

Ansiedade na gestação de alto risco: um reflexo da atenção básica no alto sertão da Paraíba

Anxiety in high-risk pregnancy: a reflection of primary care in the high backlands of Paraíba

Ansiedad en embarazos de alto riesgo: un reflejo de la atención primaria en las tierras altas de Paraíba

Monique Maria Silva da Paz¹, Raquel de Moura Campos Diniz¹, Milene de Oliveira Almeida², Nadine Oliveira Cabral¹, Cristina Katya Torres Teixeira Mendes³, Juliana Sousa Soares de Araújo⁴, Thais Josy Castro Freire de Assis³

1. Graduanda do curso de Fisioterapia, Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB, Brasil.

2. Fisioterapeuta, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB, Brasil.

3. Fisioterapeuta, Doutora e docente do Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB, Brasil.

4. Pediatra, Doutora e docente do Departamento de Promoção de Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB, Brasil.

Resumo

Introdução. Durante a gestação ocorrem diversas mudanças no organismo materno, algumas mulheres apresentam complicações durante essa fase, tornando a gestação de alto risco. A presença de risco para a mãe ou para o bebê pode elevar o nível de ansiedade materna durante a gravidez, podendo ficar presente até o puerpério. **Objetivos.** Avaliar o grau de ansiedade e as características ansiosas de gestantes de alto risco na atenção básica de cidades do interior da Paraíba, associado ao contexto sociodemográfico. **Método.** Pesquisa de caráter quantitativo e descritivo, no qual foram avaliadas 39 gestantes de alto risco, com diagnóstico médico comprovado. Foram aplicados um questionário sociodemográfico e o *Beck Anxiety Inventory* (BAI). **Resultados.** Dentre as características sociodemográficas, a maioria era nulíparas, com predominância entre o segundo e terceiro trimestre gestacional, 74,4% possuíam renda familiar igual ou inferior a um salário mínimo, 66,6% apresentavam grau ansioso de moderado a grave, e foi observada uma associação entre os sintomas característicos da ansiedade com a história clínica e o enquadramento social. **Conclusão.** Notou-se que durante o período gestacional é comum que as mães desenvolvam quadro ansioso, com medo do pior acontecer e instabilidade emocional, e isso somado às características sociais e clínicas da gestante pode agravar a predisposição a esses sintomas ansiosos.

Unitermos. ansiedade; gestação; gestação de alto risco; atenção primária à saúde

Abstract

Introduction. During pregnancy, there are several changes in the maternal organism, some women have complications during this phase, making pregnancy high risk. The presence of risk for the mother or the baby can increase the level of maternal anxiety during pregnancy and may be present until the puerperium. **Objective.** To evaluate the degree of anxiety and the anxious characteristics of high-risk pregnant women in primary care in cities in the interior of Paraíba, associating with the sociodemographic context. **Method.** Quantitative and descriptive research, in which 39 high-risk pregnant women with proven medical diagnosis were evaluated. A sociodemographic questionnaire and the Beck Anxiety Inventory (BAI) were applied. **Results.** Among the sociodemographic characteristics, the majority were nulliparous, with predominance between the second and third gestational trimesters, 74.4% had a family income equal to or less than a minimum wage, 66.6% had an moderate to severe anxiety

level, and it was observed a association between the characteristic symptoms of anxiety with the clinical history and the social context. **Conclusion.** It was noted that during the gestational period it is common for mothers to develop anxious conditions, fearing the worst to happen and emotional instability, and this, in addition to the social and clinical characteristics of the pregnant woman, may worsen the predisposition to these anxious symptoms.

Keywords. anxiety; pregnancy; high-risk pregnancy; primary health care

Resumen

Introducción. Durante el embarazo, hay varios cambios en el organismo materno, algunas mujeres tienen complicaciones durante esta fase, lo que hace que el embarazo sea de alto riesgo. La presencia de riesgo para la madre o el bebé puede elevar el nivel de ansiedad materna durante el embarazo y puede estar presente hasta el puerperio. **Objetivo.** Evaluar el grado de ansiedad y las características ansiosas de gestantes de alto riesgo en atención primaria en ciudades del interior de Paraíba, asociar con el contexto sociodemográfico.

Método. Investigación cuantitativa y descriptiva, en la que se evaluaron 39 gestantes de alto riesgo con diagnóstico médico comprobado. Se aplicó un cuestionario sociodemográfico y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

Resultados. Entre las características sociodemográficas, la mayoría eran nulíparas, con predominio entre el segundo y tercer trimestre de gestación, el 74,4% tenía un ingreso familiar igual o menor al salario mínimo, el 66,6% tenía un grado de ansiedad de moderado a severo, y se observó una asociación entre los síntomas característicos de la ansiedad con la historia clínica y el contexto social.

