



O SOFRIMENTO PSÍQUICO NA GRAVIDEZ DE RISCO E ALTO RISCO: UMA REVISÃO DA LITERATURA

PSYCHOLOGICAL DISTRESS IN RISK AND HIGH-RISK PREGNANCY: A LITERATURE REVIEW

Josiane da Silva Delvan da Silva^{1*}, Gabriela dos Santos², Marcos Alexandre Bueno²

¹ Doutora, docente do curso de Psicologia e do Programa de Mestrado Profissional em Psicologia da Universidade do Vale do Itajaí, Santa Catarina, Brasil. ² Estudante de graduação em Psicologia, Universidade do Vale do Itajaí, Santa Catarina, Brasil.

***Autor correspondente:** Profa. Dra. Josiane da Silva Delvan da Silva E-mail: josidelvan@univali.br.

Recebido: 14 ago. 2024

Aceito: 21 out. 2024

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.



RESUMO: Objetivo: Analisar o sofrimento psíquico em gestações de alto risco. **Metodologia:** Esse é um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, realizado por meio de revisão sistemática da literatura. Buscou-se as publicações sobre o assunto entre os anos de 2012 a 2022 nos portais: BVS, PUBMED, Portal CAPES e EBSCO. Foram adotados os procedimentos do protocolo PRISMA que possibilitaram a seleção de 52 artigos analisados por categorias temáticas. Os resultados apontam que estresse, ansiedade, depressão, HIV e risco para suicídio como indicadores de sofrimento psíquico na gestação de risco, intensificado por fatores como histórico de abuso e ausência de parceiros.

PALAVRAS-CHAVE: Ansiedade. Depressão. Estresse. Gestação de risco. Gravidez de alto risco. Sofrimento psíquico.

ABSTRACT: Aim: To analyze psychological distress in high-risk pregnancies. **Methodology:** It is an exploratory study, employing a qualitative approach through a systematic literature review. Publications on the subject between 2012 and 2022 were sought on the following portals: BVS, PUBMED, Portal CAPES, and EBSCO. Following the PRISMA protocol, 52 articles were analyzed by thematic categories. The literature identifies stress, anxiety, depression, HIV, and suicide risk as indicators of psychological distress in high-risk pregnancies, exacerbated by factors such as a history of abuse and absence of partners.

KEYWORDS: Anxiety. Depression. High-risk gestation. High-risk pregnancy. Psychological distress. Stress.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde tem cada vez mais buscado informações e conhecimentos sobre a gestação de risco a fim de elucidar ou minimizar o sofrimento da gestante, do feto ou bebê, bem como a diminuição da mortalidade fetal. Para uma melhor qualificação deste atendimento e cuidado a gestantes de alto risco, cada vez mais tem se montado serviços especializados para o atendimento junto a uma equipe multiprofissional. Desta forma, exames, consultas e acompanhamento de diversos profissionais cada vez mais vem sendo solicitado, percebendo que a equipe profissional passa a executar um atendimento humanizado e a acolher demandas como o sofrimento psíquico das grávidas de alto risco. Embora os esforços dos cientistas para criar um sistema de pontuação e tabelas para discriminar as gestantes de alto risco das de baixo risco não tenham gerado nenhuma classificação capaz de predizer problemas de maneira acurada, existem fatores de risco conhecidos mais comuns na população em geral que devem ser identificados nas gestantes.¹

Segundo o Manual Técnico Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde,¹ às classificações de maior ou menor risco ou o enquadramento desta população, dependem da identificação da situação. Esta identificação ocorre no início do pré-natal quando a gestante passa por sua primeira consulta médica, anamnese, exame físico geral e exame gineco-obstétrico. O documento estabelece alguns marcadores para a definição da gestação de alto risco classificados por intercorrências que antecedem a gravidez, outras que surgem durante o pré-natal e ainda as que acontecem até mesmo no momento do parto. Os marcadores e fatores de risco gestacionais presentes anteriormente à gravidez referem-se às características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis que são classificados especificamente como: idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos, idade maior que 35 anos, altura menor que 1,45m, peso gestacional menor que 45kg e maior que 75 kg (IMC<19 e IMC>30), mulheres que apresentam anormalidade estruturais nos órgãos reprodutivos, situação conjugal insegura, conflitos familiares, baixa escolaridade, condições ambientais desfavoráveis, dependência de drogas lícitas ou ilícitas, também com hábitos de vida como fumo e álcool.

O manual também destaca a exposição a risco ocupacionais, esforços físicos, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse.¹ Dentre o histórico reprodutivo anterior à gestação atual, o manual destaca aspectos como: abortamento habitual, morte perinatal explicada e inexplicada, histórico de recém-nascidos com crescimento restrito ou malformado, parto pré-termo anterior, esterilidade/infertilidade, intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos, nuliparidade e grande multiparidade, síndrome hemorrágica ou hipertensiva, diabetes gestacional, cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores).

As condições clínicas preexistentes tais como: hipertensão arterial, cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias), hemopatias, epilepsia, doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local), doenças autoimunes, ginecopatias, neoplasias, indicam a classificação de gestação de alto risco.¹

Outros marcadores ou fatores de risco referem-se a condições ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação transformando-a em gestação de alto risco como: exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos, doenças obstétrica na gravidez atual, desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico, trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada, ganho ponderal inadequado, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, diabetes gestacional, hemorragias da gestação, amniorrexe prematura, insuficiência istmo-cervical, aloimunização, óbito fetal.¹

Por último, definem-se as intercorrências clínicas durante a gestação como: doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola,

toxoplasmose e outras), doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias).¹ Hipertensão e hemorragia estão entre as principais causas da mortalidade materna no Brasil e no mundo, ocorrendo principalmente pela má qualidade de assistência no pré-natal e no parto. Cerca de 830 mulheres morrem de complicações com a gravidez relacionadas com parto todos os dias.

