnancies in the State of Alagoas: University Professor Alberto Antunes Hospital - HUPAA, Maceió - AL; Maternity Hospital Santa Monica - MESM, Maceió - AL; Space Sunrise, Arapiraca - AL; and Home Health Care of Women - CASM, Santana do Ipanema - AL. four data collection instruments were used: Form of identification, Anxiety Inventory (STAI), Depression Scale (CES-D) and Suicidal Ideation Scale (BECK). Descriptive Analysis by absolute and relative frequency, bivariate analysis using the chi-square Kolmogorov Smirnov, Mann-Whitney and Pearson's correlation. For data analysis, it was considered confidence interval 95%, $p < 0.05$. Research approved by the Ethics Committee of the Federal University of Alagoas, with opinion number 2970601. **Results:** ANDm from the level of state and trait anxiety was obtained State Anxiety classified as high (from 24 to 9.7%), moderate (132 to 53.4%) and low (91 to 36.8%) and Trait Anxiety classified to high (from 19 to 7.7%), moderate (147 to 59.5%) and low (81 to 32.8%). 155 were identified (62.8%) women at risk for depression and 6 (2.4%) have suicidal ideation. The higher the risk for depression, the greater the risk of having anxiety trait / state moderate and high. There is no correlation between depression and attempted suicide. The main risk factors found in this study are low education, low family income and not planning pregnancy. **Conclusion:** The study found that high-risk pregnant women have anxiety trait and state moderate to high risk for depression. It was observed that there is no relationship between depression and attempted suicide in high-risk pregnancies. It was identified that the lower the educational level, the greater the risk for anxiety trait, the lower the family income the risk of having anxiety trait / state moderate and high. And when the pregnancy is unplanned, there is greater risk of having anxiety moderate and high trace.

Key words: Nursing. high-risk pregnancy. Anxiety. Depression. Suicidal ideation.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil das gestantes de alto risco atendidas em ambulatórios de referência para gestação de alto risco no Estado de Alagoas, 2019.....	34
Tabela 2 – Características clínicas e psicossociais das gestantes atendidas em ambulatórios de referência para gestação de alto risco no Estado de Alagoas, 2019	36
Tabela 3 – Frequência absoluta e relativa de ansiedade Traço e Estado em gestantes atendidas em ambulatórios de referência para gestação de alto risco no Estado de Alagoas, 2019.....	37
Tabela 4 – Frequência absoluta e relativa de risco para depressão em gestantes atendidas em ambulatórios de referência para gestação de alto risco no Estado de Alagoas, 2019.....	37
Tabela 5 – Frequência absoluta e relativa de ideação suicida em gestantes atendidas em ambulatórios de referência para gestação de alto risco no Estado de Alagoas, 2019.....	38
Tabela 6 – Correlação entre depressão e ansiedade Traço e Estado	38
Tabela 7 – Correlação entre depressão e tentativa de suicídio.....	39
Tabela 8 – Correlação entre ansiedade e tentativa de suicídio.....	39
Tabela 9 – Correlação entre escolaridade e ansiedade Traço e Estado.....	40
Tabela 10 – Correlação entre renda familiar e ansiedade Traço e Estado.....	41
Tabela 11 – Correlação entre planejamento da gravidez e ansiedade Traço e Estado.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS

AL	Alagoas;
BSI	Ideação Suicida de Beck;
CASM	Casa de Assistência à Saúde da Mulher;
CES-D	Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale;
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais;
DPP	Depressão Pós Parto;
GPESAM	Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas Austregésilo Carrano Bueno;
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica;
HUPAA	Hospital Universitário Professor Alberto Antunes;
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço Estado;
IG	IG – Idade Gestacional;
MESM	Maternidade Escola Santa Mônica;
MS	Ministério da Saúde;
OMS	Organização Mundial de Saúde;
PNAR	Pré-Natal de Alto Risco;
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial;
SUS	Sistema Único de Saúde;
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido;
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
UBS	Unidade Básica de Saúde;
UFAL	Universidade Federal de Alagoas;
UNCISAL	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	Objetivo.....	17
1.1.1	Objetivo geral.....	17
1.1.2	Objetivos específicos.....	17
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	18
2.1	Gestação de alto risco.....	18
2.2	Ansiedade na gestação de alto risco.....	19
2.3	Depressão na gestação de alto risco.....	21
2.4	Ideação suicida em gestantes de alto risco.....	22
2.5	Assistência de enfermagem no cuidado em gestantes de alto risco com ansiedade e risco para depressão.....	25
3	METODOLOGIA.....	25
3.1	Tipo de estudo.....	25
3.2	Locais da Pesquisa.....	25
3.3	Amostra.....	26
3.4	Critérios de elegibilidade.....	27
3.4.1	Critérios de inclusão.....	27
3.4.2	Critérios de exclusão.....	27
3.5	Coleta de dados.....	27
3.6	Análise dos dados.....	30
3.7	Aspectos éticos.....	31
4	RESULTADOS.....	33
4.1	Perfil das gestantes de alto risco em Alagoas.....	33
4.2	Características clínicas e psicossociais das gestantes de alto risco de Alagoas.....	35
4.3	Ansiedade Traço e Estado em gestantes de alto risco em Alagoas.....	36
4.4	Risco para depressão em gestantes de alto risco em Alagoas.....	37
4.5	Ideação suicida em gestantes de alto risco em Alagoas.....	38
4.6	Correlação entre risco para depressão e ansiedade Traço e Estado.....	38
4.7	Correlação entre risco para depressão e tentativa de suicídio.....	39

4.8	Correlação entre ansiedade Traço e Estado e tentativa de suicídio.....	39
4.9	Correlação entre escolaridade e ansiedade Traço e Estado.....	40
4.10	Correlação entre renda familiar e ansiedade Traço e Estado.....	40
4.11	Correlação entre planejamento da gravidez e ansiedade Traço e Estado.....	41
5	DISCUSSÃO.....	42
6	CONCLUSÃO.....	47
	REFERÊNCIAS.....	49
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	54
	APÊNDICE B - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE).....	56
	APÊNDICE C - Formulário de identificação.....	60
	ANEXO A - Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE).....	62
	ANEXO B - CES-D (Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale).....	64
	ANEXO C - Escala de Ideação Suicida de BECK.....	66
	ANEXO D - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	69

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 esta 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 uma chance maior de ser atingida, do que a média habitual da população considerada (BRASIL, 2012).

A gestação de alto risco ocorre quando a gestante apresenta alguma doença como a hipertensão arterial, diabetes, alcoolismo, obesidade e outras, as quais prejudicam a evolução da gravidez (COSTA et al., 2016). Segundo Martins et al. (2012), a hipertensão arterial durante a gestação é considerada uma das mais prevalentes complicações evidenciadas no ciclo gravídico puerperal, que resulta em morbidade e mortalidade materna e perinatal.

Na fase gestacional, a mulher pode vivenciar sinais e sintomas de ansiedade e momentos de tristeza. Em alguns casos, observa-se a potencialização das manifestações citadas, com 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; BOING; CREPALD, 2017).

A gestante inicia o pré-natal em uma unidade básica de saúde (UBS) onde, havendo necessidade diante de agravo relacionado à gravidez, esta será encaminhada a uma unidade de referência em atendimento à gestação de risco, de forma a ser acompanhada com o suporte necessário. Segundo Martineli et al. (2014), a atenção pré-natal pode controlar os fatores de risco que trazem complicações à gestação, além de permitir a detecção e o tratamento oportuno de complicações, contribuindo para que o desfecho perinatal e materno seja favorável.

Ao serem classificadas como de alto risco, essas mulheres estão propensas à expansão de sentimentos como medo, ansiedade e sofrimento e, muitas vezes,

estas 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 através de sintomas emocionais, comportamentais e físicos, sendo essa considerada patológica quando interfere nas atividades de 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 do bebê vir a ter algum problema ou deformidade.

Da mesma forma, a depressão é um transtorno emocional grave, persistente, que pode variar de intensidade leve a grave, causando dificuldades na vida da pessoa, seja em seus processos cognitivos e funcionais, ou no relacionamento interpessoal, o que tem gerado grandes encargos referidos a incapacidade global, ao maior risco para desenvolver doenças de alta mortalidade e a elevada taxa de suicídio (MARCOLAN; CASTRO, 2013).

Nesse contexto, a depressão tem se configurado como sério problema de saúde materna, pois provoca diversas alterações emocionais e comportamentais na mãe e pode atingir de 10 a 15% das mulheres após o nascimento do filho, exigindo tratamento adequado (FERNANDES; COTRIN, 2013).

Uma gestante com depressão está mais suscetível à anorexia, insônia, negligenciar cuidados com higiene pessoal, não procurar cuidados pré-natais ou não adesão a recomendações terapêuticas (STEWART, 2005), o que pode acarretar risco de prejuízo à saúde do binômio. Justifica-se assim, a necessidade de investigação da depressão em atendimento primário a gestantes.

A depressão causada por gravidez de alto risco pode levar ao desequilíbrio no estado emocional de mulheres grávidas trazendo efeitos negativos para 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 (GAMZE; MELTEM; UMRAN, 2017).

A ideação ou pensamento suicida pode fazer parte dos sinais e 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 para suicídio.

Tendo em vista essa realidade e, acreditando na importância das práticas de enfermagem no âmbito do pré-natal em gestantes de alto risco, cabe ao profissional enfermeiro despertar o interesse para a atenção integral à saúde da gestante de alto risco. Nesse contexto, Rodrigues et al. (2016) afirmam que o enfermeiro precisa estar apto para a oferta de cuidado biopsicossocial nessa fase do ciclo gravídico-puerperal.

O interesse em abordar esse tema surgiu a partir da experiência vivida durante a residência em Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental realizada pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), onde foi possível observar a ocorrência de transtornos mentais relacionados à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, e a importância de se identificar precocemente as alterações emocionais durante esse período. O enfermeiro exerce uma função primordial para que ocorra um pré-natal de qualidade, através de uma assistência humanizada, individualizada e atendendo as queixas, medos, dúvidas e anseios da gestante (SILVA et al., 2019).

Diante disso e visando qualificar a assistência de enfermagem, surgiu a necessidade de responder a seguinte questão norteadora de pesquisa: As gestantes de alto risco de Alagoas apresentam níveis elevados de ansiedade Traço e Estado, risco para depressão e ideação suicida?

Com isso, o objeto desse estudo é a presença de níveis elevados de ansiedade Traço e Estado, risco para depressão e ideação suicida em gestantes de alto risco.

Este estudo tem como hipóteses:

H_0 – Gestantes de alto risco não apresentam níveis elevados de ansiedade Traço e Estado, risco para depressão e ideação suicida.

H_1 – Gestantes de alto risco apresentam níveis elevados de ansiedade Traço e Estado, risco para depressão e ideação suicida.

1.1 OBJETIVO

1.1.1 Objetivo geral

Avaliar os níveis de ansiedade Traço e Estado, risco para depressão e ideação suicida em gestantes de alto risco em Alagoas.

1.1.2 Objetivos específicos

- Identificar os fatores de risco para ansiedade Traço e Estado elevado, risco para depressão e ideação suicida em gestantes de alto risco em Alagoas.
- Correlacionar a gestação de alto risco com risco para depressão, níveis elevados de ansiedade Traço e Estado e/ou ideação suicida.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Gestação de alto risco

No mundo, em torno de 20% das gestações apresentam uma evolução desfavorável, implicando em risco tanto para a mãe quanto para o bebê, caracterizando-se como gestação de alto risco (JANTSCH et al., 2017). De acordo com Costa (2016), a gestação de alto risco na população brasileira está concentrada nas regiões norte e nordeste do país. Não foram encontrados dados sobre a porcentagem de gestações de alto risco em Alagoas.

