

Ansiedade materna durante a pandemia do Covid-19 em maternidade escola de Natal/RN

Maternal anxiety during the Covid-19 pandemic in a maternity teaching hospital

DOI:10.34119/bjhrv5n2-293

Recebimento dos originais: 14/01/2022

Aceitação para publicação: 28/02/2022

Mariane Albuquerque Reis

Ginecologista e Obstetra

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Endereço: Av Nilo Peçanha 259, Natal/RN

E-mail: marimedreis@gmail.com

Gabriela Vaz Cursino

Ginecologista e Obstetra

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Endereço: Av Nilo Peçanha 259, Natal/RN

E-mail: gabrielacursino@hotmail.com

Maria Teresa da Costa Urbano

Médica

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Endereço: Av Nilo Peçanha 259, Petrópolis, Natal RN

E-mail: mariateresaurbano2@gmail.com

Ana Carolina Zimmermann Simões

Médica

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Endereço: Av Nilo Peçanha 259, Natal/RN

E-mail: anacarol.ufrn@gmail.com

Leonardo José Vieira de Figueiredo

Acadêmico de medicina RN

Instituição: Faculdade Nova Esperança (FACENE) - campus Mossoró/RN

Endereço: Rua Gilberto Marcelino Sobrinho, 285 - Nova Betânia, Mossoró - RN

E-mail: Leonardovfigueiredo@gmail.com

Ana Cristina Pinheiro Fernandes de Araújo

Ginecologista e Obstetra

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Endereço: Av Nilo Peçanha 259, Natal/RN

E-mail: anacrys.araujo@gmail.com

Roseli Mieko Yamamoto Nomura

Ginecologista e Obstetra

Instituição: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

Endereço: Departamento de Obstetrícia UNIFESP - R. Napoleão de Barros, 875 - Vila Clementino, São Paulo - SP, CEP: 04024-002

E-mail: roseli.nomura@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Avaliar a ansiedade materna no final da gestação em mulheres que deram à luz em maternidade escola da cidade de Natal - RN, durante a pandemia da COVID-19. **Métodos:** Estudo descritivo, de corte transversal, realizado no período de 01 de junho a 31 de julho de 2020. Foram incluídas puérperas que atenderam aos seguintes critérios: idade materna acima dos 18 anos, recém-nascido único, vivo e sem malformações, ausência de transtorno mental, acima de 36 semanas de gestação e sem complicações no parto. As participantes foram entrevistadas no puerpério, antes da alta hospitalar. Foi aplicado questionário sociodemográfico e a ansiedade foi avaliada pelo *Beck Anxiety Inventory* (BAI), validado para o português do Brasil, sobre sinais e sintomas observados nos sete dias antes do parto. **Resultados:** Foram entrevistadas 438 mulheres, e a ansiedade leve foi verificada em 7,5% e a moderada/grave em 1,1%. Foi verificada diferença significativa na proporção de ansiedade leve, moderada ou grave de acordo com a paridade (nulíparas 5,3% vs. multíparas 11,2%, $P=0,02$), com o estado marital (com parceiro 7,5% vs. sem parceiro 17,0%, $P=0,02$), com a idade gestacional no parto (36 a 37 semanas 25,6% vs. ≥ 37 semanas 6,8%, $P<0,001$) e com o peso do recém-nascido ($< 2.500g$ 26,1% vs. $\geq 2.500g$ 7,7%, $P=0,002$). Na análise multivariada, foram identificados como fatores independentes associados com a ansiedade materna leve, moderada ou grave as variáveis: gestação de 36 a 37 semanas (ORa 4,10, IC 95% 1,75-9,58, $P<0,01$), peso do recém-nascido $< 2.500g$ (ORa 3,15, IC 95% 1,05-9,48, $P=0,04$), cor branca (ORa 2,52, IC 95% 1,04-6,09, $P=0,03$) e nuliparidade (ORa 0,37, IC 95% 0,17-0,82, $P=0,01$). **Conclusão:** A ansiedade materna no final da gestação foi baixa na população analisada e foi associada com o parto ocorrido entre 36 a 37 semanas, baixo peso do recém-nascido e a cor branca. A nuliparidade mostrou ser fator protetor reduzindo a chance de ansiedade materna.