A gravidez na adolescência é também um assunto crucial que representa um problema da saúde para milhões de meninas entre 15 e 19 anos de idade no mundo. A gestação nesta fase é uma condição que eleva a prevalência de complicações para a mãe, para o feto e para o recém-nascido, além de agravar problemas socioeconômicos já existentes.² Cerca de 68% das adolescentes grávidas que frequentam a escola experienciam sintomas depressivos nessa idade devido ao aumento de estressores durante o período da adolescência. Além disso, estudos sugerem que até 60% das adolescentes grávidas na adolescência tem histórico de abuso físico ou sexual. A fragilidade emocional da mãe adicionada aos riscos relacionados a gravidez na adolescência, torna a experiência materna mais desafiadora.³

Mulheres diagnosticadas com gravidez de alto risco também tendem a experienciar sentimentos de medo e ansiedade relacionados a perda do feto com maior intensidade, principalmente mulheres com histórico de aborto espontâneo.⁴ A possibilidade de perda pode impactar os sentimentos vividos na gestação afetando o cuidado de si e às expectativas de futuro que se mostram pouco concretas. O sofrimento psíquico emocional gerado por gestantes de alto risco poderá estar relacionado com os fatores biológicos pré-existentes potencializando o sofrimento que poderá acarretar uma saúde fragilizada tanto para mãe como para o bebê.

A saúde mental na gestação tem ganhado atenção globalmente, com estudos mostrando sua prevalência e impactos, especialmente entre gestantes de alto risco. Nos EUA, a depressão perinatal é bem documentada,⁴ na China, destaca-se a depressão no primeiro trimestre,⁵ e no Brasil, há uma ênfase em estratégias de apoio emocional e acompanhamento médico.⁶ No entanto, a maioria dos artigos encontrados ainda focam nos aspectos físicos da gestação, com pouca atenção ao impacto psicológico, principalmente em mulheres com histórico de abuso. Além disso, as condições socioculturais, como as vividas por mulheres em situação de vulnerabilidade, ainda são pouco exploradas, evidenciando a necessidade de uma abordagem mais integrada e sensível às múltiplas dimensões do sofrimento gestacional. Portanto, o presente estudo teve como objetivo geral, por meio de uma revisão sistemática da literatura, analisar como se manifesta o sofrimento psíquico na gestação de alto risco e as formas de intervenção existentes em saúde para minimizá-lo.

MÉTODOS

Para a realização desta investigação foram utilizados 4 portais para a busca das publicações: Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), PUBMED, Portal CAPES e EBSCO. Os descritores indexados utilizados para a pesquisa foram: “ansiedade”, “estresse”, “depressão”, “sofrimento psíquico”, “gravidez de risco” e “gestação de risco”, sendo necessário a associação destes ao descritor “psicologia” na intenção de centralizar o tema da pesquisa. A busca ocorreu pela combinação dos termos, junto ao operador lógico AND e OR. Neste caso, optou-se por utilizar as seguintes combinações: “ansiedade” e “estresse” e “gravidez de risco”, “sofrimento psíquico” e “gravidez de risco” ou “gestação de risco”, “depressão” e “gravidez de risco” ou “gestação de risco” e “psicologia”, e por fim, “estresse” e “gravidez de risco” ou “gestação de risco” e “psicologia”.

Os critérios de inclusão utilizados para a seleção das publicações consistiram em: A) acesso aos resumos acompanhados dos textos completos nos idiomas português, inglês ou espanhol; B) publicados

no período de 2012 a 2022; C) publicações relacionadas ao sofrimento psíquico na gravidez de risco. Os critérios para exclusão: a) artigos não relacionados ao tema e área abordada; b) artigos não disponibilizados na íntegra e distinto dos idiomas elencados; c) artigos com acesso restrito.

Seguindo-se os procedimentos indicados pelo protocolo PRISMA, o resultado total das buscas nas plataformas de dados contou com 549 materiais sobre o tema da pesquisa, sendo 394 artigos, 127 jornais, 17 considerados genéricos, 8 informativos, 1 procedimento de conferência e 1 relato de caso. A organização e tabulação foi realizada por meio do programa *Rayyan* (<https://new.rayyan.ai/reviews/675318/overview>) e do programa *Pages* para o acompanhamento dos dados. Após a organização dos materiais de acordo com os critérios de inclusão, foram excluídos 284 artigos por não serem relevantes para a pesquisa, 1 por ser duplicado e 58 por não serem de livre acesso, restando no total 52 artigos para a leitura analítica.

Na figura 1 constam os procedimentos adotados para a identificação de seleção das publicações para o estudo de revisão da literatura:

