
 <p>ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DA VIDA</p>	<p><b>PSICO</b></p> <p>Psico, Porto Alegre, v. 52, n. 4, p. 1-12, jul.-set. 2021 e-ISSN: 1980-8623   ISSN-L: 0103-5371</p>
<p> <a href="http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2021.4.36341">http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2021.4.36341</a></p>	

SEÇÃO: ARTIGO

## Aspectos psicossociais da gestação de alto risco: análise de mulheres grávidas hospitalizadas

*Psychosocial aspects of high-risk pregnancy: analysis of hospitalized pregnant women*  
*Aspectos psicossociales de la gestación de alto riesgo: análisis de mujeres embarazadas hospitalizadas*

**Láís Lage de Carvalho<sup>1</sup>**

[orcid.org/0000-0001-5781-6930](https://orcid.org/0000-0001-5781-6930)  
[laislagecarvalho@gmail.com](mailto:laislagecarvalho@gmail.com)

**Neimar da Silva**

**Fernandes<sup>1</sup>**

[orcid.org/0000-0002-1198-6827](https://orcid.org/0000-0002-1198-6827)  
[neimar.fernandes@engenharia.ufjf.br](mailto:neimar.fernandes@engenharia.ufjf.br)

**Natália Maria da Silva**

**Fernandes<sup>1</sup>**

[orcid.org/0000-0001-8728-7937](https://orcid.org/0000-0001-8728-7937)  
[nataliafernandes02@gmail.com](mailto:nataliafernandes02@gmail.com)

**Fabiane Rossi dos Santos**

**Grincenkov<sup>1</sup>**

[orcid.org/0000-0003-0948-2635](https://orcid.org/0000-0003-0948-2635)  
[fabiane.rossi@ufjf.edu.br](mailto:fabiane.rossi@ufjf.edu.br)

**Recebido em:** 11 nov. 2019.

**Aprovado em:** 4 dez. 2020.

**Publicado em:** 19 jan. 2022.

**Resumo:** A gestação de alto risco é caracterizada por ser um momento em que a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido está submetida a maiores chances de morte que a média da população considerada. O estudo objetivou apresentar dados sobre o perfil de gestantes de alto risco e identificar os aspectos psicossociais ligados à gravidez. A amostra foi composta por 74 mulheres grávidas em um hospital no município de Juiz de Fora, MG. Elas responderam ao PHQ-2, a EPSS, ao IDATE, ao ASSIST e a um questionário sociodemográfico e clínico. Foi possível observar a prevalência de sintomas de depressão, ansiedade, baixo suporte social e uso de substâncias na população avaliada. As análises confirmaram correlações entre características sociodemográficas, clínicas e aspectos psicossociais. Os resultados demonstram a relevância de se conhecer o perfil dessas mulheres para a melhora na elaboração de estratégias de suporte direcionadas ao enfrentamento de possíveis fatores que possam interferir no bom andamento da gestação.

**Palavras-chave:** gravidez de alto risco, saúde mental, hospitalização

**Abstract:** The high-risk pregnancy is characterized for being a moment that the life or health of the mother and/or fetus and/or newborn is subjected to higher risks of death compared to the average population. The study aimed to present data concerning the profile of high risks pregnancy and determine psychosocial aspects about high-risk. The sample was composed by 74 pregnant women in a hospital located in Juiz de Fora/MG, Brazil. The instruments applied were: PHQ-2, PSSS, STAI, ASSIST and a sociodemographic and clinical survey. It was possible to identify the prevalence of depressive symptoms, anxiety, reduced social support and inappropriate substance use in this population. The analyzes confirmed correlations between sociodemographic, clinical, and psychosocial aspects. The results demonstrate the relevance of knowing the profile of these women to improve the formulation of supportive strategies, directing to confront possible factors that may interfere the good progress of the gestation.

**Keywords:** pregnancy, high risk, mental health, hospitalization

**Resumen:** La gestación de alto riesgo se caracteriza por ser un momento que la vida o la salud de la madre y/o del feto está sometida a mayores riesgos de la muerte que la media de la población considerada. El estudio objetivó presentar datos sobre el perfil de gestantes de alto riesgo e identificar los aspectos psicossociales ligados al embarazo de riesgo. Se realizó con 74 mujeres clasificadas en el perfil de gestación de alto riesgo en un hospital en el municipio de Juiz de Fora / MG. Ellas respondieron al PHQ-2, a la EPSS, al IDATE, al ASSIST y a un cuestionario sociodemográfico y clínico. Los análisis confirmaron correlaciones entre características sociodemográficas, clínicas y aspectos psicossociales. Los resultados demuestran la relevancia de conocer el perfil de esas mujeres para mejorar en la elaboración de estrategias de soporte



Artigo está licenciado sob forma de uma licença  
[Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

<sup>1</sup> Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brasil.

dirigidas al enfrentamiento de factores que puedan interferir en el buen andamento de la gestación.

**Palabras clave:** embarazo de alto riesgo, salud mental, hospitalización

A gestação caracteriza-se por ser um período na vida da mulher ao qual há necessidade de avaliação atenta, tendo em vista o envolvimento de inúmeras alterações no corpo e no cotidiano da gestante, sejam elas físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, que podem refletir diretamente na saúde mental dessas mulheres (dos Anjos *et al.*, 2014; Brasil, 2012; Rennó Jr. *et al.*, 2006). O Ministério da Saúde (2000) aponta que toda gestação traz em si mesma algum tipo de risco para a mãe e/ou para o feto, porém espera-se que esta etapa transcorra sem intercorrências, uma vez que é um processo natural, apesar das mudanças. No entanto, em alguns casos, o risco está aumentado, sendo assim, a gestação é incluída entre as chamadas gestações de alto risco. Nesse cenário, a vida da mãe e/ou do feto tem maiores chances de que algo atípico aconteça, colocando em risco a saúde da mulher e do feto (Brasil, 2012; Caldeyro-Barcia *et al.*, 1973).

