

AVALIAÇÃO DO GRAU DE ANSIEDADE DE PARTURIENTES E FATORES RELACIONADOS**ASSESSMENT OF THE DEGREE OF ANXIETY OF PARTURIENTS AND RELATED FACTORS**

Lucas da Silva MATTOS¹; Ludmilla Bubula da SILVA¹; Andressa Gomes MELO², Yonara Franco MUSSARELLI³, Giovanna Vallim JORGETTO⁴

1. *Discentes do Curso de Enfermagem da Faculdade Mogiana de São Paulo-UNIMOGI.*

2. *Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Enfermagem da Unicamp; Coordenadora e Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIMOGI – SP – Brasil. E-mail: coord1.enfermagemunimogi@gmail.com*

3. *Mestranda em Ciências da Saúde pelo programa de pós-graduação em Tocoginecologia da Unicamp; SP -Brasil; Professora do Curso de Graduação em Enfermagem Unimogi – SP – Brasil. E-mail: profyonara@unimogi.edu.br*

4. *Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP; Professora do Curso de Graduação em Enfermagem Unimogi – SP – Brasil. E-mail: coord1.enfermagemunimogi@gmail.com*

RESUMO

OBJETIVO: correlacionar os níveis de ansiedade com mulheres que estão em período de trabalho pré-parto. **MATERIAL E MÉTODO:** foi utilizado para a metodologia, estudo de campo, transversal, de amostragem probabilística intencional, numa maternidade de um hospital filantrópico de um município de médio porte do leste paulista. **RESULTADOS:** a população em estudo foi composta por 13 parturientes que deram entrada na maternidade do referido hospital. Os dados foram coletados em duas partes: a primeira consiste na coleta de dados sociodemográfico, como, idade, escolaridade, nível socioeconômico e histórico gestacional, número de consultas de pré-natal realizadas, abordagem do tema ansiedade na gestação; na segunda parte, aplicação da escala de ansiedade de Hamilton, (HAM-A) que possui exatos 14 itens com score de 0 a 4. **CONCLUSÃO:** a ansiedade foi constatada estatisticamente significativa em faixa etária de 15 a 25 anos, participantes autodeclarada negra, solteiras e com baixa escolaridade. Quanto a presença de sintomas ansiosos a incidência foi de 15, 38% e relacionada a intensidade leve.

Palavras-chave: “Depressão Puerperal; Saúde da Mulher; Fatores de Risco

ABSTRACT

OBJECTIVE: to correlate anxiety levels with women who are in pre-partum labor. **MATERIAL AND METHOD:** a cross-sectional field study of intentional probabilistic sampling was used for the methodology in a maternity ward of a philanthropic hospital in a medium-sized city in the east of São Paulo. **RESULTS:** the study population consisted of 13 parturients who were admitted to the maternity unit of the aforementioned hospital. Data were collected in two parts: the first consists of collecting sociodemographic data, such as age, education, socioeconomic level and gestational history, number of prenatal consultations performed, approach to the topic anxiety during pregnancy; in the second part, application of the Hamilton Anxiety Scale (HAM-A) which has exactly 14 items with a score from 0 to 4. **CONCLUSION:** anxiety was found to be statistically significant in the age group of 15 to 25 years, participants self-declared black, single and with low education. As for the presence of anxious symptoms, the incidence was 15.38% and related to mild intensity.

Keywords: "Labor", "Obstetric Nursing", "Anxiety".

Recebimento dos originais: 20/01/2023.

Aceitação para publicação: 25/03/2023.

INTRODUÇÃO

A ansiedade é uma vivência comum, potencialmente típica e experimentada por qualquer ser humano e se caracteriza por um sentimento difuso, desagradável e vago de apreensão, como inquietação, desconforto e taquicardia. A ansiedade é uma resposta a uma ameaça desconhecida interna vaga ou de origem conflituosa (AYETA et al., 2015).

Na gestação, acontecem diversas e profundas mudanças fisiológicas que marcam significativamente e expressivamente o corpo da mulher, alteração que corresponde ao preparo para acolher, nutrir e trazer a vida um novo ser, ou seja, um recém-nascido, sendo compreendida como um fenômeno fisiológico e biológica que na maioria das vezes o seu desenvolvimento ocorre de forma natural (NUNES et al., 2018).

As alterações vivenciadas na gestação são hormonais, psíquicas, físicas e socioeconômica. Essas mudanças têm suscitado a hipótese de que as mulheres grávidas podem ser mais vulneráveis a agravos da saúde mental em especial a ansiedade. Pelo fato de a gravidez ser uma fase de transição que envolve a necessidade de reestruturação e reajuste em várias dimensões, principalmente no que diz respeito a mudanças de identidade e uma nova definição de papéis (WECHSLER et al., 2016).