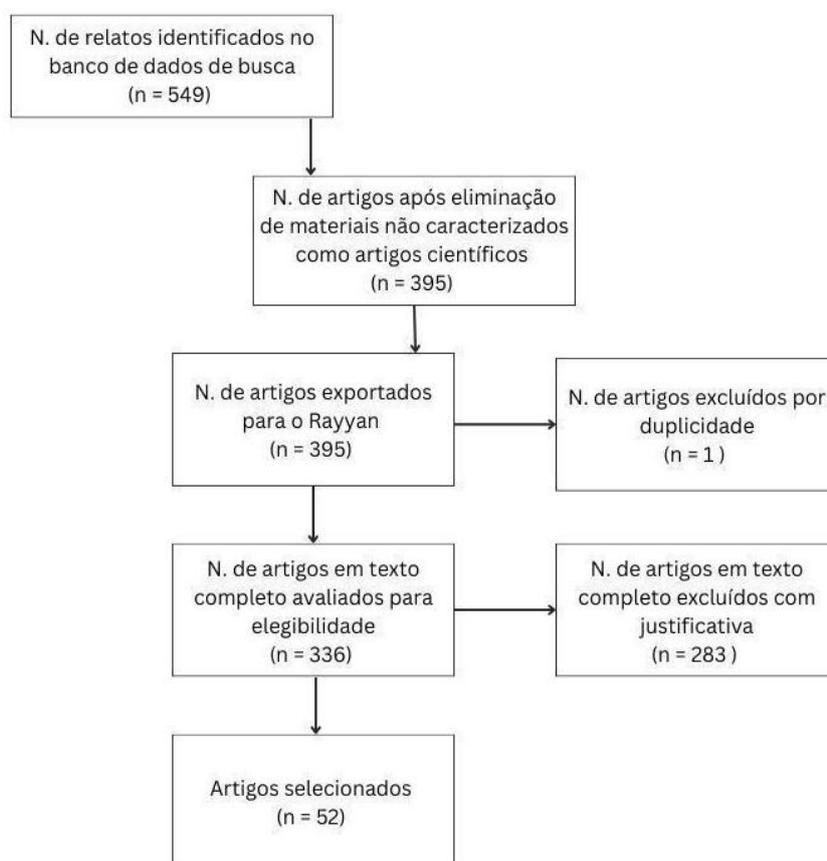


Figura 1. Produção dos autores (2023).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Verificou-se que o maior número de publicações aconteceu no ano de 2016 com 12 artigos, seguido pelo ano de 2018 com somente 7, no entanto, foram também encontradas publicações sobre o tema entre os anos de 2012 e 2022. Em relação aos idiomas, 48 resultados foram encontrados em inglês, e apenas 4 em português. O país com maior número de publicações são os Estados Unidos com 10 artigos, seguido pelo Brasil e China com 6 artigos em cada um deles.

O período de gestação é caracterizado pelo processo de desenvolvimento do feto envolvendo diversas mudanças físicas e psíquicas na mulher. Este processo é ainda mais complexo quando a gestação é considerada de risco ou de alto risco, sendo definida pela evidência de potencial de risco à vida ou saúde da mulher e/ou feto devido à condição da gravidez. Cerca de 22% das gestações são consideradas de risco e, nessa situação, a mulher tende a experimentar sentimentos de vulnerabilidade ainda mais intensos, assim como a necessidade de fazer mudanças na rotina pessoal, como uso de medicamentos e até hospitalização em certos casos.⁴

Gravidezes gêmeas monócôricas (MC) são consideradas de alto risco devido à possibilidade de complicações ainda mesmo no útero e as altas taxas de mortalidade. Nestes casos, a experiência da gestante tende a se tornar um evento estressante e reações comuns ao receber a notícia sobre a gravidez envolvem estado de choque, incapacidade de se projetar a longo prazo, e bloqueio de fantasias maternas, que são substituídas por constantes preocupações. Há indícios de que o apego pré-natal é diminuído em gestações de risco associado ao aumento de ansiedade. A futura mãe nestes casos, além de precisar passar pelo processo de reorganização psíquica em relação a gravidez, precisa ainda lidar com o constante risco de perder os bebês durante a gravidez, o que faz com que elas apenas se tranquilizem após o parto. Estes estressores podem aumentar consideravelmente as chances de desenvolvimento de transtornos psicológicos. O baixo nível de ansiedade da gestante e a formação do apego encontrados ao final da gravidez constituem os aspectos positivos nesta fase.⁷

A gravidez, muitas vezes é acompanhada de estressores tornando-se um momento de maior vulnerabilidade para a gestante, principalmente para as que foram vítimas de abuso. O abuso sofrido tem sido associado com graves impactos neurológicos que alteram o comportamento, o que pode torná-las mais propensas a desenvolverem certas psicopatologias como depressão, pré-eclâmpsia e hipertensão.⁸

No Brasil, as estratégias de segurança para as pacientes gestantes de alto risco consistem no atendimento inicial na Unidade Básica de Saúde (UBS) onde ocorre a identificação de riscos e caso estes sejam baixos, o atendimento tem continuidade na mesma unidade. Este processo de identificação deve ser individualizado para cada gestante envolvendo as particularidades de cada caso. A comunicação e o cuidado principalmente no primeiro momento são enfatizados, pois uma conexão eficaz entre a paciente e os profissionais da saúde está ligada a maiores níveis de confiança e identificação, o que contribui para a diminuição de níveis de ansiedade da gestante.⁶

Durante a pandemia do vírus COVID-19 identificou-se o aumento de sentimentos de medo e preocupações, principalmente atreladas às incertezas relacionadas a este vírus. Cerca de um terço das gestantes perceberam a importância da hospitalização como fator protetivo para a saúde da mãe e do bebê e relataram maior sensação de segurança estando dentro do hospital. Em contraste, relataram também sentir desconforto devido à ausência do parceiro no local e dificuldades ao delegar funções domésticas e cuidado de outros filhos quando existentes, para terceiros. Em conclusão, não houve discrepância nos comportamentos das gestantes de alto risco durante a pandemia e a hipótese é de que os problemas médicos experienciados por elas já precedia a pandemia. No entanto, o apoio e senso de comunidade com as companheiras de quarto no ambiente hospitalar compartilhando as mesmas experiências, se constituiu como um fator de proteção para a ausência sentida de familiares,⁹ condição exigida naquele período para o controle dos casos de infecção pela COVID-19 em gestantes.

