

## Ansiedade e Depressão na Morbidade Materna Grave e Near Miss

Monica Silva Silveira<sup>1,\*</sup> , Larissa Paes Leme Galvão<sup>1</sup> , Ricardo Queiroz Gurgel<sup>1</sup> , Ikaro Daniel Carvalho Barreto<sup>1</sup> , & Marlizete Maldonado Vargas<sup>2</sup> 

<sup>1</sup> Universidade Federal de Sergipe (UFS), Aracaju, SE, Brasil

<sup>2</sup> Universidade Tiradentes, Aracaju, SE, Brasil

**RESUMO** – Com o objetivo de verificar a prevalência da ansiedade e depressão em mulheres com morbidade materna grave (near miss), foi realizado estudo de coorte transversal, com 549 mulheres. Para tanto, foram utilizados o Inventário de Beck de Depressão (BDI) e o Inventário de Ansiedade (BAI). Na análise estatística, aplicaram-se o teste do qui-quadrado de Pearson e o U-Mann-Whitney, além de Razões de Chances brutas e seus Intervalos com 95% de confiança. Houve maior prevalência e maior chance de desenvolver a ansiedade e depressão na MMG/NM, bem como a relação positiva e significativa entre ambos. Considera-se a associação do ponto de vista psicológico, como um fator grave e impactante na saúde mental da mulher.

**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 maternal morbidity (near miss), a cross-sectional cohort study was conducted, with 549 women. The Beck Depression Inventory (BDI) and the Anxiety Inventory (BAI) were used. For the statistical analysis, the Pearson chi-square test and the U-Mann-Whitney test besides Odds Ratio and their 95% confidence intervals. There was a higher prevalence and a greater chance of developing anxiety and depression in the SAMM/NM, as well as the positive and significant relationship between both. We consider association from the psychological point of view as a serious and shocking factor in the mental health of women.

**KEYWORDS:** Depression, anxiety, pregnancy complications, morbidity, near miss

A ansiedade e a depressão são consideradas problemas de saúde pública. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de pessoas com transtornos de ansiedade era de 264 milhões em 2015, com um aumento de 14,9% em relação a 2005. A prevalência da ansiedade na população mundial é de 3,6%, sendo que o Brasil é recordista mundial com 18,6 milhões de pessoas atingidas (9,3%). De acordo com estimativas, há 322 milhões de pessoas no mundo com depressão, no Brasil esse índice chega a cerca de 11,5 milhões, 5,8% da população. Mesmo sendo as doenças que mais afetam pessoas no Brasil e no mundo, com incidência maior em mulheres do que em homens (WHO, 2017), são pouco estudadas entre as mulheres que vivenciam a morbidade materna grave e near miss materno (Tunçalp et al., 2012).

Estima-se que ocorram anualmente cerca de 27 milhões de episódios de complicações diretas relacionadas à gestação (Graham et al., 2016) e dentro deste espectro, em especial, ressaltam-se duas situações distintas de gravidade conhecidas como morbidade materna grave (MMG) e near miss materno (NM). Segundo a OMS, near miss materno é definido como o caso de uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu a uma complicação ocorrida durante a gravidez, parto ou até 42 dias de puerpério. Já os casos de MMG também se encaixam nessa definição, porém são dotados de uma gravidade menor que os casos de NM materno (Say et al., 2009). Esta nova definição deverá ser incluída na 11ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde (CID-11) e está prevista para ocorrer em 2018 (Chou et al., 2016; Say et al., 2016).

\* E-mail: [mssdoutora@gmail.com](mailto:mssdoutora@gmail.com)

■ Submetido: 17/01/2017; Revisado: 05/03/2018; Aceito: 23/04/2018.

Os critérios definidores de MMG e NM são próprios para cada condição e são baseados em critérios clínicos, exames laboratoriais e intervenções realizadas (Say et al., 2009).

O estudo avaliou os dados sobre a incidência do near miss materno, identificados segundo os critérios da OMS, na pesquisa Nascer no Brasil. Um total de 684 mortes maternas foi identificado no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), estabelecendo o cálculo da razão da mortalidade materna (RMM) de 29,41 para 100 mil nascidos vivos. O número de mulheres com desfechos maternos graves foi estimado em 24.431 casos, sendo a razão de mortalidade entre os casos de near miss materno de 34,71:1 e o índice de mortalidade das mulheres com desfechos maternos graves de 2,79% (Dias et al., 2014). O que ocorre é que diante da maior frequência de casos de NM materno em relação a morte materna e que estas duas situações partilham dos mesmos fatores de risco, o estudo sobre NM materno e suas vertentes surge como uma alternativa viável no entendimento dos problemas e barreiras da assistência à saúde materna e ajuda no desenvolvimento de indicadores do atendimento prestado dentro do serviço ou do Sistema de Saúde (Souza et al., 2002).

