



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
DOUTORADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

MONICA SILVA SILVEIRA

**A SAÚDE MENTAL DE MULHERES COM MORBIDADE MATERNA GRAVE
E *NEAR MISS* EM SERGIPE**

ARACAJU

2017

MÔNICA SILVA SILVEIRA

**A SAÚDE MENTAL DE MULHERES COM MORBIDADE MATERNA GRAVE
E *NEAR MISS* EM SERGIPE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à obtenção do Título de Doutora em Ciências da Saúde

Área de concentração: Epidemiologia, planejamento e avaliação em saúde

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Queiroz Gurgel

ARACAJU

2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA BISAU
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Silveira, Mônica Silva

S587s A saúde mental de mulheres com morbidade materna grave e *near miss* em Sergipe / Mônica Silva Silveira; orientador Ricardo Queiroz Gurgel. – Aracaju, 2017.

96 f. : il.

Tese (doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Sergipe, 2017.

1. Período Pós-Parto. 2. Morbidade. 3. Near Miss. 4. Transtornos Mentais. 5. Relações Mãe-Filho. 6. Apoio Social. I. Gurgel, Ricardo Queiroz, orient. II. Título.

CDU 618.3:616.89-008.1

MÔNICA SILVA SILVEIRA

**SAÚDE MENTAL DE MULHERES COM MORBIDADE MATERNA GRAVE
E NEAR MISS EM SERGIPE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à obtenção do Título de Doutora em Ciências da Saúde.

Aprovada em: 11/05/2017

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Queiroz Gurgel

1º Examinador: Profa Dra. Lígia Mara Dolce Lemos

2º Examinador: Profa. Dra. Marлизete Maldonado Vargas

3º Examinador: Profa. Dra. Silvia de Magalhães Simões

4º Examinador: Prof. Dr. Samir Buainain Kassar

AGRADECIMENTOS

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que está acima de tudo e de todos!

Aos espíritos benfeitores e aos anjos guardiães que estiveram nesta longa caminhada.

A minha mãe Dinorá Silva Silveira pelo incentivo aos meus estudos em toda a minha vida!

Ao meu pai Valdemar Silveira de Carvalho, exemplo de honestidade e trabalho!

À memória da minha avó Maria Hilda Penalva Dantas, fonte do meu eterno amor!

Aos meus filhos Gabriel Silveira Andrade Nunes e Rafael Silveira Andrade Nunes, meus anjos que me conduziram à realização do sonho de ser mãe. Ao meu esposo.

Às participantes desta pesquisa que, voluntariamente, confiaram e consentiram a guarda de momentos por vezes tão especiais e difíceis.

A todos os professores do Doutorado, e especialmente ao meu Orientador Dr. Ricardo Queiroz Gurgel pela oportunidade, sabedoria, tolerância e acolhimento nestes quatro anos de estudo.

Ao professor Íkaro Daniel Carvalho Barreto, minha gratidão pelo suporte em todos os momentos por mim solicitados.

À colega de pesquisa Larissa Paes Lemes Galvão pelas parcerias.

Aos professores da banca examinadora de qualificação e defesa, obrigada pela enriquecedora contribuição.

Que a luz divina continue a guiar cada um de vocês!

RESUMO

SILVEIRA, Mônica Silva. A saúde mental de mulheres com morbidade materna grave e *near miss* em Sergipe. [TESE] Programa de Pós-Graduação e Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, 2017.

Introdução: O estudo da morbidade materna grave e *near miss* (MMG/NM) refere-se a complicações relacionadas à gravidez, parto e puerpério, e traz em sequência a discussão sobre a qualidade da saúde mental das mães acometidas. **Objetivos:** Estudar a relação entre o transtorno mental comum, o tipo de vinculação adulto, a presença da vinculação materna no pós-natal e o suporte social percebido em mulheres que vivenciaram à morbidade materna grave e *near miss*. **Método:** Estudo observacional, de coorte prospectivo. Realizado em duas maternidades públicas de referência do estado de Sergipe, com 549 participantes, divididas em dois grupos, de expostas à MMG/NM e não expostas. Tipo de amostragem por conveniência. Foram utilizados questionário sociodemográfico, inventário de Beck para ansiedade BAI e inventário de Beck para depressão BDI, escala de depressão pós-parto de Edinburgh EDPS, escala de vinculação adulto EVA, escala de vinculação pós-natal AEAS, escala de impacto IES, e a escala de suporte social SSQ-6. A coleta foi realizado em três períodos distintos, no total de doze meses. Os dados foram analisados no software R versão 3.3.2 (R CORE TEAM, 2016). Foi realizada uma estatística descritiva, com o teste de *Mann-Whitney*, qui-quadrado ou Teste exato de *Fisher* para as variáveis categóricas e análise multivariada para definição das possíveis associações. A significância das diferenças entre os grupos foi estimada (χ^2) com nível de significância de 0,05. **Resultados:** Pode-se observar que o maior número de mulheres expostas à MMG/NM era procedente do interior do estado, não trabalhavam (OR: 2,36; IC95%: 1,53-3,62), não fizeram o pré-natal (OR: 10,9; IC95%: 3,28-36,1), e faziam uso de bebida alcoólica (OR: 4,35; IC95%: 2,66-7,11), apresentaram maiores chances de sintomas de ansiedade (OR: 2,77; IC95%: 1,96-3,92), depressão (OR: 10,9; IC95%: 5,83-20,60), depressão pós-parto (OR: 6,5; IC95%: 4,37-9,69) e transtorno de estresse pós-traumático; com 44% de comportamento de esquiva ($p < 0,001$), (RR 2,76; IC95%: 2,44-3,14) e 20% de intrusão (RR 2,07; IC95%: 1,89-2,26). Foi constatado nas mulheres expostas à MMG/NM a menor quantidade de pessoas e fontes de suporte social SSQ-N (0,11; DP: 0,001; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,151$) e menor quantidade de pessoas referente ao suporte familiar SSQ-NF (0,11; DP: 0,001; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,216$) com tamanho de efeito mediano, e satisfação do suporte social (0,69; DP: 0,19; $p = 0,010$; $\eta^2 = 0,014$) com tamanho de efeito pequeno, maior estilo de vinculação adulto ansioso 16,11% e menor conforto com proximidade 14,50 % ($< 0,001$), e menor vinculação materna no pós-natal 43,90 ($< 0,001$), foi identificou-se a tendência estatisticamente significativa de sintomas para o adoecimento mental nos três períodos de coleta ($p < 0,001$). Ao que refere-se à proporção dos resultados nas três etapas de coleta, as expostas à MMG/NM, apresentaram maior sintomatologia de transtorno mental ($< 0,001$). **Conclusão:** Constata-se que situação de morbidade materna grave e *near miss* gera impacto negativo à saúde psicológica da mulher e afeta as relações psicossociais. Espera-se que os resultados deste estudo, possam contribuir para a implementação de protocolos e práticas específicas de integralidade do conhecimento no campo da saúde mental e da assistência psicossocial, ações preventivas e de tratamento voltados para a saúde materna.

Descritores: Apoio social. Enfermagem Obstétrica. Morbidade. Saúde Materna. Transtornos de Estresse Pós-Traumáticos.

ABSTRACT

SILVEIRA, Mônica Silva. The mental health of women with severe maternal morbidity and near miss in Sergipe. [TESE] Graduate Program and Health Sciences of the Federal University of Sergipe. Aracaju, 2017.

Introduction: The severe maternal morbidity and near miss (MMG / NM) study refers to complications related to pregnancy, childbirth and the puerperium, and, in sequence, brings the discussion about the quality of involved maternal mental health. **Objectives:** To study the relationship between common mental disorders, adult attachment and maternal postnatal attachment presence and the perceived social support in women who experienced severe maternal morbidity and near miss. **Method:** Observational, prospective cohort study. It was carried out in two public reference maternity hospitals in Sergipe state. There were 549 participants, divided into two groups, exposed and not exposed to MMG / NM., the Beck inventory for BAI anxiety and the Beck inventory for BDI depression, the Edinburgh EDPS postpartum depression scale, the adult EVA binding scale, the AEAS postnatal attachment scale, the IES impact scale, and the SSQ-6 social support scale, The collection was performed in three distinct periods during 12 months, in sequence mothers and their respective controls. The data were analyzed with the software R version 3.3.2 (R CORE TEAM, 2016). A descriptive statistic was performed with the Mann-Whitney test, chi-square or Fisher's exact test for categorical variables and multivariate analysis to define possible associations. The significance of differences between groups was estimated (χ^2) with level of Significance of 0.05. **Results:** Women exposed to MMG / NM were more frequently from inland districts, did not work, did not prenatal follow up, and used alcohol. They were more likely to have anxiety disorders (OR 2.77 p <0.000), depression (OR 10.9 p <0.000), postpartum depression (OR 6.5, p <0.000), and post-traumatic stress disorder (RR 2.76 [95% CI 2.44-3.14]); and 20% of intrusion memory (RR 2.07; 95% CI: 1,89-2.26), The lowest social support (0.11, SD: 0.001, p <0.001), greater attachment style with an anxious adult 16,11% and lower comfort with proximity were observed in women exposed to MMG / NM.(p <0.001), and a lower presence of maternal attachment in the postpartum period 43,90 (<0.001). The women exposed to MMG/NM had statistically significant trend for the presence of symptoms for mental illness in the three collection periods (p <0.001). **Conclusions:** A situation of severe and near miss maternal morbidity has a negative impact on women's psychological health and affects psychosocial relationships. The results of this study aim to contribute to the implementation of specific protocols and practices, integrating mental health and psychosocial care to implement preventive and treatment actions to improve maternal health.

Keywords: Social support. Obstetric Nursing. Morbidity. Maternal Health. Posttraumatic Stress Disorders.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização sociodemográfica, clínica-obstétrica e hábitos da amostra de expostas e não expostas à morbidade materna grave e <i>near miss</i> (MMG/NM). Sergipe, Brasil, 2013.....	32
Tabela 2	Regressão logística simples e múltipla para variáveis sociodemográfica, clínica-obstétrica e hábitos da amostra de expostas e não expostas à morbidade materna grave e <i>near miss</i> (MMG/NM) e controle. Sergipe, Brasil, 2013.....	33
Tabela 3	Associação logística da amostra de expostas e não expostas à morbidade materna grave e <i>near miss</i> (MMG/NM), referentes à ansiedade (BAI) e depressão (BDI) Sergipe, Brasil. 2013.....	34
Tabela 4	Associação logística da amostra de expostas e não expostas à morbidade materna grave e <i>near miss</i> (MMG/NM), referente à depressão pós-parto (Escala de Edinburg, EDPS). Sergipe, Brasil. 2013.....	35
Tabela 5	Risco Relativo (RR) e intervalo de confiança da amostra de mulheres expostas e não expostas à morbidade materna grave e <i>near miss</i> , referentes ao comportamento de esquiva e intrusão (MMG/NM). Sergipe, Brasil, 2013.....	35
Tabela 6	Comparação das médias e desvios-padrão (DP) da amostra de expostas e não expostas à morbidade materna grave e <i>near miss</i> (MMG/NM), referentes ao impacto de eventos (IES) e suporte social (SSQ-6). Sergipe, Brasil, 2013.....	36
Tabela 7	Comparação das médias e desvios-padrão (DP) da amostra de expostos e não expostos à morbidade materna grave e <i>near miss</i> (MMG/NM), referentes ao tipo de vinculação adulta (EVA), e vinculação materna no pós-natal (AEAS). Sergipe, Brasil, 2013.....	36

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1	Frequência dos sintomas de adoecimento mental no <i>continuum</i> dos três períodos de coleta; agudez, estabilização e sequela, grupos expostas e não expostas à MMG/NM. Brasil/SE, 2013.....	37
------------------	---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEAS	Escala de Vinculação Pós-Natal
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APA	<i>American Psychiatric Association Diagnostic</i>
BAI	<i>Beck Anxiety Inventory</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
EVA	Escala de Vinculação de Adulto
EPDS	<i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>
HUSE	Hospital de Urgência de Sergipe
IBGE/SE	Instituto Brasileiro de Geografia de Sergipe
IES	Impact of Event Scale
\geq	Igual e maior
\leq	Igual e menor
$>$	Maior
$<$	Menor
MMG	Morbidade materna grave
MS	Ministério da Saúde
NM	<i>Near Miss</i>
OBM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
SE	Sergipe
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SSQ	<i>Scale Social Support Questionnaire</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REVISÃO DA LITERATURA	13
2.1	Morbidade materna grave e near miss	13
2.2	As alterações psicoemocionais no ciclo gravídico	14
2.3	Complicações obstétricas e indicadores psicopatológicos e psicossociais	16
2.3.1	Ansiedade, depressão e estresse pós-traumático.....	16
2.4	A natureza do vínculo: vinculação materna e adulta	21
3	OBJETIVOS	26
3.1	Objetivo Geral	26
3.2	Objetivos Específicos	26
4	CASUÍSTICA E MÉTODO	27
4.1	Desenho do estudo	27
4.2	Local de estudo	27
4.3	População do estudo	27
4.4	Definição dos grupos de acompanhamento	27
4.4.1	Definição das situações do grupo de expostos à morbidade materna grave (ANEXO B).....	27
4.4.2	Situações de <i>near miss</i> materno (ANEXO B).....	28
4.4.3	Definição do grupo não exposto à morbidade materna grave e <i>near miss</i>	28
4.5	Cálculo amostral	28
4.5.1	Critérios de exclusão.....	28
4.6	Instrumentos de coleta	29
4.7	Procedimento de coleta	29
4.8	Análise estatística	30
4.9	Aspectos éticos	31
5	RESULTADOS	32
6	DISCUSSÃO	38
7	CONCLUSÕES	43
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
	REFERÊNCIAS	

ARTIGO 1	53
ARTIGO 2	66
APENDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	79
APENDICE B - Protocolo de Coleta.....	80
APENDICE C - Questionário Sociodemográfico, Clínico, Obstétrico e Hábitos de Consumo.....	81
ANEXO A - Autorização do comitê de ética.....	82
ANEXO B – Critérios Diagnósticos da Morbidade Materna Grave e <i>Near Miss</i> ..	83
ANEXO C – Questionário de Suporte Social (SSQ-6).....	84
ANEXO D - Escala de Beck - Ansiedade (BAI).....	86
ANEXO E - Escala de Beck - Depressão (BDI).....	87
ANEXO F - Escala de Depressão Pós-Parto de EDINBURG (EPDS).....	89
ANEXO G - Escala de Vinculação de Adulto (EVA).....	92
ANEXO H – Questionário de Vinculação de apego no pós-natal (AEAS).....	93
ANEXO I – Escala de Impacto de Eventos (IES) adaptada para as questões do parto.....	96

1 INTRODUÇÃO

A gravidez representa um período de inúmeras transformações na vida da mulher, nos aspectos fisiológico, psicológico e psicossocial, resultando em mudanças relacionadas à rotina pessoal, familiar e profissional. Estudos sobre o estresse e os agravos na fase gravídico-puerperal e as consequências psicológicas têm sido cada vez mais frequentes na literatura mundial, contudo pouco se sabe sobre o impacto na saúde mental das mulheres que vivenciaram a morbidade materna grave (FURUTA et al., 2014).

As complicações maternas graves são definidas como “condições potencialmente ameaçadoras à vida”. Esta é uma categoria abrangente de condições clínicas, incluindo doenças que podem ameaçar a vida da mulher durante a gestação, o parto e após o termo da gestação. Essas condições abrangem parte do conjunto de critérios de inclusão: hemorragia pós-parto, pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia, sepse ou infecção sistêmica grave, rotura uterina e complicações graves do abortamento (WHO, 2011).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o quadro da morbidade materna grave e *near miss* incluem doenças sistêmicas, doenças hipertensivas e hemorragias, edema pulmonar, insuficiência respiratória e convulsão, além de indicadores de cuidados críticos, de transfusão de sangue, aborto, ruptura uterina e sepse grave, histerectomia e internamento em Unidade de Terapia Intensiva (SAY; SOUZA; PATTINSON, 2009).

O evento do *near miss* materno foi definido pela Organização Mundial de Saúde, como “uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu à complicação que ocorreu durante a gravidez, parto ou até 42 dias após o fim da gestação”. Em termos práticos, as mulheres são consideradas casos de *near miss*, quando sobrevivem a uma condição ameaçadora à vida, ou seja, disfunção orgânica (WHO, 2011). Os critérios desse diagnóstico são definidos por identificadores clínicos, laboratoriais e de gerenciamento aplicáveis tanto a países desenvolvidos quanto em desenvolvimento (SAY; SOUZA; PATTINSON, 2009).

Milhões de mulheres que tiveram o evento da morbidade materna grave e *near miss*, continuam sofrendo devido a lesões e sequelas provocadas por infecções, doenças e deficiências relacionadas ao parto, que frequentemente apresentam consequências, de médio a longo prazo. Sendo o seu estudo considerado um indicador útil de segurança e qualidade na prestação da assistência do cuidado materno (FURUTA et al., 2014).

Pesquisas sobre o evento da morbidade materna grave e *near miss*, constataam que esse agravo pode resultar em consequências desfavoráveis às funções orgânica, cognitiva e social

da mulher, e indicam também que o sofrimento psíquico vivido diante do risco iminente de morte, tanto para si quanto para seu feto, podem provocar consequências negativas para a saúde psicológica e favorecer o surgimento de transtornos psíquicos (CECATTI et al., 2009; PACAGNELLA et al., 2010; SILVA; SILVEIRA; GOMES-SPONHOLZ, 2016; SOUZA et al., 2009).

Observa-se, ainda, que no Brasil, além de haver um número reduzido de pesquisas destinadas à temática da MMG/NM, até o momento, pouco foi explorado a relação desse agravo com os transtornos mentais comuns. A partir do exposto, torna-se necessário o desenvolvimento de estudos que tratem da inter-relação entre o evento da morbidade materna grave e *near miss* e os aspectos psicológicos que afetam a mulher nessa situação.

Este estudo focará os transtornos mentais comuns por representar o sofrimento mais prevalente na população mundial, e que são assim definidos por não apresentarem sintomas psicóticos, mas que se caracterizam como sendo de natureza crônica e incapacitante, a exemplo da ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático (SKAPINAKIS et al., 2013).

A partir do contexto apresentado, a principal pergunta que este estudo pretende responder é: a vivência da morbidade materna grave/*near miss* oportuniza maiores situações de estresse e favorece o surgimento de transtornos mentais comuns?

Portanto, busca-se neste estudo, avaliar a presença de transtornos mentais comuns, o tipo de vinculação adulta e materna e suporte social percebido em mulheres que vivenciaram a morbidade materna grave e *near miss*.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Morbidade materna grave e *near miss*

A Declaração do Milênio das Nações Unidas é um documento histórico, elaborado no ano 2000 com a participação de representantes de 197 países, que se refere aos Objetivos do Milênio. Este, na quinta meta, contempla a redução da mortalidade materna como um compromisso global, devido ao elevado número de mortes maternas, principalmente por causas obstétricas. Mas, para obter êxito, é necessário conhecer quais são as situações que levam as mulheres a ter complicações clínicas e morte no ciclo gravídico e puerpério (WHO, 2014).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), todos os dias, cerca de 830 mulheres morrem de causas evitáveis relacionadas à gravidez e ao parto, e 99% destas ocorrem nos países em desenvolvimento, refletindo as desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Globalmente, ocorreram no ano de 2013, cerca de 289 mil mortes maternas, o que equivaleu à morte de 800 mulheres por dia e para cada mulher que morreu, outras trinta evoluíram com sequelas ou problemas crônicos. Estima-se que entre os anos 2000 e 2015 mais de 1,5 milhão de mortes maternas tenham sido evitadas. Apesar do progresso obtido, a mortalidade materna continua sendo alta, com cerca de 280 mortes maternas em todo o mundo a cada ano (WHO, 2014).

De acordo com a pesquisa Nascido no Brasil, a incidência de *near miss* materno é de 10,2 por mil nascidos vivos, e uma razão de mortalidade do *near miss* materno de 30,8 casos para cada morte materna, com a maior taxa observada entre as mulheres com mais de 35 anos ou mais, com cesariana anterior e gestação de risco. Os hospitais localizados nas capitais e os pertencentes ao SUS apresentam maior incidência dos casos (DIAS et al., 2014).

A prevalência de *near miss* é maior nos países em desenvolvimento e as causas são semelhantes às da mortalidade materna, a maioria das mulheres morre em consequência de complicações durante a gravidez, parto e puerpério, sendo que 80% de todas as mortes maternas são decorrentes de sangramento grave, de infecções, de pré-eclâmpsia/eclâmpsia e abortamento (WHO, 2015).

Apesar da taxa de mortalidade materna ser considerada como um dos principais indicadores da saúde materna, o ônus é apenas uma pequena fração da carga de morbidade materna, contudo, esse agravo pode deixar sequelas a médio e longo prazo, afetando o estado físico, mental e psicossocial da mulher (FIROZ et al., 2013).

As complicações obstétricas são condições agudas que podem causar diretamente a morte materna. Podem incluir o pré-parto ou hemorragia pós-parto, prolongado ou trabalho de parto obstruído, sepse pós-parto, complicações de aborto, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, gravidez ectópica e rompimento do útero, bem como anemia, malária, tuberculose e outras condições pré-existentes que são consideradas complicações obstétricas indiretas.

Há três abordagens que podem identificar a morbidade materna grave e *near miss*: a) ocorrência de disfunção orgânica materna (MANTEL et al., 1998); b) presença de doenças ou complicações, como pré-eclâmpsia, ruptura uterina ou sepse; c) e o grau de complexidade do manejo assistencial (WATERSTONE; BEWLEY; WOLFE, 2001). Por sua vez, a OMS desenvolveu um conjunto de critérios, baseados nos marcadores clínicos, laboratoriais e de manejo, que visam ao diagnóstico da morbidade materna grave e *near miss* (SAY; SOUZA, PATTISSON, 2009).

As estimativas sugerem que, dos 136 milhões de mulheres que dão à luz a cada ano, cerca de 1,4 milhões experimentam o evento *near miss* materno, 9,5 milhões têm outras complicações obstétricas, e 20 milhões sofrem de sequelas a longo prazo de morbidades adquiridas no período. Este conjunto de morbidades ilustra a gama de problemas que as mulheres podem enfrentar relacionados à condição da maternidade, agudos ou crônicos, com diferentes etiologias, que se relacionam com a qualidade dos cuidados recebidos e fatores psicossociais (HARDEE; GAY; BLANC, 2012).

A mortalidade materna é ainda um problema de saúde pública no Brasil, pois revela a qualidade da assistência prestada à saúde materna. Deste modo, é de fundamental importância o estudo das mulheres que sobreviveram à morbidade materna grave e *near miss*, a fim de esclarecer os fatores associados à qualificação da assistência e suas consequências à saúde integral (MORSE et al., 2011).

2.2 As alterações psicoemocionais no ciclo gravídico

O período perinatal, que inclui ambas as fases de pré-natal e pós-natal, é muito significativo, tanto para a mãe quanto para o filho. Embora saiba que o impacto da saúde mental materna no desenvolvimento da criança comece desde a concepção, a investigação na área da saúde mental pré-natal ganhou força apenas nos últimos anos.

Nessa fase, há uma maior prevalência de transtornos mentais na mulher, principalmente no primeiro e no terceiro trimestre de gestação e nos primeiros 30 dias de puerpério,

manifestando-se em 15% a 29% das mulheres (BOTEGA; DIAS, 2006; VESGA-LÓPEZ et al., 2008).