Outro estudo realizado na China durante o período de pandemia do COVID-19 identificou o primeiro trimestre com a maior taxa de prevalência de depressão periparto. Este dado foi interpretado juntamente às diferentes condições experienciadas pelas gestantes ao longo da gravidez. No primeiro trimestre é comum que as mulheres apresentem náuseas e vômito, o que contribui para o maior sentimento de desconforto nesse período. Já no segundo, a literatura descreve como o feto entra em

rápido desenvolvimento e os sintomas costumam estabilizar. No terceiro trimestre, o cansaço e dificuldade para dormir tendem a aparecer considerando o tamanho do bebê e conseqüentemente o aumento do tamanho e peso da barriga neste período. Todas essas mudanças, apesar de majoritariamente físicas, afetam a saúde mental da gestante de acordo com a experiência de cada uma e da intensidade dos sintomas.⁵ Estudos também relacionam o nível de apoio social a maneira com que a gestante experiêcia a gravidez, percebendo a relação entre menores níveis de apoio e o aumento de estressores durante a gestação.¹⁰

A depressão pré e perinatal também foi identificada na literatura analisada e se caracteriza como um transtorno depressivo que ocorre durante a gravidez ou até no primeiro ano após o parto. Requer presença de cinco ou mais sintomas descritos no Manual Estatístico e Diagnóstico de Doenças Mentais (DSM-5). Esse transtorno tem sido associado ao aumento de intensidade dos sintomas gestacionais como náuseas, dores de cabeça, fadiga, insônia, culpa excessiva e pensamentos de morte recorrentes.¹¹ É considerado fator de risco para a depressão pós-natal quando não tratado durante a gestação e está correlacionado a eventos como aborto espontâneo e parto prematuro, fenômenos que estão estreitamente implicados ao sofrimento psicológico durante a gravidez.¹² Além disso, a depressão durante a gestação tem efeitos negativos na família como um todo e os impactos tendem a perdurar por longos períodos desde o neurodesenvolvimento do bebê até em dificuldades de aprendizagem e comportamentos agressivos na criança em idade escolar.⁹

Estudos indicam que a depressão é o transtorno mais prevalente entre mulheres grávidas, afetando aproximadamente de 10 a 20% da população. É importante notar que, nessa população, as taxas de adesão ao tratamento são baixas. Revisões anteriores sobre o tema sugerem que experiências de abuso no período que antecede a gravidez ou durante a gestação são fortes preditores da ocorrência da depressão.¹² Gestantes com níveis piores de saúde mental podem experienciar dificuldade para dormir e amamentar, assim como ter prejuízos no vínculo mãe-bebê durante o período de pós-parto. Mulheres com gravidezes de risco ou alto risco costumam se preocupar com seus diagnósticos e implicações físicas para si e para o bebê, deixando a saúde mental em segundo plano durante a gestação. Em contrapartida, autores apontam a necessidade da atenção voltada à saúde mental nesse período e relatam como estar deprimida durante o segundo trimestre da gravidez aumenta os riscos de parto prematuro. Estudos anteriores também sugeriram que uma má saúde mental pode interferir negativamente nas contrações uterinas e no trabalho de parto.¹⁰

Um estudo conduzido em São Paulo, Brasil, percebeu que o período prevalecente foi no primeiro trimestre da gravidez. Este dado corrobora pesquisas anteriores com exceção de um estudo realizado na Indonésia que constatou maior prevalência da depressão durante o terceiro trimestre da gravidez. A presença de um companheiro e o número de gestações podem ser considerados fatores de proteção na gravidez de alto risco.¹¹

Estudos focados em gestantes latinas que migraram para os Estados Unidos revelou que elas são relativamente mais vulneráveis a depressão pré-natal devido a fatores financeiros, estresse e discriminação. Verificou-se também que as crenças culturais sobre o papel materno latino têm relação com maiores índices de depressão. Autores indicam que este papel está ligado a passividade e a priorização dos outros sobre si mesma, o que leva a estratégias negativas em forma de *copying* como subordinação, silenciamento visando a harmonia no relacionamento e papel de força para a família.¹³

Fatores como o consumo de álcool e tabaco pelo parceiro têm sido associados ao desencadeamento da depressão gestacional.¹⁴ Estudos indicam que mesmo que a gestante não faça o uso de tabaco durante a gravidez, muitas têm contato através do fumo passivo pelo fato de seus parceiros utilizarem e até mesmo expostas ao contato em ambientes públicos. Este contato costuma ter relação

com depressão perinatal e ideação suicida durante a gravidez, principalmente durante o segundo e terceiros trimestres, além de geralmente afetar com mais intensidade mulheres entre 26 e 35 anos.¹⁵

Já em contextos asiáticos, a condição de emprego do parceiro também é considerada um fator relevante, uma vez que, muitas vezes, ele detém a principal renda da família.¹⁴ Conflitos com familiares nesse período tendem a influenciar negativamente na saúde mental das gestantes e aumentar os riscos de depressão pré e pós-natal.¹⁰

Gestantes diagnosticadas com diabetes mellitus gestacional (DMG) também tendem a ter uma maior incidência para experimentar sintomas depressivos durante a gestação. DMG consiste no aumento dos níveis de glicose no sangue diagnosticado durante o segundo ou terceiro trimestre da gestação. Segundo a literatura, há correlações positivas entre gestantes que se envolvem em atividades de lazer e mantêm um estilo de vida saudável em comparação com mulheres que não o fazem. Percebe-se assim que os sintomas ansiolíticos estão menos correlacionados apenas aos níveis de glicose no sangue e mais a competência da gestante para gerenciá-los. O diagnóstico de DMG costuma ser definido entre o segundo e terceiro trimestre da gravidez. Estudos recentes identificaram que ter experienciado depressão antes ou no início da gravidez elevaram as chances de desenvolver DMG, sugerindo que essa associação pode se dar por conta do estilo de vida menos saudável que mulheres depressivas costumam apresentar.¹⁶

A obesidade é um fator comumente relacionado à depressão e constitui um grupo específico de alto risco quando ambos os fatores são associados. Durante a gravidez há a prevalência de 19% de mulheres obesas que experienciaram episódios depressivos no primeiro trimestre da gravidez. Essas condições estão relacionadas à pré-eclâmpsia, parto cesáreo e prematuro, assim como maior risco de desenvolver doenças como hipertensão, diabetes gestacional e obesidade no bebê. Dentre 13 estudos, nove confirmaram que a relação entre gravidez e obesidade acarreta sintomas depressivos.²⁴