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 até como fatores de risco para depressão pós-parto (Fairbrother et al., 2015). Alguns dos principais fatores de risco associados a essas diferenças são histórias passadas de transtornos psiquiátricos, cuidados pré-natais insuficientes, subnutrição, eventos de vida estressantes, privação econômica entre outros (Alder et al., 2007, Faisal-Cury & Rossi Menezes, 2007, Tunçalp et al., 2013).

Sabe-se que aspectos emocionais gestacionais, tais como sentimentos ambivalentes na díade mãe-bebê, prejudicam a relação de apego necessária para o estabelecimento de relações afetivas e para o desenvolvimento psicológico e social da criança. Em casos extremos, a mulher pode sofrer adoecimento mental do tipo depressão pós-parto, ideação suicida e de infanticídio, caracterizando a incapacidade para o cuidado materno-infantil (Buist, Gottman, & Yonkers, 2011; Carvalheira, Tonete, & Parada, 2010; Dunkel & Tanner, 2012; Lancaster et al., 2010).

Situações caracterizadas como de near miss podem trazer consequências múltiplas para a saúde da mulher, atingindo as funções orgânica, mental, cognitiva, social e econômica, já que as complicações no estado de saúde podem gerar a incapacidade temporária ou permanente para o trabalho (Silva, Silveira, & Goomes-Sponholz, 2016, Van Bussel, Spitz, & Demyttenaere, 2006). Essas repercussões provocam consequências negativas na saúde mental e psicossocial da mulher e da família, impactando-os diretamente na qualidade de vida, agravados pelo fato de ocorrerem em um período sensível e vulnerável para a mãe e o bebê (Carvalheira et al., 2010; Cecatti et al., 2009; Pacagnella et al., 2010; Silva et al., 2016).

Diante do exposto, torna-se fundamental conhecer a relação entre morbidade materna grave / *near miss* materno e o processo de adoecimento mental desses grupos, visando diminuir os prejuízos psicológicos e financeiros dessas mulheres e de suas famílias. Resultados decorrentes dessa análise são capazes de subsidiar informações para a elaboração de políticas públicas 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 MMG e NM materno.

## 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 Isabel 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 (N=277), que preenchia os critérios atuais para MMG/NM materno da OMS (Say et al., 2009) e o grupo não exposto (N=272), composto por mulheres no puerpério imediato sem intercorrências na gestação ou parto. Todas as participantes foram abordadas durante as primeiras 24 horas do momento do parto.

### Instrumentos

Dados para a construção do perfil sociodemográfico, clínico-obstétrico e hábitos de vida foram coletados através de um questionário com variáveis que identificassem e formassem o perfil da população e que pudessem indicar suas influências no desfecho: local de procedência (capital ou interior do estado), idade, escolaridade, situação conjugal, trabalho (formal/informal), realização de pré-natal, paridade (primípara, 1 ou mais partos), hábitos de vida; consumo de álcool (refere-se ao fato de ter se declarado abstêmio ou não) e tabagismo (antes e durante a gestação), não sendo avaliadas as quantidades de consumo e/ou frequência e duração do consumo.

Para avaliar a presença e o nível de intensidade de sintomas atuais de ansiedade e depressão em mulheres com e sem MMG/NM foram utilizados o Inventário Beck de Ansiedade (BAI) e o Inventário Beck de Depressão (BDI). Ambos trabalham com escalas de auto relato e foram

traduzidos e adaptados ao português e à população brasileira por Cunha (2001).

Os instrumentos são compostos por 21 questões em cada um, com quatro alternativas. 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, variando da ausência à presença forte da sintomatologia depressiva: 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.

Consideramos sintomas ansiosos se a pontuação de BAI fosse maior ou igual a 11, da mesma forma, de sintomatologia depressiva se a pontuação de BDI fosse maior ou igual a 10. (Cunha, 2001). E de ocorrência simultânea entre os sintomas de depressão e ansiedade se um mesmo participante atendessem os critérios acima estabelecidos. Estudo no Brasil realizado por Gorenstein e Andraden (1998), identificou os coeficientes de fidedignidade (alfa de Cronbach) de 0,76; 0,77 e 0,66, a cada fator explicou 28,3%; 6,4% e 6,1%, respectivamente, da variância total (Gandini et al., 2007).