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional. As gestantes classificadas em alto risco apresentam complicações de saúde tanto para a mãe quanto para o feto e possuem maior probabilidade de evolução desfavorável (BRASIL, 2010). A mulher tendo sua gravidez caracterizada como alto risco, apresenta mais dificuldade para se adaptar emocionalmente (SILVA et al., 2016).

Gestação de alto risco é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido tem maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada” (BRASIL, 2010, p.11).

A avaliação de risco gestacional durante o pré-natal é uma recomendação do Ministério da Saúde (MS), que aponta 35 fatores de risco divididos em características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, história reprodutiva anterior, doenças obstétricas na gravidez atual, e intercorrências clínicas que podem levar uma gestação ao risco (BRASIL, 2012).

Gestantes de alto risco apresentam situações que podem intervir na evolução normal de uma gestação, focalizando tanto aspectos relativos à saúde materna quanto à fetal. Diversos fatores que podem influenciar na estimativa de risco gestacional podem ser identificados já no período pré-concepcional. Sendo assim, é de grande importância, o desenvolvimento de investimentos assistenciais para preparar o organismo materno para uma gravidez a fim de diminuir seus efeitos (REZENDE; SOUZA, 2012).

Segundo Silva et al. (2016), no período gestacional ocorrem transformações fisiológicas, sociais e psicológicas na mulher, enfatizadas pela exacerbação da sensibilidade feminina, tornando-a suscetível a diversos distúrbios emocionais, dentre eles depressão e ansiedade, os quais podem alterar o vínculo materno-fetal.

O pré-natal de alto risco abrange cerca de 10% das gestações que cursam com critérios de risco, o que aumenta significativamente nestas gestantes a probabilidade de intercorrências durante o período gravídico-puerperal. Logo, as gestantes com maiores riscos merecem maior atenção, a fim de reduzir a morbidade e a mortalidade nesse grupo populacional (BRASIL, 2012).

É importante que os profissionais do pré-natal se aproximem da realidade de vida das mulheres com uma gestação diagnosticada de maior risco, compreendendo as implicações da nova situação para a sua vida e as condições que possuem para prestar uma assistência qualificada (OLIVEIRA; MANDU, 2015).

De acordo com a WHO (2017) a ansiedade afetou 264 milhões e a depressão 322 milhões de pessoas no mundo, tendo as mulheres como a população de maior proporção. A ansiedade é um problema de saúde pública e causa incapacitação social e está entre as categorias mais prevalentes de doenças mentais (RIBEIRO et al., 2019). Nesse contexto, destaca-se a importância de pré-natal qualificado abordando histórico pessoal e familiar da gestante, visando identificar precocemente alterações físicas e/ou psíquicas no decorrer da gestação (COSTA et al., 2016).

Os índices de ansiedade e depressão são mais elevados entre as gestantes de risco, principalmente para aquelas que tinham suspeita de fetos malformados (SAVIANI-ZEOTI; PETEAN, 2015).

Considerando que entre os transtornos mentais que mais acometem as mulheres que estão vivenciando uma gestação encontram-se a ansiedade, depressão e ideação suicida, esses serão descritos a seguir.

2.2 Ansiedade na gestação de alto risco

Estudos nacionais e internacionais apontam índices de ansiedade variáveis da ordem de 23% em estudo realizado em Alberta, no Canadá, 15,6% em investigação realizada na Alemanha e 49% no Paquistão (WAQAS, et al., 2015).

Gouveia et al. (2003) afirma que há uma estimativa de que 20% das mulheres apresentam sintomas de ansiedade durante a gravidez e que a ansiedade na

gravidez é subdiagnosticada e os sintomas são confundidos com questões orgânicas.

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

Sinais e sintomas de ansiedade estão relacionados a perturbações do comportamento em que o medo surge como uma resposta emocional a uma determinada situação ou ameaça. O transtorno ansioso possui características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais. A ansiedade tende a produzir alterações perceptivas que interferem no aprendizado, baixando a concentração, reduzindo a memória e prejudicando a capacidade de associação de eventos (APA, 2014).

A ansiedade pode ser classificada como “Traço” quando configura uma característica constante da personalidade da pessoa, ou como “Estado” quando ocorre de maneira transitória decorrente de alguma situação que a pessoa esteja vivenciando (TRAJANO et.al, 2016).

Os transtornos ansiosos não possuem uma causa específica. No entanto, existem evidências científicas que descrevem fatores genéticos, bioquímicos, anatômicos, psicológicos e relacionados a outras condições clínicas e experiências de vida que contribuem para o desenvolvimento da ansiedade (VIDEBACK, 2012; STEFANELI, 2017).

No período inicial da gestação a mulher encontra-se ansiosa, insegura e com muitas expectativas em virtude da nova fase que ela está vivenciando, devido a alterações físicas, mudança de hábitos de vida, a qual costuma gerar dúvidas, principalmente, se a mulher for primigesta e/ou se a mesma estiver em meio a uma gestação que possua riscos (MARTINELLI et al., 2014).

Mulheres que apresentam complicações na gravidez são mais propensas a desenvolver sintomas de ansiedade na gravidez, em comparação com mulheres que experimentam um baixo risco de intercorrências (SILVA et al., 2015).

2.3 Depressão na gestação de alto risco

A depressão tem se configurado como sério problema de saúde materna, pois provoca diversas alterações emocionais e comportamentais na mãe depressiva, podendo atingir de 10 a 15% de mulheres após o nascimento do filho, exigindo assim tratamento adequado (FERNANDES; COTRIN, 2013).

Estudos comprovam que aproximadamente 20% das gestantes sofrem de depressão durante o período gestacional, sendo que a depressão pode ser desde o grau leve até o grave, podendo se estender ao puerpério (BORGES et al., 2011).

A depressão é um transtorno de humor que causa danos à vida pessoal, tende a causar desânimo e pessimismo na pessoa, afetando a interação social, autoestima, padrões de sono e apetite, humor triste, sensação de vazio ou irritação, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade funcional do indivíduo, edificando ainda alterações nítidas no afeto, tristeza profunda, ganho ou perda de peso significativo, alterações na qualidade do sono, perda de interesse por situações ou coisas que antes eram prazerosas (APA, 2014).

Nesse contexto, pode-se afirmar que existem vários fatores que contribuem para a depressão, entre eles: pobreza, desemprego, acontecimentos estressores na vida como a morte de um ente querido, fim de relacionamentos, doenças físicas e problemas decorrentes do consumo de substâncias psicoativas (WHO, 2017).

Ainda de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), a depressão apresenta humor triste acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente o funcionamento da pessoa (APA, 2014).

Durante o ciclo reprodutivo da mulher ocorrem mudanças de hormônios do sistema neuroendócrino que sugerem maior vulnerabilidade e sensibilidade a mudanças de humor (KROB et al., 2017). O pós-parto pode ser considerado um período de risco psiquiátrico elevado na vida da mulher e os sintomas de depressão são iniciados no período gestacional. O ciclo gravídico-puerperal pode contemplar casos de depressão gestacional. A etiologia da depressão pós-parto é multifatorial, sendo influenciada por aspectos biológicos, sociais e psicológicos (CARVALHO, 2012). A presença de transtorno depressivo não tratado na gestação pode acarretar prejuízos materno-fetais e adversidades obstétricas, uma vez que a depressão inclui

sintomas como alteração do sono, alterações de apetite, lentificação psicomotora e ideação suicida (BRASIL, 2010).

A presença de transtornos psiquiátricos pode impactar de forma direta na 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, 2010).

A depressão durante a gravidez de alto risco deve ser rotineiramente investigada com a utilização de instrumentos específicos, a fim de tratar o transtorno depressivo, principalmente quando acompanhado de ideação suicida (BENUTE et al., 2011).

2.4 Ideação suicida em gestantes de alto risco

A presença de ideação suicida é considerada como um fator que predispõe o risco de suicídio, assim como a 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 ligada a diversos fatores que se enquadram no social, pessoal e psíquico (ASSUMPÇÃO; OLIVEIRA; SOUZA, 2018). Não foram encontrados estudos sobre ideação suicida em gestantes.

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

De acordo com Borges e Werlang (2006), a ideação suicida engloba desejos, atitudes ou planos que o indivíduo tenha de se matar. O risco de suicídio consiste na probabilidade de uma pessoa cometer o ato suicida. Nesse contexto, pode-se afirmar que o risco de suicídio aumenta de acordo com o número de tentativas anteriores (ALVES et al., 2014). A existência de ideação suicida associada a sintomas depressivos pode ser considerada como um importante fator de risco para o suicídio efetivo (BORGES; WERLANG, 2006).

Existem fatores que contribuem para o risco de suicídio, entre eles: transtorno mental, situação econômica, desigualdade social, idade, sexo, escolaridade, região geográfica, urbanização, desemprego, problemas de identidade sexual, baixa realização pessoal e histórico de suicídio na família (FERREIRA, 2016). Logo, o

risco para o 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).

Decorrente de uma crença popular em que a mulher estaria protegida de qualquer problema de ordem psíquica durante a gravidez, os estudos sobre depressão e comportamento suicida na gestação foram negligenciados e a atenção foi toda voltada para a avaliação no período pós-parto (BENUTE et al., 2016). Poucos estudos avaliam o risco de ideação suicida na gestação, sendo assim, este estudo se justifica pela importância de identificar os níveis de ansiedade Traço e Estado, risco para depressão e ideação suicida em gestantes de alto risco, proporcionando a elaboração de estratégias de intervenção precoce nesse contexto.

2.5 Assistência de enfermagem no cuidado a gestante de alto risco com ansiedade e risco para depressão

De acordo com o Manual Técnico para a Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), bem como os princípios do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2002) e da Rede Cegonha (BRASIL, 2011), as gestantes devem ser avaliadas diante das condições clínicas e obstétricas para identificação precoce e adequada de situações que possam causar complicações ao desenvolvimento da gravidez.

No contexto de uma gestação de risco, a literatura destaca que o acompanhamento pré-natal é essencial para diminuição de possíveis complicações obstétricas e neonatais (MORSE et al., 2013). O Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) preconiza que na assistência ao Pré-Natal de Alto Risco (PNAR), o atendimento do binômio mãe-filho seja realizado por uma equipe multidisciplinar, que inclui o enfermeiro. O enfermeiro realiza a consulta periódica de enfermagem no pré-natal, que permite identificar os problemas reais e potenciais da gestante e, a partir disso, elaborar o planejamento do cuidado de enfermagem diante dos riscos clínicos e obstétricos (SILVA, et al., 2019).

O atendimento de enfermagem à gestante de alto risco exige uma assistência especializada devido à sua complexidade, considerando as patologias e as 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 de enfermagem necessária para garantia de resultados perinatais satisfatórios (RODRIGUES et al., 2017).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa.

Os estudos transversais abrangem a coleta de dados e a ocorrência dos fenômenos estudados em determinado recorte do tempo, sem acompanhamentos ou análises seriadas, com vantagens econômicas e facilidade de controle (POLIT, 2011).

Os estudos descritivos têm por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos e expor um diagnóstico ampliado do problema que levou a pesquisa a ser desenvolvida (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003; BONAT, 2009).