Já em 1986, Ziegel e Cranley reconheciam que os aspectos emocionais tanto influenciam como são influenciados pelas alterações fisiológicas, ocorrendo simultaneamente. Sendo assim, consideram que a única possibilidade de compreender as demandas da gestante seria por meio do exame dos fatores fisiológicos, patológicos e psicológicos da gestação. Mulheres com gestações de alto risco têm mais sintomas depressivos, estresse e ansiedade do que mulheres grávidas saudáveis. Elas podem experimentar choque, preocupação, tristeza, frustração, raiva, culpa e tristeza; realizar menos comportamentos de promoção da saúde; e têm apego materno-fetal menos intenso (Holditch-Davis & Miles, 2018). Apesar disso, do ponto de vista dos aspectos emocionais e psicossociais, esses critérios são considerados quase esquecidos, por receio ou desconhecimento, porém, a gravidez de alto risco apresenta desafios tanto ligados aos componentes orgânicos, como do ponto de vista emocional. Essa desvalorização pode estar ligada à crença de que a gestação é um período de alegrias e de

realizações, ignorando a noção de que a gestante pode experimentar tristeza e ansiedade nesse momento (Brasil, 2012; Pereira & Lovisi, 2007).

A psiquiatria e outras áreas relacionadas estão se preocupando cada vez mais com mulheres que vivenciam sintomas de ansiedade e de depressão durante a gestação, bem como nos meses posteriores ao nascimento (Howard & Khalifeh, 2020; Schetter & Tanner, 2012). A cartilha "Gestação de alto risco: manual técnico", elaborada pelo Ministério da Saúde (2010) menciona a importância da equipe multiprofissional para o acompanhamento da gestante para ter "conhecimento e sensibilidade para identificar e entender o processo emocional que rodeia o acompanhamento da gestação de alto risco" (p. 17). Ainda nesse sentido, a verificação do estado de saúde mental durante o pré-natal é recomendada, favorecendo a promoção do estado de saúde mental dos casais com gravidez de alto risco (Ozgoli *et al.*, 2018).

Ainda existem poucas pesquisas sobre a gama completa de transtornos mentais perinatais (Howard & Khalifeh, 2020). O presente artigo apresenta um estudo realizado com gestantes internadas na maternidade de um hospital e maternidade no município de Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil, a fim de identificar a prevalência de depressão, ansiedade, uso de substâncias e o apoio social percebido por essas mulheres, bem como identificar suas relações com os aspectos sociodemográficos e clínicos. Desta forma, torna-se possível discutir situações de vulnerabilidade em saúde dessas gestantes.

## Método

### Participantes

Participaram do estudo 74 gestantes que estavam internadas em uma maternidade de um hospital público, considerado referência no atendimento de mulheres em gestação de alto risco, no município de Juiz de Fora, Brasil. O critério de inclusão foi de mulheres cuja gestação era classificada como alto risco e os critérios de não inclusão foram: (a) pacientes internadas cuja gestação já havia sido interrompida e (b)

pacientes que, no ato da entrevista, declararam não possuir condições físicas e/ou cognitivas para responder os instrumentos.

### Instrumentos

O questionário sociodemográfico e clínico foi confeccionado especialmente para este estudo, com o objetivo de investigar variáveis como idade, estado civil, cor/raça, filhos, escolaridade, profissão, renda, situação de moradia, existência de doença crônica, se já realizou cesárea (se sim, quantas), histórico de aborto, motivo da internação, características clínicas e a percepção da gestante acerca da possibilidade de algum outro motivo – além da internação – que possa ter aumentado o risco gestacional. Tal questão visou contemplar lacunas dos instrumentos e observar a prevalência de outras situações de risco (Ministério da Saúde, 2010; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2010).

Além disso, utilizou-se o instrumento Questionário de Saúde Geral do Paciente (*Patient Health Questionnaire two itens*, PHQ-2) para aferir as frequências de humor nas duas últimas semanas. Esse instrumento é uma versão breve do *Patient Health Questionnaire Depression Module* (PHQ-9). O PHQ-2 possui duas questões, elaboradas no formato de escala do tipo Likert, que pretendem avaliar a anedonia (“pouco interesse ou prazer em fazer as coisas”) e frequência de humor deprimido (“se sentindo mais triste, deprimido ou sem esperança”) nas últimas duas semanas. Em cada uma das questões, a entrevistada escolhe uma das quatro respostas disponíveis (nenhuma vez; por vários dias; por mais de uma semana; quase todos os dias), com um escore de 0 a 3 pontos. A pontuação total varia de 0 a 6 pontos; quanto maior o escore maior a severidade dos sintomas depressivos. O questionário possui propriedades psicométricas adequadas para o rastreamento de transtornos depressivos. Apresenta sensibilidade e especificidade ajustadas no ponto de corte 3 (três) (De Lima *et al.*, 2009; Spitzer *et al.*, 1999). A Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS) foi utilizada a fim de avaliar o suporte social percebido pelas participantes. A ferramenta se refere à frequência com que é percebida a disponibilidade

de oferta de suporte emocional, instrumental e informacional de pessoas integrantes de sua rede social. Ela é composta por 29 itens com respostas tipo Likert de quatro pontos. Suas cargas fatoriais são consideradas importantes (maiores que 0,35, positivas ou negativas) em apenas um fator e os itens formaram dois fatores altamente precisos (alfas superiores a 0,90) e, teoricamente, consistentes, tendo em vista que o primeiro fator possibilita avaliar suporte prático e o segundo fator permite mensurar suporte emocional (Siqueira, 2008).