## Procedimentos de Coleta

Durante o puerpério imediato, o processo de eleição dos grupos foi realizado por médica obstetra através da busca ativa do grupo exposto e sorteio randomizado do não exposto a MMG. Esta sistemática foi realizada nas maternidades a cada 48 horas. No mesmo dia e após a assinatura do termo de consentimento livre e 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 frequências simples, médias e desvios-padrão. Associações foram avaliadas através do teste do qui-quadrado e as diferenças de média para amostras independentes através do teste U-Mann-Whitney. As razões de chances e seus 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 ( $\phi > 0,5$ ) (Wolverton, Dombrosky, & Lyman, 2016), com uma significância de 5% na amostra de 549 entrevistadas, sendo identificado poder de 99,9% para BAI, 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 com parecer aprovado (nº CAAE: 0284.1.107.000/2011). As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da aplicação dos instrumentos e de responderem.

## RESULTADOS

Do total de 549 participantes distribuídas em dois grupos: expostos (N=277) e não expostos (N=272) a morbidade materna grave/near miss, os resultados se referem, inicialmente, à caracterização do perfil sociodemográfico, clínico-obstétrico e hábitos de vida. Em comparação com o grupo não exposto a MMG/NM, identificou-se diferenças estatisticamente significativas nas variáveis relativas a morarem no interior do estado de Sergipe, 66%; possuírem baixa escolaridade, 53, %; não estarem trabalhando, 80%; usarem bebida alcoólica em 31%; e 9% não tiveram acompanhamento pré-natal.

Observou-se também diferenças significativas entre os grupos quanto à ocorrência de depressão, com incidência de 34% no grupo exposto, e no grupo não exposto, de 12% ( $<0,001$ ); e de ansiedade em 62% no grupo exposto, contra 37% no não exposto ( $<0,001$ ). As demais variáveis

analisadas do perfil sociodemográfico não se mostraram estatisticamente significativas na comparação entre os grupos (Tabela 1).

Foi observado que pacientes com MMG/NM apresentaram quase três vezes maior chance de ter ansiedade (OR=2,77; IC95%: 1,96-3,92) e quase onze vezes de ter depressão (OR=10,95; IC95%: 5,83-20,56) (Tabela 2).

Quando se observou a prevalência de sintomas para depressão e ansiedade simultaneamente, o grupo exposto apresentou prevalência de 27,1% versus 1,1% do grupo não exposto ( $p < 0,001$ ). 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 exposto a MMG/NM que no grupo não exposto (OR=33,3; IC95% 10,30-107,00) (Tabela 3).

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica, clínico-obstétrica e hábitos de consumo em mulheres com e sem morbidade materna grave/near miss (MMG/NM)

Variáveis	Com MMG/NM N=277	Sem MMG/NM N=272	X <sup>2</sup> (p-valor)
	F (%)	F (%)	
Local de Procedência			
Capital	95 (34)	200 (74)	3,971 (0,046)
Interior	182 (66)	72 (26)	
Idade Média (DP)	28,15 (7,75)	26,77(7,75)	0,038*
>=35	70 (25)	53 (20)	2,64 (0,104)
<35	207 (75)	219 (80)	
Escolaridade			
< 8 anos	198 (71)	172 (63)	4,246 (0,039)
>=8 anos	79(29)	100(37)	
Situação conjugal			
Sem companheiro	59 (21)	75 (28)	2,928 (0,087)
Com companheiro	218 (79)	197 (72)	
Trabalha			
Não	222 (80)	185 (68)	10,530 (<0,001)
Sim	55 (20)	87 (32)	
Fez pré-natal			
Não	26 (09)	03 (01)	18,820 (<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)	
Hábito de consumo			
Faz uso de bebida alcoólica			
Não	192 (69)	243 (89)	33,445 (<0,001)
Sim	85 (31)	29 (11)	
Tabagismo			
Não	261(94)	263 (97)	1,922 (0,166)
Sim	16 (06)	9 (3)	
Ansiedade (BAI>10)	171(62)	100 (37)	34,000 (<0,001)
Depressão (BAI>11)	93 (34)	12 (04)	75,000 (<0,001)

x<sup>2</sup> - Estatística do Teste Qui-Quadrado;\* Teste de Mann-Whitney

Tabela 2

Razões de chance do efeito da morbidade materna grave/near miss (MMG/NM) sobre a depressão (Beck, BDI) e a ansiedade (Beck, BAI)