Na gravidez, o aparecimento de doenças mentais está associado a uma maior vulnerabilidade emocional, que será influenciado por inúmeros fatores, tais como os antecedentes pessoais e familiares, a situação econômica e social, e as situações contextuais desfavoráveis à saúde da mulher. Nesse sentido, a doença mental é seguida de desdobramentos das condições biológicas, culturais, sociais, econômicas e políticas de cada país (WHO, 2009).

Durante a gravidez, a mulher passa por várias fases, a saber: o primeiro trimestre, quando o feto ainda não é sentido na sua concretude e as alterações do corpo ainda são discretas. É frequente o sentimento de ambivalência (querer ou não a gravidez), o medo de abortar, as oscilações de humor, as primeiras modificações no corpo e os desconfortos, como náuseas, sonolência, alterações na mama e cansaço (SARMENTO; SETUBAL, 2012).

No segundo trimestre, é frequente os sintomas de ansiedade, alteração do desejo, e do desempenho sexual. Nesse momento, a percepção dos movimentos fetais desperta na mulher sentimentos ambivalentes e provoca maior interesse para o feto. No terceiro trimestre, com a proximidade do parto, vislumbra-se uma nova fase de mudanças na rotina da mulher, despertando muitas vezes, com a proximidade do parto, o aumento da ansiedade, o medo da morte e queixas físicas (SARMENTO; SETUBAL, 2012).

Os problemas de saúde mental materna podem ter consequências graves para a mulher, seu bebê e toda a família. Pesquisas apontam alguns fatores associados aos transtornos mentais comuns nesse período, como: a situação socioeconômica e social, tipo de relação conjugal e familiar, a saúde reprodutiva, história pessoal e familiar, e eventos estressantes em curso (FISCHER et al., 2012; O'HARA; WISNER, 2014).

A saúde materna concentra-se principalmente sobre os transtornos ansiosos e transtornos de humor (SATYANARAYANA; AMMU; SRINIVASAN 2011). Estudo identificou no pré-natal e pós-natal a prevalência em 54% de transtornos de ansiedade e 37,1% de transtornos depressivos. (LEE et al., 2007).

Vários têm sido os alertas de profissionais e organizações de saúde para a criação de estratégias de intervenção que assegurem uma assistência de qualidade à gestante. A adaptação à parentalidade tem sido descrita como um importante momento de desenvolvimento na vida familiar, exigindo esforços de reorganização de tarefas para pais e mães. Assim, apesar da felicidade que está frequentemente associada à maternidade, a necessidade da família ajustar-se é geralmente elevada, principalmente para a mulher, que necessita assimilar e/ou ressignificar papéis (RAMOS; CANAVARRO, 2007).

2.3 Complicações obstétricas e indicadores psicopatológicos e psicossociais

2.3.1 Ansiedade, depressão e estresse pós-traumático

Aproximadamente 30% das mulheres experimentam algum tipo de transtorno de ansiedade durante a sua vida. Há várias evidências de que o transtorno de ansiedade afete os resultados da gravidez (RUBINCHIK et al., 2005). Em uma amostra da comunidade de base populacional com 1.175 gestantes, 78% das mulheres investigadas no primeiro trimestre da gestação, obteve 15,6% de prevalência em transtornos ansiosos (RUBERTSSON; HELLSTRÖM, 2014).

De acordo com a *American Psychiatric Association* (APA), o transtorno de ansiedade é uma resposta mental e psíquica a situações que despertam medo ou ameaça. Os transtornos de ansiedade apresentam em comum características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais. O comportamento referente à ansiedade pode incluir tremores, falta de ar, aumento dos batimentos cardíacos, sudorese, alterações gastrointestinais, entre outros. Esses transtornos diferem entre si nos tipos de objetos ou situações que induzem ao medo, ao comportamento de esquiva e ideação cognitiva associada (APA, 2013).

Estudo de revisão sistemática sobre a prevalência de transtornos mentais nas mulheres durante o período gravídico e puerperal, em países de baixa renda, indicou cerca de 10% de adoecimento mental, sendo que a depressão e a ansiedade são os mais comuns. Dos fatores de riscos destacam-se a influência dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, independentemente de sua predominância (FISCHER et al., 2012).

A ansiedade no período antenatal é um quadro comum e tende a persistir no puerpério. Inclusive, verifica-se que o transtorno de ansiedade pode estar associado à morbidade materna, estando presente nos episódios que mobilizam e causam medo, insegurança, tensão muscular e alteração do sono, e reação psicológica diante de situações reais ou imaginárias (VYTHILINGUM et al., 2013).

De modo geral a ansiedade materna, tem recebido menor atenção na literatura, em relação à depressão, apesar de ser uma das dificuldades mais presentes e que acarreta inúmeros riscos psicossociais para a mulher. Pesquisa com mães de bebês australianos com idade entre 0-12 meses associou a ansiedade com resultados de baixo parentalidade, menor envolvimento e eficácia na relação com o bebê, e alta hostilidade parental (SEYMOUR et al., 2015).

Um dos instrumentos mundialmente mais utilizados para rastrear o transtorno de ansiedade é o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI). Criado em 1988 e adaptado por Cunha (2001), que tem o objetivo de mensurar os sintomas comuns de ansiedade. O inventário BAI consta de uma lista de 21 sintomas com quatro alternativas cada um, em ordem crescente do nível de ansiedade. Esse instrumento foi validado, no Brasil, por Cunha, e tem 63 como maior número de escore.

Com relação ao transtorno de humor depressivo, a *American Psychiatric Association* (APA) apresenta nove critérios de diagnóstico: o estado deprimido a maior parte do tempo, anedonia, sensação de culpa ou inutilidade excessivas, dificuldade de concentração, fadiga, distúrbios do sono, agitação ou lentidão psicomotora, alteração de peso. Na nova versão do DSM-V os sintomas centrais do transtorno depressivo maior foram mantidos, aceitando agora, especificadores com as “características mistas” e “com ansiedade” (APA, 2013).

A depressão materna pode surgir no período de até doze meses do pós-parto. Estudos identificaram a depressão na gravidez e a sua relação com diversos fatores, tais como: complicações obstétricas de risco e gravidade, gravidez não planejada, história de abortos, parto prematuro, e atraso cognitivo nas crianças (AJINKYA; JADHAV; SRIVASTAVA, 2013; BECK, 2014).

Entretanto, deve-se considerar, que a depressão é de etiologia multifatorial, que incluem as variáveis biológicas, psicológicas e sociais. Segundo Reading e Reynolds (2001), os fatores de risco da depressão pós-parto podem ser divididos em três categorias: a primeira referente à qualidade dos relacionamentos interpessoais da mãe, especialmente com o seu parceiro; a segunda, a ocorrência de eventos estressantes; e a terceira, as adversidades socioeconômicas pelas quais as mulheres estão submetidas, e seus sintomas podem surgir até um ano após o parto.

Os problemas de saúde mental no pré-natal, podem ser um precursor para transtornos mentais posteriores, acarretando, assim, consequências a médio e longo prazo (SATYANARAYANA; AMMUL; SRINIVASAN, 2011). A intensidade das alterações psíquicas dependerá de fatores orgânicos, familiares, conjugais, sociais, culturais e de características da personalidade (BOTEGA; DIAS, 2006; FALCONE et al., 2005).

As taxas de prevalência da depressão materna variam amplamente em todo o mundo, em cerca de 15 a 28% na África e na Ásia e 35 a 47% na América Latina (HUSAIN; CREED; TOMENSON, 2000; WOLF; DE ANDRACA; LOZOFF, 2002). Em estudo de meta-análise sobre a depressão materna foram identificadas prevalências em torno de 6,5% a 12,9%, em algum período da gravidez ou durante o primeiro ano pós-parto (GAVIN et al., 2005). Deve-se

observar que há variações de resultados na literatura, relacionadas muitas vezes aos diferentes aportes metodológicos, período e instrumentos de coleta e tipos diferenciados de análise.

Segundo Bowlby (1989), os bebês de mães com depressão ao longo de sua vida, apresentam maior risco de desenvolver problemas de interação social, pois a relação com os primeiros cuidadores reflete como modelo para as futuras relações. O processo de construção dos modelos internos de funcionamento desenvolve-se a partir do modelo representacional interno de si mesmo, construído pela criança, o qual dependerá de como ela foi cuidada, e do sentimento de segurança que foi desenvolvido através do papel materno, gerador de independência e autonomia pessoal.

Segundo estudo de Righetti, Bousquet e Manzano (2003), a depressão pós-parto, aumenta em até onze vezes o risco em desenvolver o estilo de apego evitante entre a mãe-bebê, ou seja, aquele que é identificado pela falta de contato e aproximação, e de alto nível de independência, a fim de ser evitado o apego.

O Inventário de Depressão de *Beck* (BDI) é um dos principais instrumentos encontrados para rastrear os sintomas da depressão. O BDI é utilizado na área clínica e em pesquisas, possui vários estudos psicométricos com amostras brasileiras. Os 21 itens referem-se à(ao): tristeza, pessimismo, sentimento de fracasso, insatisfação, punição, auto aversão, ideias suicidas, choro, irritabilidade, insônia, fadiga, perda de apetite e peso, preocupação somáticas e perda da libido. O escore designa quatro classificações: depressão mínima (0-9), depressão leve (10-16), depressão moderada (17-19) e depressão severa (30-63) (CUNHA, 2001).

Com relação aos sintomas de depressão no pós-parto, uma das escalas mais utilizadas é a Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgo (EDPS). Trata-se de um instrumento de auto registro, que contém dez questões, cujas opções são pontuadas (0 a 3) de acordo com a presença ou intensidade dos sintomas.

A Escala de Depressão de Edinburgo (EDPS) tem o formato de respostas do tipo *Likert*, na qual a mãe escolhe as respostas que melhor descrevem o modo como tem se sentido nos últimos sete dias. Seus itens identificam vários sintomas: o humor deprimido ou disfórico, o distúrbio do sono, a perda de apetite, perda de prazer, ideação suicida, diminuição de desempenho e culpa, encontrados entre os sintomas mais frequentes de depressão. A EDPS foi traduzida para o português e validada no Brasil por Santos, Martins e Pasquali (1999), que consideram o ponto de corte 11 e/ou 12 para o contexto do país. Considerando-se as propriedades da EPDS, encontrou-se coeficiente alfa de Cronbach de 0,87, indicando alta consistência interna do instrumento.

Pesquisa identificou que mulheres com sintomas dissociativos ou emoções negativas referentes ao parto, que tiveram eventos traumáticos prévios, depressão na gestação e baixo apoio social, são mais vulneráveis a fatores traumáticos no pós-parto. O parto traumático relaciona-se geralmente a partos dolorosos, com procedimentos obstétricos de urgência e com assistência inadequada da equipe de saúde (ZAMBALDI; CANTILINO; SOUGEY, 2009).

Pesquisa sobre a prevalência de transtorno psiquiátrico e de fatores de riscos associados durante o pós-parto verificou a prevalência 8,7% de fatores de estresse com associação significativa às variáveis de idade, menor escolaridade e baixa renda familiar, e a relação entre a depressão pós-parto, ansiedade e distúrbios de estresse (BENER; GERBER; SHEIKH, 2012).

A *American Psychiatric Association* (APA), reconhece que a percepção do indivíduo de ameaça e sua resposta a um evento ameaçador, pode desenvolver o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Os critérios diagnósticos da TEPT incluem a exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual, presença de sintomas intrusivos; lembranças recorrentes e involuntárias do evento traumático, evitação persistente de estímulos associados, alteração negativa da cognição e humor instável (APA, 2013).

Na nova Classificação Americana para o Transtorno Mental (DSM-V), a exigência de que o evento traumático seja vivenciado ou testemunhado pelo próprio indivíduo foi expandido, aceitando que o TEPT seja desenvolvido por quem soube que um evento traumático que aconteceu com um familiar próximo ou amigo próximo, ou por quem é frequentemente exposto a detalhes aversivos de eventos traumáticos. Não são incluídos a exposição através da mídia eletrônica, televisão, filmes ou imagens, a menos que esteja relacionada ao trabalho (ARAÚJO; LOTULFO NETO, 2014).

Estudo verificou a presença de sinais de Transtorno de Adaptação em puérperas e a possível relação com a experiência do parto, e encontrou o comportamento de esquiva e memória intrusiva como resultantes de situações de estresse. A esquiva define-se pelo afastamento de situações, pessoas, lugares e pensamentos que façam o sujeito relembrar o evento estressor; e a memória intrusiva apresenta-se através de recordação aflitiva do evento estressor, como imagens, ideias, sonhos ou emoções (SOARES et al., 2012).

A prevalência entre adultos norte-americanos é de aproximadamente 3,5%, na Europa e em alguns países da Ásia, África e da América latina, chegando em torno de 0,5 a 1,0% (APA, 2013). Os fatores de risco do TEPT classificam-se em: pré-traumáticos; referentes à história pregressa de eventos traumáticos e transtornos mentais, problemas de ansiedade, fatores ambientais, condições econômicas desfavoráveis, baixa escolaridade, adversidades na infância, aspectos genéticos e fisiológicos; e os peri-traumáticos, que incluem o ambiente, a magnitude

do trauma, fatores temperamentais, estratégias inapropriadas de enfrentamento e ambientais e eventos adversos subsequentes (APA, 2013).

O acometimento de transtorno de estresse pós-traumático durante o período pós-parto é um importante problema de saúde pública devido ao impacto negativo a longo prazo de problemas relacionados à saúde mental materna no desenvolvimento da criança. Estudo com mulheres em situação de morbidade materna grave e *near miss* encontrou associação significativa com o transtorno de estresse pós-traumático (FURUTA et al., 2014).

A Escala de Impacto de Eventos (IES) é um instrumento de rastreamento, que tem a proposta de avaliar o estresse subjetivo relacionado a eventos estressantes da vida, não focada em uma situação específica, mas nas características particulares que envolvem tais eventos em uma situação (HOROWITZ; WILNER; ALVAREZ, 1979).

A Escala IES é composta por 15 itens de autorrelato, do tipo *Likert*, e mede a presença de comportamento de esquiva e memória intrusiva após situações traumáticas de acordo com atributos de frequência, nunca, raramente, às vezes e sempre. Foi validada para a população brasileira e adotado o limite de corte de 25 pontos. É um dos instrumentos autorreferidos mais utilizados para a avaliação de estresse pós-traumático (SILVA; NARDI; HOROWITZ, 2010). Essa escala é aplicada para a população em geral, mas também em pesquisas no campo da obstetrícia, relacionadas a experiências do parto (AYRES, 2004).

As propriedades psicométricas da IES são satisfatórias, e seu uso continuado justifica a medida dos processos de esquiva e intrusão (STEPHEN, 2002). Apesar de ter sido desenvolvida antes da introdução formal do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), na literatura de diagnóstico, a *Impact of Event Scale* é utilizada para medir os sintomas relacionados ao transtorno de estresse pós-traumático (COFFEY, 2006).

O estudo do suporte social vem corroborar na compreensão do processo saúde-doença, e identifica que a percepção do suporte, quando é positiva, age como protetora no desenvolvimento de estratégias frente a fatores estressantes, sejam do ambiente e/ou relacionais (CANESQUI; BARSAGLINI, 2012).

A expressão suporte social designa as diversas formas de ajuda que o indivíduo recebe quando se beneficia de recursos de apoio visando assistência e gestão de dificuldades. (MATSUKURA; MARTURANO; OISHI, 2002; OZBAY et al., 2007). No geral, o apoio social positivo pode aumentar a resistência ao estresse, além de proteger contra o desenvolvimento de doenças relacionadas ao trauma, a exemplo do transtorno de estresse pós-traumático (OZBAY et al., 2007).

Segundo Ozbay et al. (2007), o suporte social é essencial para exercer efeito moderador sobre o impacto negativo de uma situação ou evento adverso, contribuindo de modo positivo para o bem-estar geral e psicológico. Os efeitos protetores de um apoio social satisfatório na doença mental têm sido bem documentados, até mesmo sob a influência dos fatores genéticos e ambientais.

Os modelos teóricos de apoio social especificam duas dimensões importantes na sua composição: (1) uma dimensão estrutural, que inclui o tamanho da rede e frequência de interações sociais, e (2) a dimensão funcional/emocional, como receber amor e empatia, e a dimensão/instrumental, como a dimensão prática de aspectos financeiros e/ou assistência e cuidado (SOUTHWICK; VYTHILINGAM; CHARNEY, 2005).

A Escala de Suporte Social (SSQ-6) é um instrumento que identifica a percepção do suporte social. É um instrumento composto de seis itens, que avalia duas dimensões de apoio social: o número de pessoas disponíveis para darem apoio (SSQ-N), e a satisfação com esse apoio (SSQ-S). Em cada item é pedida a indicação do número de fontes de suporte percebido, do número mínimo (0) referente a nenhum e o máximo (9). E na segunda parte, na satisfação do suporte social, utiliza-se uma escala tipo *Likert* de “muito satisfeito” a “muito insatisfeito”. É um instrumento estável e considerado de alta consistência interna (MATSUKURA; MARTURANO; OISHI, 2002).

2.4 A natureza do vínculo: vinculação materna e adulta

As observações sobre o cuidado inadequado na primeira infância e o desconforto e a ansiedade de crianças pequenas relativas à separação dos cuidadores impulsionaram o psiquiatra, especialista em psiquiatria infantil, e psicanalista inglês John Bowlby (1907-1990) ao estudo dos efeitos do cuidado materno sobre as crianças em seus primeiros anos de vida.

Bowlby impressionou-se com as evidências de efeitos adversos ao desenvolvimento, atribuídos ao rompimento na interação com a figura materna na primeira infância (AINSWORTH; BOWBLY, 1991). A teoria da vinculação do apego afirma a necessidade humana que o indivíduo tem de desenvolver ligações afetivas de proximidade e contato com o objetivo de receber segurança física e psicológica (BOWBLY, 1989).

No decorrer de praticamente meio século, a teoria do apego tornou-se um importante modelo psicológico que possibilitou elucidar tanto o desenvolvimento normal quanto as condições psicopatológicas. A premissa central da teoria da vinculação é a necessidade de

contato humano, que segue particularmente proeminente nas fases iniciais de desenvolvimento, quando a sobrevivência física e emocional depende da relação de vinculação (BOWBLY, 1984).

Segundo Bowlby (1989), o apego é o mecanismo básico dos seres humanos, ou seja, é um comportamento biologicamente programado, como o mecanismo de alimentação e da sexualidade, e é considerado como um sistema de controle homeostático que funciona dentro de um contexto de outros sistemas de controle comportamental.

É possível compreender que, para a teoria do apego, o resultado do que se viveu na infância, constrói uma imagem internalizada que possibilita a organização da experiência subjetiva e intersubjetiva, agindo como conduta adaptativa ao próprio entorno social (BOWBLY, 2006).

Afirma-se ainda, que a criança reage de acordo com a disponibilidade, receptividade e apoio da pessoa de contato mais próximo. Nesta interação ela descobre que, sendo ameaçada de um perigo, pode ou não contar com respostas favoráveis. Tais experiências geram impactos positivos ou negativos e formam o funcionamento interno, que é a representação mental de si, do outro e do contexto ao seu redor (BOWBLY, 2006).

O contato mãe-bebê é condição necessária para que o apego se desenvolva, ou seja, é por meio das interações nas situações de alimentação, de higiene corporal e de jogos que o apego entre o cuidador e a criança se estabelece, que engloba quatro períodos interligados (BOWBLY, 2002).

O primeiro período de constituição do vínculo inicia-se no nascimento até os três meses de idade. É nessa etapa que a proximidade do bebê com a mãe é estabelecida e a segurança da criança é desenvolvida, especialmente por meio do tato, do odor, da visão e da voz do cuidador. O tato, por constituir a primeira forma de comunicação entre mãe e bebê, adquire um papel fundamental na formação de um vínculo de apego saudável (BOWBLY, 2002).

O segundo período de constituição do vínculo, estende-se dos três aos seis meses de idade, e caracteriza-se pela progressiva especialização dos órgãos da visão e emissão de sinais, a exemplo do sorriso e das pessoas que o bebê já consegue discriminar em seu entorno social.

O terceiro período de desenvolvimento do vínculo ocorre aproximadamente dos seis meses aos três anos de idade, quando a criança demonstra a intenção de proximidade com as figuras de apego, as quais ela reconhece perfeitamente. E no quarto e último período, dos três anos de idade em diante, a criança tolera mais facilmente a ausência da mãe, e não necessita mais da sua presença física para se sentir segura (BOWBLY, 2002).

No final do primeiro ano de vida da criança, a relação de ligação é firmemente estabelecida e pode-se observar a capacidade da aflição do lactente. Neste período, as crianças começam a mostrar padrões de estabilização de ativação neural frontal e estratégias comportamentais previsíveis para regulação da emoção (EISENBERG; SPINRAD; EGGUM, 2010).

Nos primeiros anos de vida, a reciprocidade dos pais para responder às necessidades da criança e a qualidade da interação favorecem o desenvolvimento de um senso de segurança, uma noção de bem-estar e confiança que será utilizada como base para o conhecimento, exploração do ambiente e a capacidade da criança em construir expectativas quanto às interações recíprocas com os adultos (SCHMIDT; ARGUMON, 2009).

A busca de proximidade é uma estratégia primária do sistema comportamental de apego, uma vez que o indivíduo precisa de proteção e suporte, a fim de ser capaz de escolher um comportamento de seu repertório (criado a partir da experiência com o outro), mais adequado à situação vivida (MIKULINCER; SHAVER, 2007). A partir dessas experiências é estabelecida a estrutura de um tipo de apego que é influenciada pela interação estipulada pelos pais ou substitutos (AINSWORTH, 1994; BOWBLY, 1989).

O papel do cuidador é permanecer disponível e responsivo às necessidades da criança, principalmente quando em situações de perigo e/ou ameaça à sua integridade (BOWBLY, 2002). A qualidade do relacionamento de apego entre os pais e seus progenitores refletirá no estilo de apego que a criança irá desenvolver nas relações futuras (WATCHER, 2002).

O desenvolvimento de um apego infantil saudável está relacionado à sensibilidade do adulto que cuida da criança, ou seja, sua capacidade de responder adequadamente aos sinais emitidos pelo bebê, tais como choro, sorrisos, comportamentos motores e reflexos, desde os primeiros dias de vida (BOWBLY, 1984).

Tratando-se de pressupostos básicos, a teoria de apego de Bowlby (1989) traz que as primeiras relações de apego, estabelecidas na infância, afetam o estilo de apego do indivíduo ao longo de sua vida. O desenvolver do vínculo afetivo com a criança é garantido pelas capacidades cognitivas e emocionais, assim como pela consistência dos procedimentos de cuidado, pela sensibilidade e responsividade dos cuidadores.

Ainsworth et al. (1978) afirmam que a sensibilidade materna diz respeito à atenção do cuidador aos sinais infantis, ao reconhecimento e à interpretação coerente das necessidades da criança, bem como à rapidez da mãe para responder às solicitações da criança. As maiores contribuições à teoria do apego consistem na definição de três grandes categorias: seguro, ambivalente e evitante.