Palavras-chave: anxiety, COVID-19, interview, pregnancy**ABSTRACT**

Objective: To evaluate maternal anxiety at the end of pregnancy in women who gave birth in a maternity school in the city of Natal - RN, during the COVID-19 pandemic. **Methods:** Descriptive, cross-sectional study, conducted in the period from June 1 to July 31, 2020. Puerperae who met the following criteria were included: maternal age above 18 years, single newborn, alive and without malformations, absence of mental disorder, above 36 weeks of gestation and without complications at delivery. The participants were interviewed in the puerperium, before hospital discharge. A sociodemographic questionnaire was applied and anxiety was assessed by the Beck Anxiety Inventory (BAI), validated for Brazilian Portuguese, on signs and symptoms observed during the seven days prior to delivery. **Results:** 438 women were interviewed, and mild anxiety was verified in 7.5% and moderate/severe anxiety in 1.1%. There was a significant difference in the proportion of mild, moderate, or severe anxiety according to parity (nulliparous 5.3% vs. multiparous 11.2%, $P=0.02$), marital status (with partner 7.5% vs. without partner 17.0%, $P=0.02$), with gestational age at delivery (36 to 37 weeks 25.6% vs. ≥ 37 weeks 6.8%, $P<0.001$), and with newborn weight ($< 2,500g$ 26.1% vs. $\geq 2,500g$ 7.7%, $P=0.002$). In multivariate analysis, the following variables were identified as independent factors associated with mild, moderate, or severe maternal anxiety: gestation 36 to

37 weeks (ORa 4.10, 95% CI 1.75-9.58, $P < 0.01$), newborn weight $< 2.500\text{g}$ (ORa 3.15, 95% CI 1.05-9.48, $P = 0.04$), white color (ORa 2.52, 95% CI 1.04-6.09, $P = 0.03$) and nulliparity (ORa 0.37, 95% CI 0.17-0.82, $P = 0.01$). Conclusion: Maternal anxiety in late pregnancy was low in the population analyzed and was associated with delivery between 36 and 37 weeks, low newborn weight and white color. Nulliparity proved to be a protective factor reducing the chance of maternal anxiety.

Keywords: anxiety, COVID-19, interview, pregnancy

1 INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, notificações iniciais de casos de pneumonia atípica na cidade de Wuhan, China, apontam para a ocorrência de uma síndrome respiratória aguda grave, que foi posteriormente denominada de COVID-19 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) [1]. As gestantes constituem grupo de risco, pelas alterações fisiológicas da gestação e pela maior susceptibilidade a infecções, devido ao comprometimento de funções imunológicas [2,3]. A necessidade de proteção ao feto aumenta o desafio no cuidado da saúde materna. Embora haja poucos casos reportados, ainda não há demonstração comprovada da transmissão vertical [4].

De acordo com dados da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte [5], o pico da pandemia do COVID-19 no Rio Grande do Norte foi enfrentado durante os meses de maio e junho. Nessa época, houve divulgação intensa de informações pela mídia e por fontes oficiais do governo, para esclarecimentos junto à população.

Há necessidade de recomendações especiais para o manejo obstétrico, pois os mecanismos da infecção materna e neonatal não são plenamente conhecidos [6]. Discute-se a antecipação de parto, a via de parto, a anestesia e os cuidados a serem demandados com recém-nascido. Esses aspectos exercem influência na saúde mental das mulheres, durante a gestação e no puerpério, com implicações psicológicas significativas. As restrições impostas com o isolamento social podem estar associadas a problemas como o estresse pós-traumático, sentimentos de confusão e raiva, incertezas pelas perdas financeiras, e preocupações com a saúde fetal. [7, 8, 9,10].