A abordagem quantitativa tem a finalidade de ordenar, medir e contar de forma a determinar a frequência e a distribuição dos acontecimentos, e a partir disso pesquisar padrões que tenham relação entre variáveis determinando intervalos confiáveis para parâmetros errôneos para suposições (VIEIRA; HOSSNE, 2015).

3.2 Locais da Pesquisa

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, Maceió – AL; Maternidade Escola Santa Mônica - MESM, Maceió – AL; Espaço Nascer, Arapiraca - AL; e Casa de Assistência à Saúde da Mulher – CASM, Santana do Ipanema - AL.

Maceió é a capital do Estado de Alagoas e tem uma população de 932.748 habitantes (IBGE, 2010). Nessa cidade, encontram-se dois serviços de referências para gestantes de alto risco: Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) e Maternidade Escola Santa Mônica (MESM). O Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) é um hospital-escola voltado prioritariamente para a formação e capacitação de recursos humanos, principalmente na área de saúde, contribuindo assim, para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde - SUS no Estado de Alagoas. A Maternidade Escola Santa Mônica (MESM) é uma unidade

complementar da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL) especializada em assistência de média e alta complexidade, sendo referência estadual no atendimento à gestante de alto risco.

Arapiraca, localizada na região agreste do Estado de Alagoas, a uma distância de 128 km da capital, possui uma população de 214.006 habitantes (IBGE, 2010). Nela encontra-se sediada o Espaço Nascer, que é um estabelecimento de saúde tipo Centro de Especialidades Médicas que executa serviços de saúde, realiza assistência às gestantes de alto risco e bebês, até o sexto mês de vida.

O município de Santana do Ipanema está localizado na região centro-oeste do Estado de Alagoas a uma distância de 207 km da capital e possui uma população de 44.932 habitantes (IBGE, 2010). Nessa cidade, encontra-se localizada a Casa de Assistência à Saúde da Mulher (CASM), que é um estabelecimento de saúde tipo policlínica que executa serviços de saúde e assistência as gestantes de alto risco.

3.3 Amostra

Trata-se de uma amostra do tipo estratificada. Inicialmente, foi realizado um levantamento acerca da média de atendimentos mensal 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 baseando-se na população de 990 gestantes de alto risco/mês, calculada por meio do programa estatístico EPIINFO 7.2.0.1. Para o cálculo amostral foi considerado uma frequência esperada de 11% (PAVANNI, 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 probabilística, onde foi distribuída proporcionalmente entre os 4 locais de estudo, ficando 112 gestantes na MESM, 100 gestantes no HUPAA, 25 gestantes no Espaço Nascer e 10 gestantes no CASM.

3.4 Critérios de elegibilidade

3.4.1 Critérios de inclusão

Gestantes que estavam em acompanhamento ambulatorial de pré-natal de alto risco nos quatro serviços de referência existentes em Alagoas.

3.4.2 Critérios de exclusão

Gestantes que necessitaram de uma interrupção da gestação, aquelas que apresentaram déficit cognitivo e que estavam em uso de álcool e outras drogas no momento da entrevista.

3.5 Coleta de dados

A coleta de dados aconteceu entre dezembro de 2018 a março de 2019.

A coleta de dados foi realizada no dia e horário da consulta de pré-natal ou de acordo com data disponibilizada pelos locais de estudo e ocorreu através de entrevista direta com as gestantes, por meio dos questionários específicos.

Antes de iniciar a coleta de dados, os locais do estudo foram visitados para esclarecimento quanto aos objetivos da pesquisa, assim como quanto aos dias e horários adequados para aplicação dos instrumentos às gestantes. A pesquisadora responsável iniciou a coletada de dados e paralelamente capacitou duas colaboradoras integrantes do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas Austregésilo Carrano Bueno (GPESAM) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) que contribuíram na coleta de dados.

A capacitação para a aplicação dos instrumentos durante a coleta de dados foi realizada pela pesquisadora responsável especialista em Psiquiatria e Saúde Mental pela Residência em Enfermagem da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL).

As gestantes foram escolhidas aleatoriamente no dia da coleta de dados realizada em cada local, enquanto aguardavam a consulta de pré-natal. A fim de garantir a privacidade das gestantes, as entrevistas foram realizadas em locais reservados para que as participantes se sentissem à vontade para responder as

perguntas. Antes de iniciar a aplicação dos instrumentos da coleta de dados, cada gestante foi convidada a participar da pesquisa, foram explicados os objetivos do estudo, as contribuições desse para o meio profissional e científico, os riscos e benefícios no qual estavam expostos e que não haveria compensação financeira pela sua participação, sendo essa de livre escolha; que o sigilo e a confidencialidade estariam garantidos e que poderiam retirar o consentimento em qualquer fase do estudo.

Após os esclarecimentos acima citados, as gestantes foram convidadas individualmente a participar desta pesquisa com sua permissão firmada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) ou do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), para o caso de gestantes menores de 18 anos.

Para este fim, foram utilizados quatro instrumentos de coleta de dados: Formulário de identificação (APÊNDICE A), Inventário de ansiedade Traço-Estado (IDATE) (ANEXO A), Escala de Depressão (CES-D) (ANEXO B) e Escala de Ideação Suicida (BECK) (ANEXO C).

- **Formulário de identificação (APÊNDICE C)**

O formulário de identificação consistiu em um questionário semiestruturado e foi preenchido pela pesquisadora e colaboradoras e respondido individualmente por cada participante. Constando os seguintes dados:

1. Dados de identificação: iniciais (nome), idade (anos), número do prontuário;
2. Aspectos sociodemográficos: situação conjugal, escolaridade, profissão, religião;
3. Caracterização clínica: paridade (gestações, parto e aborto), e motivo de encaminhamento para o alto risco;
4. Caracterização psiquiátrica: histórico de doença psiquiátrica (antecedentes pessoais e familiares);
5. Dados complementares: planejamento da gravidez; vínculo afetivo com o pai do bebê, uso de substâncias psicoativas.

- **Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE (ANEXO A)**

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE – é composto de duas escalas distintas de auto relatório para medir dois conceitos distintos: Estado de ansiedade (Estado) e Traço de ansiedade (Traço). A escala de Traço de ansiedade do IDATE consiste em 20 afirmações que requerem que os sujeitos descrevam como geralmente se sentem. A escala de Estado de ansiedade consiste também de 20 afirmações, e as instruções requerem dos indivíduos indicar como se sentem num determinado momento. Para cada afirmação, o sujeito deve assinalar uma das quatro alternativas, indicando como se sente: absolutamente não; um pouco; bastante; e muitíssimo (Escala Estado); quase nunca; às vezes; frequentemente; 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, moderada entre 25 e 75 e 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, ou como “estado” quando ocorre de maneira transitória decorrente de alguma situação que a pessoa esteja vivenciando (TRAJANO et al., 2016).

- **Escala de Depressão - CES-D Center for Epidemiologic Studies. Depression Scale (ANEXO B)**

O CES-D é composto por 20 itens que questionam sintomas depressivos nos últimos 7 dias anteriores à entrevista. Cada resposta admite quatro 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 correspondem 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 pontos nesta escala é o nível de corte que indica a presença de sintomas depressivos significativos (FERNANDES; ROZENTHAL, 2008).

- **Escala de ideação suicida de BECK (ANEXO C)**

A escala de Ideação Suicida de Beck (BSI) trata-se de um questionário de auto relato validado na versão em português por Cunha (2001). A BSI propõe-se a mensurar a presença de pensamentos, planos e intenção de cometer suicídio no indivíduo avaliado, indicando sua ideação suicida atual. Ele é constituído por 21 grupos de afirmações, onde os 05 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 à alta de gestantes com pontuação maior ou igual a 6.

3.6 Análise dos dados

O tratamento estatístico foi realizado através de frequência relativa e absoluta, além de análise bivariada, com a finalidade de avaliar quão provável é que qualquer diferença observada aconteça ao acaso, através do teste qui-quadrado (χ^2); e a correlação de Pearson que mede o grau da correlação entre duas variáveis contínuas. Para análise dos dados foi considerando intervalo de confiança de 95% e valor $p < 0,05$.

Foi realizado os testes não-paramétricos de normalidade de Kolmogorov-Smirnov e Mann-Whitney para verificar a distribuição das variáveis e quais testes estatísticos deveriam ser utilizados. Logo, foram utilizados testes não-paramétricos, após verificar que as distribuições das variáveis não foram normais.

As informações coletadas foram tabuladas em banco de dados no Programa SPSS versão 20. As variáveis quantitativas foram estimadas pela estatística descritiva média. Foi realizada análise bivariada com testes estatísticos não-paramétricos de acordo com os tipos de variáveis relacionadas.

Após análise dos dados, os resultados adquiridos neste estudo foram apresentados em forma de tabelas. Posteriormente, as informações foram

interpretadas e discutidas baseadas em outras pesquisas científicas sobre ansiedade, depressão e ideação suicida em gestantes de alto risco.

A apresentação dos resultados foi organizada conforme características das variáveis, desse modo, as que correspondem aos aspectos de identificação foram agrupadas em duas categorias.

1. Variáveis pessoais: Faixa etária, escolaridade, profissão, estado civil, renda familiar e religião;
2. Variáveis clínicas e psicossociais: Idade gestacional, histórico de aborto, planejamento da gestação, vínculo com o pai, diagnóstico psiquiátrico, diagnóstico psiquiátrico na família, uso de medicação, abuso físico ou sexual, uso de bebidas alcoólicas, uso de fumo/cigarro, tentativa de suicídio e tentativa de suicídio na família.

A apresentação das informações referentes a associação entre ansiedade, depressão e ideação suicida foram agrupadas conforme as categorias:

1. Ansiedade Traço e Estado: Alta, moderada e baixa;
2. Depressão: Com risco e sem risco;
3. Ideação suicida: Com ideação e sem ideação;

3.7 Aspectos éticos

O estudo seguiu os aspectos éticos dispostos na Resolução nº 466/2012 do Ministério da Saúde, na qual determina as normas e diretrizes que regulam as pesquisas que envolvem seres humanos e Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, respeitou os referenciais básicos da bioética: não-maleficência, beneficência, autonomia e justiça para apreciação ética.

A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, com Parecer Consubstanciado de Autorização sob número 2.970.601. (ANEXO D).

Inicialmente, as participantes foram informadas a respeito da pesquisa, sendo sua participação confirmada após atender aos critérios de elegibilidade e após assinatura do TCLE (APÊNDICE A) ou TALE (APÊNDICE B) em duas vias, sendo uma entregue a gestante e outra ficou com a pesquisadora.

Para a minimização dos riscos apresentados nesta pesquisa, foi garantido o sigilo e confidencialidade por parte dos pesquisadores. Foi garantido ainda que elas

poderiam se recusar a responder a qualquer pergunta em caso de constrangimento diante dos questionamentos feitos pela pesquisadora durante a entrevista.

Foi proporcionada assistência as gestantes que apresentaram sinais e sintomas de ansiedade, risco para depressão e ideação suicida, e foi comunicado aos profissionais do serviço para que tomassem os encaminhamentos. Os casos em que foi identificada a necessidade de suporte psicossocial foi encaminhado para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS) de Alagoas.

A pesquisa apresenta como benefício à identificação do nível de ansiedade Traço e Estado e o risco para depressão na gestante de alto risco e serve como fonte de informação para novas pesquisas. Além disso, possibilita a criação de estratégias de intervenções a fim de melhorar a assistência direcionada a mesma.

