

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE – CES
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

GESTAR, QUERER E CUIDAR: UM OLHAR SOBRE A SAÚDE
MENTAL DA GESTANTE

CUITÉ
2024

JAYANA GABRIELLE SOBRAL FERREIRA

GESTAR, QUERER E CUIDAR: UM OLHAR SOBRE A SAÚDE
MENTAL DA GESTANTE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Unidade Acadêmica de Enfermagem da
Universidade Federal de Campina Grande,
Campus Cuité, como requisito obrigatório para
obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Alynne Mendonça
Saraiva Nagashima

CUITÉ
2024

F383g Ferreira, Jayana Gabrielle Sobral.

Gestar, querer e cuidar: um olhar sobre a saúde mental da gestante. / Jayana Gabrielle Sobral Ferreira. - Cuité, 2024. 56 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde, 2024.

"Orientação: Profa. Dra. Alynne Mendonça Saraiva Nagashima".

Referências.

1. Gestação. 2. Avaliação de transtornos mentais na atenção primária. 3. Gravidez não planejada. 4. Cuidado Pré-Natal. 5. Saúde mental. 6. Centro de Educação e Saúde. I. Nagashima, Alynne Mendonça Saraiva. II. Título.

CDU 618.2(043)

JAYANA GABRIELLE SOBRAL FERREIRA

Gestar, querer e cuidar: um olhar sobre a saúde mental da gestante

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unidade Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 26 de abril de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Alynne Mendonça Saraiva Nagashima
Orientadora (Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité)

Profa. Dra. Larissa Soares Mariz Vilar de Miranda
Membro interno efetivo (Universidade Federal de Campina Grande- Campus Cuité)

Profa. Dra. Heloisy Alves de Medeiros Leano
Membro interno efetivo (Universidade Federal de Campina Grande- Campus Cuité)

CUITÉ-PB

2024

Dedico essa conquista à profissão que escolhi. Que este trabalho e meus esforços possam contribuir para fortalecer ainda mais a atenção à saúde pública e integral. Ser enfermeira sempre será a melhor parte de mim.

Agradecimentos

Em meio a tantas dificuldades, inseguranças, longos quilômetros percorridos durante 5 anos e tantos dias longe de casa, não há como subestimar a importância de todas as pessoas que me impulsionaram a alcançar cada passo dado.

Agradeço primeiramente à minha família. Meus pais, Júnior e Clebiana, são os maiores responsáveis por essa conquista. Sem eles, eu não seria a pessoa que sou hoje e não conseguiria almejar a pessoa que quero ser no meu futuro. Tudo o que eu faço é por eles e eu tenho certeza de que eles continuarão fazendo de tudo por mim. Obrigada por não medirem esforços e por moverem todas as montanhas pra que eu sempre pudesse ter tudo.

Ao meu irmão Thiago, por ser a pessoa que eu mais amo no mundo, ser meu melhor amigo, meu companheiro e a maior alegria de todos os meus dias.

Meu vovô Basto e minhas vovós Fátima e Vânia, por sempre serem os melhores avós do mundo e por sempre cuidarem de mim em todos os momentos. Eles são o maior exemplo de amor e cuidado que eu conheci. Espero um dia poder ser 1% do que vocês são e sempre continuarei orgulhando vocês.

Todos os meus tios, tias e primos. Minha família é meu bem mais precioso e eu sei que sempre terei cada um de vocês comigo.

Obrigada Quézia, Anne, Victoria, Nephtys e Yhasmym, por se tornarem minha família. Vocês me ensinaram tantas coisas, cuidaram de mim e me fizeram ser uma pessoa melhor. Sentirei saudades de cada almoço juntas, dias de faxina, cada noite de risadas, segredos, esfirras de brigadeiro e pipoca.

Carolina, Mirely, Felipe, Maria Clara e Matteus; vocês se tornaram minha casa e minha família. “Tem pessoas na vida que a gente esbarra, e tem pessoas na vida que a gente encontra” e Deus me fez encontrar cada um de vocês. Não importa a distância e o caminho que iremos traçar, nada vai apagar o início inesperado da nossa amizade, as infinitas noites de estudo e cansaço pré-prova, as tardes mais que especiais de café e muita fofoca, as piadas internas e o apoio que sempre damos uns aos outros. Eu admiro cada traço da nossa amizade. Poucas pessoas têm tanta sorte na vida. Obrigada por me escolherem.

Aos meus tantos amigos, por compartilharam risos, lágrimas e inúmeros momentos nesses tantos anos. Maria Júlia, Vitor, Laís, Thalita, Adriele, Nayra; há 5 anos atrás, eu comecei esse curso com vocês estando comigo e encerro ele com vocês ao meu lado, desde o ensino médio, até a aprovação. Obrigada por permanecerem aqui.

Às autoras do Instrumento De Rastreo De Sintomas De Ansiedade Gestacional (IRSAG), Rafaela e Mayra, por serem tão solícitas e atenciosas, me permitindo o uso do IRSAG para a minha coleta. A contribuição de vocês foi altamente relevante para o meu estudo e fundamental na minha jornada acadêmica.

A enfermeira Alinne Cristine, por abrir as portas do seu serviço e permitir, não só o desenvolvimento dessa pesquisa, mas tantos outros ensinamentos para minha carreira profissional.

A enfermeira Isis, por se tornar, além de uma preceptora, uma amiga e um exemplo de profissional. Sempre irei admirar seu carinho, sua dedicação e seu esforço para fazer a diferença. Que nada nem ninguém mude a pessoa tão especial que você é. Você me ensinou demais.

Agradeço a Universidade Federal de Campina Grande, em especial ao campus de Cuité. O Centro de Educação e Saúde é um exemplo de qualidade de ensino e acolhimento e tenho a sorte de dizer que ele se tornou a minha segunda casa e me apresentou pessoas incríveis.

Agradeço profundamente a todo o corpo docente da Unidade Acadêmica de Enfermagem, em especial a minha banca avaliadora, Heloisy e Larissa, por serem exemplo de alegria e inspiração. Levarei vocês no meu coração durante toda a jornada da minha carreira.

A minha orientadora Alynne. Existem pessoas que naturalmente emanam positividade, empatia, generosidade e respeito, e você com certeza é uma delas. Jamais imaginaria que o processo de escrever uma dissertação poderia ser tão leve, simples e prazeroso e a você foi a maior responsável por isso. Serei eternamente grata pelo seu “sim” e estou extremamente realizada pelos resultados que conseguimos construir.

Ao professor Igor Luiz e ao grupo de Biotecnologia Aplicada à Saúde e Educação (BASE). Foram mais de 5 anos de parceria, apoio e incentivo a pesquisa durante toda minha graduação. Igor é o maior exemplo de mestre e professor que conheci e sempre será um dos maiores responsáveis pelo sucesso, não só da minha carreira acadêmica, mas de inúmeros outros alunos. Obrigada por abrir as portas para todos nós e por fazer isso pensando unicamente no nosso sucesso. Encerro minha graduação com a certeza que conseguimos alcançar juntos todas as nossas metas, e que esse seja só o começo!

Agradeço a Deus, por estar ao meu lado em cada desafio, em cada momento de dúvida, por me guiar e me conceder com perseverança. Ele nunca dá um fardo maior do que podemos suportar. Que esta graduação seja apenas o começo de uma jornada onde sua presença continue a me guiar.

Resumo

INTRODUÇÃO: Ao longo da gestação, a promoção da saúde mental é essencial na garantia da saúde integral. O ato de gestar compreende questões relacionadas ao desejo e ao planejamento, afetando diretamente nos aspectos psicológicos da mulher e interferindo na percepção e vivência da maternidade. **OBJETIVO:** Esse estudo objetiva compreender as repercussões dos determinantes biopsicofisiológicos da gravidez na saúde mental da mulher, identificando os principais desafios enfrentados pelas mulheres diante da gravidez não planejada. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva, com o emprego de métodos mistos. O cenário se concebeu nos serviços de Atenção Primária em um município do interior paraibano, com a coleta de dados realizada por meio da utilização do Instrumento De Rastreamento De Sintomas De Ansiedade Gestacional (IRSAG) e da construção de entrevistas semiestruturadas. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Das 10 gestantes entrevistadas, 60% eram primigestas, 40% com IG de 32 a 35 semanas, 90% apresentaram classificação de Risco Habitual e, com base nos escores IRSAG, 60% entraram na escala de ansiedade moderada ou alta. As narrativas das entrevistas foram segmentadas e filtradas em suas respectivas unidades de registro. Os discursos coletados foram segmentados e filtrados em suas respectivas unidades de registro, compreendendo categorias que relacionam o desejo e no planejamento da maternidade, dificuldades e enfrentamento vivenciados na gestação, destacando aspectos psicobiológicos, vulnerabilidades socioeconômicas e percepções sobre a rede de apoio. **CONCLUSÃO:** O discernimento entre gravidez planejada e desejada emerge com implicações distintas na manifestação do bem-estar físico, mental e social. O uso do IRSAG ofereceu uma maneira objetiva de quantificar os sintomas de ansiedade, permitindo uma rápida triagem e identificação de gestantes em risco. Constata-se que a saúde mental ainda é um tema estigmatizado, com necessidade de uma abordagem que inclua intervenções clínicas e políticas públicas que promovam um suporte e tratamento adequado, promovido durante a longitudinalidade do pré-natal.

Palavras-Chave: Gestação, Avaliação de Transtornos Mentais na Atenção Primária, Gravidez não planejada, Cuidado Pré-Natal.

Abstract

INTRODUCTION: Throughout pregnancy, promoting mental health is essential to guarantee comprehensive health. The act of gestation comprises issues related to desire and planning, directly affecting the woman's psychological aspects and interfering in the perception and experience of motherhood. **OBJECTIVE:** This study aims to understand the repercussions of the biopsychophysiological determinants of pregnancy on women's mental health, identifying the main challenges faced by women in the face of unplanned pregnancy. **METHODOLOGY:** This is a descriptive qualitative research, using mixed methods. The scenario was conceived in Primary Care services in a municipality in the interior of Paraíba, with data collection carried out through the use of the Gestational Anxiety Symptom Screening Instrument (IRSAG) and the construction of semi-structured interviews. **RESULTS AND DISCUSSION:** Of the 10 pregnant women interviewed, 60% were primiparous, 40% had a GA of 32 to 35 weeks, 90% had a Habitual Risk classification and, based on the IRSAG scores, 60% entered the moderate or high anxiety scale. The interview narratives were segmented and filtered into their respective recording units. The collected speeches were segmented and filtered into their respective registration units, comprising categories that relate the desire and planning for motherhood, difficulties and coping experienced during pregnancy, highlighting psychobiological aspects, socioeconomic vulnerabilities and perceptions about the support network. **CONCLUSION:** The discernment between planned and desired pregnancy emerges with distinct implications for the manifestation of physical, mental and social well-being. The use of the IRSAG offered an objective way to quantify anxiety symptoms, allowing rapid screening and identification of at-risk pregnant women. It appears that mental health is still a stigmatized topic, requiring an approach that includes clinical interventions and public policies that promote adequate support and treatment, promoted throughout the longitudinal period of prenatal care.

Keywords: Pregnancy, Assessment of Mental Disorders in Primary Care, Unplanned pregnancy, Prenatal care.

Lista de Abreviaturas

AP — Atenção Primária

CEP — Comitês de Ética em Pesquisa

CONEP — Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

DUM — Data da Última Menstruação

EPDS — Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgh

IDATE — Escala de Ansiedade Traço/Estado

IG — Idade Gestacional

IRSAG — Instrumento De Rastreo De Sintomas De Ansiedade Gestacional

MS — Ministério da Saúde

PB — Paraíba

PN — Pré- Natal

PNAISM — Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

TCLE — Termos de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS — Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS.....	12
3 REFERÊNCIAL TEÓRICO.....	13
3.1 Determinantes e conceitos predominantes para a saúde mental.....	13
3.2 Saúde mental e bem-estar da mulher durante a gestação	14
3.3 A gravidez não planejada e as repercussões na saúde mental da mulher	15
4 METODOLOGIA.....	16
4.1 Abordagem e Tipo de pesquisa	16
4.2 Cenário da Pesquisa.....	17
4.3 Participantes	17
4.4 Coleta e Análise do Material	17
4.5 Aspectos éticos	17
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
5.1 Perfil social das gestantes entrevistadas	21
5.2 Perfil gestacional	23
5.3 Pontuação e classificação IRSAG	26
5.4 Análise do material empírico.....	28
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
7 REFERÊNCIAS	42
8 APÊNDICES	46
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	46
ROTEIRO DE ENTREVISTA ESTRUTURADA	49
10 ANEXOS.....	51
TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL	51
TERMO DE COMPROMISSO DO(S) PESQUISADOR(ES)	52

INSTRUMENTO DE RASTREIO DE SINTOMAS DE ANSIEDADE GESTACIONAL
(IRSAG) 54

1 INTRODUÇÃO

Como conquista resultante da longa história de lutas pela busca aos direitos feministas, as primeiras reivindicações acerca dos direitos reprodutivos e direitos sexuais da mulher surgiram a partir da segunda metade do século XX. As diversas conquistas atreladas aos direitos de educação livre e continuada, voto, igualdade salarial e liberdade de expressão conduziram consigo a pauta da liberdade sexual e reprodutiva das mulheres. Com a ocasionalidade da perspectiva de gênero dentro desses direitos, é inevitável não considerar questões relacionadas a todo o processo de maternidade como constituinte do gênero feminino. Esse processo biológico é uma bagagem predominantemente engatada no papel social atribuído às mulheres (Costa, 2018).