As diversas alterações fisiológicas da gestação impactam na saúde mental das pacientes e os estudos mostram alta prevalência de ansiedade, com baixa adesão a tratamentos. Isso reforça a necessidade de métodos de rastreio para identificação dos problemas de saúde mental, bem como o acompanhamento dessas pacientes, visto os múltiplos resultados perinatais adversos associados à ansiedade, como prematuridade e baixo peso [11]. Além disso, as gestantes são mais propensas a desenvolverem ansiedade por estarem preocupadas com a segurança do feto. Dessa forma, percebe-se a importância da avaliação de saúde mental durante

o pré-natal e considerando o contexto da pandemia do COVID-19. Os estudos mostram que houve aumento da ansiedade nas gestantes durante a pandemia da COVID-19 [12]. Com isso, o presente estudo visa avaliar a ansiedade materna no final da gestação, no contexto da pandemia da COVID-19 e identificar os fatores associados, nas mulheres que tiveram o parto em uma maternidade escola do Nordeste do Brasil.

2 MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, de corte transversal, com coleta de dados de forma prospectiva, com participação de puérperas que tiveram o parto em uma maternidade escola da cidade de Natal/RN. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição local, com o CAAE 31190120.6.2004.5292, e todas as participantes do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

A maternidade escola escolhida como cenário da presente pesquisa é referência no estado em prestar atendimento à população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). Recebe gestantes consideradas de alto risco de várias regiões do estado, entretanto, durante os meses de junho e julho, após pactuação com Secretária de Saúde Pública do Rio Grande do Norte, a instituição não foi referência para casos de COVID-19 suspeitos ou confirmados.

Foram incluídas no estudo todas as puérperas sem suspeita clínica ou diagnóstico de COVID-19 na internação, e cujo parto ocorreu na instituição no período de 01/06/2020 a 31/07/2020. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: idade materna acima dos 18 anos, recém-nascido único, vivo e sem malformações, ausência de transtorno psiquiátrico ou mental, idade gestacional do parto acima de 36 semanas, sem complicações no parto e que concordaram em participar do estudo. Determinaram-se como critérios de exclusão do estudo todas as pacientes que tiveram preenchimento incompleto dos instrumentos.

A ansiedade materna foi avaliada pelo questionário *Beck Anxiety Inventory* (BAI) [13], validado para o português do Brasil [14], cuja aplicação e entendimento são simples, sem necessidade de supervisão da equipe da psicologia do hospital no momento da entrevista. Foram avaliados os sintomas relacionados à última semana anterior ao parto. Nesse questionário há 21 itens de autorrelato que buscam mensurar a intensidade de sinais e sintomas de ansiedade. Esses itens foram pontuados de 0 a 3, de acordo com a intensidade. O nível de ansiedade foi classificado de acordo com a pontuação total obtida: mínimo de 0 a 7, leve de 8 a 15, moderado de 16 a 25 e grave maior que 25. Foi considerada clinicamente significativa a pontuação total do BAI que caracterizou a ansiedade como leve, moderada ou grave.

Para coleta de dados maternos e sociodemográficos foi aplicado um questionário estruturado desenvolvido para a presente pesquisa, para avaliar as seguintes variáveis: idade (anos), cor (branca, parda, preta e outras), escolaridade (completa e incompleta), renda familiar per capita (até 1 salário mínimo, maior que 1 salário mínimo), estado marital (com ou sem parceiro), número de gestações (nulíparas, multíparas), partos (cesárea ou vaginal), complicações na gestação (sim ou não), idade gestacional no parto (semanas), peso do recém-nascido (RN) (gramas), sexo do RN (masculino ou feminino), índices de Apgar no quinto e décimo minutos (0 a 10), diagnóstico pessoal de COVID-19 durante a gestação (sim ou não) e diagnóstico familiar de COVID-19 (sim ou não).