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) é um instrumento que quantifica componentes subjetivos relacionados à ansiedade (Fioravanti *et al.*, 2006). O IDATE é considerado, entre os instrumentos que avaliam a ansiedade, padrão-ouro. Sua estrutura compreende duas escalas paralelas, avaliando as ansiedades traço (IDATE-T) e estado (IDATE-E). Cada uma é composta por 20 questões em escala do tipo Likert cujos escores variam de “quase nunca” a “quase sempre”. O escore total varia de 20 a 80 em cada (Kaipper, 2008). Oliveira e Sisto (2004) afirmaram que, durante suas investigações, o IDATE foi identificado como instrumento mais comumente utilizado em pesquisas epidemiológicas. Tal dado corrobora com a revisão sistemática sobre ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer, realizada por Araújo *et al.* (2007), revelando a utilização desse instrumento em gestantes.

O *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) é um questionário desenvolvido e validado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um instrumento de detecção precoce do envolvimento de risco ou abuso de drogas, tanto lícitas quanto ilícitas (WHO, 2002). No Brasil, esse instrumento foi traduzido e validado, apresentando boa sensibilidade (variando de 84% a 91%) e boa especificidade (de 79% a 98%) na detecção de uso abusivo/dependência de álcool, maconha e cocaína. A confiabilidade do instrumento também foi considerada boa (alfa de Cronbach de 0,80 para álcool, 0,79 para maconha e 0,81 para cocaína), assim como

seus valores preditivos positivos (80% a 93%) e negativos (85% a 96%) (Henrique *et al.*, 2004). O instrumento contém oito questões estruturadas acerca do uso de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos), abordando a frequência de uso na vida e nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas malsucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e uso por via injetável, respectivamente. Cada resposta corresponde a um escore, que varia de 0 a 8, sendo que a soma total pode variar de 0 a 39. Considera-se a faixa de escore de 0 a 3 como indicativa de uso ocasional, de 4 a 26 como indicativa de uso de risco/abuso e maior do que 27 como sugestiva de dependência. Para o álcool essas faixas são diferentes, sendo de 0 a 10 como indicativa de uso ocasional, de 11 a 26 como indicativa de uso de risco/abuso e maior do que 27 como sugestiva de dependência.

### Procedimentos

**Coleta de dados.** O estudo possui corte transversal, exploratório, com amostragem por conveniência e análise quantitativa dos dados. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (parecer nº 1.671.656 e CAAE nº 56056616.0.0000.5147). Todas as gestantes enquadradas nos critérios de inclusão foram convidadas a participar da pesquisa, preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), totalizando 77 pacientes. Dessas, 74 aceitaram participar do estudo. Nos casos que foram identificadas demanda de atendimento psicológico, os pesquisadores encaminharam as mulheres para a equipe de psicologia do hospital ou para a clínica-escola da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). O período de coleta dos dados foi entre fevereiro e junho de 2017 e as entrevistas foram realizadas nos leitos do hospital por três psicólogas e pesquisadoras devidamente treinadas. Diante disso, as mulheres forneceram

informações sociodemográficas e do quadro clínico delas e responderam ao PHQ-2, IDATE, ASSIST e à EPSS em forma de entrevista, ou seja, a pesquisadora lia os itens e as alternativas de resposta e a participante informava a resposta escolhida, com auxílio de um cartão de respostas.

**Análise dos dados.** Foi construído um banco de dados pela tabulação e codificação dos dados que foram analisados pelo *software* R versão 3.3.0 (R Development Core Team, 2015), estabelecendo a frequência de cada variável na amostra levantada. Para realizar a montagem do banco de dados, foi necessário proceder as seguintes etapas: (a) determinação da correspondência entre os dados e a variável; (b) codificação das variáveis; (c) categorização dos resultados; (d) formação do banco de dados e análise estatística. Após a construção do banco de dados e organização das variáveis, duas pesquisadoras conferiram a digitação dos dados a fim de garantir maior confiabilidade dos resultados. Os dados foram submetidos a análises estatísticas descritivas e inferenciais. Primeiramente, foi realizada uma análise descritiva das variáveis de interesse, anteriormente citadas, analisando média, desvio padrão e mediana. Em seguida, foram feitas análises de dimensionalidade e de interpretação das escalas utilizadas na pesquisa. Por fim, foram calculadas as correlações através dos coeficientes de correlação.

## Resultados e discussão

### Características clínicas e sociodemográficas das gestantes

Dentre as 74 gestantes entrevistadas, 39,2% declararam estar solteiras, enquanto 59,4% revelaram estar casadas ou em união estável. A média de idade dessas mulheres foi de 25,6, variando de 16 a 42 anos. Houve prevalência da religião evangélica (47,3%), de mulheres com ensino médio completo (39,2%), com ausência de renda ou entre 1 e 2 salários-mínimos (40,5%) e na cor preta (37,8%). Mais detalhes sobre as características sociodemográficas podem ser consultados na Tabela 1.

**Tabela 1** – Perfil socioeconômico das gestantes internadas

Variáveis	Categorias	N/X	%
<i>Idade (em anos)</i>			
Estado civil	Solteira	29	39,2
	União estável	24	32,4
	Casada	20	27,0
	Divorciada	1	1,4
Religião	Evangélica	35	47,3
	Católica	26	35,1
	Sem religião	8	10,8
	Espírita	3	4,1
	Testemunha de Jeová	1	1,4
	Outra	1	1,4
Escolaridade	Ensino Médio completo	29	39,2
	Ensino Médio incompleto	21	28,4
	Ensino Fundamental completo	11	14,9
	Superior completo	5	6,8
	Superior incompleto	4	5,4
	Ensino Fundamental Incompleto	3	4,1
	Analfabetismo	1	1,4
Renda individual	Nenhuma	30	40,5
	Entre 1 e 2 salários-mínimos	30	40,5
	Menor que 1 salário-mínimo	10	13,5
	Entre 2 e 6 salários-mínimos	4	5,4
Cor	Preta	28	37,8
	Parda	23	31,1
	Branca	20	27,0
	Amarela	2	2,7
	Indígena	1	1,4
Filhos nascidos	Sim	38	51,4
	Não	36	48,6