Os resultados encontrados são informações importantes para que os locais de estudo, que são referências para o pré-natal de alto risco, possam refletir acerca da temática e gerar a possibilidade de implementação de novos protocolos para condução de gestantes com ansiedade, risco para depressão e suicídio em gestantes. O sigilo das informações e confidencialidade das participantes da pesquisa será mantido, mesmo após o término dela.

4 RESULTADOS

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

Posteriormente, serão apresentadas tabelas referentes aos resultados obtidos através dos instrumentos que avaliaram ansiedade Traço e Estado, risco para depressão e ideação suicida e, em seguida, apresentam-se tabelas de contingência através da correlação de gestação de alto risco com a presença de níveis elevados de ansiedade Traço e Estado, risco para 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 através da correlação das variáveis dependentes e independentes que apresentaram p significativo (escolaridade, renda familiar e planejamento da gravidez).

4.1 Perfil das gestantes de alto risco de Alagoas

A amostra deste estudo foi composta por 247 mulheres que estavam sendo atendidas nos quatro ambulatórios de referência para o pré-natal de alto risco, em Alagoas. Essa amostra apresentou média de idade de 27,5 anos, sendo 13 anos a de menor idade e 45 anos a de maior idade.

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

Quanto à escolaridade, a maioria tinha ensino médio completo (84 - 34%), seguido de ensino fundamental incompleto (70 - 28,3%), ensino médio incompleto (33 - 13,4%) ou superior incompleto (24 - 9,7%) (Tabela 1). O teste do χ^2 mostra que existe associação ente a escolaridade e a faixa etária ($\chi^2 = 112,95$, $p = 0,000$).

Cento e trinta e oito (55,9%) não tem profissão; 107 (43,3%) gestantes tinham união livre; A maioria relatou ter renda menor ou igual a um salário mínimo (105 -

42,5%); 186 (75,3%) tem religião, dentre elas católica (177 - 47,4%), evangélica (66 - 26,7%) e espírita (3 - 1,2%) (Tabela 1).

O teste do χ^2 mostra que existe associação ente estado civil ($\chi^2= 60,82$, $p= 0,030$), renda familiar ($\chi^2= 32,01$, $p= 0,058$), gravidez planejada ($\chi^2= 5,91$, $p= 0,551$) e a faixa etária.

Tabela 1 – Perfil das gestantes de alto risco atendidas em ambulatórios de referência para gestação de alto risco no Estado de Alagoas, Maceió, 2019.

	N = 247	%
Faixa etária		
10 - 14	4	1,6
15 - 19	40	16,1
20 - 24	54	21,8
25 - 29	46	18,6
30 - 34	48	19,4
35 - 39	39	15,7
40 - 44	15	6
45 - 49	1	0,4
Escolaridade		
Analfabeta	1	4
Ensino Fund. Completo	23	9,3
Ensino Fund. Incompleto	70	28,3
Ensino Médio Completo	84	34
Ensino Médio Incompleto	33	13,4
Superior Completo	12	4,9
Superior Incompleto	24	9,7
Profissão		
Possui	104	42,1
Não possui	138	55,9
Sem resposta	5	2
Estado Civil		
Solteira	33	13,3
Casada	94	38
União Livre	107	43,3
Divorciada	5	2
Viúva	1	0,4
Sem resposta	7	2,8
Renda Familiar		
<= 1 Salário mínimo	105	42,5
> 1 Salário mínimo	97	39,3
> 2 Salários mínimos	39	15,8
Sem resposta	6	2,4
Religião		
Possui	77	86,5
Não possui	12	13,5

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2019.

4.2 Características clínicas e psicossociais das gestantes de alto risco de Alagoas

A respeito da idade gestacional (IG) das entrevistadas, 24 (9,7%) encontravam-se no primeiro trimestre, 70 (28,3%) no segundo e 153 (62%) no terceiro trimestre gestacional (Tabela 2).

Setenta (28,3%) mulheres relataram que já haviam tido pelo menos 1 aborto; e 83 (33,6%) responderam que haviam planejado sua gestação. Quanto ao vínculo afetivo com o pai do bebê, 230 (93,1%) gestantes relataram possuir o elo supramencionado na relação (Tabela 2).

Quanto ao diagnóstico de doença psiquiátrica, 30 (12,1%) gestantes relataram apresentar algum diagnóstico relativo a transtornos mentais (Tabela 2). Dentre as doenças psiquiátricas pré-existentes nas gestantes, têm-se a depressão citada em maior frequência, seguida de ansiedade (informações relatadas pelas gestantes).

Oitenta e nove (36%) gestantes responderam que tinham história familiar de doença psiquiátrica (Tabela 2). Dentre as doenças psiquiátricas existentes na família, têm-se a depressão citada em maior frequência, seguida de esquizofrenia e ansiedade (informações relatadas pelas gestantes).

Quanto ao uso de medicação, 89 (36%) gestantes responderam que faziam uso (Tabela 2). Dentre as medicações utilizadas, consta-se: 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 gestantes apresentaram (17 - 6,9%) abuso físico e/ou sexual. 18 (7,3%) faziam uso de bebida alcoólica. Seis (2,4%) faziam uso de fumo/cigarro. Vinte e quatro (9,7%) responderam que já haviam tentado suicídio. Quarenta e quatro (17,8%) relataram tentativa de suicídio de alguém na família (Tabela 2).

Tabela 2 – Características clínicas e psicossociais das gestantes atendidas em ambulatórios de referência para gestação de alto risco no Estado de Alagoas, Maceió, 2019.

	N = 247	%
Idade Gestacional		
Primeiro Trimestre	24	9,7
Segundo Trimestre	70	28,3
Terceiro Trimestre	153	62
Histórico de aborto		
Sim	70	28,3
Não	177	71,7
Planejamento da gravidez		
Sim	83	33,6
Não	164	66,4
Vínculo/Pai		
Sim	230	93,1
Não	17	6,9
Diagnóstico Psiquiátrico		
Sim	30	12,1
Não	216	87,4
Sem resposta	1	4
Diagnóstico Psiq. Família		
Sim	89	36
Não	158	64
Uso de medicação		
Sim	89	36
Não	158	64
Histórico de abuso físico/sexual		
Sim	17	6,9
Não	229	92,7
Sem resposta	1	4
Uso de bebidas alcoólicas		
Sim	18	7,3
Não	229	92,7
Uso de fumo/cigarro		
Sim	6	2,4
Não	241	97,6
Tentativa de suicídio		
Sim	24	9,7
Não	223	90,3
Tentativa de suicídio Família		
Sim	44	17,8
Não	201	81,4
Sem resposta	2	0,8

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2019.

4.3 Ansiedade Traço e Estado em gestantes de alto risco em Alagoas

Em relação aos níveis de ansiedade Traço e Estado identificaram-se gestantes com ansiedade Traço alta (19 - 7,7%), moderada (147 - 59,5%) e baixa (81 - 32,8%) e ansiedade Estado alta (24 - 9,7%), moderada (132 - 53,4%) e baixa (91 - 36,9%) (Tabela 3).

Os escores de ansiedade Traço e Estado foram tabulados para obtenção da média. O escore de ansiedade Traço das gestantes apresentou variação entre 27 e 68, obtendo-se uma média de 44,9. Essa média classifica a ansiedade como moderada, em adultos. O escore de ansiedade estado das gestantes apresentou variação entre 20 e 77, obtendo-se uma média de 44,6. Essa média classifica a ansiedade como moderada, em adultos.

Tabela 3 – Frequência absoluta e relativa de ansiedade em gestantes atendidas em ambulatórios de referência para gestação de alto risco no Estado de Alagoas, Maceió, 2019.

	N = 247	%
Ansiedade Traço		
Alta	19	7,7
Moderada	147	59,5
Baixa	81	32,8
Ansiedade Estado		
Alta	24	9,7
Moderada	132	53,4
Baixa	91	36,9

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2019.

4.4 Risco para depressão em gestantes de alto risco em Alagoas

Na avaliação de risco para depressão identificaram-se 155 (62,8%) gestantes com risco para depressão (Tabela 4).

O escore de depressão das mulheres gestantes apresentou variação entre 04 a 52, obtendo-se uma média de 19,9. Essa média classifica o risco para depressão.

Tabela 4 – Frequência absoluta e relativa de risco para depressão em gestantes atendidas em ambulatórios de referência para gestação de alto risco no Estado de Alagoas, Maceió, 2019.

	N = 247	%
Depressão		
Com risco	155	62,8
Sem risco	92	37,2

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2019.

4.5 Ideação suicida em gestantes de alto risco em Alagoas

Quanto à presença de ideação suicida foi possível constatar que 6 (2,4%) gestantes apresentaram ideação suicida (Tabela 5).

Tabela 5 - Frequência absoluta e relativa de ideação suicida em gestantes atendidas em ambulatórios de referência para gestação de alto risco no Estado de Alagoas, Maceió, 2019.

	N = 247	%
Ideação Suicida		
Sem ideação	241	97,6
Com ideação	6	2,4

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2019.

4.6 Correlação entre risco para depressão e ansiedade Traço-Estado

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

Existe uma correlação entre depressão e ansiedade Traço ($\chi^2 = 56,8$, $p = 0,000$). Quanto maior o risco para depressão, maior o risco de ter ansiedade Traço moderada ou alta ($r = -0,471$, $p = 0,000$) (Tabela 6).

Tabela 6 – Correlação entre depressão e ansiedade em gestantes atendidas em ambulatórios de referência para gestação de alto risco no Estado de Alagoas, Maceió, 2019.

		IDATE E			
		Alta	Moderada	Baixa	Total
DEPRESSÃO	Sem risco	0	39	53	92
	Com risco	24	93	38	155
Total		24	132	91	247
		IDATE T			
		Alta	Moderada	Baixa	Total
DEPRESSÃO	Sem risco	0	36	56	92
	Com risco	19	111	25	155
Total		19	147	81	247

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2019.

4.7 Correlação entre risco para depressão e tentativa de suicídio

O teste qui-quadrado identificou que não existe associação entre depressão e tentativa de suicídio ($\chi^2 = 0,743$, $p = 0,506$) (Tabela 7).

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, Maceió, 2019.

		Tentativa de suicídio		Total
		Sim	Não	
Depressão	Sem risco	7	85	92
	Com risco	17	138	155
Total		24	223	247

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2019.

4.8 Correlação entre ansiedade e tentativa de suicídio

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 8).

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 8).

Tabela 8 – Correlação entre ansiedade e tentativa de suicídio em gestantes atendidas em ambulatórios de referência para gestação de alto risco no Estado de Alagoas, Maceió, 2019.

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

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

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2019.

4.9 Correlação entre escolaridade e ansiedade

Existe correlação entre escolaridade e ansiedade Traço ($\chi^2= 21,1$, $p= 0,049$). Quanto menor a escolaridade, maior o risco de apresentar ansiedade Traço ($r= 0,158$, $p= 0,013$) (Tabela 9).

Não existe correlação entre escolaridade e ansiedade Estado ($\chi^2= 17,7$, $p= 0,124$) (Tabela 9).

Tabela 9 – Correlação entre escolaridade e ansiedade em gestantes atendidas em ambulatórios de referência para gestação de alto risco no Estado de Alagoas, Maceió, 2019.