Acerca das conquistas e garantias de direitos citadas acima, podemos mencionar a atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), consolidada na década de 80, durante esse cenário de luta pelo movimento feminista no Brasil. A PNAISM traz em sua trajetória a responsabilidade de instauração de políticas que garantam a saúde da mulher com um caráter integral, ou seja, compreendendo sua saúde com um cuidar que se estende além do período reprodutivo (Souto; Moreira, 2021).

Com a ocasionalidade da perspectiva de gênero dentro desses direitos, é inevitável não considerar questões relacionadas a todo o processo de maternidade como constituinte do gênero feminino. Esse processo biológico é uma bagagem predominantemente engatada no papel social atribuído às mulheres. É considerado, pela vontade da sociedade, que a mulher se submete a uma gama de esforços e muitos sacrifícios em prol do exercício desse papel, desconsiderando questões e vontades próprias relacionadas a condições sociais, econômicas, ou que implique muita sobrecarga dentro de uma conjuntura familiar extensa, muitas vezes sustentada unicamente por essa mulher.

Dentro dessa conjuntura, a promoção da saúde mental é uma abordagem complementar dentro dessa garantia da integralidade da saúde, acentuando as influências cognitivas, sociais e emocionais como estratégias para rastrear a ocasionalidade das chances dessa mulher estar em sofrimento mental. Ao citar essas copiosas mudanças físicas, psicológicas e sociais, tratamos o período gestacional como o principal tópico que pode estar relacionado a esse desenvolvimento de problemas de saúde mental.

Durante o desenvolvimento do período gestacional, até mesma a promoção de um desenvolvimento saudável para a vida da criança, a família dessa gestante se insere de forma

central nesse papel, onde a figura materna desempenha um papel colocado muitas vezes em um pedestal de necessidade, para que, só com sua participação, haja garantia de uma realidade estruturada. Com isso, é coerente considerar grandes problemas que irão surgir no decorrer da gestação, relacionando-se ao preparo psicológico ou não daquela mulher para aquela fase, como da futura aceitação de uma rotina transformada pela maternidade.

Na perspectiva dos direitos reprodutivos citados anteriormente, a escolha por uma gravidez usualmente passa por questões de planejamento e racionalidade, atrelando esse planejamento reprodutivo a questões como: condições econômicas, estrutura familiar responsável, consciência de responsabilidades e desejo e busca pela maternidade.

Essa questão é resultante da autonomia e liberdade reprodutiva dessa mulher com seu parceiro e, com isso, podemos constatar que a participação consciente nesse processo de decisão direciona o olhar acerca de uma gravidez planejada, diferenciando também a possibilidade de uma gravidez desejada ou não. Neste seguimento, o conceito de gravidez não planejada é engatado a um processo em que não houve a decisão consciente, tanto por parte da mulher, quanto por parte do casal, acerca da concepção e desenvolvimento dessa questão. Ainda que não planejada, a gestação pode ou não passar a ser indesejada, ou seja, se tornando inoportuna independentemente do período de vida em que se está inserida essa mulher, estando completamente fora das expectativas e da conveniência da sua realidade de vida (Delgado *et al.*, 2020).

Diante disso, temos a geração de conflitos e inseguranças que implicam na continuidade da gravidez e no processo de aceitação saudável, que acaba induzindo mudanças físicas e psicológicas, na qual a mulher não deseja estar passando. A depressão e a ansiedade pré-natal são as consequências mais comumente associadas nesse processo, bem como a depressão pós-parto. De acordo com Shorey *et al* (2018), a incidência relatada de depressão pós-parto para mulheres saudáveis é de 12%, enquanto a prevalência geral de depressão é de 17% para mulheres saudáveis sem história prévia de depressão.

A prevalência de ansiedade e de depressão pré-natal tende a variar a partir dos trimestres gestacionais a depender dos estudos e autores. A partir de uma análise de estudos publicados entre 2015 e 2020, a taxa de prevalência de depressão durante a gravidez varia de 4,4% a 15,6%, enquanto a taxa de prevalência de ansiedade varia de 4,8% a 25,3%. Nessas condições, tanto no período pré-natal como puerperal, para uma mãe, isso acarretará no desenvolvimento de grandes riscos, problemas comportamentais e questões atreladas ao desenvolvimento cognitivo na criança (Dadi; Miller; Mwanti, 2020).

A relação entre os fatores que estão associados à ocorrência de gestação não planejada revela a necessidade de estudá-los de forma isolada, a fim de que sejam minimizados os riscos encontrados dentro de uma gravidez sem planejamento. Frente a isso, a justificativa dessa pesquisa é afirmada através dessa necessidade de investigação da relação entre os fatores sociais e biológicos envolvidos na vida de uma gestante que vivencia uma gravidez não-planejada e, com isso, como essa questão pode implicar na prevalência de distúrbios mentais que afetam essas mulheres. Ademais, é necessário trazer a necessidade da utilização do acompanhamento psicológico, e como realizá-lo, para responder ao questionamento acerca de qual é a repercussão de uma gravidez não planejada/desejada na saúde mental de gestantes.

O interesse pelo tema surgiu mediante a realização de um estágio extracurricular realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no interior da Paraíba. Durante o cotidiano de atendimento e participação nas atividades de competência da equipe de enfermagem, incluiu-se o auxílio na realização de pré-natal para as gestantes cadastradas naquela área. A quantidade de mulheres que compareciam ao pré-natal, evidentemente desconfortáveis com sua gestação, era preocupantemente exacerbada, mas ainda menos assustadora quando comparada ao quantitativo de mulheres que não compareciam ao pré-natal, por não aceitarem sua condição atual. A busca a essas mulheres, por parte dos agentes de saúde, culminava em discussão acerca da real necessidade do pré-natal e o desdém dessas mulheres quanto ao seu autocuidado. Para as gestantes que compareciam a unidade e confirmavam a perspectiva de uma gravidez não-planejada, muitas buscaram o pré-natal como uma medida de real confirmação da gravidez, algumas em específico ainda torcendo para que os resultados fossem falso-positivos.

Com isso, não foi observada uma aplicação efetiva de questionamentos acerca das repercussões dessa vivência na saúde mental dessas mulheres, examinando-se uma grande falha em relação a esse rastreio da estabilidade da saúde mental dessas mulheres. Este trabalho foi motivado pela preocupação decorrente das altas taxas de gestantes com gravidez não planejada que não participam do programa de pré-natal, considerado essencial para o desenvolvimento fetal, resultando em infelicidade e falta de esperança em relação à gravidez.

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Compreender as repercussões da gravidez não planejada na saúde mental da mulher;

Objetivos Específicos

- Captar as implicações dos determinantes biopsicofisiológicos da gravidez na saúde mental;
- Descrever o perfil social e gestacional das gestantes participantes do estudo.
- Identificar os principais desafios que essas mulheres enfrentam diante da gravidez não planejada;
- Rastrear os índices de ansiedade gestacional nessas gestantes;

3 REFERÊNCIAL TEÓRICO

3.1 Determinantes e conceitos predominantes para a saúde mental

O conceito de saúde mental pode ser entendido de forma multifatorial, relacionando o bem-estar físico, mental e social. Atrelando esse conceito para saúde mental, podemos relacioná-la, de forma multifatorial, ao bem-estar rotineiro mediante a forma na qual o indivíduo tende a reagir sobre as exigências de sua vida cotidiana, conciliando com suas expectativas atuais e futuras, capacidades psicossociais, pensamentos, relações de humor, comunicação em sociedade, entre outros. Ao manter o equilíbrio do bem-estar, o indivíduo é então capaz de desenvolver habilidades e relacionamentos de forma congruente, além da capacidade para superar obstáculos enfrentados, principalmente durante o processo de doença e recuperação da saúde (Alcântara; Vieira; Alves, 2022).

Sendo um trajeto multifatorial, podemos citar, como determinantes para essas condições, inúmeros fatores biológicos, bem como a existência de relações sociais saudáveis em sua esfera de convivência e, precipuamente, as próprias atitudes do indivíduo em associação a ele próprio e como compromete seu semelhante (Romero; Cassino, 2018). Outrossim, temos a conformação dos marcadores sociais como definidores do lugar de um indivíduo na sociedade, exemplificados pelas questões de gênero, raça, condições socioeconômicas e demais. Com isso, esses marcadores tendem a afetar significativamente os aspectos da saúde mental de uma pessoa, uma vez que podem levar os indivíduos a sentimentos de inferioridade, estresse e ansiedade. Seguindo esse conhecimento, direcionamos esse conceito para a definição do que é ou não estar em sofrimento mental e como isso evolui para uma psicopatologia instaurada.

Essa vertente pode ser compreendida e diferenciada a partir do período em que o indivíduo está em sofrimento mental, seja por indistintas condições, na qual todos os seres

humanos encontram-se sujeitos. Quando, por variados aspectos, o ser não consegue elaborar e solucionar essas condições de sofrimento, seja por associações ao luto, solidão, medo ou diversos outros determinantes sociais, como mais usualmente observado, passa a ser firmado e observado a caracterização mais definida de algumas psicopatologias (Romero; Cassino, 2018).

3.2 Saúde mental e bem-estar da mulher durante a gestação

A afirmação de que transtornos psicológicos se tornam um desafio significativo para a saúde pública é essencial para destacar essas condições de saúde mental das mulheres grávidas. É fundamental desconstruir a perspectiva de que a gravidez é um período unicamente mágico e idealista, onde a conjuntura familiar prioriza apenas a saúde física e estável nos nove meses, muitas vezes voltadas ao bem-estar fetal com exclusividade. É inegável que a gravidez deva se manter como um momento em que o bem-estar emocional da gestante seja consistente e positivo, tanto para o indivíduo quanto para a conjunção familiar (Castilhos; Santos; Lima, 2020).

De acordo com Moutinho (2019) a gravidez traz diversas transformações, onde envolve-se nessa vivência uma gama de mudanças físicas, psicológicas e sociais, que inquestionavelmente se destacam dentro desse desenvolvimento de alterações psíquicas e instabilidades mentais, que geram uma grande carga de sofrimento. O longo processo em que a mulher é submetida tem a necessidade de uma adaptação colossal e muitas vezes demorada, o que é totalmente compreensível.

Romero e Cassino (2018) afirmam que o marco de vulnerabilidade emocional sofrida pela mulher é muito visível durante a gestação, onde, durante a evolução de cada trimestre, é vivenciada alterações hormonais que resultam em trocas de humor, de preferências, de conforto e questões relacionadas à construção de vínculos com o estado de gerar e se tornar mãe de outro ser.

Se faz essencial, com base nessa necessidade de adaptação e compreensão, citar a grande carga que a família traz, dentro de um contexto social, sobre essa nova moldagem e novas perspectivas de vida que uma mulher gestante passa a ter. Ainda que, por determinação cultural, seja a mãe a figura principal no desenvolvimento do papel maior de cuidado, muitas mulheres ainda buscam apoio da rede familiar, em especial no período puerperal (Moutinho, 2019).

Responsabilidades iniciais que envolvem acompanhamento ao pré-natal, apoio emocional e auxílio nas tarefas domésticas para promover repouso para a gestante são atividades, na maioria das vezes, apoiadas pela mãe, tia, pai ou irmã da gestante. Além disso, o

posterior auxílio em tarefas como dar banho, fornecer apoio durante a amamentação, troca de fralda, recuperação pós-parto, entre outras incumbências, deixam a mulher muito dependente desse apoio secundário. Sob esta perspectiva, a partir do momento em que essa gestante tem um apoio positivo da sua rede de convivência familiar, a sua própria figura de maternidade se torna ainda mais forte e bem estruturada (Demori *et al.*, 2018).

Partindo para outro exemplo, podemos citar as dificuldades que envolvem o relacionamento entre o casal de genitores, podendo ser positivo ou não. Mediante a descoberta da gravidez, o que podemos chamar de processo de ancoragem, ou seja, o total apoio fornecido para a gestante, na maioria das vezes vai depender se a mulher irá ou não receber um suporte da figura masculina. Ainda que, na atualidade, as estruturas familiares possam constituídas somente por mãe-filho, como também avó-neto, tia-sobrinho, mãe mulher-mãe mulher, e outras demais formações, ainda é significativa a presença da figura masculina de pai e genitor criança, além também da exigência de manutenção da relação conjugal entre ambos (Galvão, 2020).

3.3 A gravidez não planejada e as repercussões na saúde mental da mulher

Considerando essas condições citadas, podemos amarrar esses fatores da dependência de apoio a dificuldades relacionadas a uma gravidez não planejada, sendo atualmente um relevante fator para a saúde mental da mulher. Podemos definir esse conceito de gravidez não planejada como toda gestação não programada pelo casal, acarretando sentimentos indesejados ou inoportunos. Em todo o mundo, estima-se que cerca de 26,5 milhões de gestações não planejadas acontecem a cada ano, com condições multifatoriais, mas em sua maioria associadas ao uso incorreto ou não adesão aos métodos contraceptivos (Bearak, 2018).

Esse impacto reflete na grande demanda de cuidados citados anteriormente, que incluem todo o ciclo gravídico puerperal. A falta de apoio da família e do parceiro, ou até mesmo a própria vontade da gestante de suceder a gestação, são os maiores determinantes que comprometem a boa relação de gestação e estabilidade psíquica. Além disso, diversos outros impactos e agravantes podem ser observados, como a decorrência do baixo nível socioeconômico de mulheres, onde esse impacto de gestar e prezar por uma nova vida traz custos incalculáveis e que muitas vezes não podem ser suprimidos (Sousa *et al.*, 2022).