**Fonte:** Os autores

No que se refere às características clínicas, houve predominância de gestantes no terceiro trimestre gestacional (54,1%), com média de 26,4 semanas e maior prevalência de quadros infecciosos (47,3%). Relativo aos dados clínicos, os valores descritivos de todos os aspectos podem ser observados na Tabela 2. Apesar disso, ao interrogar a percepção das gestantes sobre possíveis motivos que possam vir a ter aumentado

o risco gestacional – ocasionando a internação – as mulheres referiam estresse (28,3%), ansiedade (10%), uso de medicação (6,7%); já a realização de procedimento médico e queda foram apontados por 5% das grávidas. Fatores como diabetes, luto, uso de substâncias, violência domésticas e falta de apoio familiar contemplaram 3,3% cada. Esses aspectos contemplam 71,5% da amostra. Os fatores que compreendem os 28,5% foram apre-

sentados por uma mulher cada (1,7%), sendo eles: "aborrecimentos", alterações na tireoide, anemia, angústia, contrações, convulsões, depressão, desânimo, desejo de abortamento, "dores na

barriga", HIV, não seguir recomendações médicas, cistos na vesícula, prematuridade em gestação anterior, problemas financeiros e sífilis.

**Tabela 2** – Dados clínicos das gestantes

Variáveis	Categorias	N/X	%
Tempo gestacional (semanas)		26,41	9,478
Trimestre	Primeiro	12	16,2
	Segundo	22	29,7
	Terceiro	40	54,1
Cesárea		21	28,4
	Uma	16	21,6
	Duas	5	6,8
Aborto	Sim	19	25,7
	Não	55	74,3
Doença crônica		8	10,8
Doenças infecciosas		36	47,3
Hipertensão		23	31,1
Nefropatias		14	18,9
Hemopatias		11	14,9
Endocrinopatias		8	10,8
Pneumopatias		7	9,5
Epilepsia		3	4,1
Neoplasias		2	2,7
Cardiopatias		1	1,4
Doenças autoimunes		1	1,4
Ginecopatias		1	1,4

**Fonte:** Os autores

### *Saúde mental materna, características sociodemográficas e clínicas*

Os dados descritivos do PHQ-2, possibilitaram a identificação de que 59,5% das gestantes apresentavam sintomas depressivos, corroborando com os achados da literatura que apontam a prevalência da depressão nessa população (Molina & Kiely, 2011; Pereira & Lovisi, 2006). Pesquisas já apontam que até 70% das mulheres relatam sintomas de depressão durante a gravidez, sendo que de 10-16% cumprem os critérios para transtorno depressivo maior (Becker *et al.*, 2016; Yonkers *et*

*al.*, 2009). Já no IDATE, a média do IDATE-T foi de 48,6 e no IDATE-E de 45,8, valores mais próximos do máximo do que do mínimo.

No caso do ASSIST vale ressaltar que esse instrumento não foi construído para o público de gestantes, portanto os valores atribuídos pelo instrumento referem-se à população em geral. O acompanhamento pré-natal recomenda que a mulher suspenda o uso de substâncias no período gestacional (Brasil, 2012; Brasil, 2010). Na Tabela 3 podemos verificar a necessidade ou não de intervenção no uso das substâncias.

**Tabela 3** – Relação entre uso de substância e necessidade de intervenção

Variável	Sem Intervenção	Intervenção Breve	Tratamento Intensivo
Tabaco	69 (93,2%)	4 (5,4%)	1(1,4%)
Álcool	72 (97,3%)	2 (2,7%)	0
Maconha	70 (94,6%)	3 (4,1%)	1 (1,4%)
Cocaína	71 (95,9%)	1 (1,4%)	2 (2,7%)
Anfetamina	74	0	0
Inalante	74	0	0
Hipnótico/Sedativo	73 (98,6%)	1 (1,4%)	0
Alucinógeno	74	0	0
Opioides	74	0	0
Outras	74	0	0

**Fonte:** Os autores

#### *Correlações entre o uso/abuso de substâncias, aspectos sociodemográficos e clínicos*

Considerando as análises, foram percebidas algumas correlações entre os instrumentos. Mais especificamente àqueles que correlacionaram com os aspectos sociodemográficos e clínicos, foi possível constatar que, no que tange ao consumo de substâncias, mulheres casadas tendem a apresentar uma menor tendência ao seu uso ( $p=0,05$ ) quando comparado às gestantes solteiras. Os estudos de Muckle *et al.* (2011) e Massey *et al.* (2011) investigaram o consumo de álcool, tabaco e outras drogas na gestação. Assim como observado na presente pesquisa, eles constataram índices maiores de mulheres solteiras que declararam o uso/abuso de substâncias.

Ainda no que se refere ao uso de substâncias, mulheres que já sofreram algum aborto tendem a pontuar mais no instrumento ASSIST, revelando maior uso de substância quando comparado àquelas que não sofreram aborto previamente ( $p=0,05$ ). Além disso, observou-se que, à medida que o tempo gestacional aumenta, tende a diminuir o índice de consumo de substâncias ( $\rho=-0,219$ ;  $p=0,06$ ), ou seja, percebe-se que as gestantes reduzem o uso de drogas no decorrer da gestação. Tal fato pode ser decorrente das orientações prestadas pela equipe de saúde no

acompanhamento pré-natal, tendo em vista que esses hábitos devem ser verificados e a gestante é esclarecida acerca dos riscos e das possibilidades de mudança comportamental (Brasil, 2012).