Desta forma, destaca-se a importância de identificar e avaliar a ansiedade já na gestação, como medida preventiva e protetiva para a saúde mental das mães. (WECHSLER et al., 2016). E alguns os motivos que podem levar a ansiedade na gestação são inúmeros, como, dificuldades conjugais, apoio social insuficiente, gravidez não planejada, intercorrências na gestação, orientações insuficientes no pré-natal, experiências ruins em gestações anteriores, entre outras. (CAMACHO et al., 2012).

No Brasil, as políticas de atenção à saúde da mulher estão entre as que mais receberam investimentos financeiros na última década. Desde 1984, com a implantação do programa de assistência integral à saúde da mulher, discute-se estratégias para melhorar a qualidade de assistência ofertada. Em 2000 implantou o programa de humanização do pré-natal e nascimento, e desde então, foi observada queda de 51,0% nos números de mortes materna. E em 2011, com objetivo de ampliar a atenção saúde materna infantil, implantou-se a rede cegonha para gestação de risco (VIEIRA, 2019).

Entretanto, embora as implementações dessas políticas resultem em certas condutas e protocolos médicos bem estabelecidos e resguardem uma assistência bem qualificada, por vezes a mulher gestante ainda se sente muito insegura, temerosa e impotente, denotando o velamento da ciência à dimensão subjetiva, o que pode causar prejuízo na saúde materna e, conseqüentemente, maior vulnerabilidade a ansiedade (WECHSLER et al., 2016). Estudos recentes revelaram que ansiedade sub diagnosticada e não tratadas em gestantes podem levar a graves conseqüências materno - fetais, até mesmo durante o trabalho de parto. Sabe-se que a presença de ansiedade na gestação está associada a sintomas depressivos no puerpério (CAMACHO et al., 2006).

Estudo prospectivo realizado na Jordânia, com 353 mulheres no último trimestre gestacional na faixa etária entre 18 a 45 anos, revelou prevalência significativa de sintomas ansiosos (19%) no pré-natal, aumentando substancialmente quando essa gestação não fora planejada (59%). Essa ocorrência pode se relacionar, em parte, às normas culturais do país, e ao

papel doméstico e materno da mulher, sendo atribuídas mais valia a gestação de crianças do sexo masculino (LUCCHESI et al., 2016).

O enfermeiro, como profissional responsável pelos cuidados a estas mulheres no parto, através do acompanhamento, via escuta qualificada e orientação sobre todo o processo de pré-natal, pode diminuir os possíveis sentimentos negativos relacionados a ansiedade, assim como suas consequências diretas e indiretas, diminuindo o sofrimento psíquico representado pela mesma (NUNES et al., 2018).

As gestantes que apresentam altos níveis de ansiedade estão no grupo daquelas que possuem prejuízos na relação com seu filho. Diante desse cenário, constata-se que os agravos à saúde mental provocado pela ansiedade afetam a capacidade de cuidado materno com efeitos negativos à saúde mental das crianças, o que pode prejudicar a qualidade da interação do binômio mãe/filho. Presume-se que encontraremos, embasados nos escassos dados da literatura, incidência elevada de ansiedade em mulheres durante o trabalho de parto no hospital onde o estudo será realizado, correlacionado a educação em saúde insuficiente no pré-natal. Tal fato indica necessidade de políticas públicas eficazes para a questão durante o pré-natal, seja de risco habitual ou alto risco. Assim, o objetivo foi avaliar o grau de ansiedade de mulheres durante o trabalho de parto. Correlacionar o perfil sociodemográfico com o grau de ansiedade de mulheres durante o trabalho, verificar a presença e a intensidade de sintomas ansiosos em tal população.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo de campo, transversal, de amostragem probabilística intencional. Realizado em uma maternidade de um hospital filantrópico de um município de meio porte do leste paulista. A população em estudo foi composta por parturientes admitidas no setor de maternidade do referido hospital.

Os dados foram coletados no mês de setembro e outubro de 2020, e em duas partes. A primeira consistiu na coleta de dados sociodemográficos, como idade, escolaridade, nível socioeconômico e histórico gestacional, número de consultas de pré-natal realizadas e abordagem do tema ansiedade na gestação durante o mesmo. Foi confeccionado instrumento para tal fim, sendo necessário sua validação de conteúdo que realizado por três juízes com experiência na área de obstetrícia e/ou docência e pesquisa. Posteriormente foi aplicada a Escala de Ansiedade de Hamilton (Hamilton Anxiety Rating Scale - HAM-A, 1959) para avaliar o nível de ansiedade das parturientes.

Esta escala compreende 14 itens distribuídos em dois grupos, sendo o primeiro grupo, com sete itens, relacionado a sintomas de humor ansioso, e o segundo grupo, também com sete itens, relacionado a sintomas físicos de ansiedade. Vale ressaltar que dentre as escalas de humor utilizadas mundialmente, traduzidas e adaptadas para a realidade brasileira quanto ao quesito ansiedade, a escala de Hamilton para Ansiedade apresenta fácil aplicabilidade e confiabilidade. O escore total será obtido pela soma dos valores (graus) atribuídos em todos os 14 itens da escala. Os graus de ansiedade, segundo a HAM-A e que serão considerados para este estudo são: Nenhum = 0; Leve = 1; Médio = 2; Forte = 3; Máximo = 4.