Grávidas que sofrem com epilepsia também têm maiores riscos de experimentar sintomas depressivos e ansiosos ao final da gravidez e no pós-parto. Um estudo norueguês comparou a prevalência desses sintomas em grupos de grávidas com epilepsia e sem e confirmou que os índices mais elevados foram encontrados no primeiro grupo. Foi indicado também que mulheres com numerosos episódios de convulsão foram o grupo mais afetado pela depressão e ansiedade. O histórico de abuso foi frequentemente associado a depressão. No entanto, de acordo com os autores, a depressão tende a ser menos estudada e reconhecida durante gravidezes quando a mulher tem epilepsia e, por isso, reforçam a importância da identificação do transtorno antes do parto para que os devidos cuidados possam ser oferecidos à gestante.¹⁸

Outras situações traumáticas como a perda recorrente de gravidez – PRG - estão também relacionadas a depressão e aumento de ansiedade. A PRG é caracterizada como a perda de pelo menos duas gravidezes. Em estudo recente relacionando ambas as temáticas, observou-se que os índices de depressão e ansiedade eram mais altos em mulheres que sofreram a perda do bebê mais de três vezes quando comparadas com mulheres com menos de duas perdas. Um menor nível de educação também foi relacionado a maiores riscos de depressão e ansiedade em estudo realizado com 782 gestantes com PRG.¹⁹

Como estratégia de redução de níveis depressivos, um estudo foi realizado utilizando de técnicas de relaxamento durante a hospitalização de mulheres depressivas hospitalizadas com gravidezes de alto risco e a diminuição dos níveis de estresse foram percebidos após a utilização das técnicas.²⁰

Outro aspecto relacionado à depressão na gestação é a ocorrência de violência por parceiro íntimo. Uma pesquisa realizada na Etiópia identificou que uma a cada cinco mulheres grávidas já havia experimentado alguma forma de violência por parceiro íntimo (VPI) e constatou associação com a depressão. Estudos anteriores relataram que mulheres que sofreram VPI anterior a gravidez continuam a sofrer durante a gestação, o que está associado a problemas de saúde para a mãe e para o bebê. Os

dados colhidos na Etiópia foram de acordo com as colocações anteriores com porcentagem de mais de 20% das mulheres gestantes como vítimas de VPI sendo 15% caracterizada como violência emocional, 10% física e 10% sexual. Constatou novamente, que a gravidez não parece ser vista como fator de proteção contra a VPI.²¹ Eventos estressantes, VPI, depressão e transtornos de saúde mental materna estão associados à insegurança alimentar e aos piores resultados de gravidez. Em estudo conduzido na África do Sul, mães que experienciaram VPI emocional ou histórico de trauma infantil foram mais propensas a experienciar também insegurança alimentar durante a gestação.²²

Já um estudo conduzido na China identificou a associação entre experiências de VPI e a intensidade de sintomas em casos de depressão perinatal, assim como a lenta recuperação quando comparadas a gestantes sem histórico de VPI. De acordo com estudos anteriores, os dados apontam que a situação traumática contribuiu como desencadeante para a depressão durante a gravidez. Segundo este estudo, as mulheres tendem a utilizar estratégias de enfrentamento negativas para lidar com o estresse como distanciamento, auto culpa e uso de substâncias.²³

As mulheres de baixa renda, na maioria dos casos, não sofrem de apenas um dos tipos de VPI, mas tendem a sofrer todos como conjunto, e até correm risco de violência fatal por parceiros. Estas, são mais propensas a apresentarem sintomas mais intensos de sofrimento psíquico e desenvolverem depressão durante a gravidez. Mulheres que experienciam VPI psicológica também apresentam níveis mais baixos de saúde mental do que as que experienciaram majoritariamente violência física. Estas, têm maior tendência ao tabagismo e consumo de álcool durante a gravidez.⁶

No que diz respeito à gravidez na adolescência, é importante notar que, com maior frequência do que o contrário, a gravidez nessa faixa etária não é planejada, o que acarreta riscos significativamente mais elevados da ocorrência de depressão e ansiedade. Esses riscos se agravam devido à falta de suporte e negligência. A adolescência, sendo um período de transição para a fase adulta, é intrinsecamente marcada por mudanças físicas e psicológicas que tornam os adolescentes mais vulneráveis. Quando a gravidez é adicionada a esse contexto, os sintomas de depressão e ansiedade tendem a ser ainda mais intensos. Além disso, questões de saúde como hipertensão, baixo ganho de peso e parto prematuro também estão relacionadas à gravidez na adolescência.²⁴

Apesar dos impactos negativos que a gravidez na adolescência pode ter, um estudo conduzido por Pires confirmou que as adolescentes que encaram a maternidade de forma positiva têm menos chances de desenvolver transtornos psicológicos significativos durante o período gestacional. Estudos também ressaltam a importância do apoio social nesse período, especialmente vindo dos familiares e dos parceiros, como um fator de proteção contra o agravamento dos sintomas depressivos.²⁴ Outro estudo realizado por Koleva e Stuart² não encontrou correlação entre sintomas depressivos em adolescentes grávidas e fatores socioeconômicos, idade ou emprego. No entanto, identificou uma ligação significativa entre o apoio social percebido e a intensidade dos sintomas depressivos, validando achados anteriores.