Toda essa contextualização conduz a uma maior prevalência de transtornos mentais que afetam as gestantes e o futuro desenvolvimento de qualidade que deve ser fornecido para a criança. Posto isso, o suporte dos serviços de saúde se faz sublime para rastreio e amparo para

gestantes, sendo essas portas abertas especialmente durante o pré-natal, muitas vezes ainda focado no exame físico e na visão biomédica centralizada (Steen; Francisco, 2019).

O programa de pré-natal no Brasil foi instituído e regulamentado em 1993, através da Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e se faz essencial para a garantia de saúde da materna e o desenvolvimento saudável da criança mediante todo o processo gestacional, trabalho de parto, parto e pós-parto. Para tanto, deve-se almejar a humanização no cuidado, promovendo uma abertura para demais especialidades, sendo a atenção psicológica um fator de destaque para promoção da saúde mental de qualidade (Aratani, 2020).

4 METODOLOGIA

4.1 Abordagem e Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo, com o emprego de métodos mistos, a partir da utilização de coleta por entrevista, questionários e o uso de um instrumento de rastreio. Uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo busca a compreensão de um fenômeno em seu contexto natural e, desta forma, objetivamos descrever e interpretar as experiências e opiniões dos indivíduos, neste caso das gestantes envolvidas.

O uso de método misto refere-se à integração de diferentes abordagens ou técnicas para coletar e analisar dados, combinando características de pesquisas qualitativas e quantitativas. Esse método busca aproveitar as vantagens de ambos os tipos de pesquisa para obter uma compreensão mais abrangente e rica do fenômeno estudado. Torna-se cada vez mais comum a utilização dessa abordagem, quando falamos de sua aplicabilidade na enfermagem e na saúde, uma vez que a coleta de dados demanda diferentes perspectivas para que possamos obter uma visão mais completa das necessidades buscadas (Cardoso *et al.*, 2019).

Através dessa abordagem, pretendemos quantificar a associação entre o fenômeno da gestação e seu impacto significativo para a saúde mental da mulher, a partir da seguinte questão norteadora: "Qual é a relação entre a gravidez não planejada e o nível de sintomas de ansiedade na mulher?"

Com esse método, buscamos aproveitar as vantagens de ambos os tipos de pesquisa para obter uma compreensão mais abrangente. Em vista disso, nessa pesquisa, a coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas e observação comportamental das respostas, identificando-se padronizações e tendências, com base no que será coletado. O caráter descritivo se relacionou

com a descrição e compreensão das perspectivas dessas participantes, buscando entender suas experiências, sem estabelecer precisamente padrões quantitativos distintos.

Para a construção dessa pesquisa, baseada nesse viés de métodos mistos, incluímos, tanto a coleta de dados quantitativos, por meio da utilização do Instrumento De Rastreamento De Sintomas De Ansiedade Gestacional (IRSAG) e sua escala de avaliação, como também por métodos qualitativos, por meio da construção de entrevistas estruturadas, observação e análise de conteúdo coletado. Ao combinarmos esses diferentes métodos durante a coleta, objetivamos a construção de um arranjo completo e preciso das informações almeçadas.

4.2 Cenário da Pesquisa.

O cenário da pesquisa se concebeu nos serviços de Atenção Primária (AP) situados em um município do interior paraibano, próximo a capital do Estado. O município em questão é de pequeno porte como uma população estimada de cerca de 7.950 habitantes, distribuídos em 70,8 km² de área (IBGE, 2017).

Além das Unidades Básicas de Saúde o município conta com serviços especializados de atenção primária, atenção ao pré-natal, serviço de controle de tabagismo, serviços odontológicos e atividades de reabilitação, promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e, bem como imunização e vigilância em saúde do trabalhador.

4.3 Participantes

As participantes da pesquisa foram as gestantes acompanhadas pelos serviços de Atenção Primária do município. Os critérios de inclusão a seguir foram estabelecidos para permitir a participação na pesquisa: gestantes maiores de idade, que estejam realizando consultas periódicas de pré-natal nos serviços da AP, dispostas a participar, tanto do rastreamento quanto da entrevista semiestruturada e que consentem voluntariamente em participar do estudo após receberem informações completas sobre os objetivos e procedimentos. Os critérios de exclusão estabelecidos foram: gestantes desvinculadas do acompanhamento da unidade e gestantes menores de idade, ainda que acompanhadas pelos responsáveis.

4.4 Coleta e Análise do Material

A obtenção dos dados documentais ocorreu por meio da aplicação da entrevista estruturada (APENDICE II), em conjunto com o Instrumento De Rastreamento De Sintomas De Ansiedade Gestacional (ANEXO III).

Foram apreciadas diversas variáveis que podem influenciar o estado emocional e psicológico da mulher durante a gestação e, dentre as mais importantes a serem consideradas nesse estudo, destacam-se; o perfil sociodemográfico (idade, raça, nível de escolaridade, situação conjugal e ocupação); perfil obstétrico (número de gestações anteriores, idade gestacional atual, presença de complicações obstétricas e histórico de complicações); perfil gestacional atual (dados sobre o acompanhamento pré-natal, o estado de saúde atual da gestante e do feto, a presença de sintomas físicos ou emocionais e o suporte familiar e social recebido); planejamento familiar (intenções da gestante em relação ao número de filhos, intervalo entre as gestações, métodos contraceptivos utilizados e desejos em relação à maternidade); dificuldades e enfrentamentos (desafios enfrentados pela gestante ao longo da gravidez).

Partimos para aplicação do IRSAG em primeiro plano, elaborado a partir da modificação e adaptação da Escala de Ansiedade Traço/Estado (IDATE), com aplicação de questões dos instrumentos Inventário de Sintomas de Stress de Lipp e (ISSL) e da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgh (EPDS). Esse instrumento, validado no ano de 2021, trata-se de um método de autoaplicação, onde a comparação, por uma escala final de pontuação, objetiva avaliar a ansiedade gestacional, para qualquer trimestre da gravidez. Quanto aos dados obtidos na Escala de Ansiedade Gestacional, os itens assinalados fornecerão uma tabulação de valores onde a amplitude de escores varia de 20 a 80 pontos (Schiavo; Brancaglioni, 2021).

A posteriori, a realização da entrevista semiestruturada teve como objetivo direcionar a busca para as informações desejáveis, bem como padronizar essa coleta. Ao seguirmos um roteiro pré-determinado, a condução se deu de forma mais justa e precisa, criando uma base comparativa, evitando a ocorrência de perguntas desnecessárias e tendenciosas a cada caso, que podem afetar os resultados.

Foi utilizado o uso de gravador de voz em telefone celular, a partir do consentimento das entrevistadas, uma vez que a utilização desse recurso possibilitou precisão na garantia de registro das informações, sem perda de conteúdo ou erros de transcrição.

O questionário foi analisado a partir de estatística descritiva simples e material empírico pela análise temática. Para realizar essa análise, seguimos os seguintes passos: transcrição das entrevistas, a fim de se ter um registro completo e visual do que será discutido, identificação das unidades de registro, elaboração dos eixos temáticos e a interpretação dos resultados considerando o contexto das entrevistas realizadas.

A técnica de análise temática compreendeu três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A pré-análise constitui a

organização do material coletado, a exploração remete à leitura do material a procura das mensagens que vão estar relacionadas com os objetivos do estudo e a interpretação consiste em desvendar o fenômeno que estamos analisando.

4.5 Aspectos éticos

Para garantir a validade e confiabilidade dos dados coletados, é importante ressaltar que as informações foram coletadas e obtidas de forma ética e que as entrevistas foram realizadas de maneira imparcial. Pesquisas envolvendo seres humanos, seja de forma individual ou coletiva, e que englobem, de forma direta ou indireta o manejo de seus dados e informações, devem ser submetidas ao sistema do CEP (Comitês de Ética em Pesquisa), coordenado pela CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa). Levamos em consideração o respeito pela dignidade das participantes, garantindo seu anonimato, identificando-as assim através de nomes de flores e seus respectivos números referentes a ordem em que foram entrevistadas, obtendo assim o total de 10 gestantes, sendo elas; Nº 1: Rosa, Nº 2: Margarina, Nº 3: Girassol, Nº 4: Violeta, Nº 5: Lavanda, Nº 6: Dália, Nº 7: Tulipa, Nº 8: Orquídea, Nº 9: Camélia, Nº 10: Peônia (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

Foram utilizados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que possibilitam, além da obtenção da anuência das participantes, o esclarecimento acerca da entrevista a ser realizada, bem como a aplicabilidade do instrumento ofertado, expondo seus riscos e benefícios, respeitando sua manifestação de vontade em participar, ou não, do estudo, de forma livre e lúcida. Ressalta-se que o termo em questão foi impresso em 2 vias, onde ambas foram assinadas pelo pesquisador e pela participante, mantendo uma cópia para cada participante. O material proveniente da gravação das entrevistas foi arquivado em banco de dados da pesquisadora responsável, com indicação numérica da ordem das entrevistas e irá se manter arquivado, tendo como única finalidade a transcrição de forma fidedigna.

Podemos acentuar como benefícios que reafirmam a necessidade de construção dessa pesquisa: a identificação precoce de problemas de saúde mental, que possibilitará a oportunidade de intervenção precoce, a identificação dos desafios vivenciados por essas gestantes no decorrer da gravidez, que auxiliará os profissionais em um acompanhamento direcionado. Além disso, a promoção de uma melhor avaliação da saúde mental da gestante durante o acompanhamento pré-natal, contribuindo para o bem-estar da mulher e do bebê.

Uma pesquisa, com esse intuito de rastreio e análise de problemas mentais que afetam essas mulheres, pode gerar um aumento no interesse dessas gestantes na busca por informações

de prevenção em saúde mental. A contribuição e amplitude dos conhecimentos científicos nessa temática financia maiores reflexões, atitudes para começo de novos diálogos e planejamentos por parte das redes de atenção à saúde, que trabalham constantemente com esse cuidado à saúde da gestante, em parceria com a atenção à saúde mental.

Uma vez que todas as pesquisas que envolvem seres humanos oferecem riscos, devemos acentuar a possibilidade de existência de desconforto e um certo grau de constrangimento por parte das participantes em se submeterem a entrevista. Além disso, a promoção de discussão acerca da saúde mental já gera por si só situações de anseio e gatilhos desconfortáveis no que se refere a visão que a mulher tem sobre si mesmo e sua estabilidade mental. É importante que, para evitar essa ocasionalidade, adotemos uma postura acolhedora e tranquilizadora, evidenciando a imparcialidade de perguntas e registro de respostas, bem como a garantia fidedigna do anonimato.

Para diminuir esses riscos, a coleta do material foi realizada em espaço escolhido pela gestante, que fosse reservado, de forma a não ser interrompida por outras pessoas. Além disso, foi também garantida a saída da pesquisa, a qualquer momento, sem prejuízo algum, como também garantido o sigilo dos dados fornecidos e guarda adequada das informações coletadas (BRASIL, 2021).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A ansiedade se mostra uma emoção comum entre gestantes, podendo ser desencadeada por diversos fatores, como mudanças hormonais, preocupações com a saúde do bebê e alterações físicas e emocionais durante essa fase. A avaliação e compreensão da presença e intensidade da ansiedade é fundamental para fornecer apoio e assistência adequada a essas mulheres ao longo da gestação (Silva *et al*, 2020).

Para organizar e analisar os resultados obtidos nas entrevistas, as abordagens utilizadas foram adequadas aos respectivos métodos de coleta utilizados. As gestantes, em acompanhamento pré-natal, nas respectivas unidades de saúde selecionadas como cenário da pesquisa, receberam o convite de participação, no qual informava os objetivos da pesquisa, as responsáveis pela coleta e desenvolvimento do estudo, bem como a apresentação do TCLE e, ao aceitarem, optaram pelo local de sua preferência para realização da entrevista.

As gestantes, em sua maioria, utilizaram do tempo livre da sala de espera antes da consulta de pré-natal se dispondo para a realização das entrevistas, onde algumas, devido a

questões de tempo e cronograma de consultas de pré-natal, preferiram ser abordadas em suas casas.

O início da entrevista se deu com a necessidade de estabelecer-se uma relação de confiança, uma vez que a abordagem da coleta foi direcionada a questões pessoais do seu cotidiano, relações pessoais, familiares e de saúde mental. Com isso, garantiu-se que a gestante estava se sentindo à vontade e segura para compartilhar suas informações pessoais e sentimentos, ao promover um ambiente reservado, de portas fechadas e preferencialmente silencioso, sem interferências externas.

5.1 Perfil social das gestantes entrevistadas

Diversas características sociodemográficas de gestantes, em uma determinada região, são importantes para compreender o perfil das mulheres grávidas e planejar estratégias de saúde adequadas. A primeira parte foi então conduzida para coleta de informações acerca das características e individualidades sociais dessas mulheres, apresentadas na tabela a seguir.

Tabela 1 - Perfil sociais das gestantes participantes do estudo, Juarez Távora- PB. (n=10).