		Escolaridade						Total	
		Analfabeta	Ensino fundamental completo	Ensino fundamental incompleto	Ensino médio completo	Ensino médio incompleto	Superior completo	Superior incompleto	
IDATE T	Alta	0	1	11	3	4	0	0	19
	Moderada	1	19	37	50	20	8	12	147
	Baixa	0	3	22	31	9	4	12	81
	Total	1	23	70	84	33	12	24	247

		Escolaridade						Total	
		Analfabeta	Ensino fundamental completo	Ensino fundamental incompleto	Ensino médio completo	Ensino médio incompleto	Superior completo	Superior incompleto	
IDATE E	Alta	0	5	11	3	5	0	0	24
	Moderada	0	12	35	49	16	7	13	132
	Baixa	1	6	24	32	12	5	11	91
	Total	1	23	70	84	33	12	24	247

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2019.

4.10 Correlação entre renda familiar e ansiedade

Existe correlação 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 e alta ($r= 0,256$, $p= 0,000$) (Tabela 10).

Existe correlação 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 e alta ($r= 0,154$, $p= 0,017$) (Tabela 10).

Tabela 10 – Correlação entre renda familiar e ansiedade em gestantes atendidas em ambulatórios de referência para gestação de alto risco no Estado de Alagoas, Maceió, 2019.

		Renda familiar				Total
		=< 1 SM	> SM	> 2 SM	4	
IDATE T	Alta	14	4	0	1	19
	Moderada	68	58	17	0	143
	Baixa	23	35	22	0	80
	Total	105	97	39	1	242
		Renda familiar				Total
		=< 1 SM	> SM	> 2 SM	4	
IDATE E	Alta	16	5	2	1	24
	Moderada	60	49	20	0	129
	Baixa	29	43	17	0	89
	Total	105	97	39	1	242

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2019.

4.11 Correlação entre planejamento da gravidez e ansiedade

Existe correlação entre gravidez planejada e ansiedade Traço ($\chi^2= 14,2$, $p= 0,001$). Mulheres com gestação não planejada tem maior chance de ter ansiedade Traço moderada e alta ($r= -0,237$, $p= 0,000$) (Tabela 11).

Não existe correlação entre planejamento da gravidez e ansiedade Estado ($\chi^2= 5,3$, $p= 0,070$) (Tabela 11).

Tabela 11 – Correlação entre planejamento da gravidez e ansiedade em gestantes atendidas em ambulatórios de referência para gestação de alto risco no Estado de Alagoas, Maceió, 2019.

		Planejamento da gravidez		Total
		Sim	Não	
IDATE T	Alta	1	18	19
	Moderada	44	103	147
	Baixa	38	43	81
	Total	83	164	247
		Planejamento da gravidez		Total
		Sim	Não	
IDATE E	Alta	3	21	24
	Moderada	47	85	132
	Baixa	33	58	91
	Total	83	164	247

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2019.

5 DISCUSSÃO

A partir da hipótese alternativa (H_1) desse estudo, gestantes de alto risco apresentam níveis de ansiedade Traço e Estado elevados, risco para depressão e ideação suicida. Os níveis de ansiedade Traço/Estado eram moderados e altos e existia risco para o desenvolvimento de depressão. Não foi evidenciada significância estatística na presença de ideação suicida em gestantes de alto risco. Esse resultado pode ser explicado pelo fato da gestação ser um fator de proteção para tentativa de suicídio (ARRAIS; ARAÚJO, 2018). Ao cruzar algumas variáveis com a faixa etária identificou-se que houve significância estatística para escolaridade, estado civil, renda familiar e planejamento da gravidez.

O estudo de Pavaani et al. (2013) confirma a alta prevalência de depressão e ansiedade pré-natal em gestantes de alto risco em comparação com gestações de risco obstétrico habitual. Sendo assim, é importante observar que a ansiedade pré-natal e a presença de uma doença pré-natal podem aumentar significativamente o risco de depressão pós-parto (FAIRBROTHER et al., 2015; 2016).

A ocorrência de transtornos mentais como ansiedade e depressão podem impactar de forma direta na gestação, 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, 2010). A ansiedade na gestação evidencia uma preocupação de que algo indefinido possa acontecer. Na gravidez de alto risco, a ansiedade surge como reação a eventos de perda, frustrações e fracasso (BASEGGIO, 2011).

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

A presença de transtorno depressivo não tratado durante o período gestacional acarreta prejuízos para o binômio mãe-filho, devido a alteração do sono, alteração de apetite e lentificação psicomotora (BRASIL, 2010).

Respondendo aos objetivos específicos deste estudo, evidenciou-se que o nível de escolaridade, valor de renda familiar e planejamento da gravidez interferem diretamente nos níveis de ansiedade Traço e Estado. Nesse contexto, pode-se afirmar que a probabilidade de desenvolver níveis elevados de ansiedade na

gravidez aumenta quando a gestante apresenta baixo nível de escolaridade, renda familiar menor ou igual a 1 salário mínimo, bem como quando essa gravidez não foi planejada.

Uma revisão sistemática realizada em 2017, com artigos publicados entre 2010 e 2016, apresentou que os fatores de risco para sintomas de depressão e ansiedade na gestação são fatores socioeconômicos, o histórico de saúde mental, complicações obstétricas e a rede de apoio frágil (KLIEMANN; BOING; CREPALDI, 2017). Neste estudo foram evidenciados como fatores de risco: baixa escolaridade, gravidez não planejada e baixa renda familiar, o que confirma os resultados da revisão sistemática.

Neste estudo, a idade gestacional não apresentou associação significativa com a depressão e/ou ansiedade Traço ou Estado. Um estudo sobre prevalência e fatores associados à ansiedade na gravidez realizada com 209 gestantes de um município do sul de Minas Gerais apresentou que os maiores índices de ansiedade foram mais frequentes no terceiro trimestre da gestação (SILVA et.al, 2017).

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

Os achados deste estudo revelaram que 62,8% das gestantes com alto risco apresentaram risco para o desenvolvimento de depressão. Tal conjuntura confirma que gestantes de alto risco apresentam características tendenciosas para depressão. O estudo de Moura et al. (2015) investigou a depressão no final da gestação e apresentou uma amostra de gestantes de baixo risco em que 17% apresentaram sinais indicativos dessa doença.

Wilhelm et al. (2015) afirma que o termo "alto risco" assusta as gestantes e é visto como algo muito sério e complexo, sendo considerado um fator que desencadeia medo e ansiedade.

Semelhante ao resultado encontrado neste estudo, uma revisão sobre depressão na gestação 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 sem apoio familiar ou do parceiro. Esse estudo apresentou ainda, como fatores de risco para o desenvolvimento de depressão: baixa renda,

falta de apoio familiar e do parceiro, antecedentes psiquiátricos, história de abortos, partos anteriores problemáticos, gestação não planejada e de alto risco, baixa escolaridade, uso de álcool e drogas.

A depressão pré-natal é um diagnóstico pouco identificado pelos profissionais que realizam a assistência ao pré-natal nos cuidados voltados a gestante de alto risco. Para Zhao et al. (2016) os profissionais de saúde devem estar atentos a possível presença de depressão em mulheres com gestação de alto risco, devido a complicações perinatais durante a gravidez.

A literatura aponta que a depressão tem uma posição de destaque no que se refere ao potencial para o suicídio. Alguns autores afirmam que a existência de depressão acentua a possibilidade de apresentar ideias suicidas (BECK; STEER; GRISHAM, 2000). Essa afirmação difere dos resultados encontrados nesse estudo em uma população de gestantes de alto risco, em que não houve relação entre depressão e ideação suicida.

Para Arrais e Araújo (2018) em seu estudo sobre fatores de risco e proteção, o fator que mais se mostrou frequente foi ter passado por intercorrências na gravidez anterior/atual. Observou-se ainda alguns fatores de risco para DPP (Depressão Pós Parto), como não planejamento e desejo da gravidez e presença de ansiedade e depressão gestacional. Quanto aos fatores de proteção para depressão observou-se que o mais frequente foi ter suporte familiar, seguido do apoio do parceiro.

Fatores de risco são situações propícias ao surgimento de problemas físicos, psicológicos e sociais, que apresentam maior chance de se desenvolver no período gravídico-puerperal. Já os fatores de proteção são situações que minimizam o impacto dos fatores de risco ou potencializam as influências positivas que melhoram respostas pessoais (ARRAIS; ARAÚJO, 2018). Os fatores de proteção são: ter apoio familiar, 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 (BOTEGA, 2015).

Em um estudo realizado com mães adolescentes a respeito do seu processo de gravidez, onde estas não haviam planejado sua gestação, Santos (2016) afirma que o acesso ao serviço de saúde é de extrema importância para promoção de um planejamento familiar consciente, autônomo e adequado. Nesse contexto, destaca-se a importância da atuação do enfermeiro em realizar uma assistência de saúde

que envolva orientações sobre promoção da saúde no âmbito do planejamento sexual e reprodutivo (SANTOS; GUIMARÃES; GAMA, 2016).

De acordo com Silva et al. (2017), em seu estudo sobre prevalência e fatores associados a ansiedade na gravidez, constatou que ansiedade pré-natal ainda é relativamente limitada quando comparada a depressão pré-natal. As mulheres que apresentam sintomas depressivos e ansiosos durante a gravidez têm mais chances de apresentar sintomas de Depressão Pós Parto (DPP) (ARRAIS; ARAÚJO; SCHIAVO, 2019).

Segundo Arrais (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 para 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 para que o desfecho materno e perinatal seja saudável (MARTINELLI et al., 2014).

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

Sendo assim, torna-se evidente a importância de identificar fatores que contribuem para o desenvolvimento de ansiedade e depressão em gestantes de alto risco, a fim de contribuir para o estabelecimento de metas para recuperação e manutenção da saúde física e mental.

Um resultado que merece destaque neste estudo é quanto ao fato de que 24 (9,7%) gestantes afirmaram ter tentado suicídio anteriormente, 44 (17,8%) delas possuem histórico de tentativa de suicídio na família, mas, quando avaliou-se a presença de ideação suicida atual só se identificou 6 (2,4%) casos. Isso pode ser explicado pelo fato da gestação ser um fator de proteção para tentativa de suicídio (ARRAIS; ARAÚJO, 2018). Esse estudo não pode afirmar isso, pois acredita ser necessário a realização de estudos qualitativos para explicar se a gestação seria realmente um fator de proteção nessa amostra, o que representa uma limitação para esse estudo.

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 resultado de gestantes de alto risco apresentar níveis de ansiedade Traço e Estado e risco para depressão e baixa ideação suicida, uma vez que se sabe que a ideação suicida está diretamente associada à depressão e ansiedade em estudos com outros grupos populacionais.

6 CONCLUSÃO

Este estudo mostra que gestantes de alto risco apresentam ansiedade Traço e Estado moderada e alta, risco para o desenvolvimento de depressão e baixa ideação suicida.

Observou-se que não existe relação entre depressão e tentativa de suicídio em gestantes de alto risco. Foi identificado que, quanto menor a escolaridade, maior o risco de apresentar ansiedade Traço; e quanto menor a renda familiar, maior o risco de ter ansiedade Traço/Estado moderada e alta. E que mulheres com gravidez não planejada têm maior risco de ter ansiedade Traço moderada e alta. A faixa etária está associada às variáveis escolaridade, estado civil, renda familiar e planejamento da gravidez.

Os resultados deste estudo levam à reflexão sobre a necessidade de melhoria na qualidade da assistência ao pré-natal em gestantes atendidas nos ambulatórios de referência no pré-natal de alto risco de Alagoas.

Nesse contexto, destaca-se a importância em se identificar precocemente sinais e sintomas de ansiedade e depressão durante o pré-natal de alto risco, bem como de promover estratégias para melhoria da assistência durante o pré-natal através de uma anamnese psicossocial, de forma a avaliar o estado emocional dessa gestante enfatizando questões específicas de saúde mental.