Os dados foram analisados usando o programa MedCalc® Statistical Software versão 19.5.3 (MedCalc Software Ltd, Ostend, Belgium; 2020). As análises descritivas são apresentadas como média e desvio padrão (DP), mediana (IC 95%) ou frequência e porcentagem (%). As associações de variáveis categóricas com resultados binários foram analisadas usando o teste exato de Fisher ou análises de qui-quadrado, quando apropriado. Os testes Mann-Whitney foram aplicados a variáveis contínuas com distribuição não paramétrica. A análise multivariada foi realizada utilizando-se a regressão logística para ansiedade materna leve, moderada ou grave. A significância estatística foi estabelecida em $p < 0,05$.

3 RESULTADOS

No período do estudo, a instituição prestou assistência a 573 puérperas e destas 438 (76,4%) se enquadravam nos critérios de inclusão, e quatro (0,6%) recusaram o convite de participar da pesquisa. Na Tabela 1 encontram-se os resultados da caracterização da população. A maioria referiu consultas no pré-natal em unidades de saúde (98%), possuíam companheiro, apresentavam renda familiar de até um salário mínimo e nível educacional de ensino médio. O principal tipo de parto foi a cesárea, com idade gestacional média de 38 semanas (DP 1,4 semanas), com peso do recém-nascido médio de 3.324g (DP 529g), do sexo feminino, com índice de Apgar maior que 7 no primeiro e quinto minuto. Não foi observado, na maioria das pacientes, o diagnóstico de COVID-19 na gestação ou em familiar. Quanto ao escore do BAI foi verificado que 8,7% apresentou nível de ansiedade materna acima do mínimo.

Tabela 1. Características das puérperas entrevistadas na maternidade escola durante a pandemia de Covid-19 (Junho e julho de 2020).

Características	Resultados^a	
Idade materna, anos		
Média, DP	27,7	7,3
Mediana (IC 95%)	27,0	26 a 28
Nulípara	189	43,2
Cor		
Branca	53	12,1%
Parda	360	82,2%
Preta	23	5,3%
Outras	2	0,5%
Escolaridade		
Ensino fundamental	173	39,5%
Ensino médio	222	50,7%
Superior	39	8,9%
Sem	4	0,9%
Idade gestacional, semanas		
Média, DP	38,9	1,4
Mediana (IC 95%)	39	38,8 a 39,1
Peso do RN, gramas		
Média, DP	3324	529
Mediana (IC 95%)	3290	3230 a 3350
Sexo do RN		
Feminino	228	52,1%
Masculino	210	47,9%
Apgar		
1º min <7	46	10,5%
5º min <7	1	0,2%
Diagnóstico de Covid-19	7	1,6%
Covid-19 na Família	11	2,5%
BAI, classificação		
Mínimo	400	91,3%
Leve	33	7,5%
Moderado/Grave	5	1,1%
BAI escore, pontuação total		
média, DP	2,7	3,6
mediana (IC 95%)	2,0	1,0 a 2,0

^aResultados expressos em n (%), média (DP).

Quando relacionado o nível de ansiedade verificado pela classificação do BAI com as características maternas e sociodemográficas encontrou-se diferença significativa de acordo com a paridade e a presença de companheiro (Tabela 2). As nulíparas apresentaram menor nível de ansiedade que as múltiparas.

Tabela 2. Características maternas e demográficas de acordo com a ansiedade materna leve, moderada ou grave no final da gestação, durante a pandemia de Covid-19 (Junho e julho de 2020).

Características	Mínima: BAI de 0 a 7 (n=400)	Leve, moderada ou grave: BAI 8 a 63 (n=38)	P ^a
Nulípara			
Sim	179 (94,7%)	10 (5,3%)	0,02
Não	221 (88,8%)	28 (11,2%)	
Etnia			
Branca	45 (%)	8 (15,1%)	0,07
Outras	355 (%)	30 (7,8%)	
Escolaridade			
Sem/Ensino Fundamental	160 (%)	17 (%)	0,57
Ensino médio/Ensino superior	240 (%)	21 (%)	
Renda familiar, SM/mês			
≤ 1	301 (%)	25 (%)	0,20
> 1	99 (%)	13 (%)	
Estado marital			
Com parceiro	356 (%)	29 (%)	0,02
Sem parceiro	44 (%)	9 (%)	
Covid (Dx ou família)			
Não	386 (%)	37 (%)	0,77
Sim	14 (%)	1 (%)	