Grupos	Ansiedade OR (IC 95%)	p-valor	Depressão OR (IC-95%)	p-valor
Com MMG/NM	2,77 (1,96-3,92)	<0,001	10,95 (5,83-20,56)	<0,001
Sem MMG/NM	1		1	

OR – Odds Ratio (Razão de chances); IC 95% - Intervalo de confiança 95%; Teste Qui-Quadrado;

Tabela 3

Razões de chance do efeito da morbidade materna grave e near miss (MMG/NM) sobre a depressão (Beck, BDI) e a ansiedade (Beck, BAI) simultaneamente

Inventários de Beck	Com MMG/NM F (%)	Sem MMG/NM F (%)	OR (IC95%)	X <sup>2</sup> (p-valor)
BAI>11 e BDI>10	75 (27,1)	3 (1,1)	33,3 (10,30-107,00)	76 (<0,001)
Demais casos	202 (72,9)	269 (98,9)		

x<sup>2</sup> - Estatística do Teste Qui-Quadrado; OR – Odds Ratio (Razão de chances); IC95% - Intervalos com 95 de confiança; p-valor para o Teste Qui-Quadrado

Verificou-se que houve associação significativa ( $p < 0,001$ ) entre os níveis de sintomatologia para depressão e ansiedade e os grupos estudados. Observou-se que o nível mínimo de ansiedade foi mais prevalente no grupo não exposto (63,2%) que no grupo com MMG/NM (38,3%), com significância estatística. Um resultado similar foi observado na depressão, onde o grupo não exposto apresentou 95,6%

de prevalência de nível mínimo de sintomatologia positiva para depressão enquanto o grupo exposto apresentou 66,4%. Assim, os resultados demonstraram que o grupo de mulheres com MMG/NM atingiu maior prevalência na sintomatologia positiva de depressão e ansiedade nos diversos níveis dos inventários (BAI/BDI) (Tabela 4).

Tabela 4

Níveis de ansiedade e depressão dos indivíduos com e sem a morbidade materna grave/near miss (MMG/NM)

Inventários de Beck	Com MMG/NM (n=277)	Sem MMG/NM (n=272)	$\chi^2$ (p-valor)
	F (%)	F (%)	
<b>BAI – Ansiedade</b>			
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)	
<b>BDI – Depressão</b>			
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)	

F – frequência;  $\chi^2$  - Estatística do Teste Qui-Quadrado.

## DISCUSSÃO

Os dados aqui apresentados mostram claramente a associação entre situações de MMG/NM e sintomatologia de ansiedade e depressão. Com relação à caracterização da amostra, considerou-se a população deste estudo homogênea, pelo fato de expostos e não expostos serem igualmente usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e compartilharem de um mesmo universo socioeconômico.

Mulheres que apresentaram MMG/NM obtiveram alguns resultados mais frequentes, como o de residirem no interior do estado, possuírem um nível de escolaridade mais baixo, estarem menos inseridas no mercado de trabalho, terem realizado menos acompanhamento no pré-natal, terem se autodeclarado maiores consumidoras de bebida alcoólica, serem tabagistas e possuírem idade superior a 35 anos. O acesso universal aos cuidados de saúde é considerado um determinante social da saúde, e a disponibilidade de serviços apropriados de saúde mental é mais difícil na zona rural, o que precariza ainda mais a situação dessa população (Alves & Rodrigues, 2010).

Estudos sobre MMG e NM materno realizados em países em desenvolvimento como o Brasil, constata o baixo nível social e econômico da população estudada e relaciona-se a precarização da assistência à saúde, a crise nos setores de saúde e educação, às desigualdades sociais, desemprego, dentre outros fatores (Buist et al., 2011; Lancaster et al.,

2010; Seema et al., 2012; Tunçalp et al., 2012). Estudos de coorte mostraram que as mulheres com diagnóstico de complicações obstétricas severas, incluindo “near miss”, apresentaram maior risco social e econômico em comparação a mulheres que tiveram parto sem complicações (Silva et al., 2016; Storeng et al., 2012).

Sabe-se que mulheres que experimentam quadros de vulnerabilidade social ou econômica estão mais propensas a sofrer transtornos mentais na gestação como depressão pós-parto. Antecedentes pessoais de transtornos de humor e de ansiedade, histórico familiar de doença psiquiátrica, eventos estressores, baixo suporte social e gravidez não planejada também podem gerar desfechos negativos do quadro mental das mulheres (Hardee & Blanc, 2012; Lancaster et al., 2010; Pereira et al., 2009).