A soma dos escores obtidos em cada item resulta em um escore total, que varia de 0 a 56. Esse escore deve ser classificado de acordo com os intervalos a seguir: 0 (zero) ausência de

ansiedade; 1 (um) a 17 pontos, ansiedade leve; 18 a 24 pontos, ansiedade moderada; 25 a 56 pontos, ansiedade severa ou intensa.

Para tanto, as parturientes foram abordadas nas salas de pré-parto do centro obstétrico da referida instituição, avaliadas quanto à elegibilidade, convidadas a participar do estudo e posteriormente convidadas a uma sala reservada para a coleta de dados. Os pesquisadores receberam treinamento prévio quanto a aplicação da Escala de Ansiedade de Hamilton (HAM-A).

Foram incluídas gestantes de qualquer idade ou paridade, a partir de 37 semanas de gestação, em TP espontâneo, induzido e/ou conduzido, com duas ou mais contrações em 10 minutos, dilatação ≥ 4 cm, e cujo feto esteja vivo e com boas condições de vitalidade. Foram excluídos os casos com dilatação ≥ 7 cm, pré-eclâmpsia grave, cesariana anterior, indicação imediata de cesariana, e uso de medicamento analgésico há menos de seis horas da admissão no estudo.

Os dados foram analisados e apresentadas as estimativas obtidas de diferença média, assim como os seus respectivos intervalos de confiança e p-valores. Para as associações entre as variáveis categóricas será utilizado o teste Qui- quadrado ou teste exato de Fisher (1970). As análises foram realizadas pelo software estatístico Statistical Analysis System (SAS) 9.4, conduzidas por profissional estatístico.

O desenvolvimento do estudo ocorreu em conformidade com o preconizado pela Resolução nº 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdades Mogiana – UNIMOGI. As parturientes que aceitaram participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias de igual teor, sendo um deles entregue a participante do estudo e outra em poder dos pesquisadores, atendendo à legislação vigente no país. Este estudo contou com autorização institucional para coleta de dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo 13 (treze) mulheres parturientes, de um município de médio porte do leste paulista. A coleta de dados ocorreu entre setembro e outubro de 2020, de 2ª. a 6ª. feira, no horário das 13h às 17h. Nenhuma parturiente se negou a participar da pesquisa, porém, nos dias 15, 17, 18, 19, 20, 23, 25, 27, 28 e 30 de setembro e 02, 04, 05, 06 07, 09, 10, 11, 12 e 13 de outubro não haviam parturientes presentes no campo de pesquisa.

Para análise estatística foi utilizado o nível de significância de 0,05 o qual equivale a uma confiança de 95%. Para verificar se havia diferença entre os percentuais dos dois grupos utilizamos o teste qui-quadrado e *teste Exato de Fisher* e apresentamos os resultados dos p-values. As características sociodemográficas das participantes do estudo estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização socioeconômico-demográfica dos participantes com e sem presença de sintomas de ansiedade e análise estatística. Mogi Mirim/SP, 2020.

Variáveis	Total	Com ansiedade	Sem ansiedade	p-value
Faixa etária				
15-25	07	02	05	0,031
26-36	05	-----	-----	
37-47	01	-----	-----	
48-58	-----	-----	-----	
Cor				
Branca	03	-----	-----	
Parda	05	-----	-----	
Negra	05	02	03	0,027
Religião				
Católica	09	-----	-----	
Evangélica	01	-----	-----	
Sem religião	-----	-----	-----	
Espírita	-----	-----	-----	
Adventista	-----	-----	-----	
Ateu	02	02	-----	
Não declarado	01	-----	-----	
Estado Civil				
Casado	07	-----	-----	
Solteiro	06	02	04	0,043
Divorciado	-----	-----	-----	
Viúvo	-----	-----	-----	
União estável	-----	-----	-----	
Separado	-----	-----	-----	
Escolaridade				
Analfabeto	-----	-----	-----	
Ensino Fundamental Incompleto	05	02	03	0,022
Ensino Fundamental Completo	01	-----	-----	
Ensino Médio Incompletos	01	-----	-----	
Ensino Médio Completo	05	-----	-----	
Ensino Superior Incompleto	01	-----	-----	
Ensino Superior Completo	-----	-----	-----	
Especialização	-----	-----	-----	
Com quem vive/mora				
Cônjuge	08	01	07	0,491
Pais	03	01	02	
Atividade Laboral/Profissão				
Vendedora	03	01	02	1
Diarista	04	01	03	
Renda Individual				
Não Possui Renda	05	01	04	1
Até 1 Salário Mínimo	02	01	01	
Renda Familiar				
Não Possui Renda	01	-----	-----	

Até 1 Salários Mínimos	06	02	04	
De 1 a 3 Salários Mínimos	06	----	----	
De 3 a 6 Salários Mínimos	----	----	----	
De 6 a 9 Salários Mínimos	----	----	----	
De 9 a 12 Salários Mínimos	----	----	----	
De 12 a 15 Salários Mínimos	----	----	----	
Mais de 15 Salários Mínimos	----	----	----	

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores (2020).

