

Morbidade Materna Grave: estresse pós-traumático e suporte social

Severe Maternal Morbidity: post-traumatic suffering and social support

Morbilidad Materna Grave: estrés postraumático y soporte social

Mônica Silva Silveira^I, Ricardo Queiroz Gurgel^I, Íkaro Daniel de Carvalho Barreto^{II},
Larissa Paes Leme Galvão^I, Marлизete Maldonado Vargas^{III}

^I Universidade Federal de Sergipe. São Cristovão-SE, Brasil.

^{II} Universidade Federal Rural de Pernambuco. São Cristovão-SE, Brasil.

^{III} Universidade Tiradentes. Aracaju-SE, Brasil.

Como citar este artigo:

Silveira MS, Gurgel RQ, Barreto IDC, Galvão LPL, Vargas MM. Severe Maternal Morbidity: post-traumatic suffering and social support. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 5):2139-45. [Thematic issue: Mental health] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0271>

Submissão: 13-04-2017

Aprovação: 06-02-2018

RESUMO

Objetivo: Avaliar a relação de sintomas de estresse pós-traumático e a percepção do suporte social em mulheres submetidas à Morbidade Materna Grave (MMG). **Método:** Estudo de coorte prospectivo, com 549 mulheres de hospitais públicos. Foram utilizadas as escalas de Impacto de Eventos e de Suporte Social. **Resultados:** Mulheres com MMG eram oriundas do interior do estado ($p=0,046$), com baixa escolaridade ($p=0,039$) e não trabalhavam ($p<0,001$). Apresentavam maior consumo de bebidas alcoólicas ($p<0,001$), não realizaram pré-natal ($p<0,001$), e eram mais velhas ($28,15 \pm 28$ anos). As mulheres com MMG tiveram maiores médias de comportamento de esquiva (24,32; DP: 4,16), pensamento intrusivo (18,28; DP: 3,80), menor suporte social (0,11; DP: 0,001) com tamanho de efeito grande e menor satisfação do suporte social (0,69; DP: 0,19), com tamanho de efeito pequeno. **Conclusão:** A MMG é um fator diferencial e negativo para a saúde mental das mulheres, e o apoio social pode favorecer o seu enfrentamento.

Descritores: Morbidade; Saúde Materna; Transtornos de Estresse Pós-Traumáticos; Apoio Social; Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

Objective: To assess the relationship of post-traumatic stress symptoms and the perception of social support in women submitted to Severe Maternal Morbidity (SMM). **Method:** A prospective cohort study, with 549 women from public hospitals. The Impact of Events and Social Support scales were used. **Results:** Women with SMM were from the State countryside ($p=0.046$), with low schooling ($p=0.039$) and did not work ($p<0.001$). They presented higher consumption of alcoholic beverages ($p<0.001$), did not perform prenatal ($p<0.001$), and were older (28.15 ± 28 years). Women with SMM had higher mean values of avoidance behavior (24.32, SD: 4.16), intrusive thinking (18.28, SD: 3.80), lower social support (0.11, SD: 0.001) with large effect size and lower social support satisfaction (0.69; SD: 0.19), with small effect size. **Conclusion:** SMM is a differential and negative factor for women's mental health, and social support can favor their coping.

Descriptors: Morbidity; Maternal Health; Post-Traumatic Stress Disorders; Social Support; Obstetric Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la relación de síntomas de estrés postraumático y la percepción del soporte social en mujeres sometidas a la Morbilidad Materna Grave (MMG). **Método:** Estudio de corte prospectivo, con 549 mujeres de hospitales públicos. Se utilizaron las escalas de Impacto de Eventos y de Soporte Social. **Resultados:** las mujeres con MMG provenían del interior del estado ($p=0,046$), con baja escolaridad ($p=0,039$) y no trabajaban ($p<0,001$). En el caso de las bebidas alcohólicas ($p<0,001$), no realizaron prenatal ($p<0,001$), y eran mayores ($28,15 \pm 28$ años). Las mujeres expuestas a la MMG tuvieron promedios más altos de comportamiento de esquiva (24,32, DP: 4,16), pensamiento intrusivo (18,28, DP: 3,80), menor soporte social (0,11, DP: 0,001) con tamaño de efecto grande y menor satisfacción del soporte social (0,69, DP: 0,19) con tamaño de efecto

pequeno. **Conclusión:** La MMG es un factor diferencial y negativo para la salud mental de las mujeres, y el apoyo social puede favorecer su enfrentamiento.