BAI: Beck anxiety inventory

^aQui quadrado ou Teste exato de Fisher

A relação entre a ansiedade materna caracterizada pelo BAI e os resultados perinatais está apresentada na Tabela 3. Foi verificada diferença significativa com maior nível de ansiedade nas que tiveram o parto entre 36 e 37 semanas e nas com baixo peso do recém-nascido.

Tabela 3. Características do parto e do recém-nascido de acordo com a ansiedade materna leve, moderada ou grave no final da gestação, durante a pandemia de Covid-19 (Junho e julho de 2020).

Características	Mínima: BAI de 0 a 7 (n=400)	Leve, moderada ou grave: BAI 8 a 63 (n=38)	P ^a
Idade gestacional no parto			
36 a 37 semanas	32 (%)	11 (25,6%)	<0,001
≥ 37 semanas	368 (%)	27 (6,8%)	
Tipo de parto			
Cesárea	250 (%)	24 (%)	0,936
Vaginal	150 (%)	14 (%)	
Peso do recém-nascido			
< .2500g	17 (%)	6 (%)	0,002
≥ 2.500g	383 (%)	32 (%)	
Macrossomia			
Sim	40 (%)	3 (%)	0,677
Não	360 (%)	35 (%)	
Apgar de 1º minuto <7			
Sim	41 (%)	5 (%)	0,577
Não	359 (%)	33 (%)	

BAI: Beck anxiety inventory

^aQui quadrado ou Teste exato de Fisher

A análise multivariada foi realizada na busca de parâmetros independentes relacionados com a ansiedade materna no final da gestação. Após ajuste pela regressão logística, foram identificados como fatores independentes os seguintes parâmetros: gestação de 36 a 37 semanas (ORa 4,10, IC 95% 1,75-9,58, $P<0,01$), peso do recém-nascido $< 2.500\text{g}$ (ORa 3,15, IC 95% 1,05-9,48, $P=0,04$), cor branca (ORa 2,52, IC 95% 1,04-6,09, $P=0,03$) e nuliparidade (ORa 0,37, IC 95% 0,17-0,82, $P=0,01$) (Tabela 4).

Tabela 4. Análise multivariada de variáveis independentes relacionadas com ansiedade materna leve, moderada ou grave no final da gestação durante a pandemia de Covid-19 (Junho e julho de 2020).

Variáveis	Odds ratio	IC 95%	P
Idade gestacional no parto 36 a 37 sem	4,10	1,75 a 9,58	$<0,01$
Peso do recém-nascido $< 2.500\text{g}$	3,15	1,05 a 9,48	0,04
Cor branca	2,52	1,04 a 6,09	0,03
Nulípara	0,37	0,17 a 0,82	0,01

4 DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou que a ansiedade materna no final da gestação, no contexto da pandemia de COVID-19, foi mínima na maioria das mulheres entrevistadas (91,3%). As gestantes nulíparas e as de cor não branca apresentaram menor nível de ansiedade que as demais, e, as que tiveram o parto em idade gestacional entre 36 e 37 semanas e com peso do RN menor que 2.500g apresentaram maior ansiedade.

A Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte, durante publicação de seus boletins epidemiológicos, apresentou dados indicando que nos meses de maio e junho de 2020 houve incremento na quantidade de casos notificados e confirmados de COVID-19 no Estado, enfrentando-se, portanto, o pico nesse período [5]. A presente pesquisa, realizada nos meses de junho e julho, pode ter sido influenciada pela queda na proporção de casos, resultando na observação de ansiedade mínima no final da gestação. Isso pode ter sido motivado por diversos fatores como: entender a pandemia como realidade distante e baixos níveis de escolaridade e de renda familiar, minimizando expectativas negativas da mulher.