Conclusión. Se observó que durante el período gestacional es común que las madres desarrollen condiciones ansiosas, por temor a que suceda lo peor y la inestabilidad emocional, y esto, además de las características sociales y clínicas de la gestante, puede agravar la predisposición a estos síntomas ansiosos.

Palabras clave. ansiedad; gestación embarazo de alto riesgo; atención primaria de salud

Trabalho realizado na VI Caravana do Coração em conjunto com a Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB, Brasil.

Conflito de interesse: não

Recebido em: 26/03/2020

Aceito em: 29/07/2020

Endereço para correspondência: Monique MS Paz. R. Aristides Madureira Barros 82. CEP 58051-580, João Pessoa-PB, Brasil. E-mail: moniquemariaspaz@gmail.com

INTRODUÇÃO

A gestação é caracterizada por ser um momento natural de mudanças físicas e emocionais na vida da mulher, o qual promoverá diversas alterações significativas no seu corpo. Almeida e colaboradores analisaram diversos estudos e comprovaram que na maioria dos casos, a gestação ocorre sem complicações, contudo em cerca de 10 a 20% dos casos podem ocasionar problemas relativamente graves, as ditas gestações de alto risco¹. A gestação de alto risco diz respeito

às situações que podem interferir na evolução natural, como fatores de riscos materno ou fetal podendo ser fatores relacionados ao indivíduo, à família, ao grupo ou ao ambiente em que a mesma se encontra². Qualquer reação da gestante tem fundamento nas suas experiências próprias e sua forma particular de encarar a gestação, no primeiro trimestre, há uma grande preocupação a respeito do bem estar, desenvolvimento do bebê e receios de possíveis deficiências, levando a mesma a se preocupar em excesso com os seus hábitos, já no terceiro trimestre é onde o nível de ansiedade tende a elevar-se com a proximidade do parto e preocupações com o puerpério³.

A resposta ansiosa da gestante não se deve apenas à atual situação, sendo isso recorrente de outras experiências, ou até mesmo que "circulam" na sociedade⁴, podendo variar sua intensidade dependendo das diferenças sociais e culturais, mostrando ser maior que a observada no puerpério⁵. A presença de risco para a mãe ou para o bebê pode elevar o nível de ansiedade materna durante a gravidez, podendo ficar presente até o puerpério⁶. Comparando-se os índices de ansiedade em gestantes com e sem risco foi observado que os níveis de ansiedade se mostraram mais altos no grupo das gestantes de risco⁶.

A ansiedade é um estado emocional de ampla complexidade, que engloba a antecipação de riscos com um certo grau de incerteza em relação à sua ocorrência⁷. Tendo isso em mente, a fisiopatologia da ansiedade envolve a soma de fatores como o sentimento de apreensão, tensão,

nervosismo e/ou medo; unidos com as respostas fisiológicas de excitação cardiovascular, sensorial, endócrina e no sistema músculo-esquelético. Além dos efeitos motores e viscerais, a ansiedade afeta ainda o pensamento, a percepção e a aprendizagem, sendo uma resposta condicionada a um estímulo ambiental específico⁷.

Os fatores que podem predispor a ansiedade na gestação são diversos, foi observado que a experiência de ameaça de abortamento no início da gestação foi uma variável de maior probabilidade para desenvolver ansiedade no terceiro trimestre de gestação⁸. Acontecimentos ligados ao bebê podem influenciar, mães que receberam o diagnóstico de malformação antes do nascimento tiveram maiores níveis de estresse e sintomas psicológicos⁹.

A ansiedade pode ter influência nos desfechos do parto como visto no estudo de Pinto e colaboradores onde mostrou que neonatos de mães com ansiedade gestacional tiveram um menor peso e comprimento após o nascimento do que os de mães não ansiosas¹⁰. Evidenciaram também que os neonatos de mães que tinham um nível de ansiedade muito elevado tiveram um menor aumento de peso do 2º trimestre de gestação.

Tendo isso em mente, os objetivos deste presente estudo englobam avaliar e analisar as características ansiosas e o grau de ansiedade das gestantes de alto risco das cidades do interior da Paraíba; realizar uma associação entre o contexto sociodemográfico das mesmas com essas possíveis características ansiosas e analisar a relação entre

a ansiedade e os diagnósticos distintos de caracterização de alto risco.