No apego seguro, os bebês geralmente choram e protestam quando a mãe sai de cena, acolhendo-a com felicidade quando ela retorna. São crianças que utilizam o cuidador principal como uma base segura para explorar o ambiente, mas, ocasionalmente, regressam a ele para se sentirem protegidos. (SUÁREZ; RODRÍGUEZ, 2009). As mães que respondem mais prontamente às necessidades das crianças e que demonstram um comportamento empático para com estas têm maiores probabilidades de ter filhos com um apego do tipo seguro (GOMES; MELCHIORI, 2012).

No apego ambivalente os bebês apresentam comportamentos ansiosos, mesmo antes de a mãe sair do ambiente, mostrando-se muito raivosos nos momentos em que ela se ausenta. No caso de mães que estejam muito distantes afetivamente, deprimidas ou muito ansiosas, por exemplo, não há uma disponibilidade emocional para estar presente e dar à criança a segurança de que as suas necessidades serão preenchidas. E no apego evitante, os bebês quase nunca choram quando a mãe deixa o local onde estava e evitam-na em seu regresso. Os casos de apego evitante surgem normalmente em situações de negligência ou de abandono (SUÁREZ; RODRÍGUEZ, 2009).

Nas fases da adolescência e adultez, a segurança não é identificada particularmente em ninguém, ou seja, com nenhuma figura de apego específica, nem do passado, nem do presente. (GOMES; MELCHIORI, 2012).

Bowlby (1990) defende que os seres humanos nascem com um sistema psicobiológico e comportamental de vinculação, que os motivam a procurar proximidade de outros (figuras de vinculação). As experiências nos primeiros anos de vida ajudariam a criança a apreender a linguagem das emoções, que embora duradoura, ainda é desenvolvida ao longo dos anos, incluindo os aspectos psicológicos do desenvolvimento da criança e da relação com as figuras parentais (AINSWORTH et al., 1978).

Especificamente no Brasil, verifica-se a inexistência de instrumentos nacionais e/ou adaptados à realidade sociocultural e econômica para avaliação do apego adulto (GOMES; MELCHIORI, 2012). Um dos instrumentos que identifica o tipo de vinculação do adulto, é o *Adult Attachment Scale* (EVA), instrumento encontrado na versão portuguesa (CANAVARRO, 2006).

A EVA verifica o tipo predominante do padrão de vinculação através de uma escala do tipo *Likert*, de 1 (não característico de mim) a 5 (extremamente característico de mim). A escala tem 18 itens e três dimensões: a) comportamento de ansiedade: o que o indivíduo sente sobre as questões interpessoais, tais como, o medo do abandono ou de não ser bem amado; b) o contato com a proximidade: o grau em que o indivíduo se sente confortável com a proximidade

e intimidade e c) a confiança nos outros: a sua disponibilidade quando necessária (CANAVARRO, 2006).

A escala de vinculação adulta EVA é utilizada em estudos científicos e clínicos com boa qualidade psicométrica (CANAVARRO, 2006). Apesar de não ser validada à população brasileira, mostra-se uma ferramenta muito relevante para a avaliação do apego adulto (BASSO; MARIN, 2010).

Em relação ao vínculo materno, ressalta-se que o mesmo compreende a formação de um compromisso emocional que leva a mãe a procura da satisfação das necessidades do seu filho, como da alimentação, higiene, conforto e carinho (SAMORINHA; FIGUEIREDO; CRUZ, 2009).

A escala de vinculação pós-natal (AEAS), foi desenvolvida por Airosa e Silva (2013), a partir do estudo original de vinculação materna no pré-natal de Condon (1993). Com o objetivo de identificar a vinculação das mães, com indicativos de sentimentos, atitudes e comportamentos direcionados à criança. Contém dezesseis itens e cinco opções de respostas. Esta escala apresentou um valor Alpha de Cronbach de 0,74, indicando boas qualidades psicométricas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Estudar a relação entre o transtorno mental comum, o tipo de vinculação adulto e a vinculação materna no pós-natal e o suporte social percebido em mulheres que vivenciaram a morbidade materna grave e *near miss*.

3.2 Objetivos específicos

- Relacionar as variáveis sociodemográficas, clínicas, obstétricas e hábitos: local de procedência capital/interior do estado, idade, escolaridade, situação conjugal, trabalho, paridade, acompanhamento do pré-natal, consumo de bebida alcoólica e tabagismo nos grupos de expostas e não expostas à morbidade materna grave e *near miss*.
- Avaliar a frequência de possíveis associações entre os sintomas dos transtornos de ansiedade, depressão, depressão pós-parto e estresse pós-traumático nos grupos de expostas e não expostas à morbidade materna grave e *near miss*.
- Verificar o suporte social percebido e o nível de satisfação nas relações interpessoais nos grupos de expostas e não expostas à morbidade materna grave e *near miss*.
- Diferenciar os tipos de vinculação adulta e a presença de vinculação materna nos grupos de expostas e não expostas à morbidade materna grave e *near miss*.

4 CASUÍSTICA E MÉTODO

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de estudo observacional, de coorte prospectivo, com abordagem quantitativa, constituído por amostra de expostas e não expostas à morbidade materna grave e *near miss*.

4.2 Local de estudo

As participantes deste estudo foram mulheres assistidas exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de duas maternidades públicas do estado de Sergipe, uma maternidade referência de alto risco, e outra de baixo e médio risco obstétrico, localizadas no município de Aracaju/SE. A área de abrangência dessas maternidades é a população do estado de Sergipe composta por 75 municípios, com 2.195.662 milhões de habitantes (IBGE, 2010).

4.3 População do estudo

A pesquisa foi realizada com 549 parturientes, divididas em dois grupos: sendo eles de expostas à morbidade materna grave e *near miss* (N= 277) e não expostas (N= 272), no período de janeiro a dezembro de 2013 (doze meses).

4.4 Definição dos grupos de acompanhamento

No grupo de expostos foram incluídas mulheres internadas no puerpério imediato (N=277), que preenchem os critérios atuais para morbidade materna grave e *near miss*, de acordo com a OMS (SAY; SOUZA; PATTISSON, 2009), e não expostas (N=272), foram incluídas puérperas sem quaisquer condições para a MMG ou NM.

4.4.1 Definição das situações do grupo de expostos à morbidade materna grave (ANEXO B)

- a. Desordens hemorrágicas
- b. Desordens hipertensivas
- c. Outras desordens sistêmicas
- d. Indicadores de procedimentos invasivos

4.4.2 Situações de *Near miss* materno (ANEXO B)

- a. Critérios clínicos
- b. Critérios baseados em situações laboratoriais
- c. Critérios baseados em situações de manejo/procedimentos invasivos

4.4.3 Definição do grupo não exposto à morbidade materna grave e *near miss*

Para cada participante do grupo de expostas à morbidade materna grave/*near miss* era incluída uma participante no mesmo dia de coleta e na maternidade estudada que não preenchia os critérios de MMG/NM, OMS (SAY; SOUZA; PATTISSON, 2009). Tipo de amostragem de conveniência.

4.5 Cálculo amostral

Devido a uma maior abrangência de possíveis resultados foi utilizada a Escala de Impacto de Eventos (IES) para o planejamento amostral. Segundo Cheryl (2010), o desvio padrão de mães adolescentes para a escala de impacto de eventos foi de 15,8, numa amostra de 85 pacientes, o que resulta num erro padrão de 1,714. Assim, para uma diferença de apenas 1 ponto na escala (considerada uma diferença mediana), com uma significância de 1% e um poder de 99%, seriam necessários 255 participantes por grupo.

4.5.1 Critérios de exclusão

- a) Puérperas não residentes no estado de Sergipe;
- b) Puérperas com histórico de transtorno mental anterior à gravidez e/ou que apresentasse deficiência mental, ou doença congênita, que comprometesse a capacidade de resposta às entrevistas e escalas;
- c) Puérperas e bebês em óbito;
- d) Recusa em fornecer os dados de identificação e localização que impossibilitasse o prosseguimento das coletas subsequentes.

4.6 Instrumentos de coleta

Foram utilizados o questionário sociodemográfico (APÊNDICE C), questionário de suporte social percebido (SSQ-6) (ANEXO C), inventário Beck de ansiedade (BAI) (ANEXO D), inventário Beck de depressão (BDI) (ANEXO E), escala de depressão pós-parto de Edinburgh (EDPS) (ANEXO F), escala de vinculação do adulto (EVA) (ANEXO G), questionário de vinculação materna pós-natal (AEAS) (ANEXO H), e a escala de impacto de eventos (IES) (ANEXO I).

4.7 Procedimento de coleta

COLETA	VARIÁVEL	INSTRUMENTO
1 ^a Etapa	Dados sociodemográficos, clínico e obstétrico	Questionário
	Transtorno de ansiedade	BAI
	Transtorno de depressão	BDI
2 ^a Etapa	Suporte social percebido	SSQ-6
	Transtorno de depressão pós-parto	EDPS
	Vinculação do adulto	EVA
	Vinculação materna pós-natal	AEAS
3 ^a Etapa	Transtorno de estresse pós-traumático	IES

Quadro 2: Variáveis focalizadas na pesquisa e instrumentos de coleta.

As parturientes eram selecionadas entre os grupos expostas e não expostas à morbidade materna grave e *near miss*, a cada 48 horas nas duas maternidades, no mesmo dia e turno de coleta, por uma médica ginecologista e obstetra, de acordo com os critérios de elegibilidade deste estudo.

A primeira etapa da pesquisa, foi realizada no puerpério imediato, por meio da busca ativa, nos dois grupos, concomitantemente, nos setores das maternidades em estudo: admissão nas enfermarias do puerpério, centro cirúrgico obstétrico, recuperação pós-anestésica, UTI adulto e banco de sangue (consulta ao livro de ato transfusional).

Na impossibilidade da participante responder às perguntas, por se tratar de ter idade inferior a dezoito anos, era solicitada a autorização do responsável legal e respondido nas mesmas condições, e/ou a depender da situação de agravamento do seu estado, era analisada a

participação pela médica responsável. Assim que a participante era selecionada, a pesquisadora e psicóloga deste estudo realizava a primeira coleta na maternidade: aplicação do questionário sociodemográfico, inventário *Beck* de ansiedade (BAI) e inventário *Beck* de depressão (BDI). Ao término, era agendado no cartão de aprazamento as coletas subsequentes.

Decorridos de 60 a 90 dias do parto, era realizada a segunda coleta, no Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde (PPGCS/UFS), localizado no Hospital Universitário de Sergipe (HU), da cidade de Aracaju, ou na impossibilidade de deslocamento das participantes, prosseguia-se com a visita em domicílio, para a aplicação da escala de suporte social (SSQ-6), escala de depressão pós-parto de Edinburg (EDPS), escala de vinculação do adulto (AES), e escala de vinculação materna pós-natal (AEAS). Na terceira e última coleta, decorridos os 120 dias do parto, por telefone ou em visita domiciliar, era aplicada a escala de impactos de eventos (IES).

4.8 Análise estatística

Para a análise estatística foram utilizadas frequências absolutas, percentuais, teste Qui-Quadrado para avaliar as relações de dependência entre os grupos de expostos à morbidade materna grave e *near miss* e não expostos, contra as variáveis epidemiológicas.

Foi utilizado o teste de *McNemar* para comparação da presença de sintomas de depressão antes do parto e de 60 a 90 dias depois do parto. Sendo realizada a regressão logística univariada (OR não ajustadas) e multivariada (OR ajustadas ou controladas) para avaliar os fatores preditores de morbidade materna grave e *near miss*.

Foram utilizados os testes qui-quadrado de *Pearson*; para avaliar dependência entre variáveis categóricas nominais, o teste de *Mann-Whitney*; para avaliar diferenças de médias entre dois grupos relacionados aos escores dos questionários utilizados; e calculados Riscos Relativos e Razões de Chances brutas e seus respectivos intervalos de confiança.

A regressão logística múltipla foi utilizada para avaliar possíveis fatores associados a depressão e ansiedade em mulheres expostas à morbidade materna grave e *near miss*, e associados a própria MMG/NM, bem como a obtenção de razões de chance ajustadas ou controladas;

Foi utilizado o teste de *Woolf* para avaliar as diferenças de razão de chance e risco relativo e a prevalência de sintomas de transtorno mental nos diferentes momentos associados a condição da participante nos grupos.

O nível de significância adotado (0,05), e intervalo de confiança de 95%. Utilizou-se o *software R* versão 3.3.2 (R CORE TEAM, 2016).

4.9 Aspectos éticos

Este estudo atendeu à resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe, com parecer aprovado (nº CAAE: 0284.1.107.000/2011) (ANEXO A).

Para a entrevista, cada participante ou seu responsável legal autorizou previamente, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Todas as informações coletadas tiveram caráter confidencial de modo que os nomes das participantes não foram citados.

Por questões de ética todas as participantes que apresentaram sintomas favoráveis à depressão pós-parto (CID - F53) e transtorno de estresse pós-traumático (CID – F43.1), foram encaminhadas para a Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência territorial, a fim de serem assistidas pela rede pública de saúde (serviço de referência e contra referência).

5 RESULTADOS

De acordo com a Tabela 1, concernentes às variáveis sociodemográficas, obstétricas e hábitos, pode-se observar na comparação entre os grupos expostas e não expostas à morbidade materna grave e *near miss* (MMG/NM), que 66% das puérperas expostas e 26% ($p < 0,001$) das não expostas, eram advindas do interior do estado de Sergipe; 75% das expostas e 80% das não expostas, tinham idade inferior a 35 anos (0,128); 72 % das expostas e 63% ($p = 0,039$) das não expostas, possuíam menos de oito anos de estudo; e 79% das expostas e 72% das não expostas (0,087), eram casadas.

Em relação a ter atividade de trabalho remunerada, 80% das expostas e 68% ($p < 0,001$) das não expostas, não trabalhavam; 9% das expostas e 1% ($< 0,001^*$) das não expostas, não realizaram o acompanhamento do pré-natal; 84% das expostas e 88% (0,200) das não expostas, tiveram 1 ou mais partos; 31% das expostas e 11% ($p < 0,001$) das não expostas, tinham o hábito de consumir bebida alcoólica, e 6% das expostas e 3% (0,166) das não expostas, eram tabagistas.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica, clínica-obstétrica e hábitos da amostra de expostas e não expostas à morbidade materna grave e *near miss* (MMG/NM). Sergipe, Brasil, 2013.

Variáveis	Grupos		X ² (p-valor)
	Expostas MMG/NM (n=277) n (%)	Não expostas MMG /NM (n=272) n (%)	
Procedência			
Capital	95 (34)	200 (74)	84,3 (<0,001)
Interior	182 (66)	72 (26)	
Idade			
<35	207 (75)	219 (80)	2,32 (0,128)
≥35	70 (25)	53 (20)	
Anos de estudo			
< 8 anos	198 (72)	172 (63)	4,246 (0,039)
≥ 8 anos	79(28)	100(37)	
Situação Conjugal			
Casada	218 (79)	197 (72)	2,928 (0,087)
Solteira	59 (21)	75 (28)	
Trabalho			
Não	222 (80)	185 (68)	10,530 (<0,001)
Sim	55 (20)	87 (32)	
Pré-natal			
Não	26 (9)	3 (1)	<0,001*
Sim	251 (91)	269 (99)	

Continuação			
Paridade			
Primípara	43 (16)	32 (12)	1,644 (0,200)
1 ou mais parto	234 (84)	240 (88)	
Hábitos			
Bebida alcoólica			
Sim	85(31)	29(11)	33,445 (<0,001)
Não	192(69)	243(89)	
Tabagismo			
Sim	16 (6)	9(3)	1,922 (0,166)
Não	261(94)	263(97)	

Nota: (X^2) estatística do teste Qui-quadrado; - * Teste Exato de Fisher devido a casela com frequência inferior a 5.

Em concordância com os resultados da Tabela 2, verificou-se que mulheres com a idade inferior a 35 anos (OR: 1,72; IC95%: 1,11-2,65) que não trabalhavam (OR: 2,36; IC95%: 1,53-3,62), que não fizeram o pré-natal (OR: 10,9; IC95%: 3,28-36,1) e tinham o hábito de consumir bebida alcoólica (OR: 4,35; IC95%: 2,66-7,11), tiveram maior chance de estar na condição de MMG/NM. As demais variáveis analisadas não mostraram diferenças estatísticas significativas.

Tabela 2 - Regressão logística simples e múltipla para variáveis sociodemográfica, clínica-obstétrica e hábitos da amostra de expostas e não expostas à morbidade materna grave e *near miss* (MMG/NM) e controle. Sergipe, Brasil, 2013.

Variáveis	OR (IC95)	ORa (IC95)	P-valor
Procedência			
Interior	5,30 (3,63-7,81)		
Aracaju	1		
Idade			
<35	1	1	
≥35	1,40 (0,93-2,09)	1,72 (1,11-2,65)	0,014
Anos de estudo			
< 8 anos	1,46 (1,02-2,09)		
≥ 8 anos	1		
Situação Conjugal			
Casada	1,41 (0,95-2,08)		
Solteira	1		
Trabalho			
Não	1,90 (1,28-2,80)	2,36 (1,53-3,62)	<0,001

Continuação			
Sim	1	1	
Pré-natal			
Não	9,29 (2,78-31,1)	10,9 (3,28-36,1)	<0,001
Sim	1	1	
Paridade			
Primípara	1,34 (0,82-2,20)		
1 ou mais parto	1		
Bebida alcoólica			
Sim	3,65 (2,30-5,79)	4,35 (2,66-7,11)	<0,001
Não	1	1	
Tabagismo			
Sim	1,79 (0,78-4,13)		
Não	1		

Notas: OR - Odds Ratio Bruto; ORa - Odds Ratio Ajustado; IC - intervalo de confiança 95%;

Conforme os resultados da Tabela 3, na comparação entre os grupos de expostas e não expostas à MMG/NM, apresentaram 62% e 37% de sintomas de ansiedade (OR: 2,77; IC95%: 1,96-3,92), e 34% e 4% de sintomas da depressão (OR: 10,9; IC95%: 5,83-20,60), respectivamente. Quanto à regressão logística, observou-se uma forte associação de 3,05 (três) vezes em maior chance de desenvolver sintomas de ansiedade, e 10,3 (dez) vezes maior chance de desenvolver sintomas de depressão.

Tabela 3 - Associação logística da amostra de expostas e não expostas à morbidade materna grave e *near miss* (MMG/NM), referentes aos sintomas de ansiedade (Beck BAI) e depressão (Beck BDI). Sergipe, Brasil, 2013.

Variáveis	Grupos		X² (p-valor)	OR (IC95%)	ORC (IC95%)
	Expostas MMG/NM n (%)	Não expostas MMG/NM n (%)			
BAI					
>10	171 (62)	100 (37)	34,2 (<0,001)	2,77 (1,96-3,92)	3,05 (2,90-7,97)
≤10	106 (38)	172 (63)			
BDI					
>11	93 (34)	12 (4)	75,4 (<0,001)	10,9 (5,83-20,60)	10,3 (5,19-20,20)
≤11	184 (66)	260 (96)			

Nota: X² - Teste Qui-Quadrado de Pearson; OR = *odds ratio*; ORC = *odds ratio* controlada para variáveis demográficas; IC = intervalo de confiança de 95%. * (p<0,05)

Verificou-se na Tabela 4, que na comparação entre os grupos de expostas e não expostas à MMG/NM, apresentaram 56% e 17% de sintomas de depressão pós-parto (OR: 6,5; IC95%: 4,37-9,69), respectivamente. Quanto à regressão logística, observou-se uma forte associação em 24,0 vezes (ORC:24,0; IC95%: 7-23-79,7), maior chance de desenvolver a depressão pós-parto no grupo de expostas à MMG/NM.

Tabela 4- Associação logística da amostra de expostas e não expostas à morbidade materna grave e *near miss* (MMG/NM), referente à depressão pós-parto (Escala de Edinburgh, EDPS), Sergipe, Brasil, 2013.

Variáveis	Grupos		X ² (p-valor)	OR (IC95%)	ORC (IC95%)
	Expostas MMG/NM n (%)	Não expostas MMG/NM n (%)			
EDPS					
≥12	156 (56)	45 (17)	93,5 (<0,001)	6,5 (4,37- 9,69)	24,0 (7,23- 79,7)
<12	121 (44)	227 (83)			

Nota: X² - Teste Qui-Quadrado de Pearson; OR = *odds ratio*; ORC = *odds ratio* controlada para **variáveis demográficas**; IC95% = intervalo de confiança (95%). *(p<0,05)

Segundo os resultados da Tabela 5, o grupo de expostas à morbidade materna grave e *near miss* apresentaram 2,76 vezes (IC95%: 2,44-3,14), maior chance de desenvolverem o comportamento de esquiva, e 2,07 vezes (IC95%: 1,89-2,26) maior chance de desenvolverem a intrusão. Sendo que, nenhuma das mulheres das não expostas à MMG/NM, atingiu escore mínimo (25) para as mesmas variáveis.

Tabela 5 - Risco Relativo (RR) e intervalo de confiança da amostra de mulheres expostas e não expostas à morbidade materna grave e *near miss* (MMG/NM), referentes ao comportamento de esquiva e intrusão. Sergipe, Brasil, 2013.

Variáveis	Grupos		p-valor	RR (IC95%)
	Expostas MMG/NM n (%)	Não expostas MMG/NM n (%)		
Esquiva				
≥25	123 (44)	0 (0)	<0,001	2,76 (2,44-3,14)
<25	154 (56)	272 (100)		
Intrusão				
≥25	56 (20)	0 (0)	<0,001	2,07 (1,89-2,26)
<25	221 (80)	272 (100)		

Nota: (p<0,05); RR = risco relativo; IC = intervalo de confiança (95%). Teste Exato de Fisher (p-valor)

Conforme os resultados da Tabela 6, o grupo de expostos à morbidade materna grave e *near miss*, apresentou maiores médias sobre o do comportamento de esquiva (24,32; DP: 4,16; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,895$), e memória intrusiva (18,28; DP: 3,80; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,763$) com tamanho de efeito grande. Quanto ao suporte social percebido nas expostas à MMG/NM, foi encontrada a menor quantidade de pessoas e fontes de suporte social SSQ-N (0,11; DP: 0,001; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,151$) e menor quantidade de pessoas referente ao suporte familiar SSQ-NF (0,11; DP: 0,001; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,216$) com tamanho de efeito mediano, e satisfação do suporte social (0,69; DP: 0,19; $p = 0,010$; $\eta^2 = 0,014$) com tamanho de efeito pequeno.

Tabela 6 - Comparação das médias e desvios-padrão (DP) da amostra de expostos e não expostos à morbidade materna grave e *near miss* (MMG/NM), referentes ao impacto de eventos (IES) e suporte social (SSQ-6). Sergipe, Brasil, 2013.

Variáveis	Grupos		Mann-Whitney	Eta ²
	Expostas MMG/NM	Não expostas MMG/NM		
	Média (DP)	Média (DP)		
Escala de impacto de eventos				
Comportamento de esquiva	24,32 (4,16)	5,10 (2,08)	<0,001	0,895
Memória Intrusiva	18,28 (3,80)	7,47 (1,91)	<0,001	0,763
Escala de suporte social				
SSQ-N	0,11 (0,001)	0,13 (0,04)	<0,001	0,151
SSQ-S	0,69 (0,19)	0,73 (0,17)	0,010	0,014
SSQ-NF	0,05 (0,06)	0,14 (0,11)	<0,001	0,216

Nota: DP = Desvio padrão e teste de Mann-Whitney; Eta² = tamanho de efeito. SSQ-N = quantidade de pessoas de fontes/pessoas do suporte social. SSQ-S = satisfação com o suporte social. SSQ-NF = Quantidade de pessoas da família que dão suporte social.