As participantes deste estudo eram predominantemente jovens com idade entre 15 a 25 anos (0,91%), católicas (1,17%) e casadas (0,91%) ou solteiras (0,78%). Além disso, referiram ensino fundamental incompleto (0,65%) e ensino médio completo (0,65%), morando com o cônjuge ou companheiro (1,04%), com duas pessoas residentes no domicílio (0,78%), renda familiar entre um e três salários mínimos (0,78%) e sem renda individual (0,65%), e as que referiram atividade laboral, esta foi relacionada a trabalho que exige pouca escolaridade, como vendedora ou diarista (100%).

Houve significância estatística para ansiedade as variáveis faixa etária (entre 15 a 25 anos), cor de pele autodeclarada negra, estado civil solteiro e baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto). No que tange a variável faixa etária, Souza et al. (2015) encontraram em seus estudos que as gestantes com idade inferior a trinta e cinco anos sentem dificuldade em se adaptarem a sua nova realidade, deixando de ser filha para passar a ser mãe, o que pode gerar conflitos internos provocando ansiedade e medo. Pacheco (2008) constatou ainda que gestantes mais jovens (idade média de 25 anos) são mais ansiosas do que gestantes mais velhas. Tal associação pode ser parcialmente explicada pela menor maturidade de mães jovens no enfrentamento das dificuldades na gestação.

Quanto a relação ansiedade e estado civil, houve prevalência de participantes solteiras, corroborando nossos dados com os estudos de Prietsch et al. (2017) que evidenciou ser solteira ou não ter companheiro como fator de risco para gravidez não planejada e desenvolvimento de quadros de ansiedade durante a gestação, durante o parto e puerpério. Por outro lado, Siqueira et al. (2018) colocam que mulheres casadas dispõem de maior apoio e, por isso, menos ansiedade e até hostilidade durante a gravidez, quando comparadas com as solteiras, divorciadas ou viúvas. No que diz respeito à escolaridade, o presente estudo mostrou que o transtorno de ansiedade é mais frequente em gestantes com menor nível educacional. A baixa escolaridade influencia a capacidade de solucionar problemas, afetando os quadros ansiógenos. (ARAÚJO, 2008, apud MARAGNO et al.)

Hedi et al. (2018) colocam que a inadequação da assistência de pré-natal está associada à baixa escolaridade. Gestantes com ensino superior completo e com acesso a serviços privados de saúde conseguem realizar todas as consultas de pré-natal preconizadas pelo Ministério da Saúde. A vulnerabilidade das mulheres de menor escolaridade está associada ao menor acesso delas a uma rede de suporte familiar e/ou social tais como acesso a serviços de atenção à saúde. Quanto à questão relacionando a ansiedade a cor, a gestante negra é indiciada como as que mais desenvolvem ansiedade neste momento de sua vida, pelo fato de serem mais vulneráveis socialmente, uma vez que já experienciaram em sua trajetória diferentes formas de rejeições, preconceitos e a discriminação social. (ALVES et al. 2018)

Quanto a questão do emprego Silva et al. (2017) observaram em seu estudo que o risco de ansiedade durante a gravidez se demonstrou maior em parturientes que não exercitavam atividade laboral, evidenciando o emprego como um pilar protetor da saúde mental. Apesar das participantes que deram que possuem ansiedade serem declaradas ateístas, as demais participantes apresentaram alguma fé. Assim, o envolvimento com a religiosidade é algo que diminui a ansiedade e proporciona mais conforto psicológico para as parturientes (NUNES et al., 2018).

Como esclarecido por Silva (2009 apud MOREIRA et al., 2006, Dalgarrondo, 2006) que demonstram que os estudos que coadunam religiosidade e saúde mental evidenciam que, de modo geral, sujeitos que se envolvem com a vida e atividades religiosas, apresentam maior bem estar psicológico e menores prevalências de depressão, uso, abuso de ou dependência de álcool e de substâncias, ideação e comportamentos suicidas.