Variável	Categorias	Gestantes pesquisadas	
		<i>f</i>	%
<i>Idade</i>	18	2	20%
	23-27	5	50%
	34-35	2	20%
	43	1	10%
<i>Estado Civil</i>	Separada	1	10%
	Casada	5	50%
	União Estável	4	40%
<i>Raça</i>	Preta	2	20%
	Parda	6	60%
	Branca	2	20%
<i>Escolaridade</i>	Ensino Fundamental Completo	1	10%
	Ensino Médio Incompleto	1	10%
	Ensino Médio Completo	6	60%
	Ensino Superior Completo	2	20%
<i>Ocupação</i>	Desempregada	2	20%
	Estudante	2	20%
	Trabalho doméstico	1	10%
	Trabalho remunerado	5	50%

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

A tabela apresentada trouxe o perfil social das gestantes entrevistadas. Os resultados mostram que, das gestantes participantes, 50% tinham a idade entre 23 e 27 anos, representando a maioria nesse caso, sendo a minoria marcada por uma única mulher acima dos 40 anos de idade.

Quanto ao estado civil, 50% das mulheres eram casadas, 40% em união estável e 10% separadas. A maioria (60%) dessas mulheres consideravam-se pardas, 20% brancas e 20% pretas. Em relação ao nível de escolaridade, a maioria apresentou ensino médio completo, totalizando 60%.

Quando questionadas quanto á sua ocupação, 50% se mantinham em um trabalho remunerado, como, por exemplo, trabalhos autônomos de comerciantes, manicures, assim como empregos de carteira assinadas em empresas públicas ou privadas. No entanto, 20% das gestantes se classificaram como estudante, sendo uma estudante do ensino médio e 1 do ensino superior na modalidade pós-graduação, 20% estavam desempregadas no momento da entrevista e 10% afirmavam que realizam apenas trabalho doméstico em sua própria casa.

Na busca comparativa de similaridade dos dados com estudos realizados anteriormente, temos uma relação feita no estudo de Santos *et al* (2022), realizado com cerca de 1.800 gestantes do estado da Paraíba. As variáveis mostram que 58% apresentam uma faixa etária entre 23 a 36 anos, representando a maioria. A minoria é configurada por mulheres entre 9 a 15 anos, caracterizando 2% dessa parcela e mulheres com 44 anos ou mais caracterizam cerca de 2,6%. Quando comparado com as faixas etárias de nossa pesquisa, a quantidade majoritária de mulheres na média dos 20 aos 30 anos se mantém.

Quanto ao grau de instrução, 43% possuíam apenas ensino fundamental, 48% ensino médio completo ou incompleto e cerca de 6% apresentam ensino superior completo ou incompleto. 95% consideravam-se pardas, pretas ou indígenas e 4,5% brancas (Santos *et al.*, 2022)

De acordo com Faria Júnior (2022), um estudo realizado com cerca de 380.000 mães de nascidos vivos no estado da Paraíba mostrou que, entre 2004 e 2009, a variável de mulheres que se declararam solteiras foi majoritária e, a partir do ano de 2010, a quantidade de mulheres que declararam união consensual se tornou a maioria.

Ademais, Costa *et al* (2016) traz um estudo desenvolvido em um semelhante cenário de uma cidade no interior da Paraíba, com a análise de prontuários de suas Unidades Básicas no decorrer de 3 anos. Os dados demonstram que o maior percentual de grávidas possuía um

companheiro, onde 39% eram casadas e 36% estavam em um relacionamento estável, seguido de 18% de mulheres que se encontravam solteiras.

5.2 Perfil gestacional

Em sequência, partiu-se para o questionamento acerca dos dados gestacionais, que se referem a informações gerais da gravidez dessas mulheres, na qual podem estar relacionadas com algumas condições de saúde. Essas condições coletadas e analisadas no decorrer do pré-natal fornecem um monitoramento adequado da saúde e do desenvolvimento fetal. Tais dados se tornam também essenciais para detecção de possíveis complicações ou problemas de saúde, tanto para a mãe quanto para o bebê.

A tabela a seguir apresentará características do perfil gestacional das mulheres participantes dessa pesquisa.

Tabela 2 - Perfil gestacional das gestantes participantes do estudo, Juarez Távora- PB. (n=10).

Variável	Categorias	Gestantes pesquisadas	
		<i>f</i>	%
<i>Idade Gestacional no momento da entrevista</i>	<7s	1	10%
	11-16s	3	30%
	22s	2	20%
	32-35s	4	40%
<i>Comorbidades</i>	Sedentarismo	4	40%
	Tabagismo	1	10%
	Obesidade	1	10%
	Outros diagnósticos	1	10%
	Nenhuma	4	40%
<i>Gestações prévias</i>	0	6	60%
	1	2	20%
	2	2	20%
<i>Abortamentos prévios</i>	0	8	80%
	1	2	20%
<i>Risco gestacional</i>	Risco Habitual	9	90%
	Alto risco	1	10%
<i>Gravidez planejada</i>	Sim	3	30%
	Não	7	70%
<i>Gravidez desejada</i>	Sim	5	50%
	Não	5	50%
<i>Número de pré-natais até o momento</i>	1	2	20%
	2	2	20%
	3	2	20%
	4	2	20%

5	1	10%
≥6	1	10%

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

O início precoce do pré-natal é fundamental no que tange a garantia de uma gravidez saudável, uma vez que estamos falando de detecção precoce de problemas de saúde, cuidados adequados com a gestação desde os primeiros meses e monitoramento precoce do desenvolvimento fetal. O novo financiamento da Atenção Primária à Saúde, o Previne Brasil, também destaca que o agendamento da primeira consulta deve ser no máximo até 20ª semana após a data da última menstruação (DUM), bem como a presença do indicador que contabiliza a proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo essa primeira consulta até a 20ª semana de gestação (Ministério da Saúde, 2020).

Das 10 gestantes entrevistadas, a seleção obteve uma distribuição de idade gestacional na qual a maioria dessas mulheres se encontraram no terceiro trimestre, com 40% obtendo IG de 32 a 35 semanas, com uma minoria de apenas 1 mulher com IG menor que 7 semanas. Partindo desse dado, é fundamental ressaltar a quantidade de consultas pré-natais realizadas até o momento da entrevista. Ainda que seja uma quantidade diversificada, deve-se levar em consideração que, como a 40% estava no terceiro trimestre, então, no mínimo 40%, também deve obter uma quantidade de consultas maior ou igual a 3, como preconizado pelo Ministério da Saúde.

Costa *et al* (2016) em seu estudo, numa cidade do interior paraibano traz que, do total de mulheres entrevistadas, 42% iniciaram seu pré-natal a partir dos 2 meses de idade gestacional (IG), 27% a partir dos 3 meses e 31% a partir dos 4 meses em diante. Isso demonstrou que 69% das gestantes atendidas nos postos de saúde desse município iniciaram o pré-natal ainda no primeiro trimestre de gestação. Quanto ao número de consultas pré-natal, 53% das gestantes tiveram um número de 5 ou mais consultas, 12% com quatro consultas e 25% com duas consultas. Das 184 participantes desse estudo, 41,3% eram primigestas, 22,2% secundigestas e 36,6 haviam tido 3 ou mais gestações. Em relação ao número de abortos, a porcentagem entre as gestantes foi de cerca de 15,2%.

Ao serem questionadas sobre a presença e conhecimento de alguma comorbidade em nosso estudo, o fator sedentarismo foi o mais relatado, onde algumas afirmavam que já haviam realizado alguma atividade física que foi interrompida, mas a maioria não realizava nenhum tipo de atividade física no momento. Ademais, houve relato de 1 caso de tabagismo, 1 de

obesidade e 1 caso referente ao diagnóstico médico prévio de dermatite atópica. Nenhuma mulher relatou a presença de Hipertensão Arterial Crônica (HAC) ou Diabetes Mellitus.

Paz *et al* (2020), ao realizar um estudo sobre ansiedade na gestação, com 39 gestantes de alto risco localizadas em 13 cidades no interior da Paraíba, trouxe uma média de 56,4% de gestantes nulíparas, com as seguintes causas gestacionais classificatórias para gestação de alto risco: 51,2% relacionado a antecedentes clínicos, como Hipertensão Arterial Crônica (HAC) e 25,6% relacionado a complicações e doenças adquiridas na gestação atual.

Acerca do número de gestação prévias dentro dos nossos dados, 60% das mulheres entrevistadas eram primigestas e 40% apresentaram 1 ou 2 gestações prévias. Dentro desses percentuais, 20% dessas mulheres relataram caso de 1 abortamento prévio. É importante ressaltar que, ao final da coleta de dados, 2 gestantes que foram entrevistadas informaram posteriormente que sofreram abortamento, onde ambas relataram a ocorrência de abortamento prévio no momento da entrevista. Ou seja, das gestantes que afirmaram ter tido caso de abortamento prévio, 100% destas sofreram outro abortamento na gestação atual e apenas 1 foi classificada como gestação de alto risco durante seu pré-natal.

Um estudo realizado por Magalhães *et al* (2016) apresenta que; 37,7% das gestantes entrevistadas eram primíparas, 22,2% nulíparas e as demais múltiparas, onde 15,5% dessas mulheres sofreram um aborto prévio e 2,2% dois abortos prévios.

A relação de classificação de gestação de risco habitual ou alto risco é uma avaliação feita pela equipe de saúde, com sua importância relacionada a determinar a necessidade de cuidados extras durante a gestação e encaminhamento adequado para especialistas. Os fatores maternos e fetais que classificam esse risco podem incluir doenças crônicas pré-existentes, algumas condições adquiridas durante a gestação, como pré-eclâmpsia e gestação múltipla, além de malformações congênitas, síndromes, idade materna e etc. (Rolim *et al.*, 2020).

A recomendação atual do Ministério da Saúde reforça que 35 fatores devem ser considerados para essa classificação, onde gestantes menores que 17 e maiores que 35 anos já se enquadram no pré-natal de alto risco. Ademais, mulheres com histórico de morte perinatal, abortamento habitual e intervalo entre partos menor que dois ou maior que cinco anos também se classificam como alto risco (Rodrigues *et al.*, 2017). Observa-se que 90% das gestantes entrevistadas apresentaram classificação de Risco Habitual, todavia foi observado que, pelas recomendações do MS, a classificação de alto risco poderia ser aplicada a mais mulheres, que mereciam uma atenção e cuidado ampliado.

A quantidade de consultas pré-natal em nossa coleta variou de 1 consulta, com mulheres que estavam realizando a primeira consulta no momento da entrevista, até mulheres que já realizaram 6 ou mais consultas. Observou-se que a relação de idade gestacional e números de consultas de pré-natal obedecia aos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, devido especialmente ao comprometimento das enfermeiras e médicas em manter o cronograma previsto pelo MS.

O estudo de Pedraza (2016) foi realizado na cidade de Campina Grande-PB, nas imediações da cidade de Juarez Távora, cenário da pesquisa, na qual ambas as ambientações apresentam características geográficas semelhantes. Dentre as mulheres estudadas, observou-se que 79,2% realizaram 6 ou mais consultas de pré-natal, sendo que 55,5% dessas gestantes tiveram atendimento realizado até o primeiro mês de idade gestacional.

Quanto a classificação de gestação planejada ou não, 70% das mulheres que informaram que não se tratava de uma gravidez planejada, ainda que 50% dessas mulheres afirmaram que era uma gestação desejada. Esse quantitativo de gestações não planejadas apresentou um crescimento nas porcentagens quando comparadas aos estudos analisados de pesquisas com outras gestantes paraibanas, todavia, ao serem questionadas sobre o desejo ou não da gravidez, diferenciando o significado de ambos os termos, metade das mulheres relataram que se tratava de uma gravidez não desejada.

No que se refere ao planejamento ou não para a gravidez, um estudo realizado com 108 gestantes do estado da Paraíba demonstra que, das participantes da pesquisa, 39,8% planejaram a gravidez e 60% não planejou. Ademais, 44,4% dessas mulheres faziam uso de preservativo e 51,8% não faziam uso (Pinheiro; Freita; Pereira, 2023).

5.3 Pontuação e classificação IRSAG

Após os questionamentos iniciais, o uso do Instrumento de Rastreo para Sintomas de Ansiedade Gestacional auxiliou a pesquisa como um método secundário a entrevista semiestruturada, a partir de um rastreo inicial dos sintomas de ansiedade em gestantes, com uma premissa de ser um instrumento autoaplicável para as gestantes de todas as faixas etárias, independentemente da idade gestacional.

A Tabela 3 apresenta a classificação proposta de baixa, média ou alta ansiedade, com base nos escores individuais do instrumento aplicado ao total de gestantes entrevistadas.

Tabela 3 – Classificação da pontuação IRSAG das gestantes participantes do estudo, Juarez Távora-PB. (n=10).

Variável	Gestantes pesquisadas	
	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Baixa ansiedade</i>	4	40%
<i>Ansiedade moderada</i>	3	30%
<i>Alta ansiedade</i>	3	30%

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

Os dados coletados, ao serem categorizados em diferentes níveis de ansiedade, trouxeram uma melhor compreensão da intensidade do sentimento entre as gestantes estudadas. Essa categorização permite uma melhor identificação no que diz respeito a uma necessidade de acompanhamento mais próximo e intervenções específicas para lidar com a ansiedade.

Ao organizarmos as 10 pontuações individuais em rol crescente (25, 27, 30, 30, 31, 32, 37, 39, 44, 53), observamos que o valor modal de 30, sendo 31,5 a tendência central desse conjunto de dados. A média da pontuação foi de 34,8 pontos e esses achados se demonstraram semelhantes ao estudo original, que obteve uma média de 35 pontos e uma moda de 28 pontos.