De acordo com os resultados, nas expostas e não expostas à MMG/NM, quanto ao estilo de vinculação adulta (EVA) do tipo ansioso foram identificados as médias de 16,12 e 11,77 ($p < 0,001$), conforto com proximidade de 14,50 e 18,43 ($p < 0,001$), e confiança nos outros de 18,99 e 19,43 (0,187). Quanto à vinculação materna no pós-natal (AEAS) foram encontradas nas expostas e não expostas as médias de 43,90 e 49,18, ($< 0,001$), respectivamente (Tabela 7).

Tabela 7 – Comparação das médias e desvios-padrão (DP) da amostra de expostos e não expostos à morbidade materna grave e *near miss*, referentes ao tipo de vinculação adulta (EVA) e vinculação materna no pós-natal (AEAS). Sergipe, Brasil, 2013.

Variáveis	Grupos		Mann-Whitney
	Expostos MMG/NM	Não expostos MMG/NM	
	Média (DP)	Média (DP)	
EVA			
Ansiedade	16,12 (3,69)	11,77 (2,93)	<0,001

Continuação

Conforto com proximidade	14,50 (2,10)	18,43 (2,92)	<0,001
Confiança nos outros	18,99 (3,36)	19,43 (4,34)	0,187

AEAS

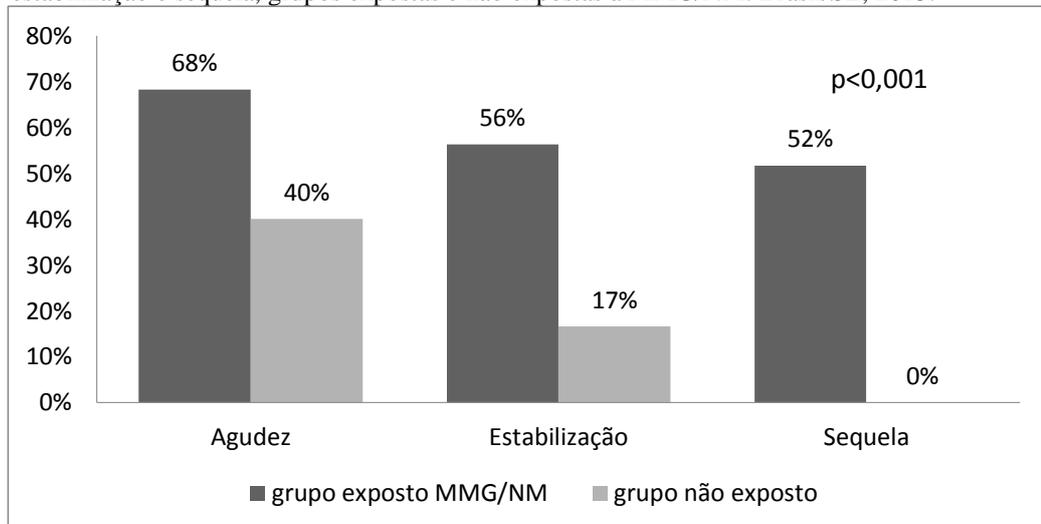
Escala de vinculação pós-natal	43,90 (4,79)	49,18 (4,49)	<0,001
--------------------------------	--------------	--------------	--------

Nota: DP = Desvio Padrão; Teste de Mann-Whitney para médias independentes. EVA = Escala de vinculação de adulto; AEAS= Escala de vinculação materna.

Os resultados do gráfico 1, referem-se à proporção das escalas de Beck (BAI/BDI) sobre os sintomas de ansiedade e/ou depressão, da escala de Edinburg (EDPS) de depressão pós-parto, e da proporção do comportamento de esquiva e memória intrusiva, da escala de impacto de eventos (IES) ao longo das três etapas de coleta entre os grupos de expostas e não expostas à morbidade materna grave e *near miss*.

Na primeira etapa, identificada neste estudo, por “agudez dos sintomas”, foram encontrados a presença em 68% das mulheres expostas à MMG/NM e 40% das não expostas, de sintomas de ansiedade e/ou depressão, na segunda etapa, denominada por “estabilização dos sintomas”, foram identificadas em 56% das expostas à MMG/NM e 17% das não expostas a presença de sintomas de depressão pós-parto, e na terceira etapa, denominada por “sequela” foram encontradas em 52% das expostas à MMG/NM os sintomas de transtorno de estresse pós-traumático, e em nenhuma (0%) das não expostas.

Gráfico 1- Frequência dos sintomas de adoecimento mental dos três períodos de coleta; agudez, estabilização e sequela, grupos expostas e não expostas à MMG/NM. Brasil/SE, 2013.



Nota: Teste de Associação Linear por Linear.

6 DISCUSSÃO

A amostra deste estudo analisada na comparação entre os grupos identificou nas expostas à morbidade materna grave e *near miss* os maiores escores e chances de apresentar os sintomas do transtorno de ansiedade e depressão. Segundo Faisal-Cury et al. (2009), o medo do parto e a preocupação com a saúde do bebê elevam ainda mais a ansiedade durante a gestação e o puerpério.

De acordo com Alder et al. (2007), as frequências elevadas de ansiedade e depressão estão associadas ao mau resultado obstétrico, principalmente relacionados à ocorrência de complicações obstétricas e parto prematuro. Contudo, esses autores destacam que as pesquisas sobre o assunto ainda são limitadas devido a problemas metodológicos, fatores confundidores, de proteção e os mecanismos biológicos que poderiam atuar no seu desfecho (CECCATI et al., 2009; MEANEY et al., 2016).

Na literatura são encontrados estudos sobre a relação entre a ansiedade, a depressão e o estresse na gravidez e de complicações clínicas e obstétricas, especificamente, de hipertensão, sangramento, nascimento prematuro e abortos espontâneos e induzidos (DUNKEL; TANNER, 2012; MEANEY et al., 2016; PEREIRA et al., 2009), os quais destacam que o nível do sofrimento causado por distúrbios no ciclo gravídico-puerperal são preditores de doenças psicológicas (BURGUT et al., 2013; FURUTA et al., 2014).

A depressão é o transtorno psiquiátrico mais prevalente durante a gravidez e está associado a fatores obstétricos, psicossociais e clínicos (AYELE et al., 2016). Pesquisa de Almeida et al. (2012) realizada no Brasil, na atenção básica com gestantes, encontrou cerca de 41,7% de prevalência de transtorno mental, com maior ocorrência de transtorno depressivo maior (21,6%), seguido de desordem de ansiedade generalizada (19,8%). Estudo de Bronwyn e Milgrom (2008) identificaram como preditores do adoecimento mental em gestantes o baixo apoio social, a situação financeira desfavorável e o estresse parental.

Verificou-se nesta pesquisa que as puérperas do grupo de expostos à morbidade materna grave e *near miss* têm significativamente maiores chances de desenvolverem a depressão pós-parto. Concordante a esses achados, uma pesquisa realizada no Oriente Médio, com 1.397 mulheres, identificou que 17,6% das mulheres sofriam de depressão pós-parto, e também houve associação positiva do adoecimento mental com as complicações obstétricas (BURGUT et al., 2013).

Estudo prospectivo de coorte realizado em Marrocos na África, com mulheres aos oito meses pós-parto que vivenciaram o *near miss* materno, identificou sete vezes maior chance de

depressão pós-parto em comparação a outro grupo sem a condição de *near miss*, constatando, deste modo, que as consequências vão além dos primeiros dias do puerpério (ASSARAG et al., 2015).

Outros estudos têm identificado a associação significativa entre as complicações obstétricas perinatais e a depressão, como o da pesquisa realizada na Argentina, que verificou a prevalência 37,2% de sintomas depressivos nas mulheres, com o uso da escala de Edinburg - EDPS (MATHISEN et al., 2013). Estudo na Malásia encontrou os sintomas da depressão pós-parto nas mulheres com e sem morbidade materna grave de 4,8% e 2,1%, respectivamente, com fatores de risco relacionados a problemas de saúde, complicações obstétricas e baixo apoio social (NORHAYATI et al., 2016).

Quanto à presença da vinculação materna no pós-natal, foi semelhante entre os grupos, ou seja, menor relação afetiva positiva no grupo de expostos à morbidade materna grave e *near miss*. É comum que a depressão pós-parto afete a disponibilidade emocional da mãe no cuidado prestado ao filho, ou seja, o estado alterado de humor da genitora cria dificuldades no estabelecimento da relação de afeto e vínculo, indispensáveis para o desenvolvimento físico e psíquico do infante.

Constata-se, portanto, a relevância da detecção dos primeiros sinais e sintomas de depressão pós-parto, com o diagnóstico precoce, a fim de minimizar as consequências prejudiciais à mãe e aos aspectos cognitivo, social e emocional da criança (FREITAS; SCARABEL; DUQUE, 2012).

Deve-se evidenciar que, no período do pós-parto, a depressão pode passar despercebida, visto que, a atenção da mulher e de sua família, volta-se quase que exclusivamente para o bebê, dificultando, assim, a identificação e a externalização dos seus sentimentos. Fatores de risco contextuais, como a pobreza, o conflito conjugal e eventos estressantes podem exacerbar os sintomas da depressão (MALPHURS et al., 1996).

Sobre os elevados resultados do comportamento de esquiva e memória intrusiva no grupo de expostos à MMG/NM e a ausência desses sintomas no grupo de não expostos, pode-se inferir que a situação do risco de morrer para a mulher, e os temores atrelados, como a possibilidade de ter um filho com algum tipo de deficiência, e até mesmo do risco de morte fetal, podem desencadear alterações afetivas e emocionais, como também comprometer o bom funcionamento da saúde psicológica.

Estudos qualitativos vêm a corroborar com esses resultados, ao descrever os relatos de mulheres que passaram pela experiência da morbidade materna grave e *near miss*, sentimentos como medo, angústia, ansiedade e insegurança, como também comportamentos reativos à

situações de estresse (SILVA; SILVEIRA; GOMES-SPONHOLZ, 2016; SOUZA et al., 2009). Em estudo qualitativo, autores capturam nas falas de mães que sobreviveram à morbidade materna grave a apreensão relativa à gravidez e ao seu estado de angústia, bem como o desafio de enfrentar a doença, e as expectativas inerentes ao exercício da maternidade (CARVALHEIRA; TONETE; PARADA, 2010).

Estudos encontram a relação positiva entre a existência de complicação na gravidez e/ou parto, sintomas parciais ou totais do transtorno de estresse pós-traumático e o comportamento de esquiva e intrusão, com o uso da escala de impacto de eventos (IES) (ANDERSEN et al., 2012; CHERLY 2010). Pesquisa verificou a prevalência de 28,6% de TEPT em gestantes com complicações obstétricas no período gestacional que incluíram aborto espontâneo, morte fetal intra-uteriana, gravidez anembrionária, gravidez utópica, placenta prévia, e outras (FORRAY et al., 2009).

Observou-se nos resultados deste estudo que no grupo de expostos à morbidade materna grave e *near miss* houve menor suporte social e familiar. Portanto, é possível inferir que a falta de um apoio satisfatório tenha possibilitado uma maior vulnerabilidade para o agravamento do seu estado e/ou que, diante da situação de sofrimento físico e mental, as mulheres não se sentiram suficientemente apoiadas.

Portanto, podemos refletir sobre a relevância de práticas de intervenção multiprofissional, que visem dar apoio e acolhimento psicológico para a mulher, além de proporcionar espaços de orientação familiar com vistas a fortalecer os vínculos e desenvolver estratégias de enfrentamento.

Segundo Valla (1999), o suporte social exerce função mediadora, permitindo que o sujeito lide melhor com os problemas cotidianos, e contribui para a manutenção da saúde, quando favorece a lidar com as situações de conflito. De modo geral, o apoio social positivo é extremamente importante para manter a boa saúde física e mental e eleva o nível de satisfação percebido, podendo aumentar a resistência ao estresse e ajudar a proteger o indivíduo de doenças relacionadas ao trauma, disfunções e morbidades (SOUTHWICK, VYTHILINGAM, CHARNEY, 2005).

Estudo identificou a associação entre a vinculação, ansiedade, depressão, stress e suporte social na maternidade, e a existência de suporte social negativo e a menor frequência de sintomas de ansiedade, depressão, estresse e menor vinculação materna (AIROSA; SILVA, 2013).

A percepção das mulheres sobre o suporte social pode afetar a relação que é desenvolvida de apego e vinculação mãe-bebê agindo, quando presente, como fator positivo

para o seu bom desenvolvimento e, quando ausente, impossibilitando de modo efetivo a sua evolução (JANG; KIM; LEE, 2015). Quando a mãe vivencia o estado de adoecimento físico e/ou mental, a sua percepção, bem como a capacidade de resposta, é diminuída (CHERYL, 2010). Pesquisas confirmam a possibilidade de que escores mais altos de indicadores de transtornos mentais estariam relacionados a menores escores de apego materno-fetal (ALHUSEN, 2008; ALVARENGA et al., 2013).

No que diz respeito ao padrão de vinculação adulto, foi identificado no grupo de expostos à morbidade materna grave e *near miss* no pós-parto maior vinculação do tipo ansiosa, e menor conforto com proximidade, além do menor repertório de comportamentos representativos à vinculação materna. Como também com a menor frequência de comportamento de vinculação nas expostas à morbidade materna grave e *near miss*, diante desses resultados, sugerimos que a experiência da morbidade materna grave e *near miss* impactou no tipo de vinculação adulta e no processo de vinculação da mãe ao bebê.

Segundo Canavarro (2006) o estilo ou padrão de vinculação adulta representa, portanto, as crenças e expectativas que o sujeito desenvolveu sobre si mesmo e sobre as suas relações mais próximas, baseando-se nas suas histórias de vinculação. Segundo Farkas et al. (2008), as grávidas com estilo de apego ansioso podem apresentar menores índices de ajustes socioemocionais, maior frequência de sintomas de ansiedade e depressão, maior dificuldade de relacionamento interpessoal e de ajuste ao meio.

De acordo com Mayselless, Danieli e Sharabany (1996), quando o adulto não teve na infância um tipo de vinculação segura com a figura materna, capaz de conduzi-lo a explorar o ambiente de modo seguro e confiável, o mesmo apresentará dificuldades de pedir ajuda, exatamente por não saber se terá alguém para auxiliá-lo. Quanto maior for a capacidade de uma mãe em ser sensível e receptiva ao bebê, maior será a probabilidade da criança de desenvolver uma relação segura (CHERYL, 2010). Entretanto, deve-se ressaltar, que o estudo dos estilos de vinculação adulto não é consensual, e que muitos autores propõem a existência de um estilo seguro e de vários tipos de estilo inseguros (CANAVARRO et al., 2006).

Diante dos resultados, que representam o *continuum* de sintomas de ansiedade, depressão materna e comportamento de esquiva e intrusão nos três períodos da coleta, pode-se considerar que as mulheres com a morbidade materna grave e *near miss* apresentaram frequências elevadas de sintomas de adoecimento mental e que a morbidade grave e *near miss* foi um diferencial para o desfecho negativo à saúde psicológica. Corroborando com os resultados de outros estudos com população de morbidade materna grave e *near miss* (FURUTA et al. 2014; ASSARAG et al.; BENER; GERBER; SHEIKH, 2012).

Em vista dos argumentos apresentados, considera-se que a maioria das mulheres com morbidade materna grave e *near miss* não conseguiu apagar das suas lembranças o sofrimento vivenciado, o que supõe profundas marcas nas suas vidas, e que a experiência subjetiva dificilmente será descrita ou quantificável na sua totalidade.

Algumas limitações deste estudo devem ser consideradas, como a de não terem sido replicados os instrumentos de ansiedade e depressão em todos os períodos da coleta a fim de conhecer as mudanças obtidas e a direção dessas mesmas, as quais proporcionariam melhores condições de identificação e análise do desfecho do adoecimento mental. Outra limitação foi a ausência do uso de uma escala com validação brasileira que pudesse identificar o tipo de apego entre mãe e bebê, e também da vinculação materna.

Este estudo torna-se uma referência como o primeiro realizado no estado de Sergipe que aborda a saúde mental de mulheres com morbidade materna grave e *near miss*, além de contribuir com informações relevantes e subsidiar a reflexão de programas no âmbito de políticas públicas. Do mesmo modo, suscita e alerta fundamentalmente para a importância do foco na saúde mental diante de agravos à saúde materno infantil.

7 CONCLUSÕES

- As mulheres expostas à morbidade materna grave e *near miss* em comparação às não expostas, provém em maior número do interior do estado de Sergipe, não trabalhavam, não tiveram acompanhamento de pré-natal e faziam uso de bebida alcoólica.
- As expostas à morbidade materna grave e *near miss* em comparação às não expostas, obtiveram maior frequência de sintomas dos transtornos de depressão no perinatal e pós-natal, de ansiedade, e de estresse pós-traumático.
- As expostas à morbidade materna grave e *near miss* em comparação às não expostas, apresentaram três vezes maior risco de desenvolver o transtorno de ansiedade.
- As expostas à morbidade materna grave e *near miss* em comparação às não expostas, apresentaram dez vezes maior risco de desenvolver o transtorno de depressão no perinatal.
- As expostas à morbidade materna grave e *near miss* em comparação às não expostas, obtiveram vinte e quatro vezes maior risco de desenvolver o transtorno de depressão pós-parto.
- As expostas à morbidade materna grave e *near miss* em comparação às não expostas, apresentaram duas vezes maior risco de desenvolver o transtorno de estresse pós-traumático; com comportamento de esquiva e memória intrusiva.
- As expostas à morbidade materna grave e *near miss* em comparação às não expostas, demonstraram menor suporte social percebido e satisfação, demonstrando que o suporte social negativo pode interferir no processo de adoecimento mental.
- As expostas à morbidade materna grave e *near miss* em comparação às não expostas, apresentaram maior frequência na vinculação do adulto; referentes às dimensões designadas, respectivamente, por ansiedade; e conforto com proximidade, sugerindo que a morbidade materna grave e *near miss* pode influenciar nas relações interpessoais.
- As expostas à morbidade materna grave e *near miss* em comparação às não expostas, não demonstraram associação com a vinculação materna no pós-natal.
- As expostas à morbidade materna grave e *near miss* em comparação às não expostas, demonstraram sintomas dos transtornos de ansiedade, depressão maior, depressão pós-parto e estresse pós-traumático ao longo dos doze meses do estudo, confirmando a maior vulnerabilidade ao adoecimento mental.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dado o exposto, ressalta-se a importância deste estudo para a implantação de políticas públicas, da prática da integralidade no campo da saúde e assistência à população materno-infantil, com profissionais capacitados no estudo do comportamento humano e de seus aspectos psicopatológicos, a fim de identificar e acolher o seu sofrimento mental, e buscar ações preventivas e estratégias na busca da assistência à mulher no ciclo gravídico e puerperal, bem como em intervenções de cunho familiar. Esta pesquisa é uma referência no estado de Sergipe na identificação e aprofundamento das discussões sobre a saúde mental das mulheres com morbidade materna grave e *near miss*.

REFERÊNCIAS

- AINSWORTH, M. et al. **Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation**. Hillsdale: Erlbaum Associates. 1978.
- _____. Attachements and other affectional bonds across the life cycle. In: PARKES, C. M.; STEVENSON-HINDE, J.; MARRIS, F. (Eds.). **Attachement across the life cycle**. London: Tavistock/Routledge, 1994.
- _____. BOWLBY, J. An ethological approach to personality development. **American Psychologist**, v. 46, n. 4, p. 333-341, 1991.
- AIROSA, S. S.; SILVA, I. Associação entre vinculação, Ansiedade, Depressão, Stress, e Suporte Social na Maternidade. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 14, n. 1, p. 64-77, 2013.
- AJINKYA, S.; JADHAV, P. R.; SRIVASTAVA, N. N. Depression during pregnancy: Prevalence and obstetric risk factors among pregnant women attending a tertiary care hospital in Navi Mumbai. **Ind Psychiatry J**, v. 22, n.1, p. 37-40, Jan./June 2013.
- ALDER, J. et al. Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? **A critical review of the literature**, v. 20, n. 3, p. 189-209, 2007.
- ALMEIDA, M. S. et al. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 385-394, 2012.
- ALHUSEN, J. L. A Literature update on maternal-fetal attachment. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, 37, 315-328, 2008.
- ALVARENGA, P.; Palma E.M.S. Indicadores de Depressão Materna e a Interação Mãe-Criança aos 18 Meses de Vida. **Psico**, v. 44, n. 3, pp. 402-410, jul./set. 2013.
- APA. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
- ANDERSEN, L. B. et al. Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v. 91, n. 11, p. 1261-1272, 2012.
- ARAÚJO, A. C.; LOTUFO NETO, F. A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. XVI, n. 1, p. 67-82, jan. 2014
- ASSARAG, B. et al. Consequences of severe obstetric complications on women's health in Morocco: please, listen to me!. **Tropical Medicine and International Health**, v. 20, n. 11, p. 1406-1414, nov. 2015.
- AYELE, T. A. et al. Prevalence and Associated Factors of Antenatal Depression among Women Attending Antenatal Care Service at Gondar University Hospital, Northwest Ethiopia. **PLoS One**, v. 11, n. 5, May 2016. DOI: 10.1371/journal.pone.0155125. e collection 2016.

- AYERS S. Delivery as a traumatic event: Prevalence, risk factors and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v. 47, p. 552–567, 2004.
- BASSO, L. A.; MARIN, A. H. Comportamento de apego em adultos e a experiência da perda de um ente querido. **Aletheia**, v. 32, p. 92-103, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942010000200008&lng=pt&nrm=iso . Acesso em: 16 out. 2016.
- BECK, C. Postpartum mood and anxiety disorders: Case studies, research, and nursing care (3rd ed.). Washington, DC: Association. **Of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses**. 2014.
- BENER, A.; GERBER, L.M., SHEIKH, J. Prevalence of psychiatric disorders and associated risk factors in women during their postpartum period: a major public health problem and global comparison. **Int J Womens Health**, v. 4, p. 191–200, 2012.
- BOTEGA, N. J.; DIAS, M. K. Gravidez e puerpério. In: BOTEGA, N. J. (Org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e emergência**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 341-354.
- BOWBLY, J. **Cuidados maternos e saúde mental (1907-1990)**. Tradução Vera Lúcia Baptista de Souza e Irene Rizzini. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- _____. **Apego e perda: apego**. 3. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002. Vol. 1
- _____. **Apego e perda: Apego - A natureza do vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, 1990. Vol. 1. Original publicado em 1969.
- _____. **Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- _____. **Apego: A natureza do vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, 1984. (Original publicado em 1969).
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde (MS), 2000.
- BRONWYN, L.; MILGROM, J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. **BMC Psychiatry**, v. 8, p. 24, 2008.
- BURGUT, F. T. et al. A study of postpartum depression and maternal risk factors in Qatar. **J Psychosom Obstet Gynaecol**, v. 34, n. 2, p. 90-97, June 2013.
- CANAVARRO, M. C. Gravidez e maternidade: Representações e tarefas de desenvolvimento (pp. 17-49). In: CANAVARRO, M. C. (Ed.). **Psicologia da gravidez e da maternidade**. Coimbra: Quarteto Editora, 2006.
- CANESQUI, A. M.; BARSAGLINI, R. A. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1103-1114, May. 2012 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000500002>. Acesso em: 22 mar. 2017.