MÉTODO

Amostra

Trata-se de uma pesquisa com caráter quantitativo e descritivo. A amostra do presente estudo foi composta por 39 gestantes de alto risco atendidas durante a Caravana, com diagnóstico médico comprovado de alto risco gestacional, e das cidades Monteiro, Princesa Isabel, Pombal, Patos, Picuí e Esperança. Os critérios de inclusão foram: gestantes de alto risco com comprovação médica da situação gestacional que concordaram em participar da pesquisa, e se menor de idade, apenas com autorização de pai, mãe ou responsável. Não houve recusas de participação.

Antes de aceitar serem participantes da pesquisa, as gestantes foram garantidas do direito de escolha da colaboração ou não do estudo, sendo informadas ainda da confidencialidade da divulgação dos nomes, com o uso dos dados obtidos apenas para fins acadêmicos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi aplicado em todas as gestantes da pesquisa através da própria Caravana, assinados antes dos atendimentos prestados. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e possui o seguinte número do CAAE do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba: 26892819.3.0000.8069.

Procedimento

Em julho de 2018, com o desenvolvimento do Governo do Estado da Paraíba em união com o Círculo do Coração, uma organização não governamental de Pernambuco e a Rede de Cardiologia Pediátrica da Paraíba, foi realizada a VI Caravana do Coração, a qual durante 14 dias, voluntários percorreram por 13 cidades do estado da Paraíba oferecendo serviços gratuitos de atendimento de equipes de fisioterapia, enfermagem, nutrição, odontologia e medicina para crianças com cardiopatias, gestantes de alto risco e crianças com microcefalia.

Para avaliar o contexto sociodemográfico destas gestantes de alto risco foi aplicado um questionário com perguntas que envolviam a idade da gestante, a semana gestacional que a mesma se encontra, se a gravidez foi planejada e o diagnóstico médico do motivo de ser alto risco. Com essas informações, é possível traçar o contexto em que essas mulheres grávidas estão inseridas e aliar aos achados acerca da ansiedade.

Já para avaliar as características e o grau de ansiedade desse grupo, foi aplicado o instrumento *Beck Anxiety Inventory* (BAI), que é composto por 21 itens, que são as características da ansiedade, no qual sua pontuação vai de 0 a 63 pontos, no qual temos que de 0 a 21 é ansiedade baixa, de 22 a 35 é ansiedade moderada e acima de 36 é ansiedade elevada¹¹, traduzido e validado para o português por Cunha¹². Com a análise desse instrumento é possível além

de observar o quanto as gestantes de alto risco estão ansiosas quanto avaliar quais as características ansiosas mais presentes nas mesmas.

Análise Estatística

Com o intuito de análise dos dados, foi utilizado o programa Statistic Package of Social Sciences (SPSS) versão 25.0, com o uso de cálculo de frequência relativa e absoluta.

RESULTADOS

Participaram do estudo 39 gestantes de 13 cidades do interior da Paraíba. As participantes do estudo eram predominantemente mulheres jovens, com média de 27,8 anos de idade, casadas (53,8%), nulíparas (56,4%), sendo a maioria entre o 2º e 3º trimestre da gestação (82%). Além disso, 43,5% afirmaram ter ensino fundamental incompleto, 74,4% possui renda familiar igual ou inferior a um salário mínimo e 51,3% informaram que a gravidez não foi planejada. Quanto à relação com o pai da criança, 89,7% afirmaram ter um bom relacionamento, e 76,9% moram com o parceiro ou com parceiro e filho(s).

Dentre as causas para a gestação de alto risco (Tabela 1), foi constatado que cerca de 51,2% das gestações foi causada apenas por antecedentes clínicos, ainda, foi verificado que cerca de 10,3% foi ocasionada por antecedentes clínicos associado a outra causa.