Ao aplicarmos essa pontuação na classificação proposta, contabilizamos 40% das gestantes dentro da categorização de baixa ansiedade, enquanto 60% entraram na escala de ansiedade moderada ou alta ansiedade. É importante ressaltar que a categoria de baixa ansiedade não pode se referir a ansiedade inexistente ou não preocupante, uma vez que essas mulheres demonstraram algum tipo de necessidade de apoio em algumas questões específicas presentes no instrumento e outras obtiveram uma pontuação considerada limite para a classificação de ansiedade moderada.

Analisando comparativamente os resultados obtidos através do questionário, no que diz respeito a classificação dessas mulheres em relação à sua pontuação, é possível ressaltar alguns quesitos (ANEXO III) repetidamente presentes em mulheres classificadas com ansiedade moderada e intensa.

Aproximadamente 83,3% das mulheres com essa qualificação marcaram o quesito 5 com a maior intensidade (muitíssimo), relacionado a falta de conexão com o filho e a ausência do sentimento de estar grávida. Os quesitos 1 (Estou preocupada em relação à minha gestação), 9 (Sinto-me ansiosa) e 17 (Estou preocupada com o futuro), diretamente relacionados a

ansiedade e preocupação com o futuro, também foram marcados com muitíssimo, por unanimidade nessas entrevistas. O quesito 8 (Sinto-me cansada) foi repetidamente selecionado com intensidade bastante ou muitíssimo, em 50% mulheres aplicadas nessas classificações.

Essas afirmações refletem as principais preocupações e sintomas apresentados por mulheres com ansiedade moderada e intensa durante a gestação. Podemos observar que o medo e a preocupação com o desenrolar futuro, tanto da gestação, quanto do puerpério, é uma linha de pensamento que majoritariamente desencadeia os maiores sinais de ansiedade, diretamente relacionados também ao quesito estar com medo (19). O sentimento de cansaço e desamparo (quesito 8 e 20) também se evidenciam, em especial naquelas com a classificação de ansiedade alta.

No estudo original de validação do instrumento, também foi utilizado uma entrevista inicial para a coleta de dados sociodemográficos, seguido da aplicação do IRSAG. Cerca de 791 gestantes brasileiras responderam ao questionário, onde a maior porcentagem se concentrou nas regiões Sul e Sudeste, sendo estas incitadas a convidar novos participantes da sua rede de amigos e conhecidos para ampliação da participação. A variação de idade dessas participantes foi de 18 até 51 anos, com prevalência de 47% dessas gestantes no terceiro trimestre gestacional, onde 55% eram primigestas e 85% viviam com seus (suas) parceiros(as) (Schiavo; Brancaglioni, 2021).

A análise descritiva dos escores mostrou que a pontuação mínima obtida foi de 20 pontos, pontuação máxima de 74 pontos e a pontuação média foi de 35 pontos. Com isso, a interpretação dos dados concluídos pelas autoras demonstra que escores entre 20 e 31 correspondem a baixa ansiedade, 32 a 40 correspondendo a ansiedade moderada e valores acima de 41 demonstrando alta ansiedade (Schiavo; Brancaglioni, 2021).

5.4 Análise do material empírico

Após considerarmos a análise relacionada aos objetos influenciadas pela idade, escolaridade, perfil social e obstétrico, entre outras questões, é fundamental considerar que essas condições têm fundamental relevância, mas por si só não são capazes de capturar toda a complexidade e subjetividade do desencadeamento de condições de sofrimento mental e psíquico nessas mulheres. Com isso, a seguinte a análise das falas das gestantes entrevistadas, a partir do roteiro de entrevista semiestruturada, vem para oferecer um olhar mais profundo e significativo a saúde mental e seu trajeto multifatorial.

Os discursos coletados foram segmentados e filtrados em suas respectivas unidades de registro, a partir das seguintes categorias:

CATEGORIA I: ENTRE O DESEJO E O PLANEJAMENTO DA MATERNIDADE

Desejar e planejar uma gestação são duas etapas fundamentais em qualquer jornada e cada uma carrega consigo implicações distintas, tanto emocionais quanto práticas. O desejo age como um ponto de partida, impulsionado por uma série de fatores emocionais, culturais, biológicos e sociais, muitas vezes associado a sentimentos de amor, carinho e entusiasmo em relação à ideia de ter um filho.

Por outro lado, planejar uma gestação envolve uma abordagem mais pragmática e deliberada. Para esse sentido, normalmente é considerado uma série de fatores, como saúde física e mental, estabilidade financeira, relacionamento entre os pais, condições de vida e suporte social disponível.

“Cheguei a desejar sim, mas não agora. Próximo ano mesmo estava bom.” (Lavanda)

“Não sei explicar [...] A gente não estava preparado pra ter agora [...] Pode-se dizer que no começo, como a gente não planejou, não tinha como desejar pra agora” (Camélia)

“Não. Eu me achava muito nova. Era menor de idade, ainda me sinto as vezes menor de idade. Não me sentia preparada ainda” (Margarida)

“Não [...] Eu já sou mãe. Só não planejava engravidar de novo, ficar grávida, parar de trabalhar, ter muito gasto.” (Orquídea)

“É, com certeza. É muito desejada [...] A gente sempre tentou, mas nunca deu certo. Eu fiz tanta promessa e Deus nunca nos deu” (Peônia)

As narrativas das entrevistas nos revelam uma grande complexidade de emoções e pensamentos que permeiam a experiência do desejo de ser mãe, em consonância com o desejo de gestar. Podemos perceber, de modo geral, que a idealização de “desejar a gestação” vem em períodos muito específicos da vida dessas mulheres, onde a maioria, que nega o desejo, relaciona essa recusa ao fato de não desejar para o momento atual.

A maternidade exige maturidade e comprometimento, sendo fundamental que as gestantes se sintam preparadas para assumir esse papel, tornando completamente compreensível essa protelação. Lavanda e Camélia afirmam essa questão e relacionam o fato de desejar, mas não estar preparada para o “agora”. Ou seja, o fato de não considerarem estar preparadas emocionalmente, financeiramente ou profissionalmente para assumir essa responsabilidade é o fato que mais marca esses discursos.

Margarida aponta uma questão relacionada ao fato de se achar muito nova para ser mãe, enfatizando a descoberta da gestação ainda quanto era menor de idade e, por essa questão, não se sentir preparada. Enquanto isso, Orquídea enfatiza o alto custo econômico e o prejuízo que isso causa no seu trabalho, também relacionando a preferência das mulheres de adiar a gestação para um momento mais adequado de suas vidas.

Essa idealização de encontrar um momento ideal na sua vida para ter um filho pode ser facialmente justificada pela busca por uma estabilidade financeira, priorização da carreira profissional e ao efetivo controle de natalidade e avanço na reprodução assistida. A concepção de que a maternidade afetará suas carreiras, além da renda, relacionamentos, estilo de vida e os altos custos envolvidos na gestação e na criação de um filho se tornam um fator determinante para adiar esse desejo (Santos *et al.*, 2009).

Tal crescimento do nível de escolaridade e os avanços na atenção à saúde, refletindo no adiamento da gestação, podem ser visualizados na conformidade de dados de 2013 do Sistema de Informação de Nascidos Vivos. De 100% dos nascidos vivos, 11% são de gestantes na faixa etária de 35 anos ou mais. Tanto estudos que levantam a pauta para essas discussões, quanto o próprio contexto social e familiar dessas mulheres, supõem que seja prioritário buscar o tão significativo “momento ideal” (SINASC, 2013).

Diferindo da maioria dos discursos, Peônia, ao acentuar, no decorrer de toda sua entrevista, sobre o desejo e a dificuldade de conseguir engravidar, demonstra também um processo emocional e desafiador marcado pelas frustradas tentativas. Ao desistir e aceitar a possibilidade de não se tornar mãe, a gestante ultrapassou as barreiras que envolviam a complexidade emocional e a ansiedade, que se tornaram um obstáculo para a realização desse desejo, possibilitando assim a concepção atual.

“A gente planejou que teria, mas não imaginei que viria agora. Acabou que não foi completamente esperada.” (Violeta)

“Não importa o quanto a pessoa planeja, parece que quando chega na hora, você nunca está preparada.” (Dália)

“Não. [...] Eu queria ter só ano que vem, porque eu ia casar esse ano e me estabilizar.” (Lavanda)

“Não [...] Eu já tenho raiva do erro que eu cometi tendo filho daquele homem [...] Não foi planejada. Pelo contrário. Eu não queria outro. Não tinha condições nenhuma né de ter agora e muito menos depois.” (Orquídea)

“A minha vida toda eu planejei ter filho, e a gente parou de tentar e parou de pensar nisso agora [...] Não vou dizer que eu estava preparada, preparada mesmo, porque pra uma situação assim, pra mulher dizer que ela está preparada, ela tem que estar muito preparada mesmo [...] Eu não estava esperando que fosse acontecer agora.” (Peônia)

O planejamento de uma gestação tende a incluir atitudes mais palpáveis e concretas, como a realização de consultas médicas pré-concepcionais, avaliação de riscos, mudanças no estilo de vida, como dieta e exercícios, e até mesmo ajustes na carreira para garantir um ambiente estável para a criança. Com isso, reconhecemos que nem todos os casos de desejo de ter um filho são seguidos de um planejamento cuidadoso, e vice-versa.

Ainda que esse planejamento, no qual envolve grandes expectativas, ansiedades e incertezas, possa ocorrer de forma minuciosa, Dália e Violeta afirmam que é um acontecimento que nunca pode ser completamente previsto e esperado. Ademais, a história de Peônia ressalta a importância de aceitar que os resultados estão além do nosso controle. Muitas vezes, a mulher pode se sentir preparada para ser mãe, com todas as suas responsabilidades e desafios, enquanto outras podem se sentir inseguras e despreparadas. Independente do sentimento, cada processo se mostra único e traz consigo suas próprias surpresas e desafios.

Um dos empecilhos rastreados pôde ser observado na fala de Orquídea, ao afirmar que seu primeiro filho foi um “erro”, pela má relação com o genitor, e que a concepção de outro filho, com um diferente homem, também não se encaixou na sua idealização atual. Quando a mulher não planeja ter um filho com uma certa pessoa e tal relação não demonstra estabilidade, a ausência paterna pode trazer inúmeras dificuldades emocionais, financeiras e sociais. Essa falta de apoio e suporte pode tornar o processo de gestação ainda mais desafiador e solitário.

Essas questões têm implicações significativas e diretas para o bem-estar emocional e físico dos pais e do futuro filho. Uma gestação planejada e bem estruturada, por ambas as partes genitoras, permite uma melhor preparação para os desafios que enfrentarão, tanto durante a

gravidez quanto após o nascimento da criança. Essa eventualidade pode ajudar a minimizar os riscos associados à gravidez e ao parto, bem como garantir o acesso a cuidados pré-natais adequados desde o início da gestação, tendo um impacto significativo na saúde e no desenvolvimento da criança (Medeiros *et al.*, 2019).

O acompanhamento da saúde na etapa de planejamento familiar contribui significativamente na qualidade de orientações ofertadas às famílias, evitando conflitos familiares que funcionam como fatores de risco para a mulher gestante no desenvolvimento de sofrimentos psíquicos. A preocupação excessiva traz como consequência a redução do autocuidado, predisposição ao *Baby Maternity Blues*, conhecido como tristeza puerperal, que implica diretamente na irritabilidade, humor deprimido, não aderência ao acompanhamento pré-natal e consequentes problemas de morbimortalidade neonatal, restrição do crescimento intrauterino, prematuridade e mortalidade materna (Silva *et al.*, 2017).

Quanto ao papel da enfermagem, no que diz respeito a esse acompanhamento e desempenho de um papel fundamental no planejamento da gravidez, a equipe, especialmente aquela especializada, oferta uma ampla gama de serviços e orientações para apoiar o planejamento familiar. A promoção e prevenção da saúde, em conjunto com o direcionamento emocional e psicológico, perpassa diversas orientações acerca da escolha adequada de métodos contraceptivos e seu uso correto, aconselhamento sobre comportamentos saudáveis antes da concepção, como alimentação balanceada, atividade física e eliminação de hábitos prejudiciais, bem como a promoção de um ambiente positivo para tomar decisões informadas (Oliveira; Santos, 2022).

CATEGORIA II: DIFICULDADES E ENFRENTAMENTOS VIVENCIADOS NA GESTAÇÃO.

Muitas vezes, gestantes enfrentam uma série de dificuldades e desafios que afetam significativamente o bem-estar gestacional, englobando a saúde e estabilidade psíquica, bem-estar, assim como o desenvolvimento saudável do feto. Esta categoria tem como objetivo explorar e analisar as diversas os enfrentamentos destacados nos discursos abordados pelas mulheres, quando questionadas acerca das dificuldades vivenciadas ao longo da gestação.