#### *Correlações entre a ansiedade traço, a ansiedade de estado, aspectos sociodemográficos e clínicos*

Os resultados revelaram correlação positiva entre o IDATE-E e a escolaridade ( $\rho=0,227$ ;  $p=0,05$ ). Neste sentido, gestantes de risco com mais escolaridade tendem a apresentar maiores índices de episódios momentâneos de ansiedade. Ainda no que se refere ao IDATE-E, foi verificado que as mulheres multiparas tenderam a apresentar maior ansiedade estado ( $\rho=-0,421$ ;  $p=0,008$ ), contrariando o que foi observado em Rugolo (2004) que identificou a prevalência da ansiedade e medo no decorrer da gestação, porém as multiparas obtiveram frequência inferior de ansiedade quando comparado às primíparas. Já em Michilin *et al.* (2016) as multiparas se queixaram mais do que as primíparas no que se refere às crises de ansiedade.

No tocante ao IDATE-T, observou-se diferença significativa entre a ansiedade traço de mulheres solteiras (média=0,233 s=0,96) e casadas (-0,431 ±0,94), sendo que as solteiras apresentaram maior ansiedade ( $p=0,05$ ). Quanto à cor da pele, a mulher negra (-0,26 ±0,96) tendeu a apresentar média

inferior àquelas não negras ( $0,15 \pm 0,92$ ), indicando que elas tinham menor propensão a ser ansiosas quando comparado às gestantes que não se declararam negras (pardas e brancas) ( $p=0,07$ ).

Além disso, houve indícios de que as gestantes com maior renda, tenderam a apresentar menor ansiedade traço, ou seja, essas mulheres tendem a reagir às situações de forma menos ansiosa ( $\rho=-0,214$ ;  $p=0,06$ ). Xavier *et al.* (2013) buscaram identificar o perfil de risco reprodutivo de mulheres atendidas em um pré-natal de alto risco e investigar a relação com a renda e as situações de vulnerabilidade social. As autoras encontraram associação entre a baixa renda familiar e malformações fetais, gravidez antes dos 15 anos e HIV. Já no caso da renda mais elevada, identificou associação à idade materna acima de 35 anos, translucência nucal alterada, ginecopatias e abortamento habitual. Frente a isso, as autoras destacam a importância de se refletir acerca das situações de vulnerabilidade de mulheres de baixa renda, como condições de saúde desfavoráveis e menor acesso e utilização de serviços de saúde. Neste sentido, esse conjunto de situações vulneráveis podem predispor ao aumento da ansiedade das mulheres de baixa renda.

#### *Correlações entre o suporte social percebido, aspectos sociodemográficos e clínicos*

No que se refere ao suporte social percebido pelas gestantes, observou-se uma significância clínica, apontando correlação positiva entre esse suporte social e o tempo gestacional ( $\rho=0,204$ ;  $p=0,08$ ). Desta forma, quanto maior o tempo de gestação, a gestante percebe uma melhora no apoio social recebido. A partir da revisão sistemática da literatura realizada por Thiengo *et al.* (2011) identificou-se que, no que se refere ao tempo de gestação, o segundo trimestre foi o momento da gravidez ao qual o apoio social foi mais avaliado. Neste sentido, o presente estudo inova, pois possibilita apreender a mudança na percepção do suporte social no decorrer da gestação.

Além disso, constatou-se uma correlação positiva entre a escolaridade e o apoio social informacional ( $\rho=0,230757$ ;  $p=0,047$ ). Sendo assim, a gestante com mais escolaridade tende

a perceber que há mais apoio familiar e/ou de amigos em situações em que necessita fazer uma escolha para ações. Além disso, no que se refere à cor, as mulheres negras ( $-0,35 \pm 1,01$ ) tenderam a apresentar média inferior àquelas não negras ( $0,11 \pm 1,02$ ), indicando que elas tinham menor propensão a perceber o suporte informacional quando comparado às gestantes que não se declararam negras (pardas e brancas) ( $p=0,07$ ). Ainda neste sentido, as mulheres pardas ( $0,40 \pm 0,80$ ), na contramão do que foi percebido com as mulheres negras, tendem a perceber melhor o suporte informacional quando comparado às mulheres não pardas ( $-0,29 \pm 1,06$ ;  $p=0,01$ ).

Observou-se correlação negativa entre a idade da gestante e o fator suporte informacional ( $r=-0,34$ ;  $p=0,003$ ), indicando que quanto maior a idade, menor é a percepção do suporte no que se refere a orientação na tomada de decisões. Tal fato pode ser decorrente de um aumento na independência da mulher com o decorrer da idade. Sendo assim, haveria menor demanda por parte da gestante no auxílio de tomada de decisões e de contribuição na solução de problemas.

#### *Compreendendo as relações entre os aspectos psicossociais em gestantes*

A gestação de risco, por estar atrelada a uma condição clínica pré-existente, pode desencadear uma série de questionamentos no que tange ao desfecho da gravidez. Esse período pode acarretar sentimentos de medo, ansiedade, insegurança e impotência, que podem resultar em um desequilíbrio emocional da mulher (Caldas *et al.*, 2013; Silveira *et al.*, 2016). No que se refere a esses aspectos emocionais, foi observada uma correlação positiva entre as duas dimensões da ansiedade – traço e estado ( $r=0,542$ ;  $p<0,001$ ), ou seja, pode haver um aumento em um dos traços de ansiedade se também aumentar a outra dimensão. Além disso, foi constatada uma correlação negativa entre o IDATE-T e o suporte social geral ( $r=-0,297$ ;  $p=0,001$ ), indicando que, quanto maior o suporte social percebido pela gestante, há uma tendência de decair os sintomas ansiosos. A possibilidade de a gestante contar com o apoio dos familiares é uma estratégia que pode



ajudar na redução da ansiedade, tendo em vista que o suporte social pode ser um facilitador para o enfrentamento de momentos de dificuldade. A literatura revela que, quando a gestante percebe que os familiares estão envolvidos com sua gravidez e com expectativas de um resultado feliz, a mulher tende a acreditar na melhora do quadro clínico (Airosa & Silva, 2013; Costa, 2002).