Descriptor: Morbilidad; Salud Materna; Trastornos por Estrés Postraumático; Apoyo Social; Enfermería Obstétrica.

AUTOR CORRESPONDIENTE Mônica Silva Silveira E-mail: msssdoutora@gmail.com

INTRODUÇÃO

Estudos sobre o estresse e agravos na fase gravídico-puerperal, e as consequências psicológicas têm sido cada vez mais frequentes na literatura mundial, contudo, pouco se sabe sobre o impacto na saúde mental das mulheres que vivenciaram a Morbidade Materna Grave⁽¹⁾.

Muitas das mulheres que têm experiências traumáticas na gravidez, parto ou puerpério, passam por riscos de complicações potencialmente fatais do evento da Morbidade Materna Grave, tanto para suas vidas, como para dos seus filhos, o que acarreta consequências negativas à saúde física e mental, como também sequelas a médio e longo prazo⁽²⁻³⁾.

Dos critérios para a definição e diagnóstico da morbidade materna, destaca-se a abordagem referente aos marcadores clínicos, laboratoriais e de gestão. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define *Near Miss Materno* (NM) como um risco de vida grave, de quase morte, em gestantes ou puérperas, ocorrendo na gravidez, parto ou em até 42 dias do término da gestação. Essa condição pode incluir a hemorragia pré e pós-parto, sepse, complicações de aborto, gravidez ectópica, rompimento do útero e outras condições de complicações obstétricas graves, síndrome HELL (que envolve hemólise, fígado elevado, enzimas hepáticas e plaquetas baixas) e admissão em unidade de cuidados intensivos⁽⁴⁾.

A percepção das mulheres sobre a experiência da Morbidade Materna Grave é descrita como física e emocionalmente angustiante, evocadora de sentimentos e emoções negativas. De modo geral, a experiência da Morbidade Materna Grave nas mulheres pode ser caracterizada em três áreas interligadas: avaliação pessoal da situação da Morbidade Materna Grave, reação imediata ao evento, ou seja, referentes às condições físicas, interpretação e emoção produzidas, e as consequências negativas ou positivas da experiência⁽⁵⁾.

Nesse contexto, pesquisas trazem a relação entre complicações obstétricas e o desenvolvimento do comportamento traumático^(1,5-6). De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) da *American Psychiatric Association*⁽⁶⁾, o Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) é caracterizado pela presença do desenvolvimento de sintomas após a exposição a situações de estresse em um ou mais eventos, ou de fontes associadas com o seu conhecimento, alteração comportamental e memória intrusiva⁽⁷⁾.

Observa-se, na literatura, que o estudo do suporte social investiga como as diversas formas de ajuda que o indivíduo recebe e/ou percebe podem influenciar na gestão de dificuldades e no processo de adoecimento. Portanto, a sua investigação torna-se relevante, por ser considerado um construto multidimensional, uma vez que pode o suporte social ser percebido em diversas esferas de atuação do indivíduo, através da proximidade e disponibilidade das relações, na busca da segurança como estratégia de auto-regulação contra as

ameaças físicas e psicológicas em situações que envolvem riscos, estresse ou conflitos e medo. Constata-se, ainda, a importância do suporte social positivo e eficaz para lidar, evitar ou retardar os efeitos de situações estressantes nas complicações obstétricas e o enfrentamento do processo saúde-doença⁽⁸⁾.

Conhecer o impacto que o evento da Morbidade Materna Grave traz à saúde mental da mulher torna-se indispensável, uma vez que este resultado é relevante para o encaminhamento de protocolos de atendimento que ofereçam maior eficiência na assistência materno-infantil.

OBJETIVO

Avaliar a relação do desenvolvimento de sintomas de estresse pós-traumático e a percepção do suporte social em mulheres que sobreviveram à Morbidade Materna Grave.