- CARVALHEIRA, A. P. P.; TONETE, V. L. P.; PARADA, C. M. G. L. Sentimentos e percepções de mulheres no ciclo gravídico puerperal que sobreviveram à morbidade materna grave. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, p. 1187-1194, dez. 2010.
- CECATTI, J. G. et al. Brazilian network for the surveillance of maternal potentially life threatening morbidity and maternal near-miss and a multidimensional evaluation of their long term consequences. **Reproductive Health**, v. 6, n. 15, Sept. 2009.
- CHERYL, A. Impact of Traumatic Birth Experience on Latina Adolescent Mothers. *Issues in Mental Health Nursing*, v. 31, n. 11, p. 700-707, 2010. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/> Acesso em: 17 nov. 2016.
- COFFEY, S. F. Screening for PTSD in motor vehicle accident survivors using the PSS-SR and IES. **J Trauma Stress**, v. 19, n. 1, p. 119–128, 2006.
- CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- DIAS, M. A.; DOMINGUES, R. M.; SCHILITZ, A. O. Nakamura-Pereira M, Diniz CS, Brum IR, et al. Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 30, Suppl 1, p. S169-S181, 2014.
- DUNKEL, S. C. H.; TANNER, L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. **Curr Opin Psychiatry**, v. 25, n. 2, p. 141-148. 2012.
- EISENBERG, N.; SPINRAD, T. L.; EGGUM, N. D. Emotion-related self regulation and its relation to children's maladjustment. **Annual Review of Clinical Psychology**, v. 6, p. 495-525. 2010.
- FAISAL-CURY, A. et al. Common mental disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo, Brazil. **Arch Women Ment Health**, v. 120335-120343, 2009.
- FALCONE, V. M. et al. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 612-618, ago. 2005.
- FARKAS, C. et al. Apego y Ajuste Socio Emocional: Un Estudio en Embarazadas Primigestas. **Psyke**, Santiago, v. 17, n. 1, p. 65-80, mayo 2008. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282008000100007&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr. 2017.
- FIROZ, T. et al. Measuring maternal health: focus on maternal morbidity. **Bull World Health Organ**, v. 91, n. 10, p. 794-796, Oct. 2013.
- FISHER, J. et al. Prevalence and determinants of common perinatal disorders in women in low and lower-middle-income countries: a systematic review. **Bull World Health Organ**, v. 90, n. 2, p. 139G-149G, Feb. 2012.
- FORRAY, A. et al. Prevalence of post-traumatic stress disorder in pregnant women with prior pregnancy complications. **J Matern Fetal Neonatal Med**, v. 22, n. 6, p. 522–527, 2009.

FREIRE, K.; PADILHA, P. C.; SAUNDERS, C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 335-341, jul. 2009.

FREITAS, L.V.; SCARABEL, C.A.; DUQUE, B.H. As implicações da depressão pós-parto na psique do bebê: Considerações da Psicologia Analítica. **Psicologia Argumento**, v. 30, n. 69, p. 253-263, 2012.

FURUTA, M. et al. The relationship between severe maternal morbidity and psychological health symptoms at 6–8 weeks postpartum: a prospective cohort study in one English maternity unit. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 14, n. 133, p. 1-14, 2014.

GAVIN, N. I. et al. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. **ObstetGynecol**, v. 106, n. 5, p. 1071-1083, 2005.

GOMES, A. A.; MELCHIORI, L. E. **A teoria do apego na produção científica contemporânea**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

GUN-METTE, K. S. et al. The buffering effect of relationship satisfaction on emotional distress in couples. **BMC Public Health**, v. 12, n. 66, Jan. 2012.

HARDEE, K.; GAY, J.; BLANC, K. A. Maternal morbidity: Neglected dimension of safe motherhood in the developing world. c. **Glob Public Health**, v. 7, n. 6, p. 603–617, July 2012.

HOROWITZ MJ, WILNER N, ALVAREZ W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. **Psychosom Med**, v. 41, p. 209-218, 1979.

HUSAIN N.; CREED F.; TOMENSON B. Depression and social stress in Pakistan. **Psychological Medicine**, v. 30, p. 395-402, 2000.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Disponível em: www.ibge.com.br. Acesso em: 10 mar. 2016.

JANG, S. H.; KIM, J.; LEE, S. H. SERSC Social Support and Maternal-Fetal Attachment in Unmarried Pregnant Women in Korea: Does Self-Esteem Play a Mediating Role? **International Journal of Bio-Science and Bio-Technology**, v. 7, n. 6, p.131-140, 2015.

LEE, A.M. et al. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety. **Obstet Gynecol**, v. 110, n. 5, p.1102-1112, nov. 2007.

MALPHURS, J.; LARRAIN, C. ; FIELD, T. et al. Altering withdrawn and intrusive interaction behaviors of depressed mothers. **Infant Ment Health J**, v. 17, p. 152–160, 1996.

MANTEL, G. D. et al. Severe acute aternal morbidity: a pilot study of a definition for a near miss. **Br. J. Obstet Gynaecol**, v. 105, n. 9, p. 985-990, 1998.

MATHISEN, S. E. et al. Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in Argentina: a cross-sectional study. **Int J Womens Health**, v. 5, p. 787-793, 2013.

MATSUKURA, T. S.; MARTURANO, E. M.; OISHI, J. O Questionário de Suporte Social (SSQ): estudos da adaptação para o português. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 10, n. 5, p. 675-681, out. 2002. Acesso em: 24 fev. 2017.

MAYSELLESS, O.; DANIELI, R.; SHARABANY, R. Adults' attachment patterns: Coping with separations. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 25, n. 5, p. 667- 690, 1996.

MEANEY, S. et al. Women's experience of maternal morbidity: a qualitative analysis. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 16, p. 184, 2016.

MIKULINCER, M.; SHAVER, P. **Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change**. New York: Guilford Press. 2007.

MORSE, M. L. et al . Morbidade Materna Grave e *Near Misses* em Hospital de Referência Regional. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 310-322, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2011000200012&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 16 jan. 2017.

NORHAYATI, M. N. et al. Severe Maternal Morbidity and Postpartum Depressive Symptomatology: A Prospective Double Cohort Comparison Study. **Res. Nurs. Health**, v. 39, n. 6, p. 415-425, Dec. 2016.

O'HARA, M. W.; WISNER, K. L. Perinatal mental illness: definition, description and a etiology. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**, v. 28, n. 1, p. 3-12, jan. 2014.

OZBAY, F. et al. Steven Southwick. Social Support and Resilience to Stress From Neurobiology to Clinical Practice. **Psychiatry** (Edgmont), v. 4, n. 5, p. 35–40, May 2007.

PACAGNELLA, R. C. et al. Rationale for a long term evaluation of the consequences of potentially life threatening maternal conditions and maternal near miss incidents using a multidimensional approach. **J ObstetGynaecol Can**, v. 32, p. 730-738, 2010.

PEDRAZA, D. F. Qualidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc): análise crítica da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2729-2737, out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 jul. 2016.

PEREIRA, P. K. et al. Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2725-2736, Dec. 2009.

RÄISÄNEN, S. L. et al. Risk factors for and perinatal outcomes of major depression during pregnancy: a population-based analysis during 2002–2010 in Finland. **BMJ Open**, v. 4, p. e004883, 2014.

RAMOS, M. M.; CANAVARRO, M. C. Adaptação parental ao nascimento de um filho: Comparação da reatividade emocional e psicossomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. **Análise Psicológica**, v. 3, n. XXV, p. 399-413, 2007.

R CORE TEAM R: **A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Disponível em: URL <http://www.R-project.org/>. Ano 2016.

READING, R.; REYNOLDS, S. Debt, social disadvantage and maternal depression. **Social Science & Medicine**, v. 53, p. 441-453, 2001.

- RIGHETTI, V. M; BOUSQUET, A; MANZANO, J. Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old-infant. **European Child and Adolescent Psychiatry**, v. 12, n.2, p. 75-83, 2003.
- RUBERTSSON C.; HELLSTRÖM. J. Cross M, Sydsjö G. Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors. **Arch Womens Ment Health**, v. 17, n. 3, p. 221-228, June 2014.
- RUBINCHIK, S. M. et al. Medications for Panic Disorder and Generalized Anxiety Disorder During Pregnancy. **Prim Care Companion J Clin Psychiatry**, v. 7, n. 3, p. 100–105, 2005.
- SANTOS, M. F. S; MARTINS, F. C; PASQUALI, L. Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 26, n. 2, ed. especial, p. 90-95, 1999.
- SARMENTO, R.; SETUBAL, M. S. V. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos Emocionais da gravidez, parto e puerpério. **Revista Ciência Médica Campinas**, v. 12, n. 3, p. 261-268, jul./set. 2012.
- SAMORINHA, C; FIGUEIREDO, B; CRUZ, J. M. Vinculação pré-natal e ansiedade em mães e pais: impacto da ecografia do 1º trimestre de gestação. **Psic., Saúde & Doenças**, 10(1), 17-29. 2009.
- SATYANARAYANA, V. A.; AMMU, L.; SRINIVASAN, K. Maternal mental health in pregnancy and child behavior. **Indian J Psychiatry**, v. 53, n. 4, p. 351–361, Oct./Dec. 2011.
- SAY, L.; SOUZA, J. P.; PATTINSON, R. C. WHO working group on Maternal Mortality and Morbidity classifications. Maternal near miss: towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**, v. 23, p. 287-296, 2009.
- SEYMOUR, M. et al. Maternal anxiety, risk factors and parenting in the first post-natal year. **Child Care Health**, v. 41, n. 2, Dec.2015.
- SCHMIDT, E. B; ARGIMON, I. I. L. Vinculação da gestante e apego materno fetal. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 43, p. 211-220, Aug. 2009.
- SKAPINAKIS, P. et al. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. **BMC Psychiatry**, v. 13, p. 163, 2013.
- SILVA, D. V. R.; SILVEIRA, M. F. A.; GOMES-SPONHOLZ, F. A. Experiences with severe maternal morbidity: a qualitative study on the perception of women. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 4, p. 618-624, 2016.
- SILVA, A. C. O.; NARDI, A. E.; HOROWITZ, M. Versão brasileira da Impact of Event Scale (IES). **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**, v. 32, n. 3, p. 86-93, 2010.
- SOARES, G. C. F. et al. Adjustment disorders in the postpartum resulting from childbirth: a descriptive and exploratory study. **Online braz j nurs** [periodic online], v. 11, n. 3, p. 907-922, Dec. 2012.

SOUTHWICK, S.M; VYTHILINGAM, M; CHARNEY D.S. A. The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. **Annul Rev Clin Psychol**, v. 1, p. 255-259, 2005.

SOUZA, J. P. et al. An emerging “maternal near-miss syndrome”: narratives of women who almost died during pregnancy and childbirth. **Birth**, v. 36, p. 149-158, 2009.

STEPHEN, J. Psychometric evaluation of Horowitz’s Impact of Event Scale: a **review**. **J Trauma Stress**, v. 13, p. 101-113, 2002.

SUÁREZ, C. V.; RODRIGUEZ, L. S. Ansiedad de Separación delimitación conceptual, manifestaciones clínicas y estrategias de intervención. **Revista Pediatría de Atención Primaria**, v. 11, n. 43, p. 457-69, 2009.

SURKAN, P. J. et al. Maternal depression and early childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analysis. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 89, p. 608-615E, 2011.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 7-14, 1999.

VESGA-LÓPEZ, O. et al. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. **Arch Gen Psychiatry**, v. 65, n. 7, p. 805-815, 2008.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, Sup., p.S85-S100, 2014.

VYTHILINGUM, B. et al. Screening and pathways to maternal mental health care in a South African antenatal setting. **Arch Womens Ment Health**, v. 16, n. 5, p. 371-379, Oct. 2013.

WATCHER, M. P. K. Psychological distress and dyadic satisfaction as predictors of maternal fetal attachment. **Dissertation Illinois Institute of Technology**, v. 63, p. 2080, 2002.

WATERSTONE, M.; BEWLEY, S.; WOLFE, C. Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study. **BMJ**, v. 322, n. 7294, p. 1089-1093, 2001.

WOLF, A. W.; DE ANDRACA, I.; LOZOFF, B. Maternal depression in three Latin American samples. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 37, p. 169-176, 2002.

WOLFE, E. et al. Mortality Risk Associated with Perinatal Drug and Alcohol Use in California. **J Perinatol**, v. 25, n. 2, p. 93-100, Feb. 2005.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION [Internet]. **Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health** Geneva: World Health Organization; 2011. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44692/1/9789241502221_eng.pdf Acesso em: 05 maio 2017.

_____. WORLD HEALTH ORGANIZATION [Internet]. **The International Classification of Diseases** 11th Revision is due by 2015. Geneva: WHO; 2015. Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/> Acesso em: 12 set. 2016.

_____. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Trends in maternal mortality**: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. 2014. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2013/en/>. Acesso em: 12 jun. 2016.

_____. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Women and health**: today's evidence tomorrow's agenda. Geneva: World Health Organization; 2009. p. 91. Disponível em: http://www.who.int/gender/women_health_report/full_report_20091104_en.pdf .Acesso em: 25 mar. 2016.

ZAMBALDI, C. F.; CANTILINO, A.; SOUGEY, E. B. Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão da literatura Traumatic birth and posttraumatic stress disorder: a review. **J Bras Psiquiatr**, v. 58, n. 4, p. 252-257, 2009.

ARTIGO 1

Ansiedade e depressão na morbidade materna grave e *near miss*

Ansiedade, Depressão e *Near Miss*

Resumo - Com o objetivo de verificar a prevalência da ansiedade e depressão em mulheres com morbidade materna grave e *near miss* materno (MMG/NM), foi realizado um estudo de coorte transversal, com 549 mulheres. Utilizou-se questionário para avaliação do perfil sociodemográfico, e duas escalas BAI and BDI. Na análise estatística aplicaram-se o teste do qui-quadrado de *Pearson*, e o *U-Mann-Whitney*. Houve maior prevalência e maior chance de desenvolver a sintomatologia de ansiedade e depressão na MMG/NM, bem como uma relação positiva e significativa entre a depressão e a ansiedade indicando relação entre elas. Esta associação pode ser considerada como uma complicação grave da MMG/NM do ponto de vista psicológico e que pode impactar decisivamente na relação mãe-bebê.

Palavras-chave: Depressão, ansiedade, complicações na gravidez, morbidade, *near miss*.

Anxiety and depression in severe maternal morbidity and *near miss*

Abstract - To verify the prevalence of anxiety and depression in women with severe acute maternal morbidity and maternal near miss (SAMM/NM), a transversal cohort study was conducted, including 549 women. A pre-coded questionnaire was used to assess the sociodemographic profile, and two scales BDI and BAI. For the statistical analysis, the Pearson chi-square test and the U-Mann-Whitney test. There was a higher prevalence and a greater chance of developing symptoms of anxiety and depression in the SAMM/NM. The significant relationship between depression and anxiety for the exposed group indicates a close relationship between these two symptomatology. This association represents a severe psychological complication of SAMM/NM and that can decisively impact the mother-baby relationship.

Keywords: Depression, anxiety, pregnancy complications, morbidity, near miss.

Introdução

A depressão e a ansiedade são importantes problemas de saúde pública, que afetam tanto a mãe quanto o desenvolvimento de seu filho (DUNKEL & TANNER, 2012). Contudo, os

transtornos de ansiedade e depressão em mulheres que vivenciaram a morbidade materna grave e o *near miss* (MMG/NM) ainda carecem de estudos mais específicos (TUNÇALP et al., 2012).

Alguns estudos sobre a saúde mental na gestação e puerpério trouxeram mudanças sobre o conceito de "depressão pós-parto" (DPP) e apontam para uma reflexão sobre o espectro de transtornos depressivos e ansiosos que surgem no período gestacional e puerperal (AUSTIN, 2004). A ansiedade e a depressão durante a gravidez encontram-se associadas aos próprios resultados perinatais como aborto espontâneo, pré-eclâmpsia, parto prematuro e baixo peso ao nascer, figurando como fatores de risco para a depressão no pós-parto (FAIRBROTHER et al., 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu morbidade materna grave e *near miss* materno, quando a mulher vivenciou alguma complicação potencialmente crítica durante a gravidez e/ou parto ou até 42 dias após o término da gestação, mas que, por sorte, ou devido à um bom cuidado obstétrico conseguiu sobreviver. Dos critérios para a sua definição e diagnóstico, destacam-se os marcadores clínicos, laboratoriais e de gestão (WHO, 2011).

No estudo nacional multicêntrico "Nascer do Brasil", foram avaliados os dados da incidência de *near miss* materno e identificado, segundo os critérios da Organização Mundial da Saúde, cerca de 10,21 por mil nascidos vivos e uma razão de mortalidade do *near miss* materno de 30,8 casos para cada morte materna (DIAS et al., 2014).

A morbidade materna grave e *near miss* trazem consequências múltiplas para a saúde da mulher atingindo as funções orgânica, mental, cognitiva e social, que ainda devem ser consideradas juntamente com a questão econômica, já que esta mulher fica temporariamente ou até mesmo permanentemente, fora do mercado de trabalho (SILVA et al., 2016, VAN BUSSEL, SPITZ, & DEMYTTENAERE, 2006).

As repercussões emocionais ocasionadas pela morbidade grave podem gerar consequências negativas para a saúde mental da mulher, e também podem provocar prejuízos psicossociais para toda a família, impactando diretamente na qualidade de vida dos mesmos (CARVALHEIRA, TONETE, & PARADA, 2010, CECATTI et al., 2009, PACAGNELLA et al., 2010, SILVA et al., 2016).

Assim, a realização de estudos que abordem o adoecimento mental da mulher que vivenciou a morbidade materna grave e *near miss*, torna-se fundamental para conhecer e desenvolver ações de cunho preventivo e/ou curativo que visem diminuir os prejuízos psicológicos e financeiros, também como forma de subsidiar informações na elaboração de políticas públicas abrangentes de assistência à saúde mental materno-infantil.

Este estudo tem como objetivo identificar a prevalência dos transtornos de ansiedade e depressão em mulheres que vivenciaram situações de morbidade materna grave e *near miss*.

Métodos

Delineamento e Participantes

Foi realizado um estudo de coorte transversal, em que foram incluídas parturientes do estado de Sergipe. A coleta sucedeu-se entre os meses de janeiro e maio de 2013 (período de cinco meses).

As participantes elegíveis foram provenientes de duas maternidades localizadas no município de Aracaju/SE: Maternidade Santa Izabel e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes. Ambas são instituições públicas e atuam, respectivamente, como referência regional no atendimento à gestação de médio e alto risco obstétrico para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Participaram deste estudo 549 parturientes distribuídas em dois grupos: o grupo exposto (casos) (N=277), que preenchia os critérios atuais para MMG/NM materno da OMS (SAY, SOUZA, & PATTINSON, 2009) e o grupo não exposto (controles) (N=272), composto por mulheres no puerpério imediato sem intercorrências na gestação ou parto.

Instrumentos

Dados para a construção do perfil sociodemográfico, clínico-obstétrico e hábitos de consumo foram coletados através de um questionário pré-codificado, na maternidade no puerpério imediato, com as seguintes variáveis: local de procedência (capital ou interior do estado), idade, escolaridade, situação conjugal, trabalho (formal/informal), realização do pré-natal, paridade (primípara, 1 ou mais parto), consumo de álcool, (refere-se ao fato de ter se declarado abstêmio ou não) e tabagismo (antes e durante a gestação), em ambos não foram avaliadas as quantidades de consumo e/ou frequência e duração do consumo.

Para avaliar a presença e o nível de intensidade de sintomas de ansiedade em mulheres com MMG/NM, foram utilizados o Inventário Beck de Ansiedade (BAI) e o Inventário Beck de depressão (BDI), até 24 horas do puerpério imediato. Ambos trabalham com escalas de autorrelato e foram traduzidos e adaptados ao português e à população brasileira por Cunha (2001).

Os dois instrumentos são compostos por 21 questões, com quatro alternativas cada uma.

O BAI faz a identificação de sintomas comuns de ansiedade e classifica suas respostas através de níveis de ansiedade: de 0 a 10 = ansiedade mínima, 11 a 19 = ansiedade leve, 20 a 30 = ansiedade moderada e 31 a 63 = ansiedade grave. O BDI tem quatro níveis de pontuação com intensidade crescente (variando entre zero e 3). Desta forma, o nível de depressão é classificado de acordo com a pontuação total obtida: de 0 a 11 = depressão mínima, de 12 a 19 = depressão leve, de 20 a 35 = depressão moderada e de 36 a 63 = depressão grave.

Procedimentos de coleta

Durante o puerpério imediato, o processo de eleição dos expostos foi realizado por médica obstetra, através da busca ativa do grupo de casos de MMG/NM, e sorteio randomizado dos não expostos. Esta sistemática foi realizada nas maternidades a cada 48 horas. No mesmo dia, e após a assinatura do termo de consentimento esclarecido (TCLE), uma psicóloga-pesquisadora revisava os prontuários em busca de informações relevantes de identificação e critérios de seleção e em seguida prosseguia à aplicação dos inventários supracitados.

Foram excluídas deste estudo todas as pacientes que não residiam no estado de Sergipe, e as que tiveram bebês em situação de óbito até o momento da coleta.

Análise dos dados

Foi realizada análise estatística descritiva por meio de frequência simples, percentis, médias e desvios-padrão. Associações foram avaliadas através do teste do qui-quadrado e as diferenças de média para amostras independentes através do teste de *U-Mann-Whitney*. As razões de chances e os intervalos foram calculados com índice de confiança de 95%. Em todas as análises foi adotado o nível de significância de $\alpha \leq 0,05$. O programa estatístico utilizado na análise dos dados foi o *software* R (R Core Team, 2016). Em uma análise post hoc para avaliação da amostra, constatou-se que o teste do qui-quadrado para BAI e BDI associado a MMG/NM produziu tamanhos de efeitos considerados grandes, com uma significância de 5% na amostra de 549 entrevistadas, foi identificado o poder de 99,9% para BAI e BDI.

Considerações éticas

Este estudo atende à resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade

Federal de Sergipe (CAEE: 466/2012), com parecer aprovado (nº CAEE: 0284.1.107.000/2011). As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de responderem às entrevistas e da aplicação dos instrumentos

Resultados

De acordo com os resultados, das variáveis sociodemográfica, clínica, obstétrica e hábitos, na comparação entre os grupos, destacam-se, que nas expostas à MMG/NM, 66% ($p < 0,001$); tinham residência fixa no interior do estado de Sergipe 80% ($p < 0,001$) não trabalhavam, 9% ($p < 0,001^*$), não fizeram o acompanhamento do pré-natal e 31% ($p < 0,001$) tinham o hábito de consumir bebida alcoólica. As demais variáveis analisadas do perfil sociodemográfico não se mostraram estatisticamente significativas. Quanto à ocorrência de sintomas do transtorno de depressão, foram encontrados em 34% nas expostas e 12% ($< 0,001$), nas não expostas e de sintomas do transtorno de ansiedade, verificou-se em 62% das puérperas das expostas à MMG/NM, e 37% ($< 0,001$) das não expostas (Tabela 1).

Foi observado que pacientes com MMG/NM apresentaram duas vezes maior chance de ter ansiedade (OR=2,77; IC95% 1,96-3,92) e dez vezes maior chance de ter depressão (OR=10,95; IC95% 5,83-20,60) (Tabela 2).