A ansiedade mínima da grande maioria das mulheres deste estudo, durante a pandemia do COVID-19, se alinha com o que foi constatado em estudos realizados em outros países. Na Turquia [15], um estudo qualitativo por meio de entrevistas online, avaliou gestantes durante o surto da COVID-19 e concluiu que as participantes não entendiam a gravidade da situação da pandemia, entendida como uma realidade distante, mas tinham medo do desconhecido. Esses autores relatam que a pandemia levou a uma ruptura na rotina dos cuidados de pré-natal, devido à diminuição de consultas no sistema de saúde e mudança na rotina de vida social das pessoas.

Infelizmente, no presente estudo, não foi possível avaliar o impacto da pandemia no atendimento durante o pré-natal, pois os instrumentos não abordavam esses aspectos.

A proporção de ansiedade materna observada no presente estudo difere do que foi observado em pesquisa realizada de forma online nos Estados Unidos, [16] com 2.740 gestantes, que mostrou alto nível de ansiedade materna. Isso foi associado à redução de consultas de pré-natal, com 72,8% das pacientes não comparecendo presencialmente após o início da pandemia, alteração no plano de parto hospitalar, com queda de 96,4% para 87,7%, medo da escassez de estoques de comida, aumento dos conflitos domésticos em 37,5% e medo da COVID-19.

Corbett et al. [12] mostraram que a pandemia do COVID-19 trouxe incremento na ansiedade às gestantes, pelos riscos em relação à sua saúde e a de seus recém-nascidos e familiares. Gerou receio quanto às repercussões durante o parto e sentimentos de incerteza. No presente estudo, não foi verificado aumento de ansiedade nas pacientes, visto que a maioria apresentou ansiedade mínima.

Asmundson et al. [17] consideram que a falta de orientação dos profissionais de saúde e mudanças a todo o momento na mídia sobre conflitos de interesses em novos tratamentos, prevenção e cuidados, trouxe mais incertezas ainda para essas gestantes, gerando preocupação. A mídia é percebida pelas pacientes como não confiável e informações ditas por fontes do governo e profissionais da saúde são as preferíveis. No estado do Rio Grande do Norte [18], houve adequação ao serviço de saúde obstétrico, em relação ao agendamento de consultas com base em critérios de contexto clínico, obstétrico e psicossocial. Porém, neste estudo, toda a mudança de logística durante a pandemia não trouxe incremento na ansiedade das pacientes, talvez pelo fato do estudo ter sido realizado na maternidade que não era a referência para a COVID-19.

Estudos realizados relacionados à obstetrícia [19-22] chegaram a conclusões semelhantes mostrando mudanças durante a pandemia da COVID-19, como ausência nas consultas pré-natal por medo de comparecimento às unidades de saúde, fez com que muitos países alterassem os procedimentos na assistência. Isso afetou as escolhas e medos das mulheres perante a gestação e o parto, aumentando risco de ansiedade perinatal e depressão. Na realidade local, apesar da maioria das pacientes terem realizado pré-natal, esse equipamento é deficitário em qualidade, além de ter havido redução de consultas durante a pandemia, trazendo prejuízo para a assistência prestada. Entretanto, no estudo atual não foi possível avaliar a qualidade do seguimento de pré-natal, visto que esta variável não foi estudada profundamente.

A análise da população do estudo mostrou que a maioria das gestantes possuía baixa renda, o que pode significar menor compreensão dos fatos relacionados à pandemia do COVID-19, por instrução reduzida e dificuldade de acesso aos meios de comunicação. Isso pode justificar porque neste estudo a ansiedade foi mínima nas pacientes, de acordo com escore do BAI. Além do mais, a análise multivariada mostrou a cor branca como variável independente e essa variável pode estar relacionada ao nível cultural e socioeconômico, o que pode justificar o aumento de ansiedade nesse grupo.