MÉTODO

Aspectos éticos

Este estudo atende à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, da Universidade Federal de Sergipe (UFS), com parecer aprovado. Todos os sujeitos foram previamente convidados a participar e foram informados sobre os objetivos, riscos e benefícios do estudo, estando cientes, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo, constituído por amostra de conveniência, com puérperas de dois hospitais de referência para médio e alto risco obstétrico, respectivamente, vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), do estado de Sergipe, nordeste do Brasil. As coletas foram realizadas num período total de doze meses.

População e amostra

A seleção dos grupos de expostos e não-expostos, a MMG, foi executada nos hospitais durante o puerpério imediato, por uma médica e especialista em ginecologia e obstetrícia, que empreendeu uma busca ativa, através do livro de registro de internação hospitalar da enfermagem de obstetrícia, enfermagem do puerpério, prontuários e avaliação clínica a fim de identificar as participantes elegíveis.

Foram incluídas no grupo exposto à MMG (N = 277), as puérperas, que preenchiam os critérios atuais de diagnóstico, de acordo com o Grupo WHO - Trabalho sobre Mortalidade e Morbidade Materna⁽⁴⁾, e o grupo não-exposto à Morbidade Materna Grave, (N = 272), puérperas sem intercorrência de complicações obstétricas graves, totalizando 549 sujeitos de pesquisa. Foram

excluídas dos grupos as participantes, que não residiam no estado de Sergipe, as que os bebês nasceram com grave deficiência, que vieram a óbito, e/ou as com restrição médica devido à gravidade do caso, por essas situações comprometerem o estado emocional, e agir como variável de confusão.

Para delimitação da amostra, foi realizado o cálculo do tamanho amostral, considerando a Escala de Impacto de Eventos (IES). De acordo com o estudo de Cheryl⁽⁹⁾, o desvio padrão de mães adolescentes para a IES foi de 15,8, e o erro padrão de 1,714, para uma amostra de 85 pacientes. Assim, para uma diferença média de cada ponto na escala com um significado de 1% e poder de 99%, seriam necessárias 255 participantes por grupo.

Protocolo do estudo

A coleta de dados foi realizada em três etapas; a primeira, no puerpério imediato das maternidades dos hospitais, com o objetivo de identificar as características de cada grupo. As etapas consecutivas foram realizadas em um hospital de referência do estado. A segunda etapa foi realizada nos 90 dias a partir do parto para identificar o suporte social recebido pela puérpera e aos 120 dias, para identificar os sintomas do estresse pós-traumático, através do comportamento de esquiva e intrusão. As duas últimas coletas foram realizadas no Hospital Universitário de Sergipe (HU), ou em visita domiciliar, quando da impossibilidade da participante ter acesso ao local.

O protocolo adotado foi composto por três instrumentos de coleta, a saber: questionário sociodemográfico, Questionário de Suporte Social (SSQ-6) e a Escala de Impacto de Eventos (IES). No questionário sociodemográfico foram identificadas as variáveis, clínica, obstétrica e hábitos; local de procedência da participante, capital ou interior, idade, escolaridade, situação conjugal, trabalho, realização do acompanhamento no pré-natal, considerado completo com seis consultas, paridade (primípara, 1 ou mais filhos), uso de bebida alcoólica e tabagismo.

O Questionário de Suporte Social (SSQ-6) é composto por seis itens para avaliar as dimensões de apoio social percebidas (o sujeito percebe como disponível se precisar dele), sendo que cada questão solicita resposta em duas partes. Na primeira, refere-se ao número de fontes/pessoas da lista que dão apoio; suporte social percebido (N) de cada item do SSQ, correspondente a nove possibilidades, além da opção "nenhum". Na segunda parte, o respondente indica o grau de satisfação social (S), utilizando uma escala de tipo *Likert* com seis pontos que vão desde insatisfeito (1) a muito satisfeito (2), para a correção, soma-se as fontes disponíveis do primeiro fator, reproduzindo a média simples, a qual é também aplicada ao segundo fator, obtendo-se dois escores totais⁽¹⁰⁾.