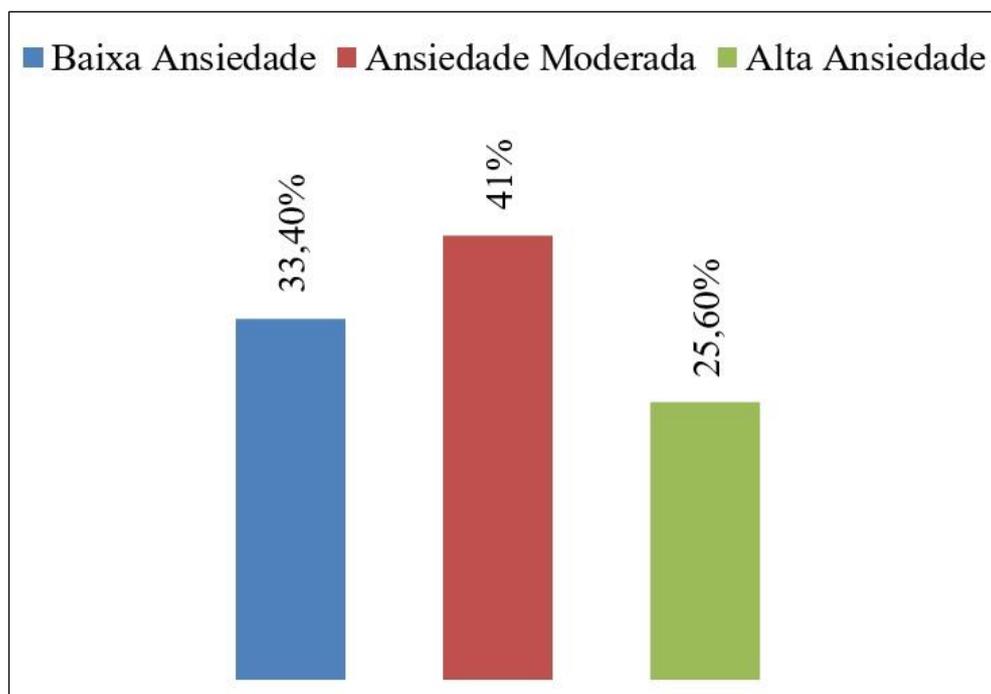
Tabela 1. Distribuição das gestantes segundo a causa da gestação de alto risco

Causas da gestação de alto risco	N	%
Características pessoais	3	7,7%
Antecedentes clínicos	20	51,2%
Doenças adquiridas na gestação atual	10	25,6%
Antecedentes obstétricos	2	5,2%
Características pessoais e antecedentes clínicos	1	2,6%
Antecedentes clínicos e antecedentes obstétricos	3	7,7%
Total	39	100%

Dentre os antecedentes clínicos relatados, verificou-se que a hipertensão arterial crônica (HAC) foi a mais frequente, presente em 45,9% das gestantes de alto risco.

Conforme apresentado na Figura 1, 66,6% das gestantes tem ansiedade classificada entre moderada e alta de acordo com o Score de BAI. Com relação aos sintomas de ansiedade, as gestantes relataram sentir às vezes ou sempre: medo do pior acontecer (66,7%), o coração batendo rápido (56,4%), instabilidade (61,5%), fraqueza e vulnerabilidade (61,5%). Os sintomas menos recorrentes, ou seja, a maioria das entrevistadas afirmaram nunca ter sentido, foram: tremores nas pernas (56,4%), tremores nas mãos (66,7%) e indigestão (48,7%). 38,5% relataram raramente ter dificuldade em respirar.

Figura 1. Classificação da ansiedade segundo Score de BAI.



A relação entre os sintomas de ansiedade e a HAC indicam que sempre as gestantes hipertensas sentem o coração batendo rápido (77,8%), tem medo do pior acontecer (55%) e sentem-se nervosas. No que diz respeito a instabilidade, 44,4% assinalaram “às vezes”.

Quando comparado alguns sintomas de ansiedade e a paridade das gestantes, foi constatado que 48,7% nulíparas e 38,5% multíparas em algum momento já sentiram medo do pior acontecer, com relação a instabilidade emocional 46,1% nulíparas e 35,9% multíparas apresentaram esse sentimento e 43,6% nulíparas e 35,9% multíparas já sentiram-se nervosas.

DISCUSSÃO

Algumas mulheres experimentam a gestação como uma fase alegre, prazerosa e de êxtase, entretanto outras vivenciam isto como um momento de diversas alterações psicofisiológicas desagradáveis e que acarretam malefícios, como a ansiedade^{13,14}.

Durante a gestação, o organismo feminino produz hormônios pela placenta, o que pode trazer mudanças orgânicas e comportamentais significativas, não condizentes com os comportamentos habituais¹⁵. Tendo isto em mente e observando as características da crise ansiosa, os sintomas da ansiedade pode dividir-se em três dimensões: fisiológico, emocional e cognitivo⁷.

O vínculo da pessoa com o ambiente e os processos neurofisiológicos decorrentes dessa relação levam à predisposição do transtorno de ansiedade¹⁶, durante a gestação o cuidado materno para com o bebê e com a própria saúde aumenta de modo exponencial, e esse fator pode ser ainda mais importante se a gravidez for de alto risco¹⁷. A mulher após tomar consciência das complicações e dos riscos dessa situação, o "instinto materno" se intensifica, acarretando em aumento dos níveis de incerteza, sofrimento psicológico e redução do bem-estar e a perspectiva de estresse, independente da gravidade do caso, se amplifica¹⁸. Além desses fatores psicológicos, a situação ansiosa através da psiconeuroimunologia pode acarretar em complicações no período gestacional e até mesmo puerperal^{6,19,20}.