Faz-se necessário que os enfermeiros realizem um acolhimento integral durante o pré-natal de alto risco, investigando questões clínicas e também psicossociais para que assim possam contribuir, de maneira significativa, na melhora nos níveis de ansiedade e depressão desta gestante, proporcionando um acompanhamento pré-natal de qualidade.

Ressalta-se que há escassez de estudos sobre a ocorrência de risco gestacional. 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 no pré-natal.

Recomenda-se que os enfermeiros que realizam a assistência a mulher durante o período gestacional tenham conhecimento sobre a relação da ansiedade e depressão em gestantes de alto risco e incluam a avaliação desses sinais e sintomas na rotina de cuidados. A identificação dos fatores de risco à ansiedade e

depressão no pré-natal pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias a fim de identificar grupo de risco de mulheres com necessidade de intervenção durante a assistência no pré-natal.

Portanto, faz-se necessário destacar a importância da assistência de enfermagem na integralidade do cuidado à gestante, em especial quando apresenta risco durante a gestação, considerando os aspectos biopsicossociais durante o pré-natal.

REFERÊNCIAS

- ALVES, J.S.; SIQUEIRA, H.C.H.; PEREIRA, Q.L.C.; Inventário de ansiedade Traço-Estado de gestantes. In: **J. nurs. health**. v.8, n.3, 2018.
- ALVES, V. M. et al. Suicide attempts in a emergency hospital. In: **Arq. Neuro-Psiquiatr**. v.72, n.2, São Paulo. 2014.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5**. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, Artimed (2014)
- ARRAIS, A.R.; ARAUJO, T.C.C.F. Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Pós-Parto no Pré-Natal Psicológico. In: **Psicologia: Ciência e Profissão**. v. 38, n. 4, p.711-729, 2018.
- 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. In: **Revista Psicologia e Saúde**, v. 11, n. 2, p. 23-34, 2019.
- ASSUMPÇÃO, G.L.S.; OLIVEIRA, L.A.; SOUZA, M.F.S. Depressão e suicídio: uma correlação. In: **Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas** v. 3, n. 5, 2018.
- BASEGGIO, D.B. Fatores correlacionados à gestação de risco e parto prematuro em adolescentes. In: **Revista de Psicologia da IMED**. v. 3, n.1, p. 506-516, 2011.
- BECK, A. T., STEER, R. A.; GRISHAM, J. R. Risk Factors for Suicide in Psychiatric Outpatients: A 20-Year Prospective Study. In: **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. v. 3, n. 68, p. 371-377, 2000.
- BENUTE, G.R.G. et al. Depressão, estresse e culpa ligam-se ao risco de suicídio associado à gestação ectópica. In: **Medical Express**, v. 3, n. 3, 2016.
- _____. Risco de suicídio em gestantes de alto risco: um estudo exploratório. In: **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 57, n. 5, p. 583-587, 2011.
- BIAGGIO, A.M.B.; NATALÍCIO, L.; SPIELBERGER, C.D. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), de Spielberger. In: **Arq. Bras. Psic. Apl.**, Rio de Janeiro, v.29, n.3, p. 31-44, 1977.
- BONAT, D. **Metodologia Científica**. Curitiba: 3. ed., 2009.
- BORGES, D.A. et al. A depressão na gestação: uma revisão bibliográfica. In: **Revista de Iniciação Científica da Libertas**, v.1, n.1, p.85-99, 2011.
- BORGES, V.R. WERLANG, B.S.G. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. In: **Estudos de Psicologia**, v.11, n.3, p.345-351, 2006.

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. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**: informações para gestores e técnicos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a **Rede Cegonha**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

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

COSTA, L.D. et al. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. In: **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. 2, p. 01-08, 2016.

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

FAIRBROTHER, N. et al. The prevalence and incidence of perinatal anxiety disorders among women experiencing a medically complicated pregnancy. In: **Arch. Womens Ment Health**, 2016.

FAIRBROTHER, N. et al. Depression and anxiety during the perinatal period. In: **BMC Psychiatry**. 2015.

FERNANDES, C.F.; COTRIN, J.T.D. Depressão pós-parto e suas implicações no desenvolvimento infantil. In: **Revista Panorâmica On-Line**, v. 14, p. 15–34, 2013.

FERNANDES, R.C.L.; ROZENTHAL, M. Avaliação da sintomatologia depressiva de mulheres no climatério com a escala de rastreamento populacional para depressão CES-D. In: **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v.30, n.3, 2008.

FERREIRA, G. S. Suicídio: problema de saúde pública. In: **Revista Conversatio / XAXIM – SC**. v. 1, n. 2, p. 533-546, 2016.

GAMZE, F.; MELTEM, M.K.; UMRAN, Y.O. Psychosocial Adaptation and Depressive Manifestations in High-Risk Pregnant Women: Implications for Clinical Practice. In: **Worldviews on Evidence-Based Nursing**. v.14, n.1, p.55-64, 2017.

GOUVEIA, V.V. et al. The use of the GHQ-12 in a general population: a study of its construct validity. In: **Psicol. Teor. Pesqui.**, v.19, p.241-8, 2003.

IBGE. **Censo Demográfico**, 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 out. 2019.

JANTSCH, P.F. et al. Principais características das gestantes de alto risco da região central do Rio Grande do Sul. In: **Destaques Acadêmicos**, v. 9, n. 3, p. 272-282, 2017.

KLIEMANN, A.; BOING, E.; CREPALD, M.A. Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos. In: **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 25 n. 2, p. 69-76, 2017.

KROB, A.D. et al. Depressão na Gestação e no Pós-Parto e a Responsividade Materna Nesse Contexto. In: **Revista Psicologia e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 3-16, 2017.

LIMA, M.O.P. et al. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. In: **Acta Paul Enferm.**, v. 30. n. 1, p. 39-46, 2017.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 4, p. 189–201, 2003.

MARCOLAN, J.F.; CASTRO, R.R. **Enfermagem em saúde mental e psiquiatria**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

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. In: **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 36, n.2, p.56-64, 2014.

MARTINS, M. et al. A produção de conhecimento sobre hipertensão gestacional na pós-graduação stricto sensu da enfermagem brasileira. In: **Rev. esc. enferm USP**, v.46, n.4, p. 802-8, 2012.

MORSE, M.L. et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? In: **Cad. Saúde Pública**, v.27, n.4, p.623-38, 2013.

MOURA, V.F.S. et al. A depressão em gestantes no final da gestação. In: **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v. 11, n. 4, p. 234-42, 2015.

OLIVEIRA, D.C.; MANDU, E.N.T. Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado. In: **Esc. Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 93-101, 2015.

OLIVEIRA, V.J.; MADEIRA, A.M.F.; PENNA, C.M.M. Vivenciando a gravidez de alto risco entre a luz e a escuridão. In: **Rev. Rene**, v. 12, n. 1, p. 49-56, 2011.

PAVAANI, T. et al. Depression and anxiety in Singaporean high-risk pregnancies — prevalence and screening. In: **General Hospital Psychiatry**. v. 35, p. 112–116. 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

REZENDE, C.L.; SOUZA, J.C. Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher. In: **Psicólogo in Formação**, v. 16, n. 16, 2012.

RIBEIRO, H.K. et al. Transtornos de ansiedade como causa de afastamentos laborais. In: **Rev. Bras. Saude Ocup.**, v.44, 2019.

RODRIGUES, A.R.M. et al. Cuidado de enfermagem na gestação de alto risco: revisão integrativa. In: **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 15, n. 3, 2016.

RODRIGUES, A.R.M. et al. Gravidez de alto risco: Análise dos determinantes de saúde. In: **SANARE**, v.16, n.01, p.23-28, 2017.

SANTOS, D.T.A.; CAMPOS, C.S.N.; DUARTE, M.L. Perfil das patologias prevalentes na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, Brasil. In: **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v.9, n.30, p.13-22, 2014.

SANTOS, M.D.L.; GALDEANO, L.E. Traço e estado de ansiedade de estudantes de enfermagem na realização de uma prova prática. In: **Rev. Min. Enferm.** v.13, n.1, p.76-83, 2009.

SANTOS, N.L.B.; GUIMARÃES, D.A.; GAMA, C.A.P.G. A Percepção de Mães Adolescentes Sobre seu Processo de Gravidez. In: **Revista Psicologia e Saúde**, v. 8, n. 2, p. 83-96, 2016.

SAVIANI-ZEOTI, F.L.; PETEAN, E.B. Apego materno-fetal, ansiedade e depressão em gestantes com gravidez normal e de risco: estudo comparativo. In: **Estudos de Psicologia**, v. 32, n. 4, p. 675-683, 2015.

SILVA, M.M.J. et al. Ansiedade na gravidez: prevalência e fatores associados. In: **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2017.

SILVA, D.S.D. et al. Depressão e risco de suicídio entre profissionais de enfermagem. In: **Rev. Esc. Enferm. USP**. v.49, n.6, 2015.

SILVA, M.L.F.S. et al. Gravidez de alto risco: adaptação psicológica de gestante. In: **Revista Saúde**. v. 10, n.1, 2016.

SILVA, V.M.C. et al. Fatores associados ao óbito fetal na gestação de alto risco: Assistência de enfermagem no pré-natal. In: **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.37, 2019.

SOUZA, M.G. et al. Concern of primiparous women with regard to labor and birth. In: **J. Res. Fundam. Care**, v.7, n.1, p.1987-2000, 2015.

STEFANELLI, M. C.; FUKUDA, I. M. K.; ARANTES, E. C. **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. 2º Edição. Barueri, SP: Manole, 2017.

STEWART, D. Depression during pregnancy. In: **Canadian Family Physician**, v. 51, p. 1061-63, 2005.

TRAJANO, F.M.P. et al. Níveis de ansiedade e impactos na voz: uma revisão da literatura. In: **Distúrbios Comum**, São Paulo. v. 28, n.3, p. 423-33, 2016.

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

VIEIRA, S.; HOSSNE, W.S. **Metodologia Científica para a Área da Saúde**. 2.ed., Elsevier, 2015.

WAQAS, A. et al. Psychosocial factors of antenatal anxiety and depression in Pakistan: is social support a mediator? In: **PLOS One [Internet]**, 2015.

WILHELM, L.A. et al. Feelings of women who experienced a high-risk pregnancy: a descriptive study. In: **Online braz. j. nurs. [internet]**. v.14, n.3, p.284-93, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World health report : 2017 : Mental health: new understanding, new hope**. Geneva, 2017.

ZHAO, Y. et al The Prevalence of Antenatal Depression and its Related Factors in Chinese Pregnant Women who Present with Obstetrical Complications. In: **Archives of Psychiatric Nursing**. v.30, p.316–321, 2016.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.” (Elaborado conforme as Resoluções 466/2012-CNS/CONEP)

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa **“Ansiedade, depressão e suicídio em gestantes de alto risco em Alagoas”** da pesquisadora Alice Correia Barros, enfermeira, mestranda em enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, sob orientação da professora Dra. Verônica de Medeiros Alves.