O *Social Support Questionnaire* foi submetido a diversos estudos para determinação das medidas psicométricas⁽¹¹⁻¹³⁾. Na aplicação do instrumento a uma amostra de 602 estudantes universitários, o coeficiente alfa de *Kronbach* resultou em 0,97 para o SSQ-N e em 0,94, no SSQ-S. A fidedignidade teste-reteste foi de 0,90 para o SSQ-N e de 0,83 para o SSQ-S, indicando que o SSQ é um instrumento estável e com alta consistência interna. Segundo a literatura^(10,14-15), foram encontradas evidências consistentes sobre o papel de suporte social, como protetor de situações estressoras quando as medidas de suporte estão relacionadas com a disponibilidade percebida de recursos interpessoais que correspondem às necessidades presentes nos eventos estressantes.

A Escala de Impacto de Eventos (IES) é composta por 15 itens de autorrelato, do tipo *Likert*, o qual mensura a presença de comportamento de esquiva e memória intrusiva após situações traumáticas, de acordo com atributos de frequência, nunca, raramente, às vezes e sempre. Foi validado para a população brasileira e adotado o limite de corte de 25 pontos⁽¹⁶⁾. A escala é aplicada para a população em geral e no campo da obstetrícia, relacionada às experiências do parto⁽¹⁷⁾, suas propriedades psicométricas são satisfatórias, e o uso continuado é justificado como medida dos processos de esquiva e intrusão⁽¹⁸⁾.

A Impact of Event Scale (IES), escala desenvolvida por Horowitz et al.⁽¹⁶⁾, apresenta como proposta a avaliação de estresse subjetivo relacionado a eventos da vida, não estando focada em uma situação específica, mas nas características particulares que envolvem tais eventos. Trata-se de uma escala breve, composta por apenas 15 itens, divididos em um subconjunto ligado à intrusão (itens 1, 4, 5, 6, 10, 11 e 14) e um subconjunto focado na evitação (itens 2, 3, 7, 8, 9, 12, 13 e 15).

A Escala de Impacto de Eventos (IES), apesar de ter sido desenvolvida antes da introdução formal do transtorno de estresse pós-traumático, dentro da literatura de diagnóstico, é utilizada para o seu rastreamento⁽¹⁹⁾. Estudos com a IES resultaram em bons escores de consistência interna, com coeficientes de Alfa de *Cronbach* de 0,81 a 0,96⁽²⁰⁻²²⁾, de validade com 100% de sensibilidade e 78% de especificidade⁽²³⁾.

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram analisados através do *software R Core Team* 2016. O Nível de Significância adotado foi de 5%. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências simples e percentuais. Para as variáveis ordinais ou contínuas, foram calculados as médias e desvios padrões. Para avaliar a associação entre as variáveis categóricas, foi utilizado o teste do Qui-quadrado; para as diferenças de média, o teste de Mann-Whitney; e para inferir a magnitude das diferenças entre as médias, foi utilizado o tamanho de efeito⁽²⁴⁾ η^2 (η^2) que é considerado pequeno ($0,01 \leq \eta^2 < 0,06$), médio ($0,06 \leq \eta^2 < 0,14$) e grande ($\eta^2 \geq 0,14$). A influência dos instrumentos de rastreio (IES e SSQ-6) nas etapas de coleta foi avaliada através do coeficiente de correlação de Pearson, e para a análise das diferenças de correlação entre os grupos foi aplicada ANCOVA (Análise de Covariância). Foram calculadas razões de chances brutas e ajustadas por meio de regressão logística para a condição de Morbidade Materna Grave e variáveis sociodemográficas.

RESULTADOS

Neste estudo, os resultados obtidos mostraram que as participantes com Morbidade Materna Grave, na maioria, eram oriundas de cidades do interior do estado ($p=0,046$), com baixa escolaridade ($p=0,039$) e não trabalhavam ($p<0,001$). Além disso, apresentavam maior prevalência de consumo de bebidas alcoólicas ($p<0,001$), não realizaram pré-natal ($p<0,001$), além de serem mais velhas ($28,15 \pm 28$ anos ($p=0,038$), do que as mulheres sem esta condição. Os demais resultados entre as variáveis associadas não indicam diferenças estatisticamente significativas. (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica, clínica, obstétrica e hábitos sociais da amostra de mulheres com e sem Morbidade Materna Grave (MMG), Sergipe, Brasil, 2013