Finalmente, um terceiro estudo destaca a relação entre o histórico de abuso e uso de álcool como preditores de um sofrimento psicológico mais intenso durante a gravidez na adolescência. De acordo com esse estudo, mais da metade das adolescentes grávidas nesse período têm experiências ou histórico de abuso.³

A literatura existente sobre o suicídio relacionado à gravidez destaca os fatores de risco como histórico de abuso e violência por parceiro íntimo assim como estar associado a transtornos mentais durante a gestação. Estudos indicam que os números de ideação suicida são maiores do que no resto da população.¹⁴ As estimativas são de que um quarto das mulheres grávidas apresentaram tentativas de suicídio e 33% desses casos estão interligados ao transtorno depressivo.²⁵

Os riscos associados ao suicídio durante a gestação atingem seu ponto máximo no período que antecede ou segue o parto. Embora as taxas de tentativa de suicídio durante a gravidez sejam menores em comparação com a população em geral, a proporção de ideações suicidas é mais elevada. Estudos indicam que mulheres grávidas com histórico de abuso são menos responsivas aos tratamentos e tendem a recorrer a métodos mais dolorosos e letais em tentativas de suicídio, em parte devido à sua familiaridade com dor e à diminuição do medo da morte. Isso destaca a importância de uma avaliação psicológica adequada durante a gravidez.¹⁴

A gestação ectópica (GE) é caracterizada por gravidezes em que o óvulo se desenvolve fora do útero e tem impactos negativos na saúde do feto e da mãe. Gestantes que passaram pela GE experienciam traumas, mudanças na percepção de si mesma e insegurança em relação a futuras gestações. Todos esses fatores estão relacionados ao aumento de risco de suicídio. Autores relatam que entre os fatores de risco de suicídio em mulheres grávidas estão transtornos como depressão, ansiedade, pensamentos relacionados ao aborto e ausência de parceiros. Estudo realizado no maior hospital universitário do Brasil, em São Paulo, confirmou hipóteses de que o sofrimento psíquico proveniente do diagnóstico de GE eleva as chances de depressão.²⁵

Alguns estudos realizados na África do Sul, oitavo país com maiores taxas de suicídio no mundo e com alto número de pessoas infectadas pelo HIV, estabeleceram uma relação entre essas duas questões, indicando que as mulheres grávidas são mais propensas a apresentar ideações suicidas. Vários fatores estão envolvidos, incluindo a violência por parceiro íntimo (VPI), que segundo esta pesquisa, cerca de 33,2% de mulheres grávidas infectadas pelo HIV e com ideações suicidas relatam ter experienciado, assim como o estigma associado ao HIV na comunidade. Sentimentos de isolamento e de ser um fardo para a família também são fatores comuns que, quando combinados com os fatores anteriores, aumentam o risco de suicídio em gestantes.¹⁴

Em um segundo estudo conduzido no mesmo país, foi confirmada a relação entre o estigma associado à população portadora do HIV, incluindo as gestantes, e o sentimento de vergonha e rejeição enfrentados por elas. No entanto, este estudo observou que, embora o apoio social seja um preditor de melhorias na qualidade de vida das gestantes, sua relação com o estigma não foi positiva. Isso indica que, mesmo o apoio social, muitas vezes, não é o suficiente quando confrontado com o estigma negativo da doença. Dados indicam que a prevalência de estigma negativo está frequentemente associada a comunidades mais vulneráveis e com maiores níveis de pobreza.²⁶

Em um outro estudo realizado na Tanzânia, foram encontradas taxas de 39% de mulheres portadoras de HIV que relataram ideações suicidas durante a gravidez, e as associações eram consistentes com dados anteriores. Observa-se que essa taxa tende a diminuir no período pós-parto, e o estado civil das gestantes está relacionado às ideações suicidas, com mulheres em relacionamentos apresentando sintomas menos intensos. Além disso, mulheres que experimentam episódios mais intensos têm maior probabilidade de apresentar ideações suicidas.²⁷

Embora existam associações entre a ideação suicida e a depressão gestacional, estudos indicam que essa relação não é obrigatória e que o suicídio está associado a diversos transtornos mentais. Mais uma vez, o apoio social é identificado como fator de proteção contra a intensidade dos sintomas. No entanto, em casos de HIV, nem todas as mulheres se sentem confortáveis em compartilhar sua condição com a família, o que resulta em um aumento do sentimento de isolamento.¹⁴ Outra pesquisa, ainda na África do Sul, sugere que ter um bebê infectado com o vírus pode ser um fator de proteção, gerando um sentimento de pertencimento em mulheres após o parto.²⁸

De acordo com Di Florio,²⁹ em mulheres caracterizadas com transtorno bipolar há necessidade de considerar todos os episódios anteriores à gravidez e não apenas os mais graves. Estudos apontam

que, ainda que não ocorram dificuldades na primeira gestação, um terço das mulheres experienciam algum tipo de episódio bipolar durante a gravidez em uma segunda gestação.

As publicações analisadas apontam como a percepção da mãe acerca de seus próprios problemas de saúde durante a gestação ou do bebê está interligada com a intensidade de sofrimento psíquico experienciado. Quando isso acontece, a mulher tende a apresentar maior sentimento de estresse e ansiedade podendo desencadear a depressão perinatal ao longo da gestação, com possibilidade desta se alongar no pós-parto quando não devidamente tratada.⁴ Nestes casos, é comum que a mulher sofra o luto por não experienciar uma gestação de acordo com os padrões esperados por ela, o que pode intensificar os sintomas caso não sinta que suas necessidades estão sendo supridas ou recebendo o apoio necessário.³⁰

CONCLUSÃO

Gestação de alto risco é aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada. O sofrimento psíquico é uma variedade de sintomas e experiências da vida interna de uma pessoa que são comumente perturbadores, confusos e fora do comum. O presente estudo teve como objetivo analisar como se manifesta o sofrimento psíquico na gestação de alto risco por meio de uma revisão da literatura.