Subcategoria I: Aspectos psicobiológicos

“Incômodos, muitas dores, falta de ar. Dores nas costas, ansiedade” (Margarida)

“Sintomas físicos. Enjoo, retenção de líquido. [...] No início eu não conseguia me alimentar bem, a glicose está um pouco alterada” (Violeta)

“Muitos sintomas, enjoo, e eu sei que com o tempo a pessoa só vai sentindo mais dores [...] Eu não tive nada de grave até agora, eu sou muito privilegiada porque sei que tem muitas mulheres que sofrem mesmo.” (Camélia)

“Ansiedade. Me dá medo de pensar que eu não saiba cuidar dele, do meu filho” (Lavanda)

“Enjoo, e às vezes um nervosismo. Eu sou ansiosa demais, pensando no futuro [...] Parar de fumar [...] Eu fico nervosa demais às vezes, dá uma vontade de fumar, mas Deus me livre, não vou fazer isso com meu filho não [...] Da própria gravidez mesmo, de fazer os exames, de querer saber se meu filho vai ser saudável, se vai dar tudo certo até o final” (Peônia)

“A ansiedade, eu vivo ansiosa [...] Eu já tinha ansiedade e eu acho que piorou um pouco depois. É algo repentino. Do nada dá uma tristeza aí eu já começo a chorar” (Dália)

“O parto [...] Eu sou muita indecisa mesmo [...] eu ficava pensando “, quando eu tiver um filho, eu vou ter como? Será que eu vou ter normal? [...] Vem muita ansiedade mesmo, eu tento nem ficar pensando muito nisso (sobre o pós-parto)” (Camélia)

Durante as entrevistas e no decorrer das respostas, foi possível captar a diversidade de experiências e percepções. Algumas expressaram medo e insegurança em relação ao parto e à saúde do bebê, como Camélia e Peônia, enquanto outras, em sua maioria, compartilharam questões relacionadas ao conforto prejudicado referente aos sintomas físicos de enjoos, dores, falta de ar e mudanças no seu corpo. Essas narrativas revelam a complexidade de emoções e pensamentos que permeiam a experiência da gestação. O medo do desconhecido, referindo-se a preocupação com complicações durante a gestação ou o parto, bem como a responsabilidade de cuidar de um ser visto com tanta fragilidade, geram grande ansiedade e angústia.

O receio acerca do parto, seja vaginal ou cesárea, normalmente se associa, além da própria dor aguda, às complicações, riscos no uso de procedimentos invasivos e no desenvolvimento de distocias que possam acarretar consequência negativas para a mãe e para o bebê. Esses fatores geram ansiedade, insegurança e incerteza sobre o parto, muitas vezes superando o próprio medo da dor em si. A ausência de conhecimento sobre o funcionamento

do corpo feminino e as transformações que ocorrem durante o processo gestacional impulsionam ainda mais os sentimentos de incertezas, inseguranças e desconfortos.

Uma gestação é marcada por uma série de alterações fisiológicas que envolvem adaptações necessárias para um melhor funcionamento do seu organismo. Os altos níveis de hormônios secretados causam importantes adaptações sistêmicas, como o estoque de gordura para gastos energéticos, crescimento fetal, alterações imunológicas que ocasionam imunossupressão e maior vulnerabilidade às doenças. (Montenegro; Rezende, 2014)

Tem-se o aumento do volume sanguíneo e da frequência cardíaca, resultando em hemodiluição e anemia fisiológica, alterações respiratórias, com menor oxigenação pela diminuição da expansibilidade diafragmática, alterações gastrointestinais que ocasionam hipertrofia da gengiva e papilas, com ocasional sensação de sabores mais fortes, relaxamento musculatura lisa para maior absorção de ferro, resultando também em azia e refluxo, entre diversas outras modificações musculoesqueléticas, posturais e tegumentares (Montenegro; Rezende, 2014).

O enjoo gestacional é uma sintomatologia que acomete quase que unanimemente essas mulheres, ainda não sendo completamente esclarecidos. Acredita-se que o maior responsável por essa questão é a própria gonadotrofina coriônica humana, o hormônio HCG. Sua produção se dá pelo o córion, induzido pelo embrião, e impede que corpo lúteo se degenerere. Existe uma grande necessidade de demanda na produção desse hormônio, uma vez que o corpo lúteo sustenta a gestação, antes da completa formação placentária (Montenegro; Rezende, 2014).

Lavanda, Dália e Camélia trazem o próprio sentimento da ansiedade como a maior dificuldade a ser enfrentada e cada uma justifica a particularidade desse sentimento. A ansiedade nessa fase é bastante comum e multifacetada. Para aquelas que já lidam com transtornos de ansiedade diagnosticados, o processo gestacional pode intensificar esses sintomas, decorrente das flutuações hormonais e emocionais, tornando a experiência ainda mais desafiadora. A sobrecarga de pensamentos e cuidados com seus filhos também envolve uma série de preocupações e responsabilidades que desencadeiam esse sentimento, sendo fundamental um suporte adequado (Benatti *et al.*, 2020).

A assistência pré-natal implica diretamente no acompanhamento dessas sintomatologias e permite manejar esses aspectos biológicos, como diversas outras transformações físicas, sociais e psicológicas. A orientação da equipe de enfermagem atenua medos e ansiedades no fornecimento de informações básicas e inerentes ao exercício da profissão, como fornecer a compreensão para essas mulheres das diversas alterações que ocorrem no seu corpo e as demais

características do período gravídico, para diminuição dessa ansiedade a respeito do desconhecido (Leite *et al.*, 2021).

Esse cuidado assistencial pode incluir o suporte emocional fornecido por familiares e amigos, acompanhamento com profissionais de saúde qualificados e, quando necessário, intervenções psicológicas, como a terapia cognitivo-comportamental. Algumas técnicas de relaxamento podem também ser abordadas no acompanhamento pré-natal, como *mindfulness*, práticas integrativas e diversas estratégias de enfrentamento, tudo isso a depender da autonomia do profissional de enfermagem em saber e ter a iniciativa de ofertar essas práticas (Leite *et al.*, 2021).

Subcategoria II: Vulnerabilidades socioeconômicas

“[...]A gente tá se planejando, pra comprar as coisas, pedindo roupa. Lá em casa mesmo, não tem espaço, a gente ainda nem sabe o que vai fazer, provavelmente o menino vai ter que ficar na cama com a gente [...] É muita preocupação, muita dificuldade, mas se Deus quiser meu filho vai nascer e vai ser criado muito bem” (Orquídea)

“No começo eu senti muito desespero. Eu fiquei com medo de contar pra minha mãe, fiquei desesperada, com medo de brigarem comigo. [...] Eu tinha muito medo de passar o resto da minha vida sendo julgada” (Margarida)

“Em relação a mudança da vida. [...] Eu estava me preparando para isso, mas tem que mudar toda a nossa rotina, o lar.” (Violeta)

“Medo de ficar sem trabalhar. [...] Eu prefiro não trabalhar, mas é que eu preciso. (Tulipa)

As vulnerabilidades socioeconômicas referem-se a condições em que indivíduos ou grupos enfrentam dificuldades devido a fatores relacionados à sua situação econômica e social,

abrangendo um acesso limitado a recursos financeiros, educação precária, falta de acesso a cuidados de saúde adequados, moradia inadequada e insegurança no emprego.

Quando essas mulheres foram questionadas a respeito das dificuldades que elas enfrentam na gestação atual, essas condições se encaixam com a definição anteriormente apresentada. Tulipa enfatiza o medo de ficar sem trabalhar e, conseqüentemente, comprometer seu desenvolvimento profissional e provocar limitações econômicas. A insegurança no trabalho acontece porque muitas enfrentam a pressão de continuar trabalhando até o final da gestação, mesmo em condições inadequadas ou prejudiciais à saúde, devido à falta de licença maternidade remunerada ou a necessidade financeira de manter seus empregos (Ribeiro, 2021).

A fala de Orquídea enfatiza uma condição de falta de recursos financeiros para atender às necessidades básicas durante a gestação. Condições precárias de moradia, desemprego, falta de acesso a benefícios sociais, entre outras necessidades básicas, como vestimenta e alimentação, resultam em sentimentos de inadequação e estresse, aumentando ainda mais a ansiedade e o sentimento de impotência durante a gestação. Além disso, a dependência de doações de roupas pode levar a sentimentos de constrangimento e falta de autonomia.

Quando Orquídea afirma “temos muitas dificuldades”, essa frase resume a complexidade das circunstâncias enfrentadas por gestantes em situações de vulnerabilidade socioeconômica. Além das preocupações financeiras e habitacionais, essas mulheres podem enfrentar uma variedade de desafios, incluindo acesso limitado a cuidados de saúde de qualidade, insegurança alimentar, estresse relacionado ao trabalho e preocupações sobre o futuro de sua família (Garcia *et al.*, 2019).

Margarida traz em sua fala o medo de julgamento, tanto da família, quanto de todos em seu círculo de convivência, sendo uma questão comum que advém do próprio conceito de “ser mulher” em uma sociedade. Essa insegurança se intensifica ainda mais para aquelas que engravidam sendo menores de idade. O estigma em torno da gravidez na adolescência leva as jovens a enfrentarem sentimentos de vergonha, culpa e medo em relação ao que os outros pensam sobre elas.

A pauta de gravidez na adolescência e as repercussões que isso causa no prejuízo para sua saúde e na saúde dos recém-nascido devem ser abordadas, uma vez que essas jovens se veem confrontadas com perguntas sobre sua responsabilidade, moralidade e capacidade de cuidar de um bebê, o que aumenta ainda mais seus sentimentos de inadequação e isolamento. Esse medo e enfrentamento prejudicado as leva a esconder sua gestação, evitando a busca por apoio e cuidado especializado (Carvalho; Carvalho, 2021).

Para gestantes muito jovens, o medo do julgamento pode vir de várias fontes. Elas podem temer a reação de suas famílias, amigos, professores, colegas e até mesmo de estranhos na comunidade. O estigma social associado à gravidez na adolescência pode levar a julgamentos precipitados e críticas, o que pode aumentar o estresse e a ansiedade durante um período já desafiador, com repercussões que incluem sofrimento psicológico, abandono escolar, desenvolvimento de hábitos etilista e depressão pré e pós-parto (Carvalho; Carvalho, 2021).

A discriminação, exclusão, acesso limitado a recursos, falta de autonomia, entre outras questões, levam a sentimentos de vergonha, isolamento e baixa autoestima, afetando a saúde mental dessas gestantes e desencadeando preocupações e riscos constantes com a segurança e o conforto do binômio mãe-bebê. Advindo disso, o acesso limitado a cuidados de saúde mental, devido, tanto a barreiras socioeconômicas, quanto a própria fragilidade de recursos por parte do sistema de saúde, resultam ainda mais em sintomas não tratados de transtornos mentais ou na produção de sofrimento psíquico, aumentando o risco de complicações durante a gestação e no pós-parto.

CATEGORIA III: REDE DE APOIO

Nesta categoria, exploramos o conceito e a complexidade do papel da rede de apoio para mulheres grávidas, abordando as diferentes pessoas e recursos que foram enfatizados nos discursos, no qual desempenham papéis significativos de promoção a um suporte emocional, social e prático.

“A minha irmã, a minha sogra, a minha mãe. Eu tenho uma rede de apoio muito boa” (Rosa)

“Avó e sogra” (Margarida)

“Minha sogra e minha mãe.” (Dália)

“A família. Principalmente mãe, irmãs, amigas também, companheiro.” (Violeta)

“Minha mãe, meu marido, minha família graças a Deus.” (Peônia)

“Minha mãe, minha sogra, meu esposo, minhas irmãs, é muita gente” (Girassol)

“A minha mãe e meu namorado.” (Lavanda)

“Meu esposo e meu filho” (Tulipa)

Quando questionadas a respeito do quem consideram sua rede de apoio, a maioria descreveu figuras femininas, como mãe, avó e sogra, como sua rede de apoio durante a gestação. Margarida, Rosa e Dália, por exemplo, citaram que existe uma ampla participação de pessoas presentes em sua rede de apoio, todavia apenas citando mulheres de seu convívio.

Essa escolha é comumente influenciada por uma série de fatores culturais, sociais e emocionais. Além das mulheres sempre desempenharem um papel central na família, especialmente durante a gravidez e o parto, as figuras de mãe avó e sogra frequentemente são vistas como fontes de sabedoria, apoio emocional e prático. Essa questão é justificada pela experiência prévia na maternidade e no cuidado com bebês (Bernardes; Loures; Andrade, 2019).

As demais gestantes, ainda que tenham citado a figura masculina como rede de apoio, apontaram única e exclusivamente para o pai/cônjuge representando os indivíduos do sexo masculino, com exceção de Tulipa, que trouxe prioritariamente o esposo e o filho. Ao sempre citarem as figuras femininas, quase que imediatamente, as mulheres da família acabam deixando a figura masculina em segundo plano no que diz respeito a confiança e intimidade das gestantes nas perspectivas dos cuidados do pré-natal, parto e puerpério.

É importante mencionar que o reconhecimento de uma figura que lhe promova suporte, por parte da mulher, não se trata apenas de uma escolha individual e pessoal. Muitas vezes, ela se forma naturalmente à medida que a mulher identifica quem pode contar para ajudá-la durante esse período de grandes transformações.

Com isso, a pouca inferência da figura masculina não necessariamente significa que a gestante escolheu deixar o homem para um segundo plano. Na verdade, essa falta de menção

pode ser reflexo da ausência ou fragilidades dos homens na vida da gestante, por motivos pessoais, sociais e nas ações de cuidado.

Ao citar a expressão “rede de apoio”, essas mulheres automaticamente associam esse tipo de suporte a ajuda prática no dia a dia, ajudando nas tarefas domésticas, cuidando de outros filhos e oferecendo suporte físico. Guimarães e Melo (2011) definem rede de apoio e apoio social como a qualidade de relação das pessoas em associação com ações concretas executadas, como o fornecimento de suporte, especialmente em momentos críticos, ajuda material, partilha de informações e experiências, suporte na promoção de autonomia e conseguinte suporte à estabilidade emocional.