Variáveis	Grupos		X ² (Valor de p)	OR Bruto (IC95)	OR Ajustado (IC95)	Valor de p
	Com MMG (n=277) n (%)	Sem MMG (n=272) n (%)				
Procedência						
Capital	95 (34)	200 (74)	3,971 (0,046)	1,45 (1,01-2,09)		
Interior	182 (66)	72 (26)		1		
Idade Média (DP)	28,15 (7,75)	26,77 (7,75)	0,038*			
≥ 35	70 (25)	53 (20)	2,64 (0,104)	1,40 (0,93-2,09)	1,72 (1,11-2,65)	0,104
< 35	207 (75)	219 (80)		1	1	
Escolaridade						
< 8 anos	198 (53,5)	172 (46,5)	4,246 (0,039)	1,46 (1,02-2,09)		
≥ 8 anos	79(44,1)	100 (55,9)		1		
Situação Conjugal						
Solteira	59 (21)	75 (28)	2,928 (0,087)	0,71 (0,48-1,05)		
Casada	218 (79)	197 (72)		1		
Trabalho						
Não	222 (80)	185 (68)	10,530 (<0,001)	1,90 (1,28-2,80)	2,36 (1,53-3,62)	<0,001
Sim	55 (20)	87 (32)		1	1	
Pré-natal						
Não	26 (9)	3 (1)	18,820 (<0,001)	9,29 (2,78-31,1)	10,9 (3,28-36,1)	<0,001
Sim	251 (91)	269 (99)		1	1	
Paridade						
Primípara	43 (16)	32 (12)	1,644 (0,200)	1,34 (0,82-2,20)		
1 ou mais parto	234 (84)	240 (88)		1		
Bebida alcoólica						
Não	192(69)	243 (89)	33,445 (<0,001)	1	1	
Sim	85(31)	29 (11)		3,65 (2,30-5,79)	4,35 (2,66-7,11)	<0,001
Tabagismo						
Não	261 (94)	263 (97)	1,922 (0,166)	1		
Sim	16(6)	9 (3)		1,79 (0,78-4,13)		

Nota: MMG = Morbidade Materna Grave; X² = Estatística do Teste Qui-quadrado; * Teste de Mann-Whitney; DP = Desvio Padrão; OR = Odds Ratio; IC = Intervalo de Confiança = 95%.

Observou-se que mulheres com faixa-etária inferior a 35 anos (OR: 1,72; IC95%: 1,11-2,65), que não trabalham (OR: 2,36; IC95%: 1,53-3,62), não fazem pré-natal completo (OR: 10,9; IC95%: 3,28-36,1) e usam bebida alcoólica (OR: 4,35; IC95%: 2,66-7,11) têm maior chance de estar na condição de Morbidade Materna Grave, tal como apontado pelos resultados da regressão logística. (Tabela1).

De acordo com a avaliação da Escala de Impacto de Eventos, referentes ao comportamento de esquiva e intrusão, e ao suporte social nas mulheres com a MMG, foram identificadas maiores médias de comportamento de esquiva (24,32; DP: 4,16; p<0,001; η²=0,895), e pensamento intrusivo (18,28; DP: 3,80; p<0,001; η²=0,763), menor suporte social (0,11; DP: 0,001; p<0,001; η²=0,151) com tamanho de efeito grande e menor satisfação do suporte social (0,69; DP: 0,19; p=0,010; η²=0,014) com tamanho de efeito pequeno (Tabela 2).