Em revisão sistemática realizada por Dotters-Katz et al. [6] mostrou-se que as mulheres referem ansiedade aumentada na gestação por preocupação com os riscos expostos a elas e seus recém-nascidos. Neste estudo, pacientes com idade gestacional no parto menor que 37 semanas e com baixo peso do recém-nascido apresentaram maior ansiedade, visto que, além da preocupação com os riscos decorrentes da pandemia, esses outros aspectos devem ter exercido impacto no final da gestação. Além disso, a pandemia no estado trouxe insegurança às gestantes por diminuição de consultas no pré-natal.

O menor grau de ansiedade em nulíparas pode ser justificado pela ausência de filhos e preocupações associadas. As multíparas, além da preocupação com a gestação atual, teriam preocupação adicional com os filhos deixados em casa, durante internação. Medos associados aos mesmos se infectarem com o vírus, dificuldades no cuidado dos demais por haver um bebê em casa.

Em estudo realizado com 205 gestantes no Irã [23], que investigou depressão, estresse, ansiedade e seus preditores durante a pandemia do COVID-19, mostrou sintomas de ansiedade em 43,9% das mulheres e teve, como fatores preditivos de ansiedade, o nível de educação do cônjuge, apoio do cônjuge, satisfação com a vida conjugal e o número de gravidezes. É importante ter cautela na comparação de estudos de realidades culturais diferentes, principalmente do ocidente com oriente, visto que existem diferenças culturais importantes. No presente estudo, pacientes com companheiros e nulíparas apresentaram ansiedade menor que as demais, entretanto na análise multivariada após o ajuste de regressão logística, apenas a nuliparidade foi vista como variável independente.

O presente estudo tem como ponto forte o fato de as entrevistas terem sido realizadas presencialmente, sem eventual viés de seleção que pode ocorrer em pesquisas online, em que as respondentes podem ser justamente as que apresentam maior ansiedade, pela necessidade de externar suas angústias. Além do mais, foram realizadas por médicos residentes, que durante a entrevista, esclareceram dúvidas das participantes. O estudo apresentou limitações, como a falta de caracterização da qualidade do pré-natal, a dificuldade na descrição da renda familiar e a não

identificação do local de origem das mulheres, que poderiam ser residentes da capital ou proveniente de cidades interior, com diferentes perfis culturais e emocionais. Além do mais, a maternidade escola não recebeu durante o período do estudo, gestantes com suspeita ou confirmação de COVID-19, o que pode ter interferido nos resultados.

O presente estudo mostrou que a ansiedade materna no final da gestação foi baixa na população analisada. Houve relação da ansiedade com o parto ocorrido entre 36 a 37 semanas, baixo peso do recém-nascido e a mulher ter cor branca. A nuliparidade foi fator protetor, reduzindo a chance de ansiedade materna. A população analisada neste estudo possuía baixa renda familiar, baixa escolaridade, eram nulíparas, com companheiros, sem filhos, e estavam na maternidade de referência do estado, o que pode justificar a ansiedade mínima verificada na maioria das entrevistadas. A confiança e segurança no serviço de saúde também podem ter contribuído para isso. O apoio psicológico é desejável para as mulheres que tiveram o parto prematuro e com recém-nascidos de baixo peso, e o apoio social deve ser ofertado às pacientes multíparas. Mais estudos devem ser realizados para avaliar e compreender os efeitos da ansiedade materna na pandemia da COVID-19.