Como consequências visíveis da ausência de uma rede de apoio adequada durante a gravidez, podemos mencionar a sensação de isolamento social, implicando no aumento de estresse e a ansiedade da gestante, a falta de suporte emocional para ajudar essas mulheres a lidarem com preocupações, medos e mudanças emocionais. Outrossim, cita-se a falta de ajuda prática na simples preparação e organização, cuidados domésticos, transporte para consultas médicas, busca de cuidados pré-natais e atenção ao pós-parto (Esteves *et al.*, 2018).

No que tange a ausência da figura masculina no cuidado, essa condição decorre de motivos como as próprias questões culturais, expectativas de gênero, papéis tradicionais e pressões sociais. Esses quesitos atribuem à mulher uma responsabilidade quase que total pelo cuidado. Ademais, temos outros casos como; separação, divórcio, relacionamentos abusivos, falta de interesse no bem-estar da gestante e do bebê e imaturidade ou irresponsabilidade, onde o parceiro masculino acaba estando ausente ou não envolvido no cuidado durante a gestação (Fernandes, 2022).

Ademais, é unânime destacar que houve uma ausência total da visão das mulheres dos profissionais da saúde como parte de sua rede de apoio. Podemos esperar essa visão por diversos fatores, como, por exemplo, a relação entre profissionais de saúde e pacientes, normalmente vista como estritamente profissional, limitada ao cuidado clínico. A falta de continuidade do cuidado em sistemas fragmentados ou sobrecarregados também podem dificultar o desenvolvimento de uma relação de confiança.

Dentro da assistência pré-natal, a figura do enfermeiro desempenha um papel essencial na criação e manutenção dessa rede de apoio para mulheres gestantes. Tais profissionais tornam-se uma fonte confiável de informações, suporte emocional e coordenação de cuidados, a partir da educação pré-natal, que inclui informações sobre nutrição, exercícios, mudanças físicas e emocionais durante a gravidez, além de técnicas para lidar com o parto e o pós-parto.

Destacamos também a disponibilidade para oferecer suporte emocional, ouvindo as preocupações das gestantes, respondendo a perguntas e fornecendo orientação para aliviar medos e ansiedades (Dias *et al.*, 2018).

A supressão de instrução e orientação adequada, por parte dos profissionais de saúde, também merece ser citada. Ao não receberem uma educação abrangente e orientação personalizada durante o pré-natal, as gestantes podem não perceber seu papel como parte integrante da equipe de cuidados.

Schwartz, Vieira e Geib (2011) trouxeram um estudo com adolescentes primigestas, no qual analisam a percepção da necessidade de apoio para superar o medo e o desafio da maternidade. Como resultados, é destacável essa ausência de citação do apoio extrafamiliar dos serviços de saúde e esse hiato na falta de conhecimento, por parte das gestantes, acerca da possibilidade de apoio pelos profissionais de saúde, geram ainda mais dúvidas que poderiam ser facilmente sanadas, como necessidades de saúde, amamentação, cuidado pós-parto e cuidados ao recém-nascido, que reverberam em interrupção da amamentação, adoecimento prematuro da criança, complicações no puerpério, entre outras questões.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados nos revelaram efeitos significativos, no que diz respeito a manifestação de sintomas de ansiedade patológica, associados a implicações sociais, econômicas e psicobiológicas. Os dados quantitativos do estudo, dentro de uma amostra de 10 mulheres, nos trouxeram uma maioria de mulheres entre a faixa etária de 23 a 27 anos, com 40% dessas gestantes estando no terceiro trimestre gestacional. Quanto a quantidade de gestações, 60% eram primigestas, 20% apresentaram um caso de abortamento prévio e, em relação á classificação de risco gestacional, 90% foi classificada, dentro do pré-natal, com risco habitual.

O discernimento entre gravidez planejada e desejada emerge com implicações distintas na manifestação do bem-estar físico, mental e social. Planejar uma gravidez implica em tomar medidas conscientes e ativas para conceber um filho, enquanto, por outro lado, desejar uma gravidez pode refletir uma vontade intrínseca de ser mãe, mas pode não estar necessariamente alinhada com um plano concreto ou preparação prévia. Nesse sentido, dentro dos nossos dados, obtivemos 70% de mulheres com gravidez não planejada e 50% com gravidez não desejada.

Ainda que a gestação seja definida como planejada, as mulheres podem não se sentir completamente preparadas emocional e psicologicamente para lidar com as mudanças físicas, emocionais e sociais que acompanham a gestação. É necessário ter tempo para ajustar suas

expectativas, realizar consultas, buscar apoio social e financeiro adequado e tomar decisões sobre o parto e os cuidados com o filho. Essas questões contribuem para uma sensação de controle e segurança, o que pode mitigar o estresse e a ansiedade associados à gravidez.

As dificuldades de enfrentamento relacionadas aos aspectos psicobiológicos, vulnerabilidades socioeconômicas e a falta de rede de apoio reforçam a importância de uma abordagem holística para o cuidado da saúde mental durante a gestação. A necessidade desse tipo de abordagem inclui, não apenas intervenções clínicas, mas também políticas públicas que promovam o acesso equitativo a serviços de saúde mental e o fortalecimento das redes de apoio social para gestantes em todas as esferas socioeconômicas.

A utilização do IRSAG, em conjunto com uma entrevista semiestruturada, pôde fornecer uma abordagem abrangente para avaliar os aspectos objetivados. Esse instrumento nos ofereceu uma maneira assertiva de quantificar os sintomas de ansiedade, permitindo uma rápida triagem e identificação de gestantes em risco, demonstrando assim 40% de mulheres com baixa ansiedade, 30% com ansiedade moderada e 30% com alta ansiedade. Complementando isso, a entrevista semiestruturada permitiu explorar mais profundamente os contextos individuais, experiências pessoais e fatores de estresse específicos que podem contribuir para o sofrimento psíquico gestacional.

Alguns limites puderam ser identificados e merecem destaque. É importante reconhecer que a eficácia desse método depende da habilidade do entrevistador em conduzir uma entrevista empática, promover confiança, ambiente reservado e uma disposição de tempo. O suporte adequado às gestantes identificadas com ansiedade pode ser promovido durante a longitudinalidade do pré-natal. É fundamental que os profissionais de saúde adotem uma abordagem centrada na paciente, oferecendo suporte emocional, promovendo a continuidade do cuidado e fornecendo educação e orientação personalizadas.

Em relação a generalização dos resultados, a ocasionalidade de amostra pequena não reflete a diversidade da população em geral. Ao lidar com o acompanhamento de gestantes em unidades de saúde, o curto espaço de tempo conferido nos limita a uma quantidade ocasional de gestantes aderidas ao programa e que, em nosso caso, se mostrou reduzida. Algumas gestantes mostraram também dificuldades de linguagem e expressão, destacando as barreiras de comunicação e dificultando a significação de informações claras sobre seus sentimentos. Destacamos também que as pesquisas dependem do autorrelato das participantes, o que pode ser influenciado por uma série de fatores, como memória seletiva, deseabilidade social e interpretação subjetiva dos sintomas.

A saúde mental ainda é um tema estigmatizado e as gestantes podem relutar em discutir seus problemas emocionais por medo de julgamento ou discriminação. Abrir-se sobre essas questões durante o período gestacional pode ser especialmente desafiador, devido a sensibilidade e a intensidade das emoções. Posto isso, a gestante poderá minimizar ou negar seus próprios sintomas de sofrimento psíquico, devido a uma variedade de razões, incluindo o desejo de parecerem fortes ou a preocupação em serem percebidas como "boas mães".

Este estudo atingiu os objetivos propostos e nos permitiu identificar correlações presentes entre esses determinantes biopsicofisiológicos e sociais. Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para o avanço das práticas e manejo relacionados à saúde mental na gestação, além de incentivar a criação de momentos de apoio e cuidado durante a gravidez, visando a proteção do bem-estar emocional dessas mulheres.

7 REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, V. P.; VIEIRA, C. A. L.; ALVES, S. V. Perspectivas acerca do conceito de saúde mental: análise das produções científicas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 351-361, 2022.

ARATANI, N. **Avaliação do acompanhamento pré-natal em serviços de Atenção Primária à Saúde**. 2020. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 2020.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BEARAK, J. *et al.* Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. **The Lancet Global Health**, v. 6, n. 4, p. e380-e389, 2018.

BENATTI, Ana Paula *et al.* A maternidade em contextos de vulnerabilidade social: papéis e significados atribuídos por pais e mães. **Interação em psicologia**, v. 24, n. 2, 2020.

BERNARDES, Ruane; LOURES, Amanda Freitas; ANDRADE, Barbara Batista Silveira. A romantização da maternidade e a culpabilização da mulher. **Revista Mosaico**, v. 10, n. 2Sup, p. 68-75, 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. eSUS - Guia para qualificação dos indicadores da APS. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família, 1º edição, Brasília-DF, 2020.

CARDOSO, V. *et al.* Revisão sistemática de métodos mistos: método de pesquisa para a incorporação de evidências na enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 28, 2019.

CARVALHO, C. A.; CARVALHO, T. A. **Repercussões na saúde mental da gravidez na adolescência**. 2021. TCC (Graduação em Medicina). Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, Brasília, 2021.

CASTILHOS, C. C. A.; SANTOS, M. L. N.; LIMA, R. N. Transtornos mentais na gravidez: gestantes assistidas na atenção primária. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, 2020.

COSTA, D. A. **Perfil socioeconômico e epidemiológico das gestantes atendidas nos postos de saúde da cidade de Bananeiras-PB**. TCC (Graduação em Farmácia) – Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2016.

COSTA, F. A. Mulher, trabalho e família: os impactos do trabalho na subjetividade da mulher e em suas relações familiares. **Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 3, n. 6, p. 434-452, 2018.

DADI, A. F.; MILLER, E. R.; MWANRI, L. Antenatal depression and its association with adverse birth outcomes in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Women's Health**, v. 15, n. 1, p. e0227323, 2020.

DELGADO, V. G. *et al.* Gravidez não planejada e os fatores associados à prática do aborto: revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 5, p. 12315-12327, 2020.

DEMORI, C. C. *et al.* De mulheres para mulheres: rede social de apoio às adolescentes grávidas. **Rev. enferm. UFSM**, p. 247-262, 2018.

DIAS, E. G. *et al.* Ações do enfermeiro no pré-natal e a importância atribuída pelas gestantes. **Revista Sustinere**, v. 6, n. 1, p. 52-62, 2018.

ESTEVES, I. *et al.* A importância da resiliência e de um suporte social efetivo na vivência da gravidez e maternidade precoces. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. Especial 6, p. 9-16, 2018.

FARIA JUNIOR, A. B. F. **Perfil epidemiológico dos nascidos vivos no município de João Pessoa-PB**. TCC (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2022.

FERNANDES, P. S.. **Família monoparental feminina: desafios de ser mãe solo**. 2022. Dissertação (Mestrado em Educação sexual). Universidade Estadual Paulista - UNESP, Araraquara, 2022.

GALVÃO, L. B. Mãe solteira não. Mãe solo! Considerações sobre maternidade, conjugalidade e sobrecarga feminina. **Revista Direito e Sexualidade**, v. 1, n. 1, 2020.

GARCIA, E. M. *et al.* Risco gestacional e desigualdades sociais: uma relação possível?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4633-4642, 2019.

GUIMARÃES, E. C.; MELO E.C.P. Características do apoio social associados à prematuridade em uma população de puérperas de baixa renda. **Esc Anna Nery**, v. 15, n 1, 54-61, 2011.

LEITE, A. C. *et al.* Contribuições da assistência de enfermagem à gestante com ansiedade: prevalência e fatores associados. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, p. e50310515273-e50310515273, 2021.

MAGALHÃES, Y. M. *et al.* Perfil das gestantes em acompanhamento pré-natal em uma unidade básica da saúde da família em Campina Grande-PB. Anais II CONBRACIS. **Realize Editora**, Campina Grande, 2017.

MEDEIROS, A. P. P. *et al.* A importância do planejamento gestacional para diferentes gerações de mulheres. **Research, Society and Development**, v. 8, n. 2, p. e2282661-e2282661, 2019.

MONTENEGRO, C.A.B.; REZENDE, J.F. **Obstetrícia Fundamental**, 13 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

MOUTINHO, S. M. F. **Gravidez e saúde mental: caracterização de um grupo de grávidas uterinas em cuidados de saúde primários**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Portuguesa, Porto, 2019.

OLIVEIRA, D. B. B.; SANTOS, A. C. Saúde mental das gestantes: a importância dos cuidados de enfermagem. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 5, n. 11, p. 97-108, 2022.

PAZ, M. M. S. *et al.* Ansiedade na gestação de alto risco: um reflexo da atenção básica no alto sertão da Paraíba. **Revista Neurociências**, v. 28, p. 1-21, 2020.

PEDRAZA, D. F. Assistência ao pré-natal, parto e pós-parto no município de Campina Grande, Paraíba. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 460-467, 2016.

PINHEIRO, Y. T.; FREITA, G. D. M.; PEREIRA, N. H. Perfil epidemiológico de puérperas adolescentes assistidas em uma maternidade no Município de João Pessoa-Paraíba. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 16, n. 2, p. 174-179, 2017.