Estudos apontam que as características sociodemográficas de mulheres com sintomas de doenças relacionadas à transtornos mentais podem ser distintos entre si, e levando em conta que nesse estudo ainda há a restrição para mulheres grávidas, é necessário uma melhor discriminação dos resultados obtidos¹³. O perfil das gestantes de alto risco corrobora em relação à idade da gestante, estado civil, renda familiar, paridade e trimestres gestacionais, entretanto, diferenciando em relação à escolaridade com a literatura⁶. O fato de que a maioria das gestantes terem apenas o ensino fundamental incompleto pode ser justificado por se tratar de gestantes de área rural, onde infelizmente há pouco incentivo para a educação. Além disso, esse baixo nível de educação que muitas vezes vem associado a um baixo padrão de vida pode ser um empecilho para a gestante ter um bom esclarecimento sobre a sua condição de saúde e os cuidados necessários.²¹ Esse déficit na educação pode esclarecer o percentual de gestantes que não planejaram a gravidez (51,3%). Um estudo mostrou que 74% das mulheres que não planejaram a gestação não tiveram um adequado acompanhamento pré-natal.²²

Ainda é importante ressaltar outros fatores sociodemográficos, como a boa relação com o pai da criança da gestação atual (89,7%) e morar com o parceiro ou com o parceiro e filho(s) (76,9%). A má relação com o pai da criança é um fator que pode sim causar ansiedade pré-parto, visto que como descrito anteriormente, a relação da mesma com a família e o ambiente em que ela está inserida são

cruciais para a predisposição da gestante a desenvolver um quadro ansioso². E levando em conta as pessoas as quais a gestante mora, nota-se que unido ao fator da boa relação com o pai do bebê gera um ambiente não apenas propicia à um local favorável para a criação do bebê, mas também minimiza as chances da mãe adquirir um quadro ansioso²³.

Por se tratar de uma gestação de alto risco e abranger sensações para a mãe similares à ansiedade como incerteza e insegurança, há uma vasta predisposição da mesma para desenvolver não apenas uma crise ansiosa, mas também depressão e apego materno-fetal¹⁷. Tendo isso em mente e de acordo com a classificação de Cunha¹² para a interpretação do BAI, 66,6% das gestantes possuem de moderada a alta ansiedade, resultado que não corrobora com a literatura, onde apenas 26,1% com tal classificação no BAI⁶.

A relação da mãe e seu filho inicia-se no período pré-natal, por meio das expectativas da primeira sobre o segundo²⁴, e isso aumenta quando se inicia os movimentos fetais, confirmando a existência real do bebê e crescendo a expectativa da mãe em relação à gravidez⁶. Tal período ocorre entre o quarto e o sexto mês gestacional, ou seja, no segundo trimestre gestacional, o que é sugerido pelos achados do presente estudo, no qual dentre aquelas que estão no segundo e terceiro trimestre gestacional, 53,8% possuem ansiedade de moderada à grave.

Quando analisado o sintoma "medo do pior acontecer" e levando em conta elas terem assinalado às vezes ou

sempre, 66,7% afirmam ter essa sensação. Durante o período gestacional é imposto socialmente à gestante que demonstre comportamentos de felicidade, afeto e cuidados com este período, ainda mais levando em conta o alto risco¹⁵. Coagida por esse ambiente de imposição social, a pressão psicológica sofrida pela mesma é enorme e, em frente à uma complicação gestacional que a caracteriza como alto risco, o receio de agravar tal pressão pode levar à um quadro ansioso ou até mesmo depressivo²⁵.

Com a enorme quantidade de hormônios liberados durante a gravidez, a mulher se encontra com o humor alterado e faz-se necessário até mesmo uma atenção psicológica específica²⁶. Esse fluxo de hormônios somado aos fatores ambientais já discutidos anteriormente predispõe a um sentimento de instabilidade emocional, no qual 61,5% afirmaram sentir isso às vezes ou sempre.

Por se tratar de uma das fases de maior vulnerabilidade a problemas psicológicos devido à esta instabilidade emocional, temos que em sua maioria, as mães não se encontram em condições psicossociais favoráveis para este novo papel na sociedade²⁵. Além disso, há um cansaço físico que é comum da gravidez que unido ao estado psíquico, induz a mulher a um quadro de fraqueza e vulnerabilidade, confirmado por 61,5% das gestantes entrevistadas.