1. O estudo tem o objetivo de avaliar a presença de sinais e sintomas de ansiedade e o risco para depressão e suicídio em gestantes de alto risco em Alagoas.
2. A importância deste estudo é a de identificar sinais e sintomas de ansiedade e risco para depressão e ideação suicida em gestantes de alto risco, permitindo uma intervenção precoce nesse contexto.
3. A coleta de dados começará em Dezembro/2018 e terminará em Março/2019.
4. O estudo será feito da seguinte maneira: Serão utilizados quatro instrumentos de coleta de dados: Questionário de identificação, Ansiedade (IDATE), Depressão (CES-D) (ANEXO II) e Suicídio (BECK) (ANEXO III).
5. A sua participação será nas seguintes responder os questionários em local exclusivo e reservado.
6. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental serão os mínimos possíveis, evitando ao máximo a perda de ética e respeito a mim, com direito exclusivo a confidencialidade de minhas informações. A pesquisa ora realizada trará risco de desconforto em responder ao questionário sobre a presença de ansiedade e risco para depressão e suicídio. Você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa. E caso seja identificada a necessidade de suporte psicossocial, você será encaminhada para a Rede de Atenção Psicossocial do Serviço Único do Estado.
7. A pesquisa pretende trazer como benefício à identificação de sinais e sintomas acerca das alterações emocionais na gestante de alto risco e servir como fonte de informação para novas pesquisas. Além disso, subsidiará propostas de intervenções a fim de melhorar a assistência direcionada a gestantes de alto risco.
8. Você receberá toda a assistência necessária para o esclarecimento de suas dúvidas por parte da orientadora Verônica de Medeiros Alves e da enfermeira mestranda em Enfermagem Alice Correia Barros, a qual será devidamente orientada.
9. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso

Alice
Verônica de Medeiros Alves

lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

10. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.

11. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você.

12. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Eu.....tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço da responsável pela pesquisa:

Instituição: Universidade Federal de Alagoas-UFAL.
 Sr.(a): Alice Correia Barros
 Endereço: Av. Rotary. Nº 54-A
 Bairro: Palmeira de Fora Cidade: Palmeira dos Índios - AL
 CEP: 57608-400
 FONE: 82- 99666-4888




ATENÇÃO: O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas
 Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo , Campus A. C. Simões, Cidade Universitária
 Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Maceió, ___ de _____ de _____.

Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas	<p data-bbox="1011 1787 1251 1816">Alice Correia Barros</p> <p data-bbox="954 1921 1289 1951">Verônica de Medeiros Alves</p>

APÊNDICE B - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido – TALE

Termo de Assentimento Livre e Esclarecido – TALE

Para adolescentes (maiores de 12 anos e menores de 18 anos) e para legalmente incapaz.

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “**Ansiedade, depressão e suicídio em gestantes de alto risco em Alagoas**” de responsabilidade da enfermeira mestranda em enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas sob orientação da Prof. Dra. Verônica de Medeiros Alves. Seus pais ou responsáveis permitiram que você participe.

Esta pesquisa tem o objetivo de avaliar a presença de sinais e sintomas de ansiedade e o risco para depressão e suicídio em gestantes de alto risco em Alagoas.

Você só precisa participar da pesquisa se quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir.

A pesquisa será feita no serviço de referência para o pré-natal de alto risco. Para isso, serão usados questionários que são considerados seguros. Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar pelos telefones que tem no final do texto.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, nem daremos a estranhos as informações que você disser. Os resultados da pesquisa vão ser publicados para estudos, mas sem identificar o seu nome.

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Eu _____ aceito participar da pesquisa “**Ansiedade, depressão e suicídio em gestantes de alto risco em Alagoas**”.

Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai ficar com raiva de mim.

Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis.

Recebi uma cópia deste termo de assentimento, li e concordo em participar da pesquisa.

Endereço da responsável pela pesquisa:

Instituição: Universidade Federal de Alagoas-UFAL.

Sr.(a): Alice Correia Barros

Endereço: Av. Rotary. Nº 54-A

Bairro: Palmeira de Fora Cidade: Palmeira dos Índios - AL

CEP: 57608-400

FONE: 82- 99666-4888

ATENÇÃO: O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas

Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo , Campus A. C. Simões, Cidade Universitária

Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Maceió, ___ de _____ de _____.

Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas	<p data-bbox="1011 1469 1273 1503">Alice Correia Barros</p> <p data-bbox="954 1608 1321 1641">Verônica de Medeiros Alves</p>

Alice

Verônica

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

Para pais ou responsáveis

Você, pai/responsável pelo menor, está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa pesquisa “**Ansiedade, depressão e suicídio em gestantes de alto risco em Alagoas**” da pesquisadora Alice Correia Barros, enfermeira, mestranda em enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, sob orientação da professora Dra. Verônica de Medeiros Alves. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. O estudo tem o objetivo de avaliar a presença de sinais e sintomas de ansiedade e o risco para depressão e suicídio em gestantes de alto risco em Alagoas.
2. A importância deste estudo é a de identificar sinais e sintomas de ansiedade e risco para depressão e ideação suicida em gestantes de alto risco, permitindo uma intervenção precoce nesse contexto.
3. A coleta de dados começará em Dezembro/2018 e terminará em Março/2019.
5. O estudo será feito da seguinte maneira: Serão utilizados quatro instrumentos de coleta de dados: Questionário de identificação, Ansiedade (IDATE), Depressão (CES-D) (ANEXO II) e Suicídio (BECK) (ANEXO III).
6. A sua participação será nas seguintes etapas: autorizando a participação do menor sob sua responsabilidade na pesquisa
7. Os incômodos e possíveis riscos à saúde física e/ou mental do menor serão os mínimos possíveis, evitando ao máximo a perda de ética e respeito a mim, com direito exclusivo a confidencialidade de minhas informações. A pesquisa ora realizada trará risco de desconforto em responder ao questionário sobre a presença de ansiedade e risco para depressão e suicídio. O menor será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa. E caso seja identificada a necessidade de suporte psicossocial, o menor será encaminhado para a Rede de Atenção Psicossocial do Serviço Único do Estado.
8. A pesquisa pretende trazer como benefício à identificação de sinais e sintomas acerca das alterações emocionais na gestante de alto risco e servir como fonte de informação para novas pesquisas. Além disso, subsidiará propostas de intervenções a fim de melhorar a assistência direcionada a gestantes de alto risco.
9. O menor sob sua responsabilidade poderá contar com a seguinte assistência: Suporte Psicossocial na Rede de Atenção Psicossocial do Município, sendo responsável a pesquisadora principal responsável pelo encaminhamento.
10. Você e o menor sob sua responsabilidade serão informados do resultado final do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo
11. A qualquer momento, você poderá recusar que o menor continue participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.
12. As informações conseguidas através da participação do menor sob sua responsabilidade na pesquisa não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.

Alice

Verônica

13. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você.

14. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Eu, responsável pelo menor que foi convidado a participar da pesquisa, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a participação no mencionado estudo e estando consciente dos direitos, das responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a participação implicam, concordo em autorizar a participação do menor e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço da responsável pela pesquisa:	
Instituição: Universidade Federal de Alagoas – UFAL	
Endereço: Av. Rotary	
Complemento: N 54-A	
Cidade/CEP: Palmeira dos Índios – AL CEP: 57608-400	
Telefone: 82- 996664888	

<p>ATENÇÃO: O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:</p> <p style="text-align: center;">Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo , Campus A. C. Simões, Cidade Universitária</p> <p style="text-align: center;">Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs. E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com</p>

Maceió, de de .

Assinatura ou impressão datiloscópica	
d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável	Alice Correia Barros
legal e rubricar as demais folhas	Verônica de Medeiros Alves

APÊNDICE C - Formulário de identificação

Serviço de referência de atendimento:	
Identificação:	
Iniciais:	
Data de nascimento: / /	Idade:
Motivo de encaminhamento para o alto risco:	
IG:	G P A
Escolaridade: <input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Ens. Fund Completo <input type="checkbox"/> Ens. Fund Incompleto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ens. Médio Completo <input type="checkbox"/> Ens. Médio Incompleto <input type="checkbox"/> Superior Completo <input type="checkbox"/> Superior Incompleto	
Profissão:	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> União Livre <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viúva	
Renda familiar: <input type="checkbox"/> < 1 Salário <input type="checkbox"/> > 1 Salário <input type="checkbox"/> > 2 Salários	
Religião:	
Dados gerais:	
Sua gravidez foi planejada?	() SIM () NÃO
Atualmente, possui vínculo afetivo com o pai do bebê?	() SIM () NÃO
Você tem ou já foi diagnosticado com alguma doença psiquiátrica/mental?	() SIM () NÃO Se Sim, qual? _____
Possui algum parente que tem ou já tenha sido diagnosticado com alguma doença psiquiátrica/mental?	() SIM () NÃO Se Sim, qual? _____

Faz uso de alguma medicação?	() SIM () NÃO Se Sim, qual? _____
Sofreu abuso físico ou sexual em alguma fase da vida?	() SIM () NÃO
Você faz uso regular de bebidas alcoólicas?	() SIM () NÃO Com que frequência? <input type="checkbox"/> 1 vez por semana <input type="checkbox"/> Mais de uma vez por semana Outro _____
Você faz uso regular de fumo/cigarro?	() SIM () NÃO Com que frequência? <input type="checkbox"/> 1 vez por semana <input type="checkbox"/> Mais de uma vez por semana Outro _____
Já tentou suicídio?	() SIM () NÃO
Se sim, quantas vezes?	
Tem história de tentativa de suicídio na família?	() SIM () NÃO

ANEXO A - Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)

IDATE – E Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número à direita que melhor indicar como você se sente agora, neste momento. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproxima de como você se sente neste momento.

AVALIAÇÃO:

Absolutamente não... 1	Um pouco 2	Bastante. 3	Muitíssimo 4
------------------------	----------------------	---------------------	------------------------

1. Sinto-me calmo (a)	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro (a)	1	2	3	4
3. Estou tenso (a)	1	2	3	4
4. Estou arrependido (a)	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado (a)	1	2	3	4
7. Estou preocupado (a) com possíveis infortúnios	1	2	3	4
8. Sinto-me descansado (a)	1	2	3	4
9. Sinto-me ansioso (a)	1	2	3	4
10. Sinto-me “em casa”	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso (a)	1	2	3	4
13. Estou agitado (a)	1	2	3	4
14. Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15. Estou descontraído (a)	1	2	3	4
16. Sinto-me satisfeito (a)	1	2	3	4
17. Estou preocupado (a)	1	2	3	4
18. Sinto-me super excitado (a) e confuso (a)	1	2	3	4
19. Sinto-me alegre	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

IDATE – T Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número à direita que melhor indicar como você geralmente se sente. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você se sente geralmente.

AValiação:

Quase nunca.. 1	Às vezes 2	Frequentemente.. . . . 3	Quase sempre 4
----------------------------	-------------------------	--------------------------	--------------------------

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

ANEXO B - CES-D (Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale)

Instruções: Segue abaixo uma lista de tipos de sentimentos e comportamentos. Solicitamos que você assinale a frequência com que tenha se sentido dessa maneira **durante a semana passada**.

DURANTE A ÚLTIMA SEMANA:	Raramente (menos que 1 dia)	Durante pouco tempo (1 ou 2 dias)	Durante um tempo moderado (de 3 a 4 dias)	Durante a maior parte do tempo (de 5 a 7 dias)
01. Senti-me incomodado com coisas que habitualmente não me incomodam				
02. Não tive vontade de comer, tive pouco apetite.				
03. Senti não conseguir melhorar meu estado de ânimo mesmo com a ajuda de familiares e amigos				
04. Senti-me, comparando-me às outras pessoas, tendo tanto valor quanto a maioria delas.				
05. Senti dificuldade em me concentrar no que estava fazendo				
06. Senti-me deprimido				
07. Senti que tive de fazer esforço para dar conta das minhas tarefas habituais				
08. Senti-me otimista com relação ao futuro				
09. Considerei que a minha vida tinha sido um fracasso				
10. Senti-me amedrontado				
11. Meu sono não foi repousante				
12. Estive feliz				
13. Falei menos que o habitual				

14. Senti-me sozinho				
15. As pessoas não foram amistosas comigo				
16. Aproveitei minha vida				
17. Tive crises de choro				
18. Senti-me triste				
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim				
20. Não consegui levar adiante minhas coisas				

ANEXO C – Escala de Ideação Suicida

Instruções: Por favor, leia cuidadosamente cada grupo de afirmações abaixo. Faça um círculo na afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como tem se sentido na última semana. Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer uma escolha.