RIBEIRO, A. P. B. N. **Gestante e estabilidade no trabalho**. 2021. TCC (Graduação em Direito). Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2021.

RODRIGUES, A. R. M. *et al.* Gravidez de alto risco: análise dos determinantes de saúde. SANARE- **Revista de Políticas Públicas**, v. 16, n. 1, p. 23-28, 2017.

ROLIM, N. R. F. *et al.* Fatores que contribuem para a classificação da gestação de alto risco: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Production Engineering**, v. 6, n. 6, p. 60-68, 2020.

ROMERO, S. L.; CASSINO, L. Saúde mental no cuidado à gestante durante o pré-natal. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, v. 6, n. 2, 2018.

SANTOS, G. H. N. *et al.* Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, p. 326-334, 2009.

SANTOS, J. S. **Análise dos fatores associados a gestação de alto risco no estado da Paraíba, Brasil**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2022.

SCHIAVO, R. A.; BRANCAGLION, M. Y. M. Instrumento de rastreio para sintomas de ansiedade gestacional–IRSAG. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 4, p. 16885-16904, 2021.)

SCHWARTZ T.; VIEIRA R.; GEIB L.T.C. Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. **Cienc. saude colet**, v. 16, n. 5, p. e2575-85, 2011.

SHOREY, S. *et al.* Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. **Journal of psychiatric research**, v. 104, p. 235-248, 2018.

SILVA, G. F. P. *et al.* Risco de depressão e ansiedade em gestantes na atenção primária. **Nursing**, São Paulo, v. 23, n. 271, p. 4961-4970, 2020.

SILVA, M. A. P. *et al.* Tristeza materna em puérperas e fatores associados. **Rev Port Enferm Saude Ment**, v. 18, p. 8-13, 2017.

Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC). **Nascidos Vivos de 2013** - Paraíba.

SOUSA, A. A. *et al.* Gravidez não planejada na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 6, p. e59611629455-e59611629455, 2022.

SOUTO, K; MOREIRA, M. R. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 832-846, 2021.

STEEN, M.; FRANCISCO, A. A. Bem-estar e saúde mental materna. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, p. III-IVI, 2019.

8 APÊNDICES



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE EDUCAÇÃO E
SAÚDE



APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Gestar, querer e cuidar: um olhar sobre a saúde mental da gestante

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado, desenvolvido sob responsabilidade (**inserir nome do pesquisador responsável e seu local de lotação**) O presente documento contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu, _____, nascido(a) em _____ de _____ de _____, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo “Gestar, querer e cuidar: um olhar sobre a saúde mental da gestante”. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

- I) Essa pesquisa objetiva compreender as repercussões da gravidez não planejada na saúde mental da mulher, identificando os principais desafios que essas mulheres enfrentam diante da gravidez não planejada e rastreando sintomas de ansiedade gestacional nessas gestantes;
- II) A justificativa dessa pesquisa é afirmada através da necessidade de investigação da relação entre os fatores envolvidos na vida de uma gestante que vivencia uma gravidez não-planejada e, com isso, como essa questão pode implicar na prevalência de distúrbios

mentais que afetam essas mulheres. A construção dessa pesquisa se dará através da metodologia de combinação de coleta de dados por meio da utilização do Instrumento De Rastreo De Sintomas De Ansiedade Gestacional e construção de entrevistas estruturadas para norteio da conversa, juntamente com a utilização de gravador de voz em telefone celular, a partir do consentimento das entrevistadas. Seguiremos para observação, mapeamento e análise de conteúdo coletado, de forma que o material será analisado de forma descritiva simples, com transcrição das entrevistas, categorização e análise qualitativa dos dados para interpretação dos resultados;

- III) Durante a entrevista será feito o uso do gravador de voz, para melhor compreensão das informações, podendo eu, solicitar a qualquer momento para que o entrevistador pare de gravar, sem nenhum prejuízo a mim. O material proveniente da gravação das entrevistas será arquivado em banco de dados da pesquisadora responsável, com indicação numérica da ordem das entrevistas e será arquivado, tendo como única finalidade a transcrição de forma fidedigna;
- IV) Vários benefícios que reafirmam a necessidade de construção dessa pesquisa. A identificação precoce de problemas de saúde mental, que eventualmente será fornecida, irá proporcionar a oportunidade de intervenção precoce, bem como promoção de uma melhor avaliação da saúde mental da gestante durante o acompanhamento pré-natal, contribuindo para o bem-estar da mãe e do bebê. Todas as pesquisas que envolvem seres humanos oferecem riscos, por isso acentuamos a possibilidade de existência de desconforto e/ou constrangimento por parte das participantes que se submeterem a entrevista. É importante, para evitar essa ocasionalidade, garantir a imparcialidade de perguntas e registro de respostas, bem como a garantia fidedigna do anonimato e a não divulgação das informações relatadas.
- V) Será garantido o acompanhamento da participante dessa pesquisa durante a aplicação da entrevista, como também após o término da coleta de dados, caso haja necessidade;
- VI) Está garantido total liberdade da participante de desistir ou de interromper a sua colaboração para a pesquisa no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação ou penalização;
- VII) Ressalta-se a garantia de manutenção do sigilo e privacidade das informações coletadas das participantes dessa pesquisa, em quaisquer fases dessa pesquisa;

VIII) Será garantido que todos resultados serão mantidos em sigilo, exceto para fins de divulgação científica, todavia sem identificação dos nomes e origem de cada participante;

Atestado de interesse pelo conhecimento dos resultados da pesquisa.

() Desejo conhecer os resultados desta pesquisa

() Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

IX) Será garantido o recebimento de uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com todas as páginas rubricadas e aposição de assinatura na última página, pelo pesquisador responsável;

X) Será garantido o ressarcimento e como serão cobertas as despesas obtidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes;

XI) Será garantido a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa;

XI) Caso me sinta prejudicado(a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, localizado na Rua Profª. Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D'Água da Bica, Bloco: Central de Laboratórios de Análises Clínicas (LAC), 1º andar, Sala 16. CEP: 58175 – 000, Cuité-PB, Tel: 3372 – 1835, E-mail: cep.ces.ufcg@gmail.com;

XII) Poderei também contatar o pesquisador responsável, por meio do endereço localizado na Rua Profª. Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D'Água da Bica, CEP: 58175 – 000, Cuité-PB, no e-mail: alynne.mendonca@professor.ufcg.edu.br e no telefone (83) 33721900.

_____, _____ de _____ de _____

()Participante da pesquisa / ()Responsável

Pesquisador responsável pelo projeto

(Alynne Mendonça Saraiva Nagashima)

APÊNDICE II



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE – CES
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ROTEIRO DE ENTREVISTA ESTRUTURADA

DATA: ___/___/___ LOCAL DA ENTREVISTA: _____

1.0 IDENTIFICAÇÃO

IDADE: _____ SITUAÇÃO CONJUGAL: _____

GRAU DE INSTRUÇÃO: () Alfabetizada () Analfabeta () Ensino Fundamental Completo
() Ensino Médio Completo () Ensino Superior Completo

RAÇA: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena

OCUPAÇÃO: _____

COMORBIDADES: () Tabagismo () Alcoolismo () Drogadição () Sedentarismo

Observações: _____

() Doença metabólica _____ () Doença sistêmica _____

() Baixa condição socioeconômica () Moradia precarizada

Observações: _____

2.0 HISTÓRIA OBSTÉTRICA PREGRESSA

GESTA _____, PARA _____ PARTOS VAGINAIS, _____ CESÁREAS,
_____ FILHOS NASCIDOS VIVOS, _____ ABORTOS, _____ NATIMORTOS

IDADE DE INÍCIO DA ATIVIDADE SEXUAL: _____

EVOLUÇÃO NO PRÉ-NATAL: () Diabetes () Parto pré/pós-termo () Baixo peso ao
nascer () Restrição de crescimento intraútero () Pré-eclâmpsia/ eclâmpsia () Anomalias
congenitas

BREVE RELATO DOS PARTOS ANTERIORES: () Eutócico () Distócico

COMPLICAÇÕES PUÉRPERAS ANTERIORES: () Depressão puerperal () Infecções
() Dificuldades com a amamentação () Outro: _____

3.0 HISTÓRIA OBSTÉTRICA ATUAL

()Risco habitual ()Alto risco

()Planejada ()Não planejada ()Desejada ()Indesejada

QUANDO CONFIRMOU A GRAVIDEZ:_____

NÚMERO DE PRÉ-NATAIS ATÉ O MOMENTO: _____

USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS: ()Sim ()Não PORQUE ESCOLHEU ESSE MÉTODO?

PRETENDE TER MAIS FILHOS: ()Sim ()Não

PRETENDE AMAMENTAR? ()Sim ()Não

PRETENSÃO DE VIA DE PARTO ()Cesárea ()Vaginal

*Observações:*_____

EM SUAS GESTAÇÕES ANTERIORES, COMO FOI A EXPERIÊNCIA EMOCIONAL?:

()Positiva ()Negativa

O QUE CONSIDERA DA GESTAÇÃO ATUAL?:

VOCÊ DESEJAVA E/OU PLANEJAVA SER MÃE? PORQUE?

QUEM É SUA REDE DE APOIO?

VOCÊ ENFRENTA DIFICULDADES NA GRAVIDEZ ATUAL? QUAIS?

10 ANEXOS



Secretaria de Saúde de Juarez Távora

Rua Coronel Francisco Luís, S/N

smsjuareztavorapb@gmail.com

(083) 9642-6215

CNES: 6423612 /cnpj?

ANEXO I

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Eu, Paulo Aurelio Evangelista Feitosa, Secretário de Saúde da Secretaria de Saúde de Juarez Távora, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: Gestar, querer e cuidar: um olhar sobre a saúde mental da gestante, na Unidade Básica de Saúde da Família I (UBS I): Maria Da Gloria Araújo De Oliveira e no Programa Saúde da Família (PSF) I: Manoel Francisco Monteiro, tendo como pesquisadores responsáveis Alynne Mendonça Saraiva Nagashima - SIAPE: 1631987 (orientadora, professora do CES/UFCG) e Jayana Gabrielle Sobral Ferreira - Mat: 519120201 (discente do Curso de Bacharelado em Enfermagem do CES/UFCG).

Juarez Távora- PB, _____ de _____ de _____

Paulo Aurelio Evangelista Feitosa/ Secretário de Saúde/ Secretaria de Saúde -Juarez Távora
(incluir carimbo e assinatura)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE EDUCAÇÃO E
SAÚDE



ANEXO II

TERMO DE COMPROMISSO DO(S) PESQUISADOR(ES)

Por este termo de responsabilidade, eu abaixo-assinado, Alynne Mendonça Saraiva Nagashima, responsável pela pesquisa intitulada “Gestar, querer e cuidar: um olhar sobre a saúde mental da gestante”, assumo cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas normatizações complementares, homologadas nos termos do Decreto de delegação de competências de 12 de novembro de 1991, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmo, outrossim, minha responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo dos documentos correspondentes a cada participante incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta.

Apresentarei sempre que solicitado pelas instâncias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da mesma, assumindo o compromisso de:

- Preservar a privacidade dos participantes da pesquisa cujos dados serão coletados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão encaminhados para a publicação e para as instituições co-participantes, como forma de retorno e contribuição aos serviços.

Em cumprimento às normas regulamentadoras, **declaro que a coleta de dados do referido projeto não foi iniciada** e que somente após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CEP-CES-UFCG), os dados serão coletados.

Cuité-PB, _____ de _____ de _____

(assinatura a punho ou eletrônica)

(Inserir nome e matrícula)
Orientador(a)/Pesquisador (a) responsável

ANEXO III

INSTRUMENTO DE RASTREIO DE SINTOMAS DE ANSIEDADE GESTACIONAL (IRSAG)

Leia as questões abaixo e faça um círculo na afirmação que melhor indicar como você se sente agora em relação à sua gestação. Não existem respostas certas e erradas. Pense nos últimos 7 dias para responder da forma mais sincera possível. Não temos objetivo de julgar suas respostas, mas de identificar como está se sentindo em relação à gestação

1 - Não

2 - Pouco

3 - Bastante

4 - MUITÍSSIMO

1 - Estou preocupada em relação à minha gestação	1	2	3	4
2 - Insegurança define o que sinto agora	1	2	3	4
3 - Estou tensa com esta gravidez	1	2	3	4
4 - Estou arrependida de ter engravidado	1	2	3	4
5 - Não me sinto grávida nem me conecto com o bebê	1	2	3	4
6 - Sinto-me perturbada com essa gravidez	1	2	3	4
7 - Estou preocupada com possíveis incômodos	1	2	3	4
8 - Sinto-me cansada	1	2	3	4
9 - Sinto-me ansiosa	1	2	3	4
10 - Sinto que algo ruim possa acontecer a qualquer hora	1	2	3	4
11 - Sinto que não serei uma boa mãe	1	2	3	4
12 - Sinto-me nervosa com essa situação de estar grávida	1	2	3	4
13 - Estou agitada	1	2	3	4
14 - Sinto que algo de ruim vai acontecer a qualquer momento	1	2	3	4
15 - Sinto-me culpada	1	2	3	4
16 - Sinto-me triste	1	2	3	4
17 - Estou preocupada com o futuro	1	2	3	4
18 - Tenho pesadelos	1	2	3	4
19 - Tenho medo	1	2	3	4
20 - Sinto-me sozinha/desamparada	1	2	3	4

Pontuação _____

Resultado: () Baixa Ansiedade () Ansiedade () Alta Ansiedade