Apesar disso, a ansiedade-estado (IDATE-E) apresentou uma correlação leve, positiva e com significância clínica com a dimensão de suporte informacional ( $r=0,218$ ;  $p=0,062$ ), ou seja, quanto maior o auxílio no que se refere à tomada de decisões, há um leve aumento da ansiedade estado. Observou-se que há uma correlação positiva entre o IDATE-T e o PHQ-2, tanto na questão 1 que se refere ao "pouco interesse ou prazer em fazer as coisas" ( $rho=0,271$ ;  $p=0,019$ ) quanto na questão 2 que se refere a: "sentindo-se triste ou deprimida" ( $rho=0,639$ ;  $p<0,001$ ) e no resultado do instrumento ( $rho=0,527$ ;  $p<0,001$ ), ou seja, à medida que aumentam os sintomas depressivos, a gestante tende a possuir características mais ansiosas. Já no IDATE-E, que está mais relacionado à ansiedade circunstancial, observou-se correlação positiva com o PHQ-2, tanto na questão 2 ( $rho=0,321$ ;  $p=0,005$ ) quanto no resultado ( $rho=0,28$ ;  $p=0,016$ ), ou seja, no mesmo sentido do IDATE-T, à medida que aumentam os sintomas depressivos, tende a haver um aumento na ansiedade estado.

Rallis *et al.* (2014) investigaram a mudança dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse durante a gravidez, explorando as relações. Dentre os resultados obtidos, as autoras encontraram escores de depressão elevados no segundo trimestre gestacional, correlacionados ao aumento nos índices de ansiedade mais tarde na gravidez. Além disso, maiores valores de depressão no primeiro trimestre gestacional predisseram maior pontuação de ansiedade mais tarde na gravidez (terceiro trimestre), corroborando com o que foi observado na presente pesquisa. O estudo de Rallis *et al.* (2014) conseguiu identificar a mudança desses sintomas ao longo da gestação e correlacioná-los, tendo em vista que era um estudo prospectivo. No que tange às mudanças

de acordo com os trimestres gestacionais, esta análise limitou-se a identificar as correlações entre o trimestre e cada um dos sintomas individualmente. Como já apresentado anteriormente, nesta pesquisa foi possível identificar uma correlação positiva entre o suporte social e o tempo gestacional ( $rho=0,204$ ;  $p=0,08$ ), bem como uma correlação negativa entre o tempo gestacional e o uso/abuso de substâncias ( $rho=-0,219$ ;  $p=0,06$ ).

Ainda no que tange às questões relacionadas aos sintomas de depressão, observou-se uma correlação leve e negativa entre a questão 2 do PHQ-2 e o suporte social geral ( $rho=-0,20$ ;  $p=0,09$ ), indicando que as gestantes que têm mais percepção do suporte social, tendem a pontuar menos na questão que investiga o sentimento de tristeza ou depressão. Corroborando com o supracitado, a revisão sistemática realizada por Thiengo *et al.* (2011) constatou que a literatura aponta associação entre a ausência de apoio social e ocorrência de depressão no período gestacional. Além disso, outros fatores, como a baixa renda, baixa escolaridade, conflitos matrimoniais, violência doméstica e eventos estressantes também foram encontrados.

### Considerações finais

O avanço do conhecimento científico dos fenômenos físicos em obstetria tem proporcionado habilidades fundamentais a médicos e enfermeiros, facilitando práticas de atendimento que geram maior confiança na mulher. Apesar disso, as condutas orientadas estritamente nos aspectos físicos da gestante não são suficientes para um acompanhamento adequado. As práticas em saúde necessitam ser potencializadas, especialmente pela compreensão dos processos psicológicos e sociais que permeiam o período grávido-puerperal (Hajikhani *et al.*, 2018; Brasil, 2012). Neste sentido, a presente pesquisa possibilitou reconhecer aspectos que afetam diretamente a saúde mental das gestantes. Observou-se que, quando há um déficit na percepção do suporte social recebido, a mulher tende a apresentar-se mais ansiosa e, quanto mais a ansiedade se torna presente, há maior propensão do aumento dos sintomas

depressivos. Quando a equipe de saúde dedica pouca atenção às experiências emocionais das mulheres pode acabar transferindo uma carga emocional às mulheres vulneráveis. Nesse sentido, compreender as necessidades das gestantes, considerando os cuidados em saúde mental, durante a gravidez de alto risco pode fornecer uma importante orientação para o desenvolvimento de melhores práticas saudáveis para essa população (McCoyd *et al.*, 2019). Além disso, o estresse foi um fator mencionado na fala de 28,3% das gestantes quando perguntadas acerca dos possíveis motivos para o acometimento do risco gestacional. Ressalta-se que há riscos decorrentes de quadros de estresse emocional constante, podendo se associar à baixa autoestima, isolamento e suicídio, uso excessivo ou abusivo de cigarro, álcool e/ou drogas (Brasil, 2012), corroborando com os achados da pesquisa.

A pesquisa fornece uma compreensão sobre o panorama da saúde mental em mulheres cuja seja gestação seja classificada como alto risco. Os achados da pesquisa demonstram a relevância de se conhecer o perfil dessas mulheres para melhora na elaboração de estratégias de suporte direcionadas ao enfrentamento de possíveis fatores que possam interferir no bom andamento da gestação. Apesar do estudo não avaliar a qualidade dos serviços de saúde prestados às mulheres, a literatura aponta que os profissionais de saúde geralmente se concentram principalmente no aspecto físico da saúde e podem negligenciar as percepções, sentimentos e experiências das mulheres grávidas. Entretanto, as evidências demonstram que a equipe de saúde precisa gerenciar os problemas de saúde física associados ao alto risco, mas também prestar muita atenção aos sentimentos, satisfação e bem-estar das mulheres grávidas (Mirzakhani *et al.*, 2020; McCoyd *et al.*, 2019; Ozgoli *et al.*, 2018).