Parte 1

1	<p>0 – Tenho um desejo de viver que é moderado a forte</p> <p>1 – Tenho um desejo fraco de viver</p> <p>2 – Não tenho desejo de viver</p>	4	<p>0 – Não tenho desejo de me matar</p> <p>1 – Tenho um desejo fraco de me matar</p> <p>2 – Tenho um desejo de me matar que é de moderado a forte</p>
2	<p>0 – Não tenho desejo de morrer</p> <p>1 – Tenho um desejo fraco de morrer</p> <p>2 – Tenho um desejo de morrer, que é de moderado a forte</p>	5	<p>0 – Se estivesse numa situação de risco de vida, tentaria me salvar</p> <p>1 – Se estivesse numa situação de risco de vida, deixaria vida ou morte ao acaso</p>
3	<p>0 – Minhas razões para viver pesam mais que minhas razões para morrer</p> <p>1 – Minhas razões para viver ou morrer são aproximadamente iguais</p> <p>2 – Minhas razões para morrer pesam mais que minhas razões para viver</p>		<p>2 – Se estivesse numa situação de risco de vida, não tomaria as medidas necessárias para evitar a morte</p> <p>OBS: Se você fez um círculo nas afirmações “zero” em ambos os grupos 4 e 5, passe para o grupo 20. Se você marcou “um” ou “dois”, seja no grupo 4 ou 5, então abra a página e prossiga no grupo 6.</p>
Subtotal da parte 1:			

Parte 2

6	<p>0 – Tenho breves períodos com idéias de me matar que passam rapidamente</p> <p>1 – Tenho períodos com idéia de matar que duram algum tempo</p> <p>2 – Tenho longos períodos com idéia de me matar</p>	14	<p>0 – Não tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.</p> <p>1 – Não estou certo se tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.</p> <p>2 – Tenho a coragem e a capacidade para cometer suicídio.</p>
7	<p>0 – Raramente ou ocasionalmente, penso em me matar</p> <p>1 – Tenho idéias freqüentes de me matar</p> <p>2 – Tenho longos períodos com idéia de me matar</p>	15	<p>0 – Não espero fazer uma tentativa de suicídio.</p> <p>1 – Não estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.</p> <p>2 – Estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.</p>
8	<p>0 – Não aceito a idéia de me matar</p> <p>1 – Não aceito, nem rejeito, a idéia de me matar</p> <p>2 – Aceito a idéia de me matar</p>	16	<p>0 – Eu não fiz preparativos para cometer suicídio.</p> <p>1 – Tenho feito alguns preparativos para cometer suicídio.</p> <p>2 – Meus preparativos para cometer suicídio já estão quase prontos ou completos.</p>
9	<p>0 – Consigo me controlar quanto a cometer suicídio</p> <p>1 – Não estou certo se consigo me controlar quanto a cometer suicídio</p> <p>2 – Não consigo me controlar quanto a cometer suicídio</p>	17	<p>0 – Não escrevi um bilhete suicida</p> <p>1 – Tenho pensado em escrever um bilhete suicida ou comecei a escrever, mas não terminei.</p> <p>2 – Tenho um bilhete suicida pronto.</p>
10	<p>0 - Eu não me mataria por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa mal sucedida, etc</p> <p>1 – Eu estou um tanto preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano</p>	18	<p>0 – Não tomei providencias em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.</p> <p>1 – Tenho pensado em tomar algumas providencias em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.</p> <p>2 – Tomei providencias definitivas</p>

	<p>por uma tentativa mal sucedida</p> <p>2 – Eu estou ou estou só um pouco preocupado.</p>		<p>em relação ao que acontecerá depois que tiver cometido suicídio.</p>
11	<p>0 – Minhas razões para querer cometer suicídio tem em vista principalmente influenciar os outros, como conseguir me vingar das pessoas, torná-las mais felizes, fazê-las prestar mais atenção em mim, etc.</p> <p>1 – Minhas razões para querer cometer suicídio não tem em vista apenas influenciar os outros, mas também representam uma maneira de solucionar meus problemas.</p> <p>2 – Minhas razões para querer cometer suicídio se baseiam principalmente numa fuga de meus problemas.</p>	19	<p>0 – Não tenho escondido das pessoas sobre a vontade de me matar.</p> <p>1 – Tenho evitado contar as pessoas sobre a vontade de me matar.</p> <p>2 – Tenho tentado não revelar, esconder ou mentir sobre a vontade de cometer suicídio.</p>
12	<p>0 – Não tenho plano específico sobre como me matar.</p> <p>1 – Tenho considerado maneiras de me matar, mas não elaborei detalhes.</p> <p>2 – Tenho um plano específico para me matar.</p>	20	<p>0 – Nunca tentei suicídio.</p> <p>1 – Tentei suicídio uma vez.</p> <p>2 – tentei suicídio duas ou mais vezes.</p>
13	<p>0 – Não tenho acesso a um método ou uma oportunidade de me matar.</p> <p>1 – O método que usaria para cometer suicídio leva tempo e realmente não tenho uma boa oportunidade de usá-lo.</p> <p>2 – Tenho ou espero ter acesso ao método que escolheria para me matar e, também, tenho uma boa oportunidade de usá-lo.</p>	21	<p>SE VC TENTOU SUICIDIO ANTERIORMENTE, POR FAVOR, CONTINUE NO PROXIMO GRUPO DE AFIRMAÇÕES.</p> <p>0 – Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era fraco.</p> <p>1 – Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era moderado.</p> <p>2 – Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era forte.</p>

ANEXO D - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ANSIEDADE, DEPRESSÃO E SUICÍDIO EM GESTANTES DE ALTO RISCO EM ALAGOAS

Pesquisador: VERONICA DE MEDEIROS ALVES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 99305118.3.0000.5013

Instituição Proponente: Universidade Federal de Alagoas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.970.601

Apresentação do Projeto:

O ciclo gravídico-puerperal é uma fase da vida da mulher que precisa ser avaliado com especial atenção por englobar inúmeras modificações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, que podem refletir diretamente na saúde mental. Tendo em vista essa realidade, e acreditando na importância das práticas de enfermagem no âmbito do pré-natal em gestantes de alto risco, cabe ao profissional enfermeiro despertar o interesse para a atenção integral a saúde da gestante de alto risco. Nesse contexto, novas estratégias deverão ser implementadas com o objetivo de identificar os transtornos mentais que podem acometer a gestante, em especial aquelas classificadas com alto risco gestacional. Diante disso, surgiu a necessidade de responder a seguinte questão norteadora de pesquisa: As gestantes de alto risco de Alagoas apresentam

sinais e sintomas de ansiedade, risco para depressão e ideação suicida?
Objetivo: Avaliar a presença de sinais e sintomas de ansiedade e o risco para depressão e suicídio em gestantes de alto risco em Alagoas. Metodologia: Trata-se de um estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa. Serão entrevistadas gestantes de qualquer idade, classificadas como alto risco e acompanhadas nos centros de referência para gestação de alto risco no Estado de Alagoas: Hospital Universitário Professor Alberto Antunes – HUPAA, Maceió – AL; Maternidade Escola Santa Mônica - MESM, Maceió – AL; Espaço Nascer, Arapiraca - AL; e Casa de Assistência à Saúde da Mulher – CASM, Santana do Ipanema - AL. Serão aplicados um Questionário de Identificação e Dados Gerais, um questionários de ansiedade (IDATE), um questionário de risco para depressão (CES-D) e um questionário sobre ideação suicida (BECK). A análise dos dados será realizada por meio do pacote estatístico SPSS versão 20.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a presença de sinais e sintomas de ansiedade, risco para depressão e ideação suicida em gestantes de alto risco em Alagoas.

Objetivo Secundário:

Identificar os fatores de risco para ansiedade, depressão e ideação suicida em gestantes de alto risco em Alagoas. Correlacionar a gestação de alto risco com risco com a presença de ansiedade, depressão e/ou ideação suicida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os possíveis riscos da pesquisa podem ser quebra de sigilo e confidencialidade por parte dos pesquisadores e constrangimento diante dos questionamentos feitos pelo pesquisador durante a entrevista. Para a minimização desse risco, as entrevistas ocorrerão em local reservado onde estarão apenas o pesquisador e a entrevistada, deixando claro que o mesmo pode se recusar a responder a quaisquer perguntas. Caso seja encontrada alguma gestante que apresente risco elevado para ansiedade, depressão e suicídio será comunicado aos profissionais do serviço para que fiquem cientes do quadro apresentado e tomem as devidas providências.

Benefícios:

A pesquisa pretende trazer como benefício à identificação de sinais e sintomas acerca das alterações emocionais na gestante de alto risco e servir como fonte de informação para novas pesquisas. Além disso, subsidiará propostas de intervenções a fim de melhorar a assistência direcionada a gestantes de alto risco. Os resultados encontrados poderão ser informações importantes para que a maternidade em questão possa refletir acerca da temática e gerar possibilidade de implementação de novos protocolos para condução de sinais e sintomas de ansiedade, depressão e risco de suicídio em gestantes. A divulgação dos resultados também será outro benefício em mídias e em eventos científicos visando atingir a comunidade científica, a sociedade, e principalmente as instituições de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresentará importantes contribuições para temática estudada, por se tratar de um tema relevante e atual.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados estão em conformidade com o solicitado na plataforma.

Recomendações:

Sem Recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo atende as recomendações éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo Aprovado

Prezado (a) Pesquisador (a), lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinado, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V.S^a. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).

7 Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1203579.pdf	24/09/2018 19:27:42		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPais2409Ok.pdf	24/09/2018 19:26:45	Alice Correia Barros	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE22091OK.pdf	22/09/2018 09:09:32	Alice Correia Barros	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetomestradoAlice2209.doc	22/09/2018 09:08:46	Alice Correia Barros	Aceito
Outros	AutorizacaoSantana.pdf	17/09/2018 20:26:50	Alice Correia Barros	Aceito
Outros	AutorizacaoMESM.pdf	17/09/2018 20:25:48	Alice Correia Barros	Aceito
Outros	AutorizacaoHUPAA.pdf	17/09/2018 20:25:01	Alice Correia Barros	Aceito
Outros	AutorizacaoArapiraca.pdf	17/09/2018 20:24:23	Alice Correia Barros	Aceito
Outros	DeclaracaoPublicizacaoOKdoc.pdf	17/09/2018 20:23:22	Alice Correia Barros	Aceito

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE2OK.pdf	17/09/2018 20:20:45	Alice Correia Barros	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoOK.pdf	22/08/2018 13:10:01	Alice Correia Barros	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	22/08/2018 12:59:10	Alice Correia Barros	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termopesquisadorprincipal.pdf	22/08/2018 12:55:32	Alice Correia Barros	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termoorientador.pdf	22/08/2018 12:55:17	Alice Correia Barros	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	22/08/2018 12:50:18	Alice Correia Barros	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 18 de Outubro de 2018