As publicações analisadas indicam que a percepção da mãe acerca dos problemas de saúde dela mesma durante a gestação ou do bebê, está interligada com a intensidade de sofrimento psíquico experienciado. Os fatores estressores experienciados na gravidez como ansiedade e depressão quando não devidamente tratados, podem se tornar patológicos. Histórico de abuso, uso de álcool, pensamentos relacionados ao aborto e a ausência de parceiros também são considerados preditores de um sofrimento psíquico mais elevado. Sentimentos de medo e preocupações constantes referente ao diagnóstico também são comuns, assim como experiências de luto por não viver a gravidez considerada ideal.

O momento da gravidez de alto risco que apresenta sofrimento psíquico mais significativo na maioria dos resultados foi o primeiro trimestre, com sentimentos mais intensificados após o diagnóstico de gravidez de risco ou alto risco. No entanto, não há completa concordância entre os autores quanto a isso, pois há estudos que identificaram o terceiro trimestre como período de maior sofrimento psíquico nas gestantes. Esses dados podem ser interpretados com base na divergência de tema dos estudos sendo os que identificaram maior prevalência no último trimestre estão relacionados ao suicídio e diabetes gestacional.

A promoção da saúde na gestação de alto risco é essencial para reduzir complicações e melhorar a qualidade de vida das gestantes, abordando não apenas a prevenção de doenças, mas também o bem-estar físico, emocional e psicológico. Gestantes de alto risco enfrentam condições que afetam sua saúde mental, como estresse, ansiedade e depressão, exacerbadas por complicações como diabetes gestacional e hipertensão. A implementação de estratégias de saúde, incluindo acompanhamento regular, educação e suporte psicológico, pode diminuir a ansiedade materna, aumentar a adesão ao tratamento e reduzir complicações. Além disso, essas ações promovem benefícios sociais e econômicos, como a redução de custos hospitalares, e devem priorizar o cuidado integral, considerando o contexto social e psicológico da gestante para garantir uma gestação saudável.⁶

O estudo contribui para a compreensão do sofrimento psíquico em gestantes de alto risco, destacando a importância da intervenção precoce por equipes multiprofissionais e a implementação de estratégias de cuidado com suporte psicológico adequado. As evidências sugerem que a integração dos

cuidados psicológicos desde o início do pré-natal é essencial, especialmente para gestantes com fatores de risco psicossociais. Isso exige maior capacitação dos profissionais de saúde para identificar sinais de sofrimento emocional, como ansiedade e depressão. Percebe-se também a importância de integrar suporte psicológico para gestantes adolescentes e em situação de vulnerabilidade social. A adoção de programas de suporte social e psicológico alinhados aos cuidados obstétricos pode reduzir complicações gestacionais e melhorar os resultados de saúde materna e neonatal.

As limitações do estudo na quantidade reduzida de estudos disponíveis para revisão, considerando os critérios de inclusão, assim como o viés de autorrelato. Apesar da quantidade de estudos relacionados ao tema ter sido um número considerável, o sofrimento psíquico na gravidez de risco e alto risco ainda é um tema pouco explorado e está frequentemente relacionado a transtornos psicológicos.

Como indicação a partir desse estudo, reforçamos a importância de pesquisas relacionadas ao sofrimento psíquico de gestantes de alto risco relacionando a condição médica a transtornos psicológicos para além da depressão pois foram encontrados menor número de artigos sobre o assunto. Outra recomendação inclui a relação do tema com a gravidez na adolescência, que apesar de ser um tema recorrente, ainda conta com poucos estudos sobre o assunto.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde, v. série A. Normas e Manuais Técnicos, 2012. 302p.
2. Koleva H, Stuart S. Risk factors for depressive symptoms in adolescent pregnancy in a late-teen subsample. Arch Womens Ment Health. 2014;17(2):155-158. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0393-4>
3. Tzilos GK, Zlotnick C, Raker C, Kuo C, Phipps MG. Psychosocial factors associated with depression severity in pregnant adolescents. Arch Womens Ment Health. 2012;15(5):397-401. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0296-9>
4. Rodrigues PB, Zambaldi CF, Cantilino A, Sougey EB. Special features of high-risk pregnancies as factors in development of mental distress: a review. Trends Psychiatry Psychother. 2016;38(3):136-140. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2015-0067>
5. Hu M, Zhou Y, Xue M, Ren Y, Li S, Wang R, et al. The prevalence and correlates of peripartum depression in different stages of pregnancy during COVID-19 pandemic in China. BMC Pregnancy Childbirth. 2022;22(1):114. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04428-1>
6. da Fonseca BS, de Souza VS, da Silva AQ, Christinelli HCB, Costa MAR, Fernandes CAM, et al. Atenção   gestação de alto risco: estratégias de seguranç  do paciente. Rev Baiana Enferm. 2022;36. <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.44801>
7. Beauquier-Maccotta B, Chalouhi GE, Picquet AL, Carrier A, Bussi res L, Golse B, et al. Impact of monochorionicity and twin-to-twin transfusion syndrome on prenatal attachment, post-traumatic stress disorder, anxiety, and depressive symptoms. PLoS One. 2016;11(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145649>