Tabela 2 – Comparação das médias e Desvios Padrões (DP) da amostra de mulheres com e sem Morbidade Materna Grave (MMG), o Impacto do Evento (IES) e Suporte Social (SSQ-6), Sergipe, Brasil, 2013

Variáveis	Grupos		Mann-Whitney	Eta ²
	Com MMG Média (DP)	Sem MMG Média (DP)		
Impacto de eventos				
Comportamento de esquiva	24,32 (4,16)	5,10 (2,08)	<0,001	0,895
Memória Intrusiva	18,28 (3,80)	7,47 (1,91)	<0,001	0,763
SSQ-6				
SSQ-N	0,11 (0,001)	0,13 (0,04)	<0,001	0,151
SSQ-S	0,69 (0,19)	0,73 (0,17)	0,01	0,014

Nota: DP = MMG = Morbidade Materna Grave; DP = Desvio Padrão; Teste de Mann-Whitney; Eta² = Tamanho de Efeito; SSQ-N = Número de Fontes/ Pessoas do Suporte Social; SSQ-S = Satisfação com o Suporte.

Referente à correlação entre a quantidade de fontes/pessoas que dão apoio social (SSQ-N) e de satisfação do suporte percebido (SSQ-S) com os comportamentos de esquiva ou intrusão na escala de Impacto de Eventos, não foram encontradas correlações significativas no grupo com Morbidade Materna Grave e no grupo sem esta condição, tal como observado nas correlações de Pearson. Além disso, não há diferença nas correlações quando comparados os grupos, tal como apontada na Análise de Covariância (Tabela 3).

Tabela 3 – Análise de Covariância da amostra de mulheres com e sem Morbidade Materna Grave (MMG) entre o Suporte Social (SSQ-6), e o Impacto do Evento (IES), Sergipe, Brasil, 2013

Variáveis	SSQ-N R (Valor de p)	SSQ-S R (Valor de p)
Impacto de eventos		
Comportamento de esquiva		
Com MMG	-0,034 (0,577)	0,088 (0,144)
Sem MMG	-0,031 (0,613)	0,125 (0,040)
F (valor de p)	0,48 (0,488)	0,058 (0,810)
Memória intrusiva		
Com MMG	-0,084 (0,164)	0,024 (0,687)
Sem MMG	-0,084 (0,167)	0,070 (0,251)
F (valor de p)	2,99 (0,084)	0,04 (0,832)

Nota: MMG = Morbidade Materna Grave; F = Estatística do Teste F; SSQ-N = Número de Fontes/Pessoas do Suporte Social; SSQ-S = Satisfação com o Suporte Social.

DISCUSSÃO

Algumas variáveis sociodemográficas destacaram-se nas mulheres em situação de Morbidade Materna Grave, demonstrando tratar-se de uma população com menor escolaridade, menor inserção no mercado de trabalho, menor frequência de acompanhamento do pré-natal e maior consumo de bebida alcoólica. Essas características são condizentes com o contexto social mais desfavorecido, assemelhando-se a outros estudos do perfil de mulheres com a Morbidade Materna Grave⁽²⁵⁻²⁶⁾.

As análises deste estudo evidenciaram que o comportamento traumático de esquiva e memória intrusiva foi significativamente mais elevado na situação da Morbidade Materna Grave, com maior risco de sintomas para desenvolver o transtorno de estresse pós-traumático. Em outra pesquisa realizada com mulheres que vivenciaram situações com iminente risco de morte, relacionados à gravidez e parto traumático, foi demonstrado que muitas mulheres não conseguiam apagar de suas lembranças sentimentos negativos mórbidos, *flashbacks*, e pesadelos associados a este período de suas vidas, e que as consequências disso afetaram negativamente o bem-estar físico e psicológico, e até mesmo a relação de vinculação com os bebês^(1,3).

Estudo qualitativo realizado no Brasil revelou, através das narrativas de mulheres que passaram pela Morbidade Materna Grave, reações emocionais a partir da memória intrusiva, sensação iminente de morte, medo de dano ao bebê, e culpa e frustração diante das expectativas da maternidade⁽²⁷⁾. Em pesquisa internacional qualitativa com meta-etnografia, foi identificado que as consequências do sofrimento causado pela Morbidade Materna Grave foram focadas nos aspectos clínicos e psicológicos, dos quais muitos foram resultantes dos períodos de longa internação, perda do convívio familiar, quebra da rotina habitual, falta de independência pessoal, e dificuldades de exercer de forma plena a maternidade^(5,28).

Por meio dos resultados deste estudo, pode-se sugerir que a situação da Morbidade Materna Grave torna as mulheres mais

vulneráveis a alterações no seu estado emocional e psicológico, o que pode acarretar no desenvolvimento do estresse pós-traumático. Nesse sentido, outros estudos ressaltam que as expectativas e vivências relacionadas à maternidade são instigadas pelos desejos e idealizações da representação de ser mãe. Diante do agravo instalado são tomadas, muitas vezes pelo medo iminente de morte, sentimentos ambivalentes, provocando frustração, tensão, ansiedade e angústia e o adoecimento psicológico na mulher^(5,29).

Estudo de coorte prospectivo identificou a prevalência de 8,4% em esquiva e 6,4% de intrusão, no comportamento traumático de mulheres em situação de Morbidade Materna Grave no pós-parto⁽³⁰⁾. Outras pesquisas também encontraram a relação positiva entre a existência de complicações na gravidez e/ou parto e sintomas parciais ou totais do transtorno de estresse pós-traumático e o comportamento de esquiva e intrusão^(9,31-32).

Quanto aos aspectos da relação entre a Morbidade Materna Grave e o suporte social percebido, nas mulheres com MMG, houve menor fonte de suporte social, ou seja, menor número de pessoas disponíveis de quem as mulheres pudessem receber apoio, e menor nível de satisfação com o suporte percebido, em comparação ao grupo sem a situação da morbidade grave.

O baixo índice de percepção positiva de apoio social e do nível de satisfação percebido podem provocar consequências danosas para as mães na saúde física e psicológica. Evidencia-se que as redes de apoio social e suporte familiar são de fundamental importância na manutenção da saúde mental e no enfrentamento de circunstâncias estressantes, e podem funcionar como elementos amortecedores dos efeitos do agravo⁽¹⁰⁾. Nesse sentido, a disponibilidade e acessibilidade de cuidados de saúde de alta qualidade, redes amplas de apoio social, características pessoais e condições de saúde preexistentes influenciarão no enfrentamento da Morbidade Materna Grave⁽⁵⁾.

Estudos têm associado o suporte social e os níveis de saúde, funcionando como um agente “protetor”, quando positivo, frente ao risco de doenças provindas de estresse, ou, quando negativo, exerce efeito moderador de agravos. O esforço do enfrentamento ao ter o suporte social poderá minimizar ou prevenir respostas emocionais, comportamentais, cognitivas e fisiológicas negativas aos seus agentes estressores⁽⁸⁾.

Neste estudo, quanto à associação do comportamento traumático de esquiva e intrusão e o suporte social, não houve diferença estatística significativa nos resultados. Contudo, deve-se considerar a possibilidade de uma complexa interação dessas variáveis, que podem ter interferido no seu desfecho, como os fatores individuais de personalidade, a história pregressa, os aspectos ambientais e da psicodinâmica de cada indivíduo⁽³³⁾, ainda somados em algumas situações com eventos traumáticos anteriores, adversidades na infância, aspectos genéticos e fisiológicos, e peri-traumáticos como a magnitude do trauma, estratégias inapropriadas de enfrentamento, ambientais e adversidades sociais subsequentes⁽⁷⁾.

Limitações do estudo

Como limitações do estudo, podemos referir a falta de dados qualitativos das participantes que pudessem corroborar com os achados, no sentido de revelar mais explicitamente a vivência

em relação à Morbidade Materna Grave e ao desenvolvimento de sintomas do estresse pós-traumático, verificada no desfecho deste estudo. Entretanto, as limitações citadas não comprometem os resultados obtidos referentes à relevância do tema apresentado, demonstrando ser um indicativo da necessidade de ações e estratégias de enfrentamento que privilegiem programas e políticas públicas sobre as especificidades dessa população.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Este estudo visa contribuir com o aprimoramento no processo de cuidado e assistência dos profissionais de saúde, especialmente para o enfermeiro, a fim de qualificar a sua escuta, com vistas à promoção de saúde, prevenção e integridade das ações voltadas a Atenção Primária e identificação precoce de riscos para a saúde materna infantil no âmbito das políticas públicas.

CONCLUSÃO

A situação da Morbidade Materna Grave foi decisiva como experiência diferencial entre os grupos, por tratar-se de um momento singular na vida da mulher, com potencial risco e consequências perturbadoras. A saúde mental é, indubitavelmente, um pilar essencial da assistência materno-infantil e deve ser devidamente valorizada nesse processo, o que compete oferecer a mulher uma assistência adequada e multidisciplinar no puerpério.

Portanto, conhecer os processos que deterioram a saúde mental na morbidade grave extrapola os limites do conhecimento clínico e atenta para relações decisivas de aporte psicológico e social, na assistência materno-fetal e no desenvolvimento positivo das relações familiares. Conclui-se, assim, que a Morbidade Materna Grave impacta negativamente na saúde mental da mulher, provocando comportamento de esquiva e intrusão, exigindo da mesma o fortalecimento dos vínculos familiares e sociais para o seu enfrentamento.

REFERÊNCIAS

1. Furuta M, Sandall J, Bick D. A systematic review of the relationship between severe maternal morbidity and post-traumatic stress disorder. *BMC Pregnancy Childbirth*[Internet]. 2012[cited 2016 Dec 20];2:125. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-12-125>
2. Firoz T, Chou D, Von Dadelszen P, Agrawal P, Vanderkruik R, Tunçalp O, et al. Measuring maternal health: focus on maternal morbidity. *Bull World Health Organ*[Internet]. 2013[cited 2016 Jan 10];91(10):794–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.117564>
3. Elmir R, Schmied V, Wilkes L, Jackson D. Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *J Adv Nurs*[Internet]. 2010[cited 2016 Dec 20];66:2142–53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x>
4. Say L, Souza JP, Pattinson RC. WHO Working Group on Maternal Mortality and Morbidity classifications. Maternal near miss towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*[Internet]. 2009[cited 2016 Dec 20];23(3):287-96. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44692/1/9789241502221_eng.pdf
5. Furuta M, Sandall J, Bick D. Women's perceptions and experiences of severe maternal morbidity - A synthesis of qualitative studies using a meta-ethnographic approach. *Midwifery*[Internet]. 2014[cited 2016 Nov 20];30(2):158–69. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.09.001>
6. Garthus-Niegel S, von Soest T, Vollrath ME, Eberhard-Gran M. The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: a longitudinal study. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2013[cited 2016 Nov 20];16:1–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-012-0301-3>
7. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5th ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
8. Reblin M, Uchino BN. Social and Emotional Support and its Implication for Health. *Curr Opin Psychiatry*[Internet]. 2008[cited 2016 Dec 15];21(2):201-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f3ad89>
9. Cheryl A. Impact of traumatic birth experience on Latina adolescent mothers. *Issues Ment Health Nurs*[Internet]. 2010[cited 2016 Nov 15];31:700–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.3109/01612840.2010.518784>
10. Matsukura TS, Marturano EM, Oishi J. O Questionário de Suporte Social (SSQ): estudos da adaptação para o português. *Rev Latino-Am Enfermagem*[Internet]. 2002;10(5):675-81. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000500008>
11. Vaux A. Social Support: theory, research and intervention[Internet]. New York: Praeger; 1988[cited 2017 Feb 24]. Available from: <https://doi.org/10.1176/ps.41.4.460>
12. Sarason IG, Levine HM, Basham RB, Saranson BR. Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *J Personal Social Psychol*[Internet]. 1983[cited 2017 Feb 24];44(1):127-39. Available from: <http://psycnet.apa.org/record/1983-22463-001>
13. Heitzman CA, Kaplan RM. Assessment of methods for measuring Social Support. *Health Psychol*[Internet]. 1988[cited 2017 Feb 24];7(1):75-109. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3277843>
14. Cohen S, Wills TA. Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychol Bull*[Internet]. 1985[cited 2017 Feb 24];98(2):310-57. Available from: <http://psycnet.apa.org/record/1986-01119-001>
15. Castro R, Campero L, Hernández B. La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Rev Saúde Pública*[Internet]. 1997[cited 2017 Feb 24];31(4):425-35. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n4/2277.pdf>

16. Silva ACO, Nardi AE, Horowitz M. Versão brasileira da Impact of Event Scale (IES): tradução e adaptação transcultural. *Rev Psiquiatr*