Quando falamos de apoio durante a gestação Leite et al. (2014 apud Piccinini et al., 2008) diz que o apoio do companheiro e/ou da família à gestante influencia favoravelmente a evolução da gravidez, diminui riscos e efeitos desfavoráveis à saúde da criança e proporciona a vivência de sentimentos e emoções, pelo fato de ser essa fase o início do desenvolvimento do vínculo afetivo com o novo ser. Quanto à associação entre renda e ansiedade, Pereira et al. (2018) nos coloca ser importante refletir sobre a associação da renda mensal familiar com a ocupação durante a gravidez, uma vez que a ocupação é fonte de renda e pode proporcionar ou não uma sensação de tranquilidade à gestante, uma vez que a presença do salário mensal diminui as inquietações e a ansiedade referentes aos gastos advindos deste período com a preparação para o nascimento do filho.

Tabela 2- Histórico de orientação previa acerca do tema ansiedade no período gestacional das participantes com presença de sintomas ansiosos e análise estatística. Mogi Mirim/SP, 2020.

Variáveis	Total	Com ansiedade	Sem ansiedade	p-value
Numero de consultas de pré-Natal				
1 a 2	----	----	----	
3 a 4	05	02	03	0,042
5 a 6	02	----	----	
7 a 8	06	----	----	
Orientação sobre ansiedade no pré-natal				
Sim	02	----	----	
Não	11	02	09	0,035
Profissional responsável pela orientação				
Médico	02	----	----	
Enfermeiro	----	----	----	
Não recebeu orientação	11	02	09	0,035

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores (2020).

Quando perguntado as participantes sobre o histórico de orientação previa acerca do tema ansiedade no período gestacional e associação com ansiedade detectada pela escala HAM-A, os dados foram estatisticamente significativos para a questão de 3 a 4 consultas de pré-natal durante toda a gestação e o fato de não ter recebido orientação sobre ansiedade no pré-natal. Segundo o Ministério da Saúde (MS) é considerado um número mínimo de seis consultas de pré-natal, preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre, fim de considerarmos o pré-natal realizado (BRASIL, 2000).

Embora o Ministério da saúde preconize no mínimo seis consultas no pré-natal (BRASIL, 2000), podemos visualizar nas tabelas acima que as parturientes que apresentaram ansiedade no pré-parto não fizeram o acompanhamento correto no pré-natal pois apresentaram numero abaixo de consultas, conseqüentemente não recebendo as devidas orientações dos profissionais de saúde sobre ansiedade e cuidados no pré-natal (FONSECA et al., 2015).

É função do profissional da saúde que realiza o pré-natal das gestantes orienta-las adequadamente em relação a seus medos e inseguranças, seja na gravidez, trabalho de parto, parto ou puerpério (Franco et al., 2011). Rodrigues et al. (2015) aponta que cabe ao profissional estabelecer vínculo de educação em saúde com a gestante, fundamentado em seus questionamentos, pois a maioria das questões trazidas, embora pareça elementar para quem escuta, pode representar um problema sério para quem o apresenta. Na área de obstetrícia, como em diversos outros cenários do sistema de saúde brasileiro, o profissional deverá desenvolver habilidades para viabilizar o efetivo acolhimento do usuário, como: comunicar-se, demonstrando compreensão do problema do usuário e interesse em ajudá-lo, esclarecendo-o e educando-o sobre as possíveis alternativas de ação.

Assim, o enfermeiro deve atualizar e reorganizar seu papel como educador, estimulando os coparticipantes do processo a expressar seus sentimentos, suas crenças, seus valores, possibilitando condições para se aprender com as clientes e rever o nascimento como um rito de passagem, que exige uma atitude transformadora que ultrapasse a visão biológica e tradicional de assistir à mulher.

Tabela 3 – Caracterização clinica de dados de pré-natal e de admissão das participantes com presença de sintomas ansiosos e análise estatística. Mogi Mirim/SP, 2020.

	Variáveis	Total	Com ansiedade	Sem ansiedade	p-value
Testagem Sorológica					
	HIV	01	01	----	<0,001
	Sífilis	----	----	----	
	Hepatite c	----	----	----	
	Hepatite b	----	----	----	
	Tratamento realizado durante a Gestação	----	----	----	
Comodidades					
	Cardiopatias	----	----	----	
	Hipertensão arterial	01	----	----	
	Diabetes	03	02	01	0,037

Doenças renais crônicas	----	----	----	
Anemia	----	----	----	
Depressão	----	----	----	
Ansiedade	01	----	----	
Outros	----	----	----	
Sintomas na admissão				
Maternidade				
Dor abdominal	04	----	----	
Cólicas Intestinais	----	----	----	
Câimbras	----	----	----	
Náuseas e Vômitos	----	----	----	
Cefaleia	----	----	----	
Falta de ar / Dificuldade para respirar	----	----	----	
Fraqueza / Tontura / Desmaios	----	----	----	

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores (2020).

Quando realizada a caracterização clínica de dados de pré-natal e de admissão das participantes, no momento do parto na maternidade, fez significativo ser soropositiva para HIV e ter diabetes. Chama atenção ainda o quadro de dor abdominal referido, inerente ao trabalho de parto, porém sem significância com quadros de ansiedade detectado pela escala psicométrica de avaliação utilizada neste estudo.