REFERÊNCIAS

1. Ahn DG, Shin HJ, Kim MH, Lee S, Kim HS, Myoung J, et al. Current Status of Epidemiology, Diagnosis, Therapeutics, and Vaccines for Novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *J Microbiol Biotechnol.* 2020 Mar; 30(3):313-324. doi: 10.4014/jmb.2003.03011.
2. Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet.* 2020 Mar; 395(10226):809-815. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30360-3.
3. Dashraath P, Wong JLJ, Lim MXK, Lim LM, Li S, Biswas A, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic and pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2020 Jun; 222(6):521–31. doi: 10.1016/j.ajog.2020.03.021
4. Dong L, Tian J, He S, Zhu C, Wang J, Liu C, et al. Possible Vertical Transmission of SARS-CoV-2 From an Infected Mother to Her Newborn. *JAMA.* 2020 May 12;323(18):1846-1848. doi: 10.1001/jama.2020.4621.
5. Comitê Científico. Portal Covid-19. Recomendação Nº 010/2020 - Comitê de Especialista. Junho 2020. SESAP/RN, 2020.
6. Dotters-Katz SK, Hughes BL. Considerations for obstetric care during the covid-19 pandemic. *Am J Perinatol.* 2020 Jun; 37(08):773–9. doi: 10.1055/s-0040-1710051.
7. Barbisch D, Koenig KL, Shih F-Y. Is there a case for quarantine? Perspectives from sars to ebola. *Disaster med public health prep.* 2015 Oct; 9(5):547–53. doi: 10.1017/dmp.2015.38.
8. Miles SH. Kaci hickox: public health and the politics of fear. *The American Journal of Bioethics.* 2015 Apr; 15(4):17–9. doi: 10.1080/15265161.2015.1010994.
9. Rubin GJ, Wessely S. The psychological effects of quarantining a city. *BMJ.* 2020 Jan. 368:m313. doi: 10.1136/bmj.m313.
10. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet.* 2020 Mar; 395(10227):912–20. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
11. Grigoriadis S, Graves L, Peer M, Mamisashvili L, Tomlinson G, Vigod SN, et al. Maternal Anxiety During Pregnancy and the Association With Adverse Perinatal Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry.* 2018 Sep; 79(5):17r12011. doi: 10.4088/JCP.17r12011.
12. Corbett GA, Milne SJ, Hehir MP, Lindow SW, O'connell MP. Health anxiety and behavioural changes of pregnant women during the COVID-19 pandemic. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 2020 Jun; 249:96–7. doi:10.1016/j.ejogrb.2020.04.022
13. Beck, A. T., & Steer, R. A. (1990). *Manual for the Beck anxiety inventory.* San Antonio, TX: Psychological Corporation.

14. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck: BDI, BAI, BHS E BSI. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2001.
15. Moyer CA, Compton SD, Kaselitz E, Muzik M. Pregnancy-related anxiety during COVID-19: a nationwide survey of 2740 pregnant women. *Arch Womens Ment Health*. 2020 Sep 29;1–9. doi: 10.1007/s00737-020-01073-5.
16. Mizrak Sahin B, Kabakci EN. The experiences of pregnant women during the COVID-19 pandemic in Turkey: A qualitative study. *Women and Birth*. 2020 Oct; S1871519220303401. doi: 10.1016/j.wombi.2020.09.022.
17. Asmundson GJG, Taylor S. Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. *Journal of Anxiety Disorders*. 2020 Mar; 70:102196. doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102196.
18. Comitê Científico. Portal Covid-19. Orientações para a linha de cuidado no ciclo gravídico-puerperal no Rio Grande do Norte. SESAP/RN, 2020.
19. Walton G. COVID-19. The new normal for midwives, women and families. *Midwifery*. 2020 aug; 87:102736. doi: 10.1016/j.midw.2020.102736
20. Furuta M. 2020 international year of midwifery—in the midst of a pandemic. *Midwifery*. 2020 aug; 87:102739. doi: 10.1016/j.midw.2020.102739
21. Bick D. COVID-19: 2020 is the International Year of the Midwife. *Midwifery*. 2020 jun; 85:102719. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102719>
22. O’Connell M, Crowther S, Ravaldi C, Homer C. Midwives in a pandemic: A call for solidarity and compassion. *Women and Birth*. 2020 may; 33(3):205–6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.03.008>
23. Effati-Daryani F, Zarei S, Mohammadi A, Hemmati E, Ghasemi Yngyknd S, Mirghafourvand M. Depression, stress, anxiety and their predictors in Iranian pregnant women during the outbreak of COVID-19. *BMC Psychol*. 2020 Sep; 8(1):99. doi: 10.1186/s40359-020-00464-8.