Entre as dimensões da ansiedade, uma das características mais marcantes do âmbito fisiológico é o aumento da frequência cardíaca (FC). A ansiedade altera a resposta autonômica através da liberação de catecolaminas

como a adrenalina e o cortisol, deixando o corpo em tensão e aumentando a FC⁷ e corroborando com os 56,4% afirmados pela amostra do presente estudo.

Observando os trimestres gestacionais, 75% daquelas que se encontram no segundo trimestre afirmaram sentir medo do pior acontecer, comparados à 62,5% do terceiro trimestre e 57,1% do primeiro trimestre. É durante o segundo trimestre que se inicia os movimentos fetais e com eles a certeza final do momento gravídico da mulher, e é notável o aumento desse medo entre o primeiro e o segundo trimestre^{3,8}. Nos dois últimos trimestres temos as maiores frequências de sintomas de ansiedade, assim como os maiores graus de ansiedade, que podem ser justificados tanto pelo contexto social da gestante como pela proximidade do parto³.

Com o foco na faixa etária materna, foi observado que aquelas mães com menos de 20 anos possuem 100% de medo do pior acontecer, seguida por 63,6% daquelas entre 20 e 25 anos, e aquelas de 26 a 31 anos, com 72,7%. Um dado importante de ser destacado é a elevada frequência do sentimento de medo que as mães mais jovens possuem, visto que além de apenas a idade ser um fator de alto risco e pode estar somado a outras complicações. O elevado percentual do item “medo do pior acontecer” na primeira faixa etária descrita acima, sua queda na faixa seguinte e seu aumento na próxima pode ser explicado pelo receio de que uma gestante que é mãe jovem tem maior tendência a ter complicações, esse receio diminui entre 20 e 25 já que

representa uma época mais conveniente para engravidar e esse medo volta a crescer quando a idade fica mais perto dos 30, 40 anos, que a faixa reprodutiva no Brasil.

Levando em conta o item "instável", os valores se invertem. Aquelas gestantes entre 20 e 25 anos são as que mais sentem a instabilidade emocional (81,8%), mesmo que não ligada ao medo em relação à gestação, e quando perguntadas acerca do nervosismo, a mais frequente foi aquelas entre 26 e 31 anos, com 72,7%.

Levando em consideração a paridade da gestante, temos que 63,6% das nulíparas se sentem instáveis no âmbito emocional, frequência essa semelhante às múltiparas, com 58,8%. O resultado similar se reflete na variável do BAI denominada nervosismo, na qual temos 68,1% das nulíparas e 64,7% das múltiparas, onde estes desfechos sugerem que tais sintomas ansiosos não estejam relacionados com a paridade da gestante. Todavia, quando comparado o item "medo do pior acontecer", 72,7% das nulíparas confirmaram ter essa sensação, enquanto 58,8% das múltiparas tinham esse medo. Isso ocorre devido à preocupação de ser a primeira gestação, no qual a mulher, com a pressão social que é imposta sobre ela, torna o preparo para ter um filho mais árduo, e quando a mesma se depara com um obstáculo como a gestação de alto risco, o temor pela própria vida e, especialmente pela vida da criança, se intensifica⁸.

Dentre os sintomas ansiosos menos recorrentes, temos que 76,9% de todas as gestantes não sentiam tremores nas

pernas, assim como 79,5% não sentiam as mãos tremendo, mostrando que sintomas motores não são comuns nesse público, sendo necessário mais estudos para tal comprovação. Além disso, 76,9% afirmaram ainda que não sentem indigestão e 71,8% não sentem dificuldade em respirar, e considerando o achado acerca dos sintomas relacionados ao sistema osteomioarticular, a ansiedade nas gestantes de alto risco deste estudo não possui uma influência significativa em certos sistemas corporais, a exemplo do muscular, digestivo e respiratório.

A adrenalina e noradrenalina são responsáveis pela resposta rápida e inicial do corpo para o estresse e o cortisol, a resposta tardia e durante a hipertensão arterial congênita esses neurohormônios ativos podem causar um aumento na FC⁷. Com este aumento avaliado pelo sintoma descrito pelo BAI como "coração batendo rápido/correndo", e sabendo que a FC é diretamente proporcional ao débito cardíaco e este, à pressão arterial, temos que o achado da amostra em 77,8% deste item do BAI assinalar "sempre" em pacientes com hipertensão arterial crônica (HAC), se não relacionado com o aumento da resistência periférica total, pode ser explicado por esse antecedente clínico da gestante. Estudos mostram que em geral, a pressão arterial cai durante o segundo trimestre, mas aumenta no terceiro trimestre²⁷.