Gomes et al. (2015) referem que o aumento da testagem da infecção pelo vírus do HIV durante o pré-natal é uma das estratégias para se alcançar o nível de cuidado “ideal” para a redução da transmissão vertical, aliado ao aumento do alcance do tratamento e da adesão à terapia antirretroviral. Em um estudo de simulação das condições para atingir a meta de redução da transmissão vertical da OPAS (Organização Pan-Americana da saúde), o percentual de testagem durante o pré-natal teria que atingir ainda mais que 95% em algumas regiões do Brasil. No estado de São Paulo especificamente, é visto uma queda nesta transmissão vertical com os coeficientes de detecção passaram de 9,4%, em 2000, para 2,7%, em 2006, correspondendo a uma queda de 70%. (FONSECA et al., 2015).

No que tange as comorbidades Bomfim et al. (2017) referem que a diabetes gestacional (DG) acometem em grande parte, as gestantes obesas, com alto índice de massa corpórea. O sobrepeso influencia na quantidade excessiva de tecido adiposo, causando aumento de triglicédeos consecutivamente aumentando a glicose no organismo da mulher grávida. O sobrepeso é um dos problemas mais enfrentados no DG. O impacto do diagnóstico vem associado a ansiedade sobre a doença, principalmente de seus efeitos durante o período gestacional, aumentando assim os níveis de ansiedade (SANTOS et al., 2020)

Vettore et al. (2011) coloca ainda que apesar da alta cobertura da assistência pré-natal, a mortalidade materna decorrente da hipertensão arterial continua elevada, podendo-se presumir que um dos problemas é a qualidade do atendimento pré-natal. Temos a existência de vários problemas derivado das possíveis hipertensões em que uma parturiente pode acabar

sendo exposta, sendo elas, Síndrome Hipertensiva Gestacional (SHEG), hipertensão gestacional, a pré-eclâmpsia (PE), a eclâmpsia e a síndrome de HELLP. Sendo todas uma complicação de nível importante para o bem estar do binômio mãe e filho e geradoras de ansiedade.

Cunha (2007) coloca ainda que a dor no trabalho de parto não é mediada apenas por alterações fisiológicas, está associada também a fatores psicológicos, culturais, valores pessoais e experiências prévias da parturiente e tais alterações repercutem nos níveis de ansiedade da parturiente. Portanto, auxiliar na compreensão desse fenômeno e esclarecer dúvidas da grávida e de seu acompanhante é cuidado fundamental na assistência ao parto para diminuição do medo e da ansiedade gerado nesse momento.

Tabela 4. Presença e intensidade dos sintomas ansiosos segundo a escala psicométrica de Hamilton-A. Mogi Mirim/SP, 2020.

Variáveis	Total	%
Leve	02	15,38
Moderada	-----	
Grave	-----	

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores (2020).

Em relação à presença de sintomas ansiosos pela escala HAM-A, observamos entre as participantes intensidade leve (15,38%). Não foi detectada intensidade moderada e grave de ansiedade na amostra em questão.

Nossos dados vão de encontro ao estudo de Baptista (2006) que observou maioria de sua amostra com ansiedade controlada, provavelmente influenciada pela percepção de adequado suporte social, a exemplo de ter cônjuge e auxílio dos pais, fatores estes também presentes em nosso estudo. Baptista et al, (2006) coloca ainda que a ansiedade não controlada pode levar a um desajustamento emocional com a gestação, trazendo efeitos indesejáveis quanto à condição materna e desenvolvimento emocional e cognitivo da criança.

Considerando-se a incidência de ansiedade durante o trabalho de parto, não há dados homogêneos. No presente estudo, 0,26% (02) das gestantes apresentaram ansiedade durante a parturição. Para Silva et al, (2017) os índices maiores de ansiedade no terceiro trimestre da gestação podem estar relacionados à proximidade do parto, considerando-se que o terceiro trimestre da gestação é particularmente exigente para as mulheres em virtude desta proximidade. Isto pode ser explicado pelo fato de a gravidez e do parto serem percebidos por algumas gestantes como momentos de vulnerabilidade, capazes de desencadear na mulher sentimentos de medo, o qual pode estar presente mesmo em mulheres que já vivenciaram partos anteriores.

Tabela 5. Participantes que pontuaram com escores 2, 3 e 4 para a escala de Avaliação para Ansiedade de Hamilton (HAM-A). Mogi Mirim/SP, 2020.