Quando se observou a prevalência de sintomatologia positiva para depressão e ansiedade simultaneamente, o grupo exposto apresentou prevalência de 27,1% versus 1,1% apenas do grupo controle ($p < 0,001$). Analisando-se as razões de chances, pode-se observar que a chance da ocorrência simultânea de ansiedade e depressão é 33 vezes maior no grupo com MMG/NM que no grupo controle (OR=33,3; IC95% 10,3-107) (Tabela 3).

Verificou-se que houve associação significativa ($p < 0,001$) entre os grupos estudados, quanto à ocorrência no grupo de expostas e níveis de sintomas do transtorno de depressão e ansiedade. Observa-se que o nível mínimo de ansiedade é mais prevalente nas não expostas (63,2%) que nas expostas à MMG/NM (38,3%). Um resultado similar foi observado na depressão, onde o grupo de expostas apresentou 95,6% de prevalência de nível mínimo de sintomatologia positiva para depressão enquanto que o grupo com MMG/NM apresentou 66,4%. Assim, os resultados demonstraram que o grupo de mulheres com MMG/NM apresentou maior prevalência na sintomatologia positiva de depressão e ansiedade nos diversos níveis das escalas (BAI/BDI) (Tabela 4).

Discussão

Com relação à caracterização da amostra, a população das expostas à morbidade materna grave e *near miss*, estavam em maior número no interior do estado, estavam sem trabalho, não tiveram acompanhamento de pré-natal, e consumiam bebida alcoólica.

O baixo nível socioeconômico da população estudada com MMG/NM, reflete as características semelhantes às de países em desenvolvimento, quanto à qualidade deficiente de assistência prestada à atenção primária à saúde, com crise na saúde e educação, desigualdades sociais e desemprego (BUIST, GOTMAN, & YONKERS, 2012, LANCASTER et al., 2010, SEEMA et al., 2012, TUNÇALP et al., 2012).

É conhecido que mulheres que experimentam quadros de adversidade social ou econômica estão mais propensas a sofrer de transtornos mentais na gestação. Como também de outros fatores de risco que corroboram para depressão, a exemplo de antecedentes pessoais de transtornos de humor e de ansiedade, histórico familiar de doença psiquiátrica, eventos estressores, baixo suporte social e gravidez não planejada (HARDEE & BLANC, 2010, LANCASTER et al., 2010, PEREIRA et al., 2009).

Os resultados deste estudo, mostram claramente a associação entre situações de MMG/NM e sintomatologia da ansiedade e depressão. Constatou-se que os sintomas dos transtornos de depressão e ansiedade nas expostas à MMG/NM, foi maior que nas não expostas.

Outro estudo com mulheres no período perinatal, realizado nos países em desenvolvimento, constatou cerca de 20 a 30% de depressão (HARDEE & BLANC 2010), com cifras chegando a atingir 35-47% na América Latina (WOLFE et al., 2005). Pesquisas têm demonstrado que a prevalência de depressão no pré-natal e / ou ansiedade podem atingir de 8% até 30% das puérperas, constatando-se deste modo, a vulnerabilidade do estado mental da mulher, justamente em um período que exige-se dela o cuidado na relação entre mãe-bebê (BOWEN & MUHAJARINE, 2006, VAN BUSSEL, SPITZ, & DEMYTTENAERE, 2006).

Estudos sobre ansiedade, depressão e estresse na gravidez identificam associação desses transtornos com o surgimento de complicações clínicas e obstétricas, hipertensão, sangramento, nascimento prematuro e abortos espontâneos e induzidos (DUNKEL & TANNER, 2012, MEANEY et al., 2016, PEREIRA et al., 2009). De acordo com Reading e Reynolds (2001), os fatores de risco para depressão materna, além dos aspectos relativos à ordem biológica, incluem complicações obstétricas, eventos adversos e estressantes na gravidez e aspectos psicossociais desfavoráveis.

Pesquisas qualitativas constataram que os sentimentos e percepções de mulheres que sobreviveram a situações de MMG/NM, apesar da experiência individual e subjetividade de

cada uma, incluem o medo eminente da própria morte e de seus bebês, sentimento de culpa, ansiedade, preocupação e confusão bem como a angústia pela desinformação sobre seu próprio diagnóstico. Muitas vezes, este é identificado como um evento traumático para a vida pessoal e familiar (CARVALHEIRA, TONETE, & PARADA, 2010, MEANEY et al., 2016, SILVA et al., 2016, SOUZA et al., 2009).

As complicações obstétricas agudas geram consequências físicas e mentais para as mulheres durante a gravidez e/ou parto, e ainda podem afetar o bem-estar da família, tanto econômica quanto socialmente, a instabilidade financeira com os gastos no tratamento e afastamento da mulher no mercado de trabalho, provocam estigmatização, isolamento, e problemas de relacionamentos no casamento (KOBLYNSKY et al., 2012).

Esta pesquisa demonstrou que a mulher que vivenciou MMG/NM possui duas vezes maior chance de apresentar sintomatologia de ansiedade e dez vezes mais de apresentar depressão em comparação com os controles. Nesse contexto, pode-se sugerir que a morbidade materna grave e *near miss* foi um fator diferencial para o surgimento dos transtornos. Estudo revela que manifestações extremas de ameaça à vida na gravidez, parto e puerpério provocam maior vulnerabilidade à saúde mental e contribuem para o surgimento de transtornos de humor comumente relacionados à depressão e ansiedade (AWHONN, 2015).

Constatam-se evidências que a alta exposição de estresse na gravidez como poucos recursos materiais, condições de emprego desfavoráveis, altas responsabilidades domésticas e familiares, tensão nos relacionamentos íntimos e complicações na gravidez provocam consequências negativas à saúde psicológica, tais como a ansiedade e depressão (DUNKEL & TANNER, 2012).

Neste estudo, percebendo-se evidentemente, como a gravidade dos transtornos aparecem de modo considerável nos casos de MMG/NM, foi observado que referente ao nível de ansiedade e depressão entre os grupos estudados, constatou-se maior frequência de ansiedade de níveis “leve”, e principalmente nos “moderado” e “grave”, enquanto no grupo de expostos, a maior frequência foi no nível “leve” nos dois transtornos.

Segundo Alder *et al.* (2007), níveis elevados de depressão e ansiedade estão associados ao mau resultado obstétrico, principalmente relacionados à ocorrência de complicações obstétricas e parto prematuro. Contudo, estes autores destacam que pesquisas sobre o assunto ainda são limitadas devido a problemas metodológicos, a geração de possíveis fatores confundidores e de proteção e mecanismos biológicos que poderiam atuar como um possível desfecho adverso em gestantes. (CECCATI et al., 2009, MEANEY et al., 2016).

Independentemente da sua gravidade, o *near miss* materno pode ter um impacto duradouro na vida da mulher e de sua família, o que torna o seu estudo uma referência em informações sobre suas repercussões e práticas da vigilância da morbidade e mortalidade materna (CECCATI et al., 2009, MEANEY et al., 2016, TUNÇALP et al., 2013).

O conhecimento sobre MMG/NM avança a cada dia, porém pesquisas sobre as consequências desse agravo à saúde mental da mulher ainda são escassas. Este estudo apresentou algumas limitações, como a ausência de dados mais precisos da história pregressa da saúde psicológica da mulher, antecedentes de doenças psiquiátricas e/ou eventos pessoais que pudessem agir como fatores confundidores e/ou protetores e que possam interferir no desfecho da sintomatologia de depressão e ansiedade. Apesar das limitações, acredita-se que a ausência dessas informações não interferiu nos resultados da associação entre os níveis de depressão e ansiedade que, neste estudo, foi marcante.

Conclusão

Constatou-se que situações de gravidade do tipo MMG/NM podem favorecer a vulnerabilidade psicológica da mulher causando os sintomas de depressão e ansiedade, e aumentando a sua gravidade. Este estudo chama a atenção para a necessidade de assistência e acompanhamento psicológico adequados à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, principalmente em situações de risco de vida. O rastreamento de transtornos mentais comuns na gestação pelo profissional de saúde mental habilitado e a escuta qualificada, de cunho preventivo e proativo, e devidamente estendida aos seus companheiros e familiares, fortalece o vínculo materno-infantil.

Referências

- Alder, J., Fink, N., Bitzer, J., Hösl, I., & Holzgreve, W. (2007). Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? *A critical review of the literature*, 20(3), 189-209.
- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. (2015). Mood and Anxiety Disorders in Pregnant and Postpartum Women. *JOGNN*, 44, 687-689.

- Austin, M. P. (2004). Antenatal screening and early intervention for “perinatal” distress and anxiety: Where to form here? *Arch Health*, 7: 1-6.
- Bowen, A., & Muhajarine, N. (2006). Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 35: 491-498.
- Buist, A., Gotman, N., & Yonkers, K. A. (2011). Generalized anxiety disorder: course and risk factors in pregnancy. *J Affect Disord*, 131(1-3), 277–283.
- Carvalho, A. P. P., Tonete, V. L. P., & Parada, C. M. G. L. (2010). Sentimentos e percepções de mulheres no período gravídico puerperal que sobreviveram à morbidade materna grave. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(6), 1187-1194.
- Cecatti, J. G., Souza, J. P., Parpinelli, M. A., Haddad, S. M., Camargo, R. S., & Pacagnella, R. C., Silveira, C., Zanardi, D. T., Costa, M. L., Silva, J. P. S., Passini, R., Surita, F. G., Sousa, M. H., Calderon, M. P. I., Say, L., & Pattinson, R. C. (2009). Brazilian network for the surveillance of maternal potentially life threatening morbidity and maternal near-miss and a multidimensional evaluation of their long term consequences. *Reproductive Health*, 6, 15.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dias, M. A. B., Domingues, R. M. S. M., Schilithz, A. O. C., Nakamura-Pereira, M., Diniz, C. S. G., Brum, I. R. *et al.* (2014). Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública [Internet]*, 30(Suppl 1): S169-S181.
- Dunkel, S. C. H., & Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Curr Opin Psychiatry*, 25(2), 141-148.
- Fairbrother, N., Young, A. H., Janssen, P., Antony, M., & Tucker, E. (2015). Depression and anxiety during the perinatal period. *BMC Psychiatry*, 15, 206.
- Hardee, J. G., & Blanc, A. K. (2012). Maternal morbidity: Neglected dimension of safe motherhood in the developing world. *Glob Public Health*, 7(6), 603–617.

- Koblinsky, M., Chowdhury, M.E., Moran, A., E.C., Ronsmans C. (2012). Maternal Morbidity and Disability and Their Consequences: Neglected Agenda in maternal Health. *J. Health Popul Nutr.* 30(2): 124–130.
- Lancaster, C. A., Gold, K. J., Flynn, H. A., Yoo, H., Marcus, S. M., Davis, M. M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 202(1), 5-14.
- Meaney, S., Lutomski, J. E., Connor, L. O., Donoghue, K. O., & Greene, R. A. (2016). Women's experience of maternal morbidity: a qualitative analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 184.
- Pacagnella, R. C., Cecatti, J. G., Camargo, R. S., Silveira, C., Zanardi, D. T., Souza, J. P., *et al.* (2010). Rationale for a long term evaluation of the consequences of potentially life threatening maternal conditions and maternal near miss incidents using a multidimensional approach. *J Obstet Gynaecol Can*, 32, 730-738.
- Pereira, P. K., Lovisi, G. M., Pilowsky, D. L., Lima, L. A., & Legay, L. F. (2009). Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad. Saúde Pública [Internet]*, 25(12), 2725-2736.
- Reading, R., & Reynolds, S. (2001). Debt, social disadvantage and maternal depression. *Social Science & Medicine*, 53, 441-453.
- Say, L., Souza, J. P., & Pattinson, R. C. (2009). WHO Working Group on Maternal Mortality and Morbidity Classifications. Maternal near miss—towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 23, 287-296.
- Seema, B., Saima, G., Shazia, M., & Shaneela, M. (2012). Severe acute maternal morbidity (SAMM) in postpartum period requiring tertiary Hospital care. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 10(2), 87-92.
- Silva, D. V. R., Silveira, M. F. A., & Gomes-Sponholz, F. A. (2016). Experiences with severe maternal morbidity: a qualitative study on the perception of women. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(4), 662-668.

- Souza, J. P., Cecatti, J. G., Parpinelli, M. A., Krupa, F. & Osis, M. J. (2009). An emerging “maternal near-miss syndrome”: narratives of women who almost died during pregnancy and childbirth. *Birth*, 36, 149–158.
- Tunçalp, Ö., Hindin M. J., J. P. Souza, J. P., Chou, D. & Say, L. (2012). The prevalence of maternal near miss: a systematic review. *BJOG*, 119(6), 653–661.
- Tunçalp, Ö., Hindin M. J., Adu-Bonsaffoh, K., Adanu, R. M. (2013). Assessment of maternal near-miss and quality of care in a hospital-based study in Accra, Ghana. *Int. J. Gynaecol. Obstet*; 123:58–63.
- Van Bussel, J. C., Spitz, B., & Demyttenaere, K. (2006). Women's mental health before, during, and after pregnancy: A population-based controlled cohort study. *Birth*, 33, 297–302.
- Wolfe, E. L., Davis, T., Guydish, J., & Delucchi, K. L. (2005). Mortality Risk Associated with Perinatal Drug and Alcohol Use in California. *J Perinatol*, 25(2), 93-100.

Tabela 1

Caracterização das variáveis sociodemográficas, clínica, obstétrica e hábitos em pupérperas com morbidade materna grave e near miss, grupo expostas (MMG/NM), e não expostas, Sergipe, Brasil, 2013.

Variáveis	Expostas	Não expostas	x ² (p-valor)
	MMG/NM N=277	MMG/NM N=272	
	n (%)	n (%)	
Local de Procedência			
Interior	182 (66)	72 (26)	84,3 (<0,001)
Capital	95 (34)	200 (74)	
<35	207 (75)	219 (80)	2,32 (0,128)
≥ 35	70 (25)	53 (20)	
Anos de estudo			
< 8 anos	198 (72)	172 (63)	4,246 (0,039)
≥8 anos	79 (28)	100 (37)	
Situação conjugal			
Casada	218 (79)	197 (72)	2,928 (0,087)
Solteira	59 (21)	75 (28)	

Trabalha			
Não	222 (80)	185 (68)	10,530 (<0,001)
Sim	55 (20)	87 (32)	
Fez pré-natal			
Não	26 (9)	3 (1)	<0,001*
Sim	251 (91)	269 (99)	
Paridade			
1 ou mais parto	234 (84)	240 (88)	1,644 (0,200)
Primípara	43 (16)	33 (12)	
Hábito de consumo			
Faz uso de bebida alcoólica			
Sim	85 (31)	29(11)	33,445 (<0,001)
Não	192 (69)	243 (89)	
Tabagismo			
Não	261(94)	263 (97)	1,922 (0,166)
Sim	16 (6)	9 (3)	
Ansiedade (BAI>10)	171(62)	100 (37)	34 (<0,001)
Depressão (BAI>11)	93 (34)	12 (4)	75 (<0,001)

Nota: (X^2) estatística do teste Qui-quadrado; - * Teste Exato de Fisher devido a casela com frequência inferior a 5.

Tabela 2

Associação logística da amostra de expostas e não expostas à morbidade materna grave e near miss (MMG/NM) sobre a depressão (Beck, BDI) e a ansiedade (Beck, BAI). Sergipe, Brasil, 2013.

Grupos	Ansiedade	p-valor	Depressão	p-valor
	OR (IC-95%)		OR (IC-95%)	
Expostas	2,77 (1,96-3,92)	<0,001	10,95 (5,83-20,60)	<0,001
MMG/NM				
Não Expostas	1		1	

Nota: X^2 - Teste Qui-Quadrado de Pearson; OR = *odds ratio*; ORC = *odds ratio* controlada para variáveis demográficas; IC = intervalo de confiança de 95%. * (p<0,05).

Tabela 3

Associação logística da amostra de expostas e não expostas à morbidade materna grave e near miss (MMG/NM) sobre a depressão (Beck, BDI) e a ansiedade (Beck, BAI) simultaneamente. Sergipe, Brasil, 2013.

Inventários de Beck	Expostas	Não expostas	OR (IC-95%)	p-valor
	MMG/NM n (%)	MMG/NM n (%)		
BAI>11 e BDI>10	75 (27,1)	3 (1,1)	33,3 (10,3-107)	76 (<0,001)
Demais casos	202 (72,9)	269 (98,9)		

Nota: X² - Teste Qui-Quadrado de Pearson; OR = *odds ratio*; ORC = *odds ratio* controlada para variáveis demográficas; IC = intervalo de confiança de 95%. * (p<0,05)

Tabela 4

Níveis de ansiedade e depressão da amostra de expostas e não expostas à morbidade materna grave e near miss (MMG/NM). Sergipe, Brasil, 2013.

Inventários de Beck	MMG/NM	Controle	x ² (p-valor)
	(n=277) n (%)	(n=272) n (%)	
BAI - Ansiedade			
Mínima (Ausente)	106 (38,3)	172 (63,2)	43,4 (<0,001)
Leve	96 (34,7)	69 (25,4)	
Moderada	44 (15,9)	26 (9,6)	
Grave	31 (11,2)	5 (1,8)	
BDI – Depressão			
Mínima (Ausente)	184 (66,4)	260 (95,6)	76,9 (<0,001)
Leve	71 (25,6)	12 (4,4)	
Moderada	19 (6,9)	0 (0)	
Grave	3 (1,1)	0 (0)	

Nota: x² - Estatística do Teste Qui-Quadrado. Diferença estatística (p < 0,01). * Teste Exato de Fisher devido a casela com frequência inferior a 5.

ARTIGO 2

O impacto do evento de morbidade materna grave nos aspectos psicossociais

Resumo

Objetivo: avaliar a relação do desenvolvimento de sintomas de estresse pós-traumático e a percepção do suporte social em mulheres que sobreviveram a morbidade materna grave (MMG). **Método:** trata-se de um estudo de coorte prospectivo, com 549 mulheres internadas em hospitais públicos. Os dados foram coletados por meio de questionário sociodemográfico, e das escalas de Impacto de Eventos (IES) e de Suporte Social (SSQ-6). **Resultados:** nas mulheres expostas à MMG, foram identificados o comportamento traumático, com maiores médias de esquiva (24,32; DP: 4,16; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,895$), e intrusão (18,28; DP: 3,80; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,763$) com tamanho de efeito grande, menor fonte de suporte social (0,11; DP: 0,001; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,151$) com tamanho de efeito mediano e menor suporte familiar (0,05; DP: 0,06; $p = 0,010$; $\eta^2 = 0,216$) com tamanho de efeito pequeno. **Conclusão:** a morbidade materna grave funciona como um fator diferencial e negativo na saúde psicológica da mulher gerando impacto e implicações psicossociais.

Descritores: Morbidade; Saúde Materna; Transtornos de Estresse Pós-Traumáticos; Apoio social; Enfermagem Obstétrica.

Descriptores: Morbilidad; Salud Materna; Trastornos por Estrés Postraumático; Apoyo Social; Enfermería Obstétrica.

Keywords: Morbidity; Maternal Health; Stress Disorders; Social Support; Obstetric Nursing.

Introdução

Estudos sobre o estresse e agravos na fase gravídico-puerperal e as consequências psicológicas têm sido cada vez mais frequentes na literatura mundial, contudo pouco se sabe sobre o impacto na saúde mental das mulheres que vivenciaram a morbidade materna grave⁽¹⁾.

Muitas das mulheres que têm experiências traumáticas na gravidez, parto ou puerpério, passam por riscos de complicações potencialmente fatais do evento da morbidade materna grave, tanto para as suas vidas, como para a dos seus filhos, o que acarreta em consequências negativas à saúde física e mental e sequelas a médio e longo prazo^(2,3).

Dos critérios para a definição e o diagnóstico da morbidade materna, destaca-se a abordagem referente aos marcadores clínicos, laboratoriais e de gestão. A Organização Mundial de Saúde (OMS), define *Near miss* materno (NM) como um risco de vida grave, de quase morte, em gestantes ou puérperas, que ocorre na gravidez, parto ou em até 42 dias do término da

gestação. Essa condição pode incluir a hemorragia pré e pós-parto, sepse, complicações de aborto, gravidez ectópica, rompimento do útero e outras condições de complicações obstétricas graves, síndrome HELLP (que envolve hemólise, fígado elevado, enzimas hepáticas e plaquetas baixas) e admissão em unidade de cuidados intensivos⁽⁴⁾.

A percepção das mulheres sobre a experiência da morbidade materna grave é descrita como fisicamente e emocionalmente angustiantes, evocadora de sentimentos e emoções negativos. De modo geral, a experiência da morbidade materna grave nas mulheres pode ser caracterizada em três áreas interligadas: avaliação pessoal da situação da morbidade materna grave, reação imediata ao evento, ou seja, referente às condições físicas, interpretação, e emoção produzida, e as consequências negativas ou positivas da experiência⁽⁵⁾.

Nesse contexto, pesquisas trazem a relação entre complicações obstétricas e o desenvolvimento do comportamento traumático^(1,5,6). De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) da American Psychiatric Association⁽⁶⁾ o Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) é caracterizado pela presença do desenvolvimento de sintomas após a exposição a situações de estresse em um ou mais eventos, ou de fontes associadas com o seu conhecimento, alteração comportamental e memória intrusiva⁽⁷⁾.

O estudo sobre o suporte social investiga como o indivíduo pode, através da proximidade e disponibilidade das relações, na busca da segurança como estratégia de autorregulação contra as ameaças físicas e psicológicas em situações que envolvam riscos, estresse ou conflitos e medo. Constata-se ainda a importância do suporte social positivo e eficaz para lidar, evitar ou retardar os efeitos de situações estressantes nas complicações obstétricas e o enfrentamento do processo saúde-doença⁽⁸⁾.

Diante do exposto, este estudo tem por objetivo avaliar a relação do desenvolvimento de sintomas de estresse pós-traumático e a percepção do suporte social em mulheres que sobreviveram a morbidade materna grave.

Método

Aspectos éticos

Este estudo atende à resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe (UFS), com o parecer aprovado (nº CAAE: 0284.1.107.000/2011). Todos os sujeitos foram previamente convidados a participar e informados sobre os objetivos, riscos

e benefícios do estudo, e cientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo, constituído por amostra de conveniência, com puérperas de dois hospitais de referência para médio e alto risco obstétrico, respectivamente, vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), do estado de Sergipe, nordeste do Brasil. As coletas foram realizadas num período total de doze meses.

População e amostra

A seleção dos grupos de expostos e não-expostos a MMG foi executada nos hospitais, durante o puerpério imediato, por uma médica e especialista em ginecologia e obstetrícia, que empreendeu uma busca ativa, através do livro de registro de internação hospitalar da enfermaria de obstetrícia, enfermaria do puerpério, prontuários e avaliação clínica com cada interna, a fim de identificar as participantes elegíveis.

Foram incluídas no grupo exposto a MMG (N=277), as puérperas, que preenchiam os critérios atuais de diagnóstico, de acordo com o Grupo WHO - Trabalho sobre Mortalidade e Morbidade Materna⁽⁴⁾, e o grupo não-exposto a morbidade materna grave, (N=272), puérperas sem intercorrência de complicações obstétricas graves, totalizando 549 sujeitos de pesquisa. Foram excluídas dos grupos as participantes, que não residiam no estado de Sergipe, as que os bebês nasceram com grave deficiência, que vieram a óbito, e/ou as com restrição médica devido à gravidade do caso, por essas situações já comprometerem o estado emocional, e agir como variável de confundimento.