Além disso, entre as gestantes com HAC outros sintomas foram acentuados marcados como "às vezes" e "sempre" no BAI, temos "medo do pior acontecer" (66,6%), "instável" (77,8%) e "nervosa" (88,9%). Assim como o

aspecto do “coração batendo mais rápido”, esses três sintomas também são característicos de pacientes com HAC, já que são sintomas psicológicos que geralmente conectados com a pressão alta, seja o nervosismo pelo coração acelerado, que causa uma instabilidade emocional e surge esse medo na mulher de que o pior pode acontecer com ela ou com a criança que ela carrega²⁵.

Quando comparadas com gestantes normotensas, as grávidas hipertensas crônicas têm um desempenho gestacional desfavorável²⁷.

Por se tratar de um momento marcante na vida da mulher, um adequado suporte social é de extrema importância para que as mesmas tenham consciência que elas possuem apoio, transmitir conforto e sentirem acolhidas no contexto que ela está inserida, seja o ambiente hospitalar ou a própria casa, primordiais para a saúde mental da mãe e do bem-estar da criança que está para nascer¹⁵.

O estado de ansiedade é marcado por componentes fisiológicos e psicológicos que envolvem inúmeras sensações, como o aumento no estado de vigília, o medo, como vimos no presente estudo o quão frequente ele é nas gestantes, e ainda certos desconfortos somáticos e do próprio sistema nervoso autônomo²⁸.

Além disso, é importante considerar a prevenção e o tratamento da ansiedade, visto que o acúmulo demasiado de sensações danosas prejudica o estado mental, que torna por desenvolver o estresse materno, acarretando em aumento do nível de cortisol sanguíneo, que diminui a funcionalidade

do sistema imunológico, e por fim, deixa o corpo mais suscetível a infecções e parto prematuro²⁹.

CONCLUSÃO

A ansiedade é desencadeada por estímulos sensoriais que afeta a fisiologia do sistema nervoso e propicia um estado psíquico que pode afetar diretamente uma mulher e seu filho durante a gestação, e isso pode ser ainda mais danoso se a gestante for de alto risco.

Durante o período gestacional, os estudos demonstram que é esperado que a mãe desenvolvesse um quadro clínico ansioso, onde as mesmas nesta pesquisa relataram em sua maioria, o medo de que o pior aconteça, nervosismo em relação a isso e estes dois unidos à instabilidade emocional.

Como visto anteriormente, modificações físicas e comportamentais, adequações às essas mudanças no estilo de vida e um quadro ansioso são esperados por esse grupo, e com o presente estudo foi possível analisar diversas variáveis, e uni-las a características sociodemográficas de mulheres grávidas de cidades do interior da Paraíba.

Apesar da grande relevância da ansiedade durante o período gestacional, poucos são os estudos que abordam esse processo neurofisiológico, sendo necessária uma abordagem mais ampla desse grupo de mulheres, já tão sensibilizadas e constantemente sujeitas à tantas mudanças, como é da natureza do seu quadro.

REFERÊNCIAS

- 1.Almeida MO, Paz MMS, Cabral NO, Cunha JS, Assis TJCF. Correlação entre paridade e indução do trabalho de parto. *In*: Costa GM (Org.). Saúde à serviço da vida. João Pessoa: IMEA; 2020, p.320-36.
- 2.Schirmer J, Sumita SLN, Fustinoni SM, Melo PS. Cuidados especiais no ciclo gravídico-puerperal de alto risco. *In*: Barros SMO, Marin HF, Abrão ACFV. Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial. São Paulo: Ed. Roca; 2002, p.186-99.
- 3.Alves AMA, Santos IMM. Quando o bebê que chega não é o sonhado. *In*: Figueiredo NMA (org.). Ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém nascido. São Caetano do Sul: Yendis; 2005, p.225-39.
- 4.Angerami-Camon VA, Rodríguez F, Berger R, Sebastiani R. Psicologia hospitalar. São Paulo: Pioneira/Thompson Learning; 2003.
- 5.Agrati D, Browne D, Jonas W, Meaney M, Atkinson L, Steiner M, et al. Maternal anxiety from pregnancy to 2 years postpartum: transactional patterns of maternal early adversity and child temperament. *Arc Wom Mental Health* 2015;18:693-705. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0491-y>
- 6.Saviani-Zeoti F, Petean EBL. Apego materno-fetal, ansiedade e depressão em gestantes com gravidez normal e de risco: estudo comparativo. *Est Psicol* 2015;32:675-83. <https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000400010>
- 7.Paz MMS, Assis TJCF. Fisiopatologia da ansiedade: uma revisão de literatura. *In*: Costa GM (Org.). Saúde interativa. João Pessoa: IMEA; 2019, p.1392-410.
- 8.Schiavo RDA, Rodrigues OMPR, Perosa GB. Variables Associated with Gestational Anxiety in Primigravidas and Multigravidas. *Trends Psychol* 2018;26:2091-104. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2018.4-14Pt>
- 9.Vicente SECR, Paula KMP, Silva FF, Mancini CN, Muniz AS. Estresse, ansiedade, depressão e *coping* materno na anomalia congênita. *Est Psicol* 2016;21:104-16. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160011>
- 10.Pinto TM, Caldas F, Nogueira-Silva C, Figueiredo B. Depressão e ansiedade materna e crescimento fetal-neonatal. *J Ped* 2017;93:452-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2016.11.005>
- 11.Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Cons Clin Psychol* 1988;56:893. <http://dx.doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893>
- 12.Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
- 13.Silva MMJ, Nogueira DA, Clapis MJ, Leite EPRC. Anxiety in pregnancy: prevalence and associated factors. *Rev Esc Enferm USP* 2017;51:e03253. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016048003253>