Uma vez que o adoecimento também carrega questões de classe social, gênero, raça/etnia, entre outras, é fundamental que seja incorporado ao cotidiano dos profissionais de saúde discussões sobre direitos fundamentais, cidadania e equidade. (Xavier *et al.*, 2013). Sendo assim, é necessário obter um maior conhecimento do perfil do risco

reprodutivo no Brasil e sua distribuição segundo características sociodemográficas, visando ao aperfeiçoamento das práticas assistenciais para que seja possível prevenir a ocorrência de transtornos mentais maternos.

Conclui-se que o estudo atingiu os objetivos propostos, identificando perfis de gestantes de risco internadas no hospital-maternidade, abarcando uma reflexão acerca da importância de se atentar para questões relacionadas à saúde mental da gestante. A pesquisa possui limitações, tendo em vista a falta de instrumentos específicos para as gestantes, o número amostral e a coleta de dados por conveniência, conforme já exposto anteriormente. Neste sentido, é necessário novos estudos que possam identificar a prevalência desses transtornos durante o ciclo gravídico-puerperal e adquirir dados epidemiológicos acerca do risco gestacional a fim de fundamentar políticas públicas de saúde e a assistência, possibilitando a detecção precoce e minimização dos riscos à saúde da mãe e/ou do bebê.

## Referências

- Airosa, S., & Silva, I. (2013). Associação entre vinculação, ansiedade, depressão, stresse e suporte social na maternidade. *Psicologia: Saúde e Doenças*, 14(1), 64-77.
- Araújo, D. M. R., Pereira, N. L., & Kac, G. (2007). Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(4):747-756.
- Becker, M, Weinberger T., Chandy, A, & Schmukler, S. (2016). Depression During Pregnancy and Postpartum. *Curr Psychiatry Rep.*, 18, 32. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0664-7>
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2010) *Gestação de alto risco: manual técnico*. Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2012). *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Editora do Ministério da Saúde.
- Caldas, D. B., da Silva, A. L. R., Böing, E., Crepaldi, M. A., & Custódio, Z. A. O. (2013). Atendimento psicológico no pré-natal de alto risco: a construção de um serviço. *Psicologia Hospitalar*, 11(1), 66-87.

- Costa, I. G. (2002). As Percepções da Gravidez de Risco para a Gestante e as Implicações Familiares. *Revista gaúcha de Enfermagem*, 23(1), 30-46. [https://www.researchgate.net/publication/277105677\\_As\\_percepcoes\\_da\\_gravidez\\_de\\_risco\\_para\\_a\\_gestante\\_e\\_as\\_implicacoes\\_familiares](https://www.researchgate.net/publication/277105677_As_percepcoes_da_gravidez_de_risco_para_a_gestante_e_as_implicacoes_familiares)
- De Lima, O. F., Vilela Mendes, A., Crippa, J. A. et al. (2009). Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. *Perspect Psychiatr Care*, 45(3), 216-27. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2009.00224.x>
- Dos Anjos, J. C. S., Pereira, R. R., Ferreira, P. R. C., Mesquita, T. B. P., & Picanço Júnior, O. M. (2014). Perfil epidemiológico das gestantes atendidas em um centro de referência em pré-natal de alto risco. *Revista Paranaense de Medicina*, 28(2), 23-33. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=721607&indexSearch=ID>
- Fioravanti, A. C. M., Santos, L. F., Maissonette, S., Cruz, A. P. M., Landeira-Fernandez, J. Avaliação da Estrutura Fatorial da Escala de Ansiedade-Traço do IDATE. (2006). *Avaliação Psicológica*, 5(2), 17-224. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712006000200011-#:~:text=2006=&text=O%20Invent%C3%A1rio%20de%20Ansiedade%20Tra%C3%A7o,latente%20da%20escala%20IDATE%2DT](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712006000200011-#:~:text=2006=&text=O%20Invent%C3%A1rio%20de%20Ansiedade%20Tra%C3%A7o,latente%20da%20escala%20IDATE%2DT)
- Gomes, R. Cavalcanti, L. F., Marinho A. S. N., & da Silva, L. G. P. (2001). Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetria: um estudo bibliográfico. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 9(4), 62-67 <https://doi.org/10.1590/S0104-11692001000400011>
- Hajikhani, N. A., Ozgoli, G., Pourebrahim, T., Mehrabi, Y., Khoori, E. (2018). Characterizing Mental Health Status of Couples in High-Risk Pregnancy and its Relevant Characteristics. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 6(4), 465-470. <https://doi.org/10.15296/ijwhr.2018.77>
- Henrique, I. F. S., Demicheli, D., Lacerda, R. B., Lacerda, L. A., & Formigoni, M. L. O. S. (2004) Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50(2), 199-206. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302004000200039>
- Holditch-Davis, D., & Miles, M. S. (2018). Understanding and Treating the Psychosocial Consequences of Pregnancy Complications and the Birth of a High-Risk Infant. *The Oxford Handbook of Perinatal Psychology*. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199778072.013.012>
- Howard, L. M., & Khalifeh, H. (2020). Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry*, 19(3). <https://doi.org/10.1002/wps.20769>
- Massey, S. H., Lieberman, D. Z., Reiss, D., Leve, L. D., Shaw, D. S., & Neiderhiser, J. M. (2011). Association of Clinical Characteristics and Cessation of Tobacco, Alcohol and Illicit Drug Use during Pregnancy. *Am J Addict*, 20(2): 143-150. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2010.00110.x>
- McCoyd, J. L. M., Curran, L., & Munch, S. (2020). They Say, "If You Don't Relax...You're Going to Make Something Bad Happen": Women's Emotion Management During Medically High-Risk Pregnancy. *Psychology of Women Quarterly*, 44(1), 117-129. <https://doi.org/10.1177/0361684319883199>
- Michilin, N. S., Jensen, R., Jamas, M. T., Pavelqueires, S., & Parada, C. M. G. L. (2016). Analysis of obstetric care provided by the Mobile Emergency Care Service. *Rev Bras Enferm [Internet]*, 69(4):625-30. DOI: 10.1590/0034-7167.2016690408i.
- Mirzakhani, K., Ebadi, A., Faridhosseini, F., & Khadivzadeh, T. (2020). Well-being in high-risk pregnancy: an integrative review. *BMC Pregnancy Childbirth* 20, 526. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03190-6>
- Molina, K. M., & Kiely, M. (2011). Understanding Depressive Symptoms among High-Risk, Pregnant, African-American Women. *Women's Health Issues*, 21(4), 293-303. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2011.01.008>
- Muckle, G., Laflamme, D., Gagnon, J., Boucher, O., Jacobson, J. L., & Jacobson, S. W. (2011). Alcohol, Smoking and Drug Use among Inuit Women of Childbearing Age during Pregnancy and the Risk to Children. *Alcohol Clin Exp Res*, 35(6): 1081-1091. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2011.01441.x>
- Oliveira, J. C. S., & Sisto, F. F. (2004). Construção de uma escala de ansiedade para pacientes de ambulatório: um estudo exploratório. *Psicol Teor Prát*, 6, 45-57.
- Pereira, P. K., & Lovisi, G. M. (2008). Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(4): 144-53 <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000400004>.
- R Development Core Team (2015). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing. <http://www.R-project.org>
- Rallis, S., Skouteris, H., MacCabe, M., & Milgrom, J. (2014). A prospective examination of depression, anxiety and stress throughout pregnancy. *Women and Birth*, 27, e36-e42. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2014.08.002>
- Rugolo, L. M. S., Bottino, J., Scudeler, S. R. M., Bentlin, M. R., Trindade, C. E. P., Perosa, G. B., & Junior, A. R. (2004). Sentimentos e percepções de puérperas com relação à assistência prestada pelo serviço materno-infantil de um hospital universitário. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 4 (4), 423-433. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292004000400012>
- Silveira, P., Tavares, C., & Marcondes, F. (2016). Suporte emocional às gestantes que convivem com doenças crônicas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Especial*(4), 93-68. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0143>
- Siqueira, M. M. M. (2008). Construção e Validação da Escala de Percepção de Suporte Social. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 381-388. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000200021>