Item	Escore	N	%
1	2	01	2,00
	3	01	2,00
	4	08	16,00
2	2	02	4,00
	3	02	4,00
	4	07	14,00
3	2	02	4,00
	3	03	6,00
	4	04	8,00
4	2	----	----
	3	----	----
	4	04	8,00
5	2	----	----

	3	01	2,00
	4	01	2,00
6	2	----	----
	3	02	4,00
	4	01	2,00
7	2	----	----
	3	03	6,00
	4	----	----
8	2	----	----
	3	----	----
	4	----	----
9	2	----	----
	3	----	----
	4	----	----
10	2	----	----
	3	01	2,00
	4	----	----
11	2	----	----
	3	01	2,00
	4	----	----
12	2	----	----
	3	01	2,00
	4	----	----
13	2	----	----
	3	----	----

	4	----	----
14	2	----	----
	3	01	2,00
	4	----	----
TOTAL		50	100,00

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores (2020).

Das 13 participantes, 50 pontuaram com escores 2, 3 e 4 (sintomas leves, moderados a graves de ansiedade), e as respostas que obtiveram maior número de participantes foram as questões relacionadas a tensões, medos e insônia. Santos et al. (2020) os transtornos de ansiedade estão entre os transtornos psiquiátricos mais frequentes na população, e os sintomas ansiosos estão entre os mais comuns, podendo ser encontrados em qualquer pessoa em determinados períodos da vida. A ansiedade ou estado de tensão é um estado emocional que tem componentes fisiológicos e psicológicos, que abrangem sensações de medo, insegurança e antecipação apreensiva, pensamento dominado por ideias de catástrofe ou incompetência pessoal, aumento do estado de vigília, tensão.

O adequado conhecimento dos motivos que levam a mulher a estar ansiosa, como por exemplo a saúde do bebê, medo do parto, entre outros, pode ser útil para diferenciar os sintomas de ansiedade que seriam considerados esperados para o período, daqueles que necessitariam de um acompanhamento clínico (ARAÚJO et al., 2008).

Pereira et al. (2011) colocam ainda que o medo da dor esta fortemente representado no imaginário das gestantes e transforma-se, com a proximidade do parto, na gênese de outros medos: medo do trabalho de parto; medo do desempenho e de comprometer o bem-estar fetal; medo da anestesia; medo do desconhecido, entre tantos outros, dados estes corroborados por nosso estudo. A dor relacionada ao trabalho de parto expõe os aspectos psicológicos e a dimensão da experiência dolorosa, assim como as respostas emocionais, e, dependendo da percepção cognitiva, cultural e comportamental da mulher, haverá uma dissociação entre a percepção desta e a reação/resposta aos estímulos nociceptivos (Franco et al., 2011).

Outra questão que emergiu em nosso estudo, através da aplicação da escala HÁ<-D foi a insônia, sendo esta relacionada a gestação e parto atrelada ao medo, como por exemplo, medo de ser abandonada pelo companheiro e não conseguir cuidar do filho sozinha (SANTOS et al., 2020).

Assim, é importante que o atendimento a gestante ganhe nova atenção. O ciclo gravídico puerperal é marcado por alterações emocionais características desse período, no entanto, há possibilidade de desencadear transtornos psíquicos significativos comprometendo a saúde mental da mulher. A fase da gestação é um período potencial para o desenvolvimento de crise e a literatura tem apontado para uma porcentagem considerável de mulheres que apresentam transtornos psiquiátricos nesta fase do desenvolvimento. Espera-se, por tanto, que o sistema de saúde ofereça acompanhamento psicológico á grávida como forma de prevenção e promoção a saúde mental. (SCHIAVO, 2011)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que a ansiedade durante o trabalho de parto na amostra em questão este relacionada as variáveis faixa etária, principalmente atrelado aos 15 e 25 anos, cor de pele autodeclarada negra, estado civil solteiro e baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto). Quanto a presença de sintomas ansiosos a incidência foi de 15, 38% e relacionada a intensidade leve.

Como limitações dessa pesquisa, aponta-se o fato de ter sido realizado em um único município, em um curto período e no período vespertino, o que pode ter limitado a diversidade de problemas da ansiedade no período do trabalho de parto, assim como um número amostral pequeno para análise quantitativa, uma vez que nossos dados apresentaram pouca significância estatística.

Como contribuição deste nosso estudo, os dados trazem pela primeira vez o panorama da sintomatologia ansiosa em parturientes de um hospital filantrópico que atende uma cidade de médio porte do leste paulista, o que permitirá aos gestores hospitalares e municipais a realização de planejamento para o enfrentamento das questões abordadas.