8. Kastello JC, Jacobsen KH, Gaffney KF, Kodadek MP, Sharps PW, Bullock LC. Predictors of depression symptoms among low-income women exposed to perinatal intimate partner violence (IPV). *Community Ment Health J.* 2016;52(6):683-690.
<https://doi.org/10.1007/s10597-015-9977-y>
9. Smorti M, Gemignani A, Bonassi L, Mauri G, Carducci A, Ionio C. The impact of Covid-19 restrictions on depressive symptoms in low-risk and high-risk pregnant women: a cross-sectional study before and during pandemic. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022;22(1):191.
<https://doi.org/10.1186/s12884-022-04515-3>
10. Zhao Y, Munro-Kramer ML, Shi S, Wang J, Luo J. A randomized controlled trial: effects of a prenatal depression intervention on perinatal outcomes among Chinese high-risk pregnant women with medically defined complications. *Arch Womens Ment Health.* 2017;20(2):333-344.
<https://doi.org/10.1007/s00737-016-0712-7>
11. Ribeiro G de M, Cieto JF, Silva MM de J. Risk of depression in pregnancy among pregnant women undergoing high-risk prenatal care. *Rev Esc Enferm USP.* 2022;56.
<https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0470en>
12. Shamblaw AL, Cardy RE, Prost E, Harkness KL. Abuse as a risk factor for prenatal depressive symptoms: a meta-analysis. *Arch Womens Ment Health.* 2019;22(2):199-213.
<https://doi.org/10.1007/s00737-018-0900-8>
13. Lara-Cinisomo S, Wood J, Fujimoto EM. A systematic review of cultural orientation and perinatal depression in Latina women: are acculturation, Marianismo, and religiosity risks or protective factors? *Arch Womens Ment Health.* 2019;22(5):557-567.
<https://doi.org/10.1007/s00737-018-0920-4>
14. Rodriguez VJ, Mandell LN, Babayigit S, Manohar RR, Weiss SM, Jones DL. Correlates of suicidal ideation during pregnancy and postpartum among women living with HIV in rural South Africa. *AIDS Behav.* 2018;22(10):3188-3197. <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2153-y>
15. Weng SC, Huang JP, Huang YL, Lee TS, Chen YH. Effects of tobacco exposure on perinatal suicidal ideation, depression, and anxiety. *BMC Public Health.* 2016;16:623.
<https://doi.org/10.1186/s12889-016-3254-z>
16. Minschart C, De Weerd K, Elegeert A, Van Crombrugge P, Moyson C, Verhaeghe J, et al. Antenatal depression and risk of gestational diabetes, adverse pregnancy outcomes, and postpartum quality of life. *J Clin Endocrinol Metab.* 2021;106(8).
<https://doi.org/10.1210/clinem/dgab156>
17. Steinig J, Nagl M, Linde K, Zietlow G, Kersting A. Antenatal and postnatal depression in women with obesity: a systematic review. *Arch Womens Ment Health.* 2017;20(4):569-585.
<https://doi.org/10.1007/s00737-017-0739-4>
18. Bjørk MH, Veiby G, Reiter SC, Berle JØ, Daltveit AK, Spigset O, et al. Depression and anxiety in women with epilepsy during pregnancy and after delivery: a prospective population-based cohort study on frequency, risk factors, medication, and prognosis. *Epilepsia.* 2015;56(1):28-39.
<https://doi.org/10.1111/epi.12884>

19. He L, Wang T, Xu H, Chen C, Liu Z, Kang X, Zhao A. Prevalence of depression and anxiety in women with recurrent pregnancy loss and the associated risk factors. *Arch Gynecol Obstet*. 2019;300(4):1061-1066. <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05264-z>
20. Araújo WS, Romero WG, Zandonade E, Amorim MHC. Effects of relaxation on depression levels in women with high-risk pregnancies: a randomised clinical trial. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016;24. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1249.2806>
21. Belay S, Astatkie A, Emmelin M, Hinderaker SG. Intimate partner violence and maternal depression during pregnancy: a community-based cross-sectional study in Ethiopia. *PLoS One*. 2019 Jul 31;14(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220003>
22. Barnett W, Pellowski J, Kuo C, Koen N, Donald KA, Zar HJ, et al. Food-insecure pregnant women in South Africa: a cross-sectional exploration of maternal depression as a mediator of violence and trauma risk factors. *BMJ Open*. 2019 Mar 13;9(3). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018277>
23. Hou F, Zhang X, Cerulli C, He W, Mo Y, Gong W. The impact of intimate partner violence on the trajectory of perinatal depression: a cohort study in a Chinese sample. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020;29. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000463>
24. Pires R, Araújo-Pedrosa A, Canavarro MC. Examining the links between perceived impact of pregnancy, depressive symptoms, and quality of life during adolescent pregnancy: the buffering role of social support. *Matern Child Health J*. 2014 May;18(4):789-800. <https://doi.org/10.1007/s10995-013-1303-0>
25. Benute GR, Bordini DC, Juhas TR, Cabar FR, Pereira PP, Lucia MC, et al. Depression, stress and guilt are linked to the risk of suicide associated with ectopic pregnancy. *Med Express (São Paulo)*. 2016 Apr;3(3). <https://doi.org/10.1007/s10995-013-1303-0>
26. Brittain K, Mellins CA, Phillips T, Zerbe A, Abrams EJ, Myer L, et al. Social support, stigma and antenatal depression among HIV-infected pregnant women in South Africa. *AIDS Behav*. 2017 Jan;21(1):274-82. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1389-7>
27. Knettel BA, Mwamba RN, Minja L, Goldston DB, Boshe J, Watt MH, KCMC Option B+ study team. Exploring patterns and predictors of suicidal ideation among pregnant and postpartum women living with HIV in Kilimanjaro, Tanzania. *AIDS*. 2020 Sep 1;34(11):1657-64. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002594>
28. Peltzer K, Rodriguez VJ, Jones D. Prevalence of prenatal depression and associated factors among HIV-positive women in primary care in Mpumalanga province, South Africa. *SAHARA J*. 2016 Dec;13(1):60-7. <https://doi.org/10.1080/17290376.2016.1189847>
29. Di Florio A, Gordon-Smith K, Forty L, Kosorok MR, Fraser C, Perry A, et al. Stratification of the risk of bipolar disorder recurrences in pregnancy and postpartum. *Br J Psychiatry*. 2018 Sep;213(3):542-7. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.92>
30. Souza GF, Souza AS, Praciano GF, França ES, Carvalho CF, Paiva SLJ, et al. Apego materno-fetal e transtornos psiquiátricos em gestantes com fetos malformados. *J Bras Psiquiatr*. 2022;71(1):40-9. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000339>