Spitzer, R. L., Kroenke, K., & Williams, J. B. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA*, 282(18), 1737-1744. <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>

Thiengo, D. L., Santos, J. F. C., Mason, V. C., Abelha, L., & Lovisi, G. M. (2011). Associação entre apoio social e depressão durante a gestação: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Colet.*, 19(2), 129-38. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-641428>

World Health Organization (2015). *Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals*. Who ASSIST Working Group - Ali, R., Awwad, E., Babor, T., Bradley, F., Butau, T., Farrell, M., Formigoni, M. L. S. O., Isralowitz R., Boerengen-Lacerda, R., Marsden, B. M., McRee, B., Monteiro, M., Pal, H., Rubio-Stipec M., & Vendetti, J. (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*, 97, 1183-1194. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00185.x>

Xavier, R. B., Jannotti, C. B., da Silva, K. S., & Martins, A. C. (2013). Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 1161-1171. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000400029>

Yonkers K. A., Wisner, K. L., Stewart, D. E., Oberlander, T. F., Dell, D. L., Stotland, N., Ramin, S., Chaudron, L., & Lockwood, C. (2009). The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol.*, 114(3), 703-713. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181ba0632>

Ziegel, E. E., Cranley, M. S. (1986). *Enfermagem obstétrica*. 8. ed. Rio de Janeiro: Interamericana.

---

### Lais Lage de Carvalho

Mestra em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), em Juiz de Fora, MG, Brasil; doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), em Juiz de Fora, MG, Brasil; professora universitária no Centro Universo Juiz de Fora (UNIVERSO), em Juiz de Fora, MG, Brasil.

---

### Neimar da Silva Fernandes

Graduado em Ciências Exatas pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), em Juiz de Fora, MG, Brasil; pesquisador do Centro de Políticas Públicas e Avaliação da Educação – CAEd, em Juiz de Fora, MG, Brasil.

---

### Natália Maria da Silva Fernandes

Doutora em Saúde Brasileira pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), em Juiz de Fora, MG, Brasil; residência em Clínica Médica e Nefrologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), em São Paulo, SP, Brasil; mestra em Nefrologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), em São Paulo, SP, Brasil; professora adjunta IV da Faculdade de Medicina do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), em Juiz de Fora, MG, Brasil.

---

### Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov

Doutora em Saúde pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), em Juiz de Fora, MG, Brasil; mestra em Saúde pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), em Juiz de Fora, MG, Brasil; professora adjunta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), em Juiz de Fora, MG, Brasil.

---

### Endereços para correspondência

#### Lais Lage de Carvalho /

Universidade Federal de Juiz de Fora, Departamento de Psicologia.

Rua José Lourenço Kelmer s/n, Instituto de Ciências Humanas, Bloco B, 2º andar

São Pedro, 36036900

Juiz de Fora, MG, Brasil

#### Neimar da Silva Fernandes

Universidade Federal de Juiz de Fora, Departamento de Psicologia.

Rua José Lourenço Kelmer s/n, Instituto de Ciências Humanas, Bloco B, 2º andar

São Pedro, 36036900

Juiz de Fora, MG, Brasil

#### Natália Maria da Silva Fernandes

Fundação Imepen.

Rua José Lourenço Kelmer, 1300

São Pedro, 36036330

Juiz de Fora, MG, Brasil

#### Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov

Universidade Federal de Juiz de Fora, Departamento de Psicologia.

Rua José Lourenço Kelmer s/n, Instituto de Ciências Humanas, Bloco B, 2º andar

São Pedro, 36036900

Juiz de Fora, MG, Brasil