Pesquisa sobre a morbidade materna e a negligência da maternidade segura nos países em desenvolvimento, refere-se a qualidade e ao tipo de sistema de saúde nesses países como fatores agravantes para a saúde mental (Hardee & Blanc 2012). As taxas de depressão materna variam amplamente em todo o mundo e foram relatadas no estudo de Wolf et al. (2002), como de 15-28% na África e na Ásia (Husain et al., 2000) e 35-47% na América Latina. Em revisão sistemática sobre a morbidade materna, Machiyama et al. (2017) apontam para importantes descobertas quanto

às consequências à saúde, física, mental, econômica e social na vida das mulheres. Entretanto, alerta sobre a dificuldade de realização de meta-análise, devido a vasta gama de metodologias empregadas nos estudos, o que dificulta sobremaneira o seu estudo.

Outras pesquisas sobre ansiedade, depressão e estresse na gravidez apontam para a associação entre esses transtornos e o surgimento de complicações clínico-obstétricas como hipertensão, sangramento, parto prematuro e abortos espontâneos e induzidos (Dunkel & Tanner, 2012; Meaney et al., 2016; Pereira et al., 2009). De acordo com Reading e Reynolds (2001), são fatores de risco para depressão materna, além dos aspectos relativos à ordem biológica, complicações obstétricas, eventos adversos e estressantes na gravidez e aspectos psicossociais desfavoráveis.

No presente estudo, foram identificadas elevada incidência de ansiedade e depressão em mulheres que vivenciaram situações de gravidade obstétrica (MMG/NM). Esses achados são corroborados com outros da literatura, como o de Adler et al. (2007), em que altos níveis de depressão e ansiedade foram associados ao resultado obstétrico desfavorável como complicações obstétricas, sintomas gravídicos, trabalho de parto prematuro e dor, além de implicações no bem-estar e comportamento fetal e neonatal. Apesar da experiência individual e subjetividade de cada mulher que vivencia a MMG/NM, torna-se comum relatos como: expressões de medo iminente da própria morte e de seus bebês, sentimento de culpa, ansiedade, preocupação e confusão bem como a angústia pela desinformação sobre seu próprio diagnóstico (Carvalho et al., 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 como 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 (Koblinsky et al., 2012). Quando a mulher é a provedora em especial ou representa a única fonte de renda, o desfecho desfavorável do parto pode gerar uma desintegração familiar com a eclosão de problemas econômicos que comprometem a vida dos filhos (Anderson et al., 2007).

Esta pesquisa identificou que a mulher ao vivenciar MMG/NM teve aproximadamente três vezes mais chance de apresentar sintomatologia de ansiedade e aproximadamente onze vezes mais de apresentar depressão. Nesse contexto, outros estudos revelam que as 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).

Existem evidências de que a elevada exposição ao estresse na gravidez, associado a escassez de recursos materiais, condições desfavoráveis de emprego, grandes responsabilidades domésticas e familiares, tensão nos relacionamentos amorosos e complicações na gravidez, provocam o adoecimento mental gerando ansiedade e depressão (Dunkel & Tanner, 2012).

Segundo Alder et al. (2007), o sofrimento psicológico materno no pré-natal e os resultados obstétricos 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 na população estudada (Ceccati et al., 2009; Meaney et al., 2016).

Como encontrado neste estudo, independentemente da sua gravidade, a morbidade materna grave, favorece situações adversas na vida da mulher e de sua família, o que torna fundamental a busca do conhecimento quanto as suas repercussões e controle de programas de assistência e indicadores de vigilância da morbidade e mortalidade maternas (Ceccati et al., 2009; Meaney et al., 2016; Tunçalp et al., 2013). A avaliação e o acompanhamento das mulheres atingidas devem ser abrangentes o bastante para que não se limitem aos aspectos biomédicos da saúde materna, mas que incluam modelos integradores que valorizem os aspectos psicossociais, que gerem a oportunidade de acompanhamento de uma equipe multidisciplinar e que contemple também uma abordagem psicoterapêutica, uma vez que auxiliará a mulher e demais familiares acerca da realidade vivida pelo adoecimento, através da escuta acolhedora do seu sofrimento e que promovam o planejamento de estratégias apropriadas para o seu enfrentamento.