Para delimitação da amostra foi realizado o cálculo do tamanho amostral, considerando a Escala de Impacto de Eventos (IES). De acordo com o estudo de Cheryl⁽⁹⁾, o desvio padrão de mães adolescentes para a IES foi de 15,8, e o erro padrão de 1,714 para uma amostra de 85 pacientes. Assim, para uma diferença média de cada ponto na escala, com um significado de 1% e poder de 99%, seriam necessárias 255 participantes por grupo.

Protocolo do estudo

A coleta de dados foi realizada em três etapas: a primeira no puerpério imediato maternidades dos hospitais, com o objetivo de identificar as características de cada grupo. E as etapas consecutivas foram realizadas em um hospital de referência do estado. A segunda etapa, nos 90 dias a partir do parto, para identificar o suporte social recebido pela puérpera, e aos 120

dias, para identificar os sintomas do estresse pós-traumático, através do comportamento de esquiva e intrusão. As duas últimas coletas foram realizadas no Hospital Universitário de Sergipe (HU), ou em visita domiciliar, quando da impossibilidade da participante ter acesso ao local.

O protocolo adotado foi composto por três instrumentos de coleta, a saber: de um questionário sobre as variáveis sociodemográfica, clínica, obstétrica e hábitos: local de procedência da participante, capital ou interior, idade, escolaridade, situação conjugal, trabalho, da realização do acompanhamento no pré-natal, paridade (primípara, 1 ou mais filhos), uso de bebida alcoólica e tabagismo.

Do questionário de Suporte Social (SSQ-6), que é composto por seis itens para avaliar as dimensões de apoio social percebidas (que o sujeito percebe como disponível se precisar dele), sendo que cada questão solicita resposta em duas partes. Na primeira, refere-se ao número de fontes de suporte social percebido (SSQ-N), correspondente a nove possibilidades, além da opção “nenhum”. Na segunda parte, o respondente indica sobre a sua satisfação com esse suporte (SSQ-S), através de uma opção de seis pontos (que varia de muito satisfeito a muito insatisfeito), para sua correção, somam-se as fontes disponíveis do primeiro fator e é reproduzido a média simples, a qual é também aplicada ao segundo fator, obtendo-se dois escores totais⁽¹⁰⁾.

Escala de Impacto de Eventos (IES) é composta por 15 itens de autorrelato, do tipo Likert, mensura a presença de comportamento de esquiva e memória intrusiva após situações traumáticas, de acordo com atributos de frequência, nunca, raramente, às vezes e sempre. Foi validada para a população brasileira, e adotado o limite de corte de 25 pontos⁽¹¹⁾. A escala é aplicada para a população em geral e no campo da obstetrícia, relacionada às experiências do parto⁽¹³⁾, suas propriedades psicométricas são satisfatórias, e o uso continuado é justificado como medida dos processos de esquiva e intrusão⁽¹²⁾. Apesar de ter sido desenvolvida antes da introdução formal do transtorno de estresse pós-traumático, dentro da literatura de diagnóstico, é utilizada para o seu rastreamento⁽¹⁴⁾.

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram analisados através do software R. (Core Team, 2016). Foi considerada a significância dos testes estatísticos de $p < 0,05$. Procedeu-se a análise estatística das variáveis categóricas de forma descritiva, através de frequências simples e percentuais. Para as variáveis ordinais ou contínuas foram calculados as médias e desvios-padrão. Para avaliar a associação entre as variáveis categóricas foi utilizado o teste do qui-quadrado, para as diferenças de média

o teste de Mann-Whitney, e para inferir a magnitude das diferenças médias foi utilizado o tamanho de efeito η^2 (η^2). No tratamento estatístico da influência dos instrumentos de rastreio (IES e SSQ6) nas etapas de coleta foi verificado o coeficiente de correlação de Pearson, e para a análise das diferenças de correlação entre os grupos a ANCOVA (análise de covariância).

Resultados

De acordo com a Tabela 1, concernentes às variáveis sociodemográficas, obstétricas e hábitos, pode-se observar na comparação entre os grupos expostas e não expostas à morbidade materna grave e *near miss* (MMG/NM), que 66% das puérperas expostas e 26% ($p < 0,001$) das não expostas, eram advindas do interior do estado de Sergipe; 75% das expostas e 80% das não expostas, tinham idade inferior a 35 anos (0,128); 72 % das expostas e 63% ($p = 0,039$) das não expostas, possuíam menos de oito anos de estudo; e 79% das expostas e 72% das não expostas (0,087), eram casadas.

Em relação a ter atividade de trabalho remunerada, 80% das expostas e 68% ($p < 0,001$) das não expostas, não trabalhavam; 9% das expostas e 1% ($< 0,001^*$) das não expostas, não realizaram o acompanhamento do pré-natal; 84% das expostas e 88% (0,200) das não expostas, tiveram 1 ou mais partos; 31% das expostas e 11% ($p < 0,001$) das não expostas, tinham o hábito de consumir bebida alcoólica, e 6% das expostas e 3% (0,166) das não expostas, eram tabagistas.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica, clínica-obstétrica e hábitos da amostra de expostas e não expostas à morbidade materna grave e *near miss* (MMG/NM). Sergipe, Brasil, 2013.

Variáveis	Grupos		X ² (p-valor)
	Expostas MMG/NM (n=277) n (%)	Não expostas MMG /NM (n=272) n (%)	
Procedência			
Capital	95 (34)	200 (74)	84,3 (<0,001)
Interior	182 (66)	72 (26)	
Idade			
<35	207 (75)	219 (80)	2,32 (0,128)
≥35	70 (25)	53 (20)	
Anos de estudo			
< 8 anos	198 (72)	172 (63)	4,246 (0,039)
≥ 8 anos	79(28)	100(37)	
Situação Conjugal			
Casada	218 (79)	197 (72)	2,928 (0,087)
Solteira	59 (21)	75 (28)	
Trabalho			

Não	222 (80)	185 (68)	10,530 (<0,001)
Sim	55 (20)	87 (32)	
Pré-natal			
Não	26 (9)	3 (1)	<0,001*
Sim	251 (91)	269 (99)	
Paridade			
Primípara	43 (16)	32 (12)	1,644 (0,200)
1 ou mais parto	234 (84)	240 (88)	
Hábitos			
Bebida alcoólica			
Sim	85(31)	29(11)	33,445 (<0,001)
Não	192(69)	243(89)	
Tabagismo			
Sim	16 (6)	9(3)	1,922 (0,166)
Não	261(94)	263(97)	

Nota: (X²) estatística do teste Qui-quadrado; - * Teste Exato de Fisher devido a casela com frequência inferior a 5.

Em concordância com os resultados da Tabela 2, verificou-se que mulheres com idade inferior a 35 anos (OR: 1,72; IC95%: 1,11-2,65) que não trabalhavam (OR: 2,36; IC95%: 1,53-3,62), que não fizeram o pré-natal (OR: 10,9; IC95%: 3,28-36,1) e tinham o hábito de consumir bebida alcoólica (OR: 4,35; IC95%: 2,66-7,11), tiveram maior chance de estar na condição de MMG/NM. As demais variáveis analisadas não mostraram diferenças estatísticas significativas.

Tabela 2 - Regressão logística simples e múltipla para variáveis sociodemográfica, clínica-obstétrica e hábitos da amostra de expostas e não expostas à morbidade materna grave e *near miss* (MMG/NM) e controle. Sergipe, Brasil, 2013.

Variáveis	OR (IC95)	ORa (IC95)	P-valor
Procedência			
Interior	5,30 (3,63-7,81)		
Aracaju	1		
Idade			
<35	1	1	
≥35	1,40 (0,93-2,09)	1,72 (1,11-2,65)	0,014
Anos de estudo			
< 8 anos	1,46 (1,02-2,09)		
≥ 8 anos	1		
Situação Conjugal			
Casada	1,41 (0,95-2,08)		

Solteira	1			
Trabalho				
Não	1,90 (1,28-2,80)	2,36 (1,53-3,62)		<0,001
Sim	1	1		
Pré-natal				
Não	9,29 (2,78-31,1)	10,9 (3,28-36,1)		<0,001
Sim	1	1		
Paridade				
Primípara	1,34 (0,82-2,20)			
1 ou mais parto	1			
Bebida alcoólica				
Sim	3,65 (2,30-5,79)	4,35 (2,66-7,11)		<0,001
Não	1	1		
Tabagismo				
Sim	1,79 (0,78-4,13)			
Não	1			

Notas: OR - Odds Ratio Bruto; ORa - Odds Ratio Ajustado; IC - intervalo de confiança 95%;

Conforme os resultados da Tabela 3, o grupo de expostas à morbidade materna grave e *near miss*, apresentou maiores médias sobre do comportamento de esquiva (24,32; DP: 4,16; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,895$), e memória intrusiva (18,28; DP: 3,80; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,763$) com tamanho de efeito grande. Quanto ao suporte social percebido nas expostas à MMG/NM, foi encontrada a menor quantidade de pessoas e fontes de suporte social SSQ-N (0,11; DP: 0,001; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,151$) e menor quantidade de pessoas referente ao suporte familiar SSQ-NF (0,11; DP: 0,001; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,216$) com tamanho de efeito mediano, e satisfação do suporte social (0,69; DP: 0,19; $p = 0,010$; $\eta^2 = 0,014$) com tamanho de efeito pequeno.

Tabela 3 - Comparação das médias e desvios-padrão (DP) da amostra de expostos e não expostos à morbidade materna grave e *near miss* (MMG/NM), referentes ao impacto de eventos (IES) e suporte social (SSQ-6). Sergipe, Brasil, 2013.

Variáveis	Grupos		Mann-Whitney	Eta ²
	Expostas MMG/NM	Não expostas MMG/NM		
	Média (DP)	Média (DP)		
Escala de impacto de eventos				
Comportamento de esquiva	24,32 (4,16)	5,10 (2,08)	<0,001	0,895

Memória Intrusiva	18,28 (3,80)	7,47 (1,91)	<0,001	0,763
Escala de suporte social				
SSQ-N	0,11 (0,001)	0,13 (0,04)	<0,001	0,151
SSQ-S	0,69 (0,19)	0,73 (0,17)	0,010	0,014
SSQ-NF	0,05 (0,06)	0,14 (0,11)	<0,001	0,216

Nota: DP = Desvio padrão e teste de Mann-Whitney; Eta² = tamanho de efeito. SSQ-N = quantidade de pessoas de fontes/pessoas do suporte social. SSQ-S = satisfação com o suporte social. SSQ-NF = Quantidade de pessoas da família que dão suporte social.

Com relação aos resultados da Tabela 4, quanto à associação entre o suporte social, quantidade de fontes/pessoas que dão apoio social e de satisfação do suporte percebido e quantidade de familiares que dão apoio, e o comportamento de esquiva ou intrusão, não foram encontradas correlações significativas associadas a condição dos grupos, tanto com morbidade materna grave, como sem essa condição.

Tabela 4 - Análise de covariância da amostra de mulheres com e sem morbidade materna grave (MMG) entre o suporte social (SSQ-6), e o impacto do evento (IES). Sergipe, Brasil, 2013.

Variáveis	SSQ-N R (p-valor)	SSQ-S R (p-valor)
Impacto de eventos		
Comportamento de esquiva		
Com MMG	-0,034 (0,577)	0,088 (0,144)
Sem MMG	-0,031 (0,613)	0,125 (0,040)
F (p-valor)	0,48 (0,488)	0,058 (0,810)
Memória intrusiva		
Com MMG	-0,084 (0,164)	0,024 (0,687)
Sem MMG	-0,084 (0,167)	0,070 (0,251)
F (p-valor)	2,99 (0,084)	0,04 (0,832)

Nota: SSQ-N = número de fontes/pessoas do suporte social; SSQ-S = satisfação com o suporte social.

Discussão

Algumas variáveis sociodemográficas destacaram-se nas mulheres em situação de morbidade materna grave, demonstrando tratar-se de uma população com menor escolaridade, menor inserção ao mercado de trabalho, menor frequência de acompanhamento do pré-natal e maior consumo de bebida alcoólica. Essas características são condizentes ao contexto social mais desfavorecido, assemelhando-se a outros estudos do perfil de mulheres com morbidade materna grave⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

As análises deste estudo evidenciaram, que o comportamento traumático de esquiva e memória intrusiva foram significativamente mais elevados na situação da morbidade materna grave, com maior risco de sintomas para desenvolver o transtorno de estresse pós-traumático. Em outra pesquisa realizada com mulheres que vivenciaram situações com iminente risco de morte, relacionados a gravidez e parto traumático, foi demonstrado que muitas mulheres não conseguiam apagar de suas lembranças sentimentos negativos mórbidos, flashbacks, e pesadelos associados a este período de suas vidas, e que as consequências disso afetaram negativamente o bem estar físico e psicológico, e até mesmo a relação de vinculação com os bebês^(1,3).

Estudo qualitativo realizado no Brasil revelou nas narrativas de mulheres que passaram pela morbidade materna grave, reações emocionais através da memória intrusiva, sensação iminente de morte, medo de dano ao bebê, culpa e frustração diante das expectativas da maternidade⁽¹⁸⁾. Em pesquisa internacional qualitativa com meta-etnografia, identificou que as consequências do sofrimento causado pela morbidade materna grave, foram focados nos aspectos clínicos e psicológicos, dos quais muitos foram resultantes dos períodos de longa internação, perda do convívio familiar, quebra da rotina habitual, falta de independência pessoal, e dificuldades de exercer de forma plena a maternidade⁽⁵⁾.

Por meio dos resultados deste estudo, pode-se sugerir que a situação da morbidade materna grave torna as mulheres mais vulneráveis a alterações no seu estado emocional e psicológico, o que pode acarretar o desenvolvimento do estresse pós-traumático. Nesse sentido, outros estudos ressaltam que as expectativas e vivências relacionadas à maternidade, instigadas pelos desejos e idealizações da representação de ser mãe, diante do agravo instalado são tomados, muitas vezes, pelo medo iminente de morte, sentimentos ambivalentes, provocando na mulher frustração, tensão, ansiedade, angústia e o adoecimento psicológico^(19,5).

Estudo de coorte prospectivo, identificou a prevalência de 8,4% em esquiva e 6,4% de intrusão, no comportamento traumático de mulheres em situação de morbidade materna grave no pós-parto⁽²⁰⁾. Outras pesquisas também encontram a relação positiva entre a existência de complicações na gravidez e/ou parto e sintomas parciais ou totais do transtorno de estresse pós-traumático e o comportamento de esquiva e intrusão^(9,21,22).

Quanto aos aspectos da relação entre a morbidade materna grave e o suporte social percebido, nas mulheres com MMG, houve menor fonte de suporte social, ou seja, menor número de pessoas disponíveis de quem as mulheres pudessem receber apoio, e menor nível de satisfação com o suporte percebido, em comparação ao grupo sem a situação da morbidade grave.

O baixo índice de percepção positiva de apoio social e do nível de satisfação percebido, podem provocar consequências danosas para as mães na saúde física e psicológica. Evidencia-se que as redes de apoio social e suporte familiar são de fundamental importância na manutenção da saúde mental e no enfrentamento de circunstâncias estressantes, e podem funcionar como elementos amortecedores dos efeitos do agravo⁽¹⁰⁾. Nesse sentido, a disponibilidade e acessibilidade de cuidados de saúde de alta qualidade, redes de apoio social amplas, características pessoais e condições de saúde preexistentes influenciarão no enfrentamento da morbidade materna grave⁽⁵⁾.

Estudo têm associado o suporte social e os níveis de saúde, funcionando como um agente “protetor” quando positivo, frente ao risco de doenças provindas de estresse, ou negativo que exerce efeito moderador de agravos. O esforço do enfrentamento ao ter o suporte social, poderá minimizar ou prevenir respostas emocionais, comportamentais, cognitivas e fisiológicas negativas aos seus agentes estressores⁽⁸⁾.

Neste estudo, quanto a associação do comportamento traumático de esquiva e intrusão e o suporte social, não houve diferença estatística significativa nos resultados. Contudo, deve-se considerar a possibilidade de uma complexa interação dessas variáveis, que podem ter interferido no seu desfecho, como os fatores individuais de personalidade, a história pregressa, os aspectos ambientais e da psicodinâmica de cada indivíduo⁽²³⁾, ainda somados em algumas situações a eventos traumáticos anteriores, adversidades na infância, aspectos genéticos e fisiológicos, e peri-traumáticos como a magnitude do trauma, estratégias inapropriadas de enfrentamento, ambientais e adversidades sociais subsequentes⁽⁷⁾.

Limitações do estudo

Como limitações do estudo, podemos referir a falta de dados qualitativos das participantes que pudessem corroborar com os achados, no sentido de revelar mais explicitamente a vivência envolta à morbidade materna grave e o desenvolvimento de sintomas do estresse pós-traumático, verificada no desfecho deste estudo. Entretanto, as limitações citadas, não comprometem os resultados obtidos referentes a relevância do tema apresentado, demonstrando ser um indicativo da necessidade de ações e estratégias de enfrentamento que privilegiem programas e políticas públicas sobre as especificidades dessa população.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Este estudo visa a contribuir para o aprimoramento no processo de cuidado e assistência dos profissionais de saúde, especialmente para o enfermeiro, a fim de qualificar a sua escuta, com vistas na promoção de saúde, prevenção e integralidade das ações voltadas para a atenção primária e identificação precoce de riscos para a saúde materna infantil no âmbito das políticas públicas.

Conclusão

Conclui-se que a situação da morbidade materna grave foi decisiva como experiência diferencial entre os grupos, por tratar-se de um momento singular na vida da mulher, com potencial risco e consequências perturbadoras. A saúde mental é, indubitavelmente, um pilar essencial da assistência materno-infantil e deve ser devidamente valorizada nesse processo, o que compete oferecer a mulher uma assistência adequada e multidisciplinar no puerpério. Portanto, conhecer os processos que deterioram a saúde mental na morbidade grave extrapola os limites do conhecimento clínico e atenta para relações decisivas de aporte psicológico e social, na assistência materno-fetal e no desenvolvimento positivo das relações familiares.

REFERÊNCIAS

1. Furuta M, Sandall J, Bick D. A systematic review of the relationship between severe maternal morbidity and post-traumatic stress disorder. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2012 [cited 2016 Dec 20]; 2:125. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-12-125>
2. Firoz T, Chou D, Von Dadelszen P, Agrawal P, Vanderkruik R, Tunçalp O, et al. Measuring maternal health: focus on maternal morbidity. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2013[cited 2016 Jan 10] Oct 1; 91(10):794–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.117564>
3. Elmir R, Schmied V, Wilkes L, Jackson D. Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing* [Internet] 2010 [cited 2016 Dec 20]; 66:2142–53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x>
4. Say L, Souza JP, Pattinson RC. WHO working group on Maternal Mortality and Morbidity classifications. Maternal near miss towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2009 [cited 2016 Dec 20]; 23(3):287-96. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44692/1/9789241502221_eng.pdf
5. Furuta M, Sandall J, Bick D. Women's perceptions and experiences of severe maternal morbidity - A synthesis of qualitative studies using a meta-ethnographic approach. *Midwifery* [Internet]. 2014 [cited 2016 Nov 20];30(2):158–69. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.09.001>

6. Garthus-Niegel S, von Soest T, Vollrath ME, Eberhard-Gran M. The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: a longitudinal study. *Archives of Women's Mental Health*. 2013;16:1–10. <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-012-0301-3>
7. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5th ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
8. Reblin M, Uchino BN. Social and Emotional Support and its Implication for Health. *Current opinion in psychiatry*. [Internet] 2008[cited 2016 Dec 15];21(2):201-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f3ad89>
9. Cheryl A. Impact of Traumatic Birth Experience on Latina Adolescent Mothers. *Issues in Mental Health Nursing* [Internet] 2010 [cited 2016 Nov 15];31;700–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.3109/01612840.2010.518784>
10. Matsukura TS, Marturano EM, Oishi J. O Questionário de Suporte Social (SSQ): estudos da adaptação para o português. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2002 [cited 2017 Feb 24] Oct; 10(5): 675-81. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000500008>.
11. Silva ACO, Nardi AE, Horowitz M. Versão brasileira da Impact of Event Scale (IES): tradução e adaptação transcultural. *Rev. psiquiatr.* [Internet] Rio Gd. Sul. 2010 [cited 2017 Feb 23] ; 32(3): 86-93. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082010000300005>
12. Stephen J. Psychometric evaluation of Horowitz's Impact of Event Scale: a review. *J Trauma Stress* [Internet] 2002 [cited 2016 Nov 27];13:101-13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1007777032063>
13. Ayers S. Delivery as a traumatic event: Prevalence, risk factors and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clinical Obstetrics and Gynecology* [Internet] 2004 [cited 2016 Out 18];47,552–67. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/01.grf.0000129919.00756.9c>
14. Coffey SF, Gudmundsdottir B, Beck JG, Palyo SA, Miller L. Screening for PTSD in motor vehicle accident survivors using the PSS-SR and IES. *J Trauma Stress* [Internet] 2006 [cited 2017 Jan 15]; 19(1):119–28. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20106>
15. Pacheco AJC, Katz L, Souza ASR, Amorim MMR. Factors associated with severe maternal morbidity and near miss in the São Francisco Valley, Brazil: a retrospective, cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet] 2014 [cited 2016 Out 17];14:91. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-14-91>
16. Morse ML, Fonseca SC, Gottgroy CL, Waldmann CS, Gueller E. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2011 June [cited 2017 Feb 23];14(2):310-22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000200012>.
17. Santana DS, Cecatti JG, Surita FG, Silveira C, Costa ML, Souza JP, Mazhar, S.B., Jayaratne K, Qureshi Z, Sousa MH, VogelJP. Twin Pregnancy and Severe Maternal Outcomes. *The World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. Obstetrics & Gynecology* [Internet] 2016 [cited 2016 Dez 20];127(4) april. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000001338>
18. Souza JP, Cecatti, JG, Parpinelli MA, Krupa F, Osis MJ. An emerging “maternal near-miss syndrome”: narratives of women who almost died during pregnancy and childbirth. *Birth* [Internet]; 2009 [cited 2017 Jan10];36,149–58. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00313.x>
19. Silva DVR, Silveira MFA, Gomes-Sponholz FA. Experiences with severe maternal morbidity: a qualitative study on the perception of women. *Rev Bras Enferm* [Internet]; 2016;69(4):618-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690407i>
20. Furuta M, Sandall J, Derek Cooper D, Debra, Debra B. The relationship between severe maternal morbidity and psychological health symptoms at 6–8 weeks postpartum: a prospective cohort study in one English maternity unit. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet] 2014 [cited 2017 Jan 10]; 14:133. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-14-133>

21. Shaban Z, Dolatian M, Shams J, Alavi-Majd H, Mahmoodi Z, Sajjadi H. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Following Childbirth: Prevalence and Contributing Factors. *Iran Red Crescent Med J*[Internet] 2013 [cited 2016 Dez 15];15(3). Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/14767050902801686>
22. Forray A, Mayes LC, Magriples U, Neill Epperson CN. Prevalence of post-traumatic stress disorder in pregnant women with prior pregnancy complications. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2009 [cited 2016 Dez 24];Jun;22(6):522–27. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/14767050902801686>
23. Ozbay F, Johnson, CD, Dimoulas E, Morgan C.A, Charney D. Southwick S. Social Support and Resilience to Stress From Neurobiology to Clinical Practice. *Psychiatry (Edgmont)* [Internet]. 2007 [cited 2016 Dez 20];May;4(5):35–40. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20806028>

APENDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezada Participante,

Agradecemos a sua participação voluntária nessa pesquisa, cujo objetivo é conhecer os riscos à saúde mental em *near miss* maternas das maternidades do Estado de Sergipe. Esta pesquisa se destina ao estudo desenvolvido no doutorado de em ciências da saúde, da Universidade Federal de Sergipe da pesquisadora MSc. Mônica Silva Silveira.