REFERÊNCIAS

- Alves JS, Siqueira HCH, Pereira QLC. Inventário de ansiedade Traço-Estado de gestantes, *Journal of nursing and health*, v. 8, n. 3, p. 1-11, 2018.
- Araújo DMR, Pacheco AHRN, Pimenta AM, Kac G. Prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma coorte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município do Rio de Janeiro, *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v. 8, n. 3, p. 333-340, jul/set. 2008.
- Baptista MN, Baptista ASD, Torres ECR. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes, *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, v. 7, n. 1, p. 39-48, jan/jun. 2006.
- Camacho SC, Cantinelli FS, Ribeiro CS, et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento, *Revisão literatura*, São Bernardo do Campo, v. 33, n. 2 p. 92. 2006.
- Cardillo VA, Oliveira LCQ, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz FA. Identificação de sintomas depressivos no período pós-parto em mães adolescentes, *Revista eletrônica de enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 18, p. 1149-31, mar. 2016.
- Chemello MR, Levandowski DC, Donelli TMS. Ansiedade materna em maternidade: Revisão crítica da literatura, *Interação em psicologia*, Rio Grande do Sul, v. 21, n. 1, p. 461 -73. 2017.
- Cunha MLK. Orientações para acompanhantes das parturientes: uma proposta para a educação na saúde, *UFRGS Lume Repositório Digital*, v.16, n. 52, p. 1-42,dez.2014.
- Fiorotti KF, Goulart JM, Barbosa BLFA, et al. Ansiedade em puérperas em maternidade de alto risco, *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, recife, v. 13, n. 5, p.1300-7, maio. 2019.
- Francisquini AR, Higarashi IH, Serafim D, Bercini LO. Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupo de puérperas, *Cienc. Cuid. Saúde*, v. 9, n. 4, p. 743-751, out/dez. 2010.
- Gomes DM, Oliveira MIC, Fonseca SC. Avaliação da testagem anti-HIV no pré-natal e na assistência ao parto no Rio de Janeiro, Brasil, *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v. 15, n. 4, p. 413-423, out/dez. 2015.
- Leite MG, Rodrigues DP, Sousa AAS, et al. Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes, *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 19, n. 1, p. 115-124, jan/mar. 2014.

- Lucchese E, Simões ND, Monteiro LHB, et al. Fatores associados à probabilidade de transtorno mental comum em gestantes: estudo transversal, EEAN, Catalão, v.21, n. 3, p. 1-6-2017.
- Medeiros AL, Santos SR, Cabral RWL, et al. Avaliando diagnósticos e intervenções de enfermagem no trabalho de parto e na gestação de risco, Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 37, n. 3, p. 1-9, set. 2016.
- Moura MDR, Castro MP, Margotto PR, Rugolo LMSS. Hipertensão Arterial na Gestação - importância do seguimento materno no desfecho neonatal, Com. Ciências Saúde, v. 22, n. 1, p. 113-120, 2011.
- Nemer CRB, Sales BLD, Ranieri BC, Lemos LL, et al. HIV e teste rápido: representações sociais de gestantes, Rev. De enf. UFPE online, v. 13, p. 1- 11, 2019.
- Nunes GS, Leite KNS, Lima TFA, et al. Sentimentos vivenciados por primigestas, Revista de Enfermagem UFPE On Line, Recife, v. 12, n. 4, p. 916–22, abr.2018.
- Pereira RR, Franco SC, Baldin N. A dor e o protagonismo da mulher na parturição, Rev. Bras Anestesiol, v. 61, n. 3, p. 376-388, maio/jun. 2011.
- Saviani-Zeoti F, Petean EBL. Apego materno-fetal, ansiedade e depressão em gestantes com gravidez normal e de risco: estudo comparativo, Psicologia de saúde, Campinas, v. 32 n. 4 p. 675-683-out/dez. 2015.
- Schiavo RA. Presença de stress e ansiedade em primigestas no terceiro trimestre de gestação e no pós-parto, Repositório institucional UNESP, p. 1-141, 3 mar. 2011.
- Silva CS, Ronzani TM, Furtado EF. Relação entre prática religiosa, depressão, ansiedade e uso de álcool entre gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde de Juiz de Fora, HU Revista, Juiz de Fora, v. 35, n. 2, p. 111- 118, abr/jun. 2009.
- Silva MMJ, Nogueira DA, Clapis MJ, Leite EPRC. Ansiedade na gravidez: prevalência e fatores associados, Rev. Da escola de enfermagem da USP, v. 51, p. 1-8, ago. 2017.
- Souza MG, Vieira BDG, Alves VH, et al. A preocupação das mulheres primíparas em relação ao trabalho de parto e parto, Rev.de pesquisa cuidado é fundamental online, v. 71, n.1, p.1987-2000, jan/mar. 2015.
- Vettore MV, Dias M, Domingues RMSM, et al. Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 1021-1034, mai. 2015.
- Vieira CLV, Barreto MS, el al. Vulnerabilidade da gravidez de alto risco na percepção de gestantes e familiares, Periódicos UFC, Mandaguari, v. 20, n. 1, p.402-07, jan/dez. 2019.
- Wechsler MA, Reis PK, Ribeiro DB. Uma análise exploratória sobre fatores de riscos para o ajustamento psicológico de gestantes, Psicologia argumento, Bebedouro, v. 34, n. 86, p. 273-288, jul/set. 2016.