14. Yuksel F, Akin S, Durna Z. Prenatal distress in Turkish pregnant women and factors associated with maternal prenatal distress. *J Clin Nurs* 2014;23:54-64.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04283.x>
15. Baptista MN, Baptista ASD, Torres ECR. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Psic revista da Vetor Editora* 2006;7:39-48.
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psic/v7n1/v7n1a06.pdf>
16. Santos JS, do Nascimento BKM, da Silva MS, de Souza EA, de Oliveira Femoseli AF. A relação da neurofisiologia do transtorno da ansiedade com a neurofisiologia do tabaco. *Cad Grad - Cienc Biol Saúde UNIT Alagoas* 2017;4:51.
<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/3847/2270>
17. Kindermann L, Traebert J, Nunes RD. Validação de uma escala de ansiedade para procedimentos diagnósticos pré-natais. *Rev Saude Publica* 2019;53:18. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000621>
18. Gray BA. Hospitalization history and differences in self-rated pregnancy risk. *West J Nurs Res* 2006;28:216-29. <http://dx.doi.org/10.1177 / 0193945905282305>
19. Consonni EB, Calderon IMP, Consonni M, Conti MHS, Prevedel TTS, Rudge MVC. A multidisciplinary program of preparation for childbirth and motherhood: Maternal anxiety and perinatal outcomes. *Reprod Health* 2010;7:1-6. <http://dx.doi.org/10.1186/1742-4755-7-28>
20. Correia LL, Linhares MBM. Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: revisão da literatura. *Rev Lat Am Enferm* 2007;15:1-8. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000400024>
21. Xavier RB, Jannotti CB, Silva KSD, Martins ADC. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. *Cienc Saúde Col* 2013;18:1161-71. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000400029>
22. Ruschi GEC, Zandonade E, Miranda AE, Antônio FF. Determinantes da qualidade do pré-natal na Atenção Básica: o papel do Apoio Matricial em Saúde da Mulher. *Cad Saúde Colet* 2018;26:131-9. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201800020229>
23. Costa DO, Souza FIS, Pedrosa GC, Strufaldi MWL. Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica. *Cienc Saúde Col* 2018;23:691-700. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.27772015>
24. Piccinini CA, Gomes AG, Moreira LE, Lopes RS. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicol Teoria Pesq* 2004;20:223-32. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722004000300003>
25. Wechsler AM, dos Reis KP, Ribeiro BD. Uma análise exploratória sobre fatores de risco para o ajustamento psicológico de gestantes. *Psicol Argum* 2017;34:273-88.
<http://dx.doi.org/10.7213/psicol.argum.34.086.A007>

26. Bortoletti FF, Moron AF, Bortoletti Filho J, Nakamura U, Santana RM, Mattar R. Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar. São Paulo: Ed Manole; 2007.
27. Costa SHM, Ramos JGL, Vettori DV, Valério EG. Hipertensão crônica e complicações na gravidez. *Diabete* 2005;9:1-3.
<http://sociedades.cardiol.br/sbc-rs/revista/2005/05/Artigo11.pdf>
28. Perosa GB, Silveira FCP, Canavez IC. Ansiedade e depressão de mães de recém-nascidos com malformações visíveis. *Psicol Teor Pesq* 2008;24:29-36. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722008000100004>
29. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASCO). Manual de assistência pré-natal. 2. ed. São Paulo: FEBRASCO, 2014.
https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais_Novos/Manual_Pre_natal_25SET.pdf