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 elementos confundidores e/ou protetores e interferir no seu desfecho, bem como de dados longitudinais que permitissem sua evolução. Apesar das limitações, acredita-se que os controles metodológicos utilizados frente aos objetivos propostos permitiram a identificação dos resultados da associação entre a presença de ansiedade e depressão e a exposição a morbidade materna grave que, neste estudo, foi marcante.

## CONCLUSÃO

Constatou-se que a morbidade materna grave favorece a vulnerabilidade psicológica da mulher em relação a ansiedade e depressão. 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. É fundamental,

portanto, o rastreamento adequado de transtornos mentais comuns pelo profissional de saúde mental habilitado na escuta qualificada, de cunho preventivo e devidamente estendida aos companheiros e familiares da mulher, no sentido de fortalecer, de forma consistente, o vínculo materno-infantil.

## REFERÊNCIAS

- Alder, J., Fink, N., Bitzer, J., Hösli, 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.
- Alves, A.A. M., & Rodrigues N.F.R. (2010). Determinantes sociais e econômicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 127-131.
- Anderson, F.W., Morton, S.U., Naik, S., Gebrian, B. (2007). Maternal mortality and the consequences on infant and child survival in rural Haiti. *Maternal and Child Health Journal*, 11(4), 395-401.
- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. (2015). Mood and anxiety disorders in pregnant and postpartum women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 44, 687-689.
- Buist, A., Gotman, N., & Yonkers, K. A. (2011). Generalized anxiety disorder: course and risk factors in pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, 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. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(6), 1187-1194.
- Cecatti, J. G., Souza, J. P., Parpinelli, M. A., Haddad, S. M., Camargo, R. S., Pacagnella, R. C., ... 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.
- Chou, D., Tunçalp, Ö., Firoz, T., Barreix, M., Filippi, V., von Dadelszen, P., ... Say, L. (2016). Maternal morbidity - Towards a standard tool to measure and monitor maternal health beyond mortality. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16, 45.
- 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., ... Leal, M.C. (2014). Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: Dados da pesquisa Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet], 30(Suppl 1), S169-S181.
- Dunkel, S. C., & Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in 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.
- Faisal-Cury, A., & Rossi Menezes, P. (2007). Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Archives of Women's Mental Health*, 10, 25-32.
- Gandini, R. C., Martins, M. C. F., Ribeiro, M. P., & Santos, D. T. G. (2007). Inventário de Depressão de Beck – BDI: Validação fatorial para mulheres com câncer. *Psico-USF*, 12(1), 23-31.
- Graham W., Woodd, S., Byass P., Filippi, V., Gon, G., Virgo, S., ... Singh, S. (2016). Diversity and divergence: The dynamic burden of poor maternal health. *Lancet*, 388, 2164-2175.
- Hardee, J. G., & Blanc, A. K. (2012). Maternal morbidity: Neglected dimension of safe motherhood in the developing world. *Global 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. *Journal of Health Population and Nutrition*, 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. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202(1), 5-14.
- Machiyama, K., Hirose, A., Cresswell, J. A., Barreix, M., Chou, D., Kostanjsek, N., ... Filippi V. (2017). Consequences of maternal morbidity on health-related functioning: A systematic scoping review. *BMJ Open*, 7, e013903.
- 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., ... Haddad, S. M. (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. *Journal D'obstetrique et Gynecologie du Canada*, 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. *Cadernos de 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 Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 23, 287-296.
- Say, L., Barreix, M., Chou, D., Tunçalp, Ö., Cottler, S., McCaw-Binns, A., ... Hindin, M. (2016). Maternal morbidity measurement tool pilot: Study protocol. *Reproductive Health*, 13(1). DOI: 10.1186/s12978-016-0164-6
- Seema, B., Saima, G., Shazia, M., & Shancela, 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. D., Duarte, G., & Basile Filho, A. (2002). Near - miss maternal mortality in developing countries. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 104, 80.
- 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.
- Storeng, K.T., Drabo, S., Ganaba, R., Sundby, J., Calvert, C., & Filippi, V. (2012). Mortality after near-miss obstetric complications in Burkina Faso: Medical, social and health-care factors. *Bulletin of the World Health Organization*, 90, 418-425C.
- 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. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 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.
- Wolf, A.W., De Andraca, I., & Lozoff, B. (2002). Maternal depression in three Latin American samples. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 169-176
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/prevalence\\_global\\_health\\_estimates/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/).
- Wolverton, S., Dombrosky, J., & Lyman, R. L. (2016). Practical Significance: Ordinal Scale Data and Effect Size in Zooarchaeology. *International Journal of Osteoarchaeology*, 26, 255-265.