Os questionários que aqui lhe apresentamos contém algumas questões para respondê-las é importante que você saiba:

- Não existem respostas certas ou erradas
- A qualquer momento você pode desistir de participar, não havendo problemas quanto a isto.
- É garantido o anonimato dos entrevistados.
- Não deixe de responder a nenhuma questão.
- Será fornecido um número de telefone para você entrar em contato com o pesquisador caso tenha alguma dúvida ou questão a esclarecer.
- Você pode ter acesso aos resultados da pesquisa através do telefone fornecido.
- Lembramos que o sucesso desta pesquisa depende de sua sinceridade.

Obrigada pela participação, Aracaju, ____ de _____ de 20 ____.

MSC. MONICA SILVA SILVEIRA – 79 9989-6821

Assinatura da voluntária:

APENDICE B - Protocolo de Coleta

PROTOCOLO DA PUÉRPERA

CÓDIGO: _____ DATA: _____
 HOSPITAL () LOURDES () ISABEL

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ Idade: _____

ENDEREÇO (residência fixa)

CIDADE: _____ POVOADO: _____

PONTO DE REFERÊNCIA: _____

CELULAR/TELEFONE: () _____ () _____ () _____

QUEM A TROUXE PARA A MATERNIDADE:

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE QUE FEZ PRÉ-NATAL:

CONTATO COM (médico, enfermeira, assistente social, etc)

NOME DO ESPOSO _____ CONTATO: () _____

LOCAL DE TRABALHO: _____

NOME DA PESSOA MAIS PRÓXIMA (MÃE, IRMÃ, AMIGA, OUTROS)

CONTATO/endereço: ()

DATA DA CONSULTA: ____/____/____

PESQUISADOR (A) _____

APENDICE C - Questionário Sociodemográfico, Clínico, Obstétrico e Hábitos de Consumo

Coleta número:	Data:
INICIAIS DO NOME	
<i>Município de procedência</i>	
Aracaju	
Interior	
<i>Data do nascimento</i>	
Idade	
<i>Escolaridade</i>	
Até 8 anos de estudo	
Mais de 8 anos de estudo	
<i>Situação civil</i>	
Sem companheiro	
Com companheiro	
<i>Trabalho remunerado</i>	
Não	
Sim	
<i>Realizou o pré-natal</i>	
Não completamente	
Sim completamente	
<i>Paridade</i>	
Primípara	
1 ou mais filho	
<i>Hábitos de consumo</i>	
Bebida alcoólica	
Não	
Sim	
Tabagista	
Não	
Sim	

ANEXO A – Autorização do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
CAMPUS DA SAÚDE PROF. JOÃO CARDOSO NASCIMENTO JR
 Rua Cláudio Batista S/Nº – Prédio do Centro de Pesquisas Biomédicas -
 Bairro Sanatório
 CEP: 49060-100 Aracaju –SE Fone: (79) 2105-1805
 E-mail: cephu@ufs.br

PARECER CONSUBSTANCIADO

I - Identificação:

Título do Projeto: “Indicadores de risco à saúde mental de Near Miss materna em maternidades do Estado de Sergipe”

Registro CEP: 322/2011---CAAE: 0284.0.107.000-11

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Ricardo Queiroz Gurgel

Orientanda: Monica Silva Silveira

Finalidade: Seleção ao Doutorado em Saúde Pública-UFS

Instituição: Maternidades do Hospital Sta. Izabel e N. S. de Lourdes

Data de apresentação ao CEP: 31/08/2011

II – Objetivo Geral e Específicos:

- Estudar a ocorrência de transtornos mentais comuns (depressão e ansiedade) associados ao near miss materno em maternidades do estado de Sergipe e seu impacto na qualidade do vínculo mãe e bebê (comportamento de responsividade e relação de apego). Estabelecer os fatores de risco para a vulnerabilidade emocional associada à morbidade materna near miss.

III – Sumário Geral do Projeto:

Estudo transversal associado a caso-controle, com gestantes e parturientes atendidas nas referidas maternidades, que atendam aos critérios para near miss, e que serão reavaliadas 42 dias após o parto; e associadas a gestantes sem condições de near miss (controle). A amostra será obtida pela análise multivariada planejada (PASQUALI, 2010), pretendendo, no mínimo, atingir 275 mães near miss. A coleta de dados contará com a ajuda de profissionais de saúde devidamente treinados para obtenção dos questionários, em 2 etapas, sobre: suporte social, inventários de ansiedade e de depressão (BECK), escala de Rosenberg (auto-estima). E para avaliar a vinculação mãe-bêbê: as escalas de Vinculação do adulto e de Apego materno fetal, o Protocolo de Frequência de comportamentos Interativos, a Análise de Estilo Interativo Materno, e a Escala de depressão pós-parto (EDINBURGO). A descrição dos instrumentos está devidamente apresentada e os dados coletados serão alocados em planilhas no Excel para análise estatística apropriada. As autorizações dos responsáveis pelas maternidades estão anexadas.

IV – Comentários do Relator frente a Res. 196/96 do CNS:

É uma pesquisa relevante, sem graves entraves éticos frente à Resolução, apresenta orçamento assumido pela pesquisadora, cronograma exequível, o TCLE atende à Resolução, contudo é logo, normativo (pouco coloquial) e preenchido pela pesquisadora, o que é desnecessário.

IV - Parecer: Aprovado

Aracaju, 9 de setembro de 2011

Profª. Msc. Anita Hermínia Oliveira Souza
 Coordenador do CEP/UFS

ANEXO B - Critérios Diagnósticos de Morbidade Materna Grave e *near miss*. OMS (SAY; SOUZA; PATTISSON, 2009)

SITUAÇÕES DE MORBIDADE MATERNA GRAVE		
DESORDENS HEMORRÁGICAS		DESORDENS HIPERTENSIVAS
Descolamento prematuro de placenta (DPP)		Pré eclâmpsia grave
Acretismo placentário (placenta acreta, percreta ou increta)		Eclâmpsia
Prenhez ectópica		Hipertensão severa
Hemorragia pós parto		Encefalopatia hipertensiva
Rotura Uterina		Síndrome HELLP (hemólise, alteração de enzimas hepáticas e plaquetopenia)
Rotura uterina		
OUTRAS DESORDENS SISTÊMICAS		INDICADORES DE PROCEDIMENTOS INVASIVOS
Endometrite		Transfusão sanguínea (até, no máximo, 4 bolsas de concentrado de hemácias)
Edema pulmonar		Acesso venoso central
Falência respiratória		Histerectomia
Sepse		Admissão em UTI
Choque		Tempo de internação prolongado (> 7 dias pós parto)
Crise tireotóxica		Falha de intubação anestésica
Trombocitopenia (< 100.000 plaquetas/dl de sangue)		Retorno à sala de cirurgia
Convulsões		Intervenção cirúrgica
SITUAÇÕES DE NEAR MISS MATERNA (NM)		
Critérios clínicos	Critérios laboratoriais	Critérios de Manejo
Cianose aguda	Saturação de Oxigênio < 90% por tempo > ou = 60 minutos	Necessidade de drogas vasoativas de forma contínua
Gaspin	PaO ₂ /FIO ₂ < 200 mmHg	Histerectomia devido a infecção, hemorragia
AVC	Creatinina > ou = 3,5 mg/dl	
Freq. respiratória >40 ou < 6	Bilirrubina > 6 mg/dl	Transfusão > ou = 5 unidades de concentrados de hemácias
Choque	PH < 7,1	
Oligúria não responsiva a fluidos ou diuréticos	Lactato > 5	Intubação e ventilação por ≥ 60 não relacionada à anestesia
Distúrbio de coagulação	Trombocitopenia Aguda < 50.000 plaquetas	Diálise para Insuficiência Renal Aguda
Perda da consciência > ou = a 12 horas	Perda da consciência e a presença de glicose e cetoacidose na urina	Reanimação cardiopulmonar (RCP)
Perda da consciência e ausência de pulso (PCR)		
Acidente Vascular Cerebral		
Estado convulsivo persistente Icterícia na presença de pré-eclâmpsia		

ANEXO C - Questionário de Suporte Social SSQ-6

QUESTIONÁRIO DE SUPORTE SOCIAL (SSQ-6)

As 6 questões que seguem são acerca das pessoas que no seu meio disponibilizam-lhe ajuda ou apoio. Cada questão tem duas partes. Na primeira marque com um **X**, dentre todas as pessoas que você conhece, com quem pode contar para ajudá-lo/a ou apoiar nas situações apresentadas. Caso não tenha nenhuma pessoa em mente, marque o item "Ninguém". Lembre-se, que pode marcar **mais do que 1** item nesta primeira parte, por exemplo, indica Mãe, Colega, etc.

Na segunda parte marque também com um **X**, entre 1 e 6 o seu nível de satisfação em relação ao tipo de apoio recebe em cada situação perguntada.

Exemplo:

Com quem é que pode realmente contar para o/a fazer sentir-se melhor quando está desiludido/a?

<input type="checkbox"/> Ninguém	<input checked="" type="checkbox"/> Mãe	<input checked="" type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Namorado(a)	<input type="checkbox"/> Irmão/Irmã
<input type="checkbox"/> Esposo(a) ou companheiro(a)	<input checked="" type="checkbox"/> Amigo(a)	<input type="checkbox"/> Colega	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Todos
Qual o seu nível de satisfação?				
1 2 3 X 5 6				
Muito Insatisfeito Muito Satisfeito				

QUESTÕES:

1. Com quem é que pode realmente contar quando precisa de ajuda?

<input type="checkbox"/> Ninguém	<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Namorado(a)	<input type="checkbox"/> Irmão/Irmã
<input type="checkbox"/> Esposo(a) ou companheiro(a)	<input type="checkbox"/> Amigo(a)	<input type="checkbox"/> Colega	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Todos
Qual o seu nível de satisfação?				
1 2 3 4 5 6				
Muito Insatisfeito Muito Satisfeito				

2. Com quem é que pode realmente contar para o/a ajudar a sentir-se mais relaxado/a quando está tenso/a ou sob pressão?

<input type="checkbox"/> Ninguém	<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Namorado(a)	<input type="checkbox"/> Irmão/Irmã
<input type="checkbox"/> Esposo(a) ou companheiro(a)	<input type="checkbox"/> Amigo(a)	<input type="checkbox"/> Colega	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Todos
Qual o seu nível de satisfação?				
1 2 3 4 5 6				
Muito Insatisfeito Muito Satisfeito				

3. Quem é que a/o aceita totalmente, incluindo os seus maiores defeitos e virtudes?

<input type="checkbox"/> Ninguém	<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Namorado(a)	<input type="checkbox"/> Irmão/Irmã
<input type="checkbox"/> Esposo(a) ou companheiro(a)	<input type="checkbox"/> Amigo(a)	<input type="checkbox"/> Colega	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Todos
Qual o seu nível de satisfação?				
1 2 3 4 5 6				
Muito Insatisfeito Muito Satisfeito				

4. Com quem é que pode realmente contar para se preocupar consigo, independente do que lhe possa acontecer?

<input type="checkbox"/> Ninguém	<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Namorado(a)	<input type="checkbox"/> Irmão/Irmã
<input type="checkbox"/> Esposo(a) ou companheiro(a)	<input type="checkbox"/> Amigo(a)	<input type="checkbox"/> Colega	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Todos
Qual o seu nível de satisfação?				
1 2 3 4 5 6				
Muito Insatisfeito Muito Satisfeito				

5. Com quem é que pode realmente contar para o/a ajudar a sentir-se melhor quando se sente mesmo em baixo?

<input type="checkbox"/> Ninguém	<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Namorado(a)	<input type="checkbox"/> Irmão/Irmã
<input type="checkbox"/> Esposo(a) ou companheiro(a)	<input type="checkbox"/> Amigo(a)	<input type="checkbox"/> Colega	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Todos
Qual o seu nível de satisfação?				
1 2 3 4 5 6				
Muito Insatisfeito Muito Satisfeito				

6. Com quem é que realmente pode contar para o/a consolar quando está muito preocupado/a?

<input type="checkbox"/> Ninguém	<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Namorado(a)	<input type="checkbox"/> Irmão/Irmã
<input type="checkbox"/> Esposo(a) ou companheiro(a)	<input type="checkbox"/> Amigo(a)	<input type="checkbox"/> Colega	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Todos
Qual o seu nível de satisfação?				
1 2 3 4 5 6				
Muito Insatisfeito Muito Satisfeito				

ANEXO D - Escala de Beck – Ansiedade (BAI)



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

PEARSON

Copyright © 1991 by NCS Pearson, Inc.
Copyright © 1993 Aaron T. Beck - Tradução para a Língua Portuguesa
Todos os direitos reservados.

Casa do Psicólogo®

© 2001 Casapsi Livraria e Editora Ltda
Tradução e adaptação brasileira.
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
RAI é um Inscrito da NCS Pearson, Inc.

ANEXO E - Escala de Beck – Depressão (BDI)

BDI

Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

<p>1 0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto. 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tenho a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p> <p>3 0 Não me sinto um fracasso. 1 Acho que fracássei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p> <p>4 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes. 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p> <p>5 0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo. 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado.</p> <p>6 0 Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que vou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido.</p> <p>7 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enojado de mim. 3 Eu me odeio.</p>	<p>8 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas. 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p> <p>9 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar. 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p>10 0 Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo. 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.</p> <p>11 0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo. 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.</p> <p>12 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas. 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar. 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.</p> <p>13 0 Tomo decisões tão bem quanto antes. 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava. 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes. 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p>
---	---

Subtotal da Página 1 CONTINUAÇÃO NO VERSO

PEARSON

Copyright © 1991 by NCS Pearson, Inc.
Copyright © 1993 Aaron T. Beck - Tradução para a Língua Portuguesa
Todos os direitos reservados.

Casa do Psicólogo®

© 2001 Casapal Livraria e Editora Ltda
Tradução e adaptação brasileira.
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
BDI é um logotipo da NCS Pearson, Inc.

<p>14 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.</p> <p>3 Acredito que pareço feio.</p> <p>15 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.</p> <p>16 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava.</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p> <p>17 0 Não fico mais cansado do que o habitual.</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p> <p>18 0 O meu apetite não está pior do que o habitual.</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora.</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite.</p>	<p>19 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos.</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos.</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p> <p>20 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.</p> <p>21 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
---	---

_____ Subtotal da Página 2

_____ Subtotal da Página 1

_____ Escore Total.

ANEXO F - Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh (EPDS)

Nome:

Data:

Idade do bebê

Pontuação:

Aplicador da escala:

Dado que teve um bebê há pouco tempo, gostaríamos de saber como se sente. Por favor, sublinhe a resposta que mais se aproxima dos seus sentimentos nos últimos 7 (sete) dias.

Nos últimos 7 dias:

1. Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas

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

2. Tenho tido esperança no futuro

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

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

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

4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo.

Não, nunca

Quase nunca

Sim, por vezes

Sim, muitas vezes

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

Sim, muitas vezes

Sim, por vezes

Não, raramente

Não, nunca

6. Tenho sentido que são coisas demais para mim

Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las

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

Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente

Não, resolvo-as tão bem como antes

7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal

Sim, quase sempre

Sim, por vezes

Raramente

Não, nunca

8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz

Sim, quase sempre

Sim, muitas vezes

Raramente

Não, nunca

9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro

- Sim, quase sempre
- Sim, muitas vezes
- Só às vezes
- Não, nunca

10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma

- Sim, muitas vezes
- Por vezes
- Muito raramente
- Nunca

ANEXO G - Escala de Vinculação de Adulto (EVA)

Escala de Vinculação do Adulto

EVA – M. C. Canavarro, 1995; Versão Portuguesa da *Adult Attachment Scale-R*; Collins & Read, 1990

Por favor leia com atenção cada uma das afirmações que se seguem e assinale o grau em que cada uma descreve a forma como se sente em relação às relações afectivas que estabelece. Pense em todas as relações (passadas e presentes) e responda de acordo com o que geralmente sente. Se nunca esteve afectivamente envolvido com um parceiro, responda de acordo com o que pensa que sentiria nesse tipo de situação.

	Nada característico em mim	Pouco característico em mim	Característico em mim	Muito característico em mim	Extremamente característico em mim
1. Estabeleço, com facilidade, relação com as pessoas.					
2. Tenho dificuldade em sentir-me dependente dos outros.					
3. Costumo preocupar-me com a possibilidade dos meus parceiros não gostarem verdadeiramente de mim.					
4. As outras pessoas não se aproximam de mim tanto quanto eu gostaria.					
5. Sinto-me bem dependendo dos outros.					
6. Não me preocupo pelo facto das pessoas se aproximarem muito de mim.					
7. Acho que as pessoas nunca estão presentes quando são necessárias.					
8. Sinto-me de alguma forma <u>desconfortável</u> quando me aproximo das pessoas.					
9. Preocupo-me frequentemente com a possibilidade dos meus parceiros me deixarem.					
10. Quando mostro os meus sentimentos, tenho medo que os outros não sintam o mesmo por mim.					
11. Pergunto frequentemente a mim mesmo se os meus parceiros realmente se importam comigo.					
12. Sinto-me bem quando me relaciono de forma próxima com as pessoas.					
13. Fico incomodado quando alguém se aproxima emocionalmente de mim.					
14. Quando precisar, sinto que posso contar com as pessoas.					
15. Quero aproximar-me das pessoas mas tenho medo de ser magoado(a).					
16. Acho difícil confiar completamente nos outros.					
17. Os meus parceiros desejam frequentemente que eu esteja mais próximo deles do que eu me sinto confortável em estar.					
18. Não tenho a certeza de poder contar com as pessoas quando precisar delas.					

ANEXO H - Questionário de Vinculação de Apego no Pós-Natal (AEAS)**AEAS (VERSÃO MATERNA PÓS-NATAL)**

Por favor, responda às seguintes questões assinalando uma das cinco possibilidades:

1- Nas últimas duas semanas, tenho pensado ou tenho-me preocupado com o bebê:

- Quase o tempo todo
- Muito frequentemente
- Frequentemente
- Ocasionalmente
- Nunca

2- Nas últimas duas semanas, quando falo ou penso sobre o bebê tenho sentido emoções que são:

- Muito fracas ou nenhuma
- Relativamente fracas
- Entre fortes e fracas
- Relativamente fortes
- Muito fortes

3- Nas últimas duas semanas, os meus sentimentos em relação ao bebê tem sido:

- Muito positivos
- Principalmente positivos
- Uma mistura entre positivos e negativos
- Principalmente negativo
- Muito negativo

4- Nas últimas duas semanas, o meu desejo de ler ou obter informações acerca do bebê tem sido:

- Muito fraco ou nenhum
- Relativamente fraco
- Nem forte nem fraco
- Moderadamente forte
- Muito forte

5- Nas últimas duas semanas, tenho tentado imaginar com quem o meu bebê se parece:

- Quase o tempo todo
- Muito frequentemente
- Frequentemente
- Ocasionalmente
- Nunca

6- Nas últimas duas semanas, vejo o bebê em desenvolvimento principalmente como:

- Uma pequena pessoa real com características especiais
- Um bebê como qualquer outro
- Um ser humano
- Algo vivo
- Algo ainda não propriamente vivo

7- Nas últimas duas semanas, tenho sentido que o bem-estar do bebê depende de mim:

- Totalmente
- Em grande medida
- Moderadamente
- Ligeiramente
- Nada

8- Nas últimas duas semanas, tenho dado por mim a falar com o meu bebê quando estou sozinha:

- Nunca
- Ocasionalmente
- Frequentemente
- Muito Frequentemente
- Quase o tempo todo que estou sozinha

9- Nas últimas duas semanas, quando penso no bebê, os meus pensamentos:

- Contêm ternura e amor
- Contêm na maioria das vezes ternura e amor
- Contêm um misto de ternura e irritação
- Contêm alguma irritação
- Contêm muita irritação

10- Nas últimas duas semanas, quando penso no bebê, os meus sentimentos têm sido:

- Muito tristes
- Moderadamente tristes
- Uma mistura entre felicidade e tristeza
- Moderadamente felizes
- Muito felizes

11- Nas últimas duas semanas, tenho-me sentido emocionalmente:

- Muito distante do bebê
- Moderadamente distante do bebê
- Não particularmente próxima ao bebê
- Moderadamente próxima ao bebê
- Muito próxima ao bebê

12- Nas últimas duas semanas, tenho tido cuidado como assegurar ao meu bebê uma dieta saudável:

- Nunca
- Raramente
- Ocasionalmente
- Regularmente
- Sempre

13- Quando vi o bebê pela primeira, depois do nascimento:

- Senti intensa afeição
- Senti essencialmente afeição
- Senti afeição, mas alguns aspectos do bebê estão a desagradar-me
- Vários aspectos do bebê estão a desagradar-me
- Sintome-me principalmente e desgostosa

14- Quando o bebê nasceu peguei nele:

- Imediatamente
- Após ter sido embrulhado num cobertor
- Após ter sido lavado
- Após ter descansado algum tempo
- No dia seguinte

15- Nas últimas duas semanas, tenho tido sonhos acerca do bebê:

- Nunca
- Ocasionalmente
- Frequentemente
- Muito Frequentemente
- Quase todas as noites

16- Nas últimas duas semanas, tenho dado por mim a tocar ou a passar com a mão no bebê:

- Muitas vezes por dia
- Pelo menos uma vez por dia
- Ocasionalmente
- Apenas uma vez
- Nunca

ANEXO I – Escala de Impacto de Eventos (IES) Adaptada para as Questões do Parto

**ESCALA DE IMPACTO DE EVENTOS (IES) ADAPTADA PARA AS
QUESTÕES DO PARTO**

	Nunca	Raramente	Às vezes	Sempre
1 - Eu pensei sobre o parto quando eu não queria.				
2 - Eu evitei ficar incomodada quando pensei sobre o parto ou quando me lembrei dele.				
3 - Eu tentei removê-lo da memória.				
4 - Eu tive dificuldade para adormecer ou fiquei acordada devido a imagens ou pensamentos sobre o parto que retornavam a minha mente.				
5 - Eu tive ondas de intensos sentimentos em relação ao parto.				
6 - Eu tive sonhos com o parto.				
7 - Eu evitei coisas que recordassem o parto.				
8 - Eu senti como se não tivesse acontecido ou como se não fosse real.				
9 - Eu evitei falar sobre o parto.				
10 - Imagens do parto retornavam a minha mente.				
11 - Outras coisas me fizeram pensar sobre o parto.				
12 - Eu sabia que eu tinha muitos sentimentos sobre o parto, mas não quis lidar com eles.				
13 - Eu tentei não pensar sobre o parto				
14 - Qualquer lembrança trouxe de volta sentimentos sobre o parto.				
15 - Meus sentimentos sobre o parto pareciam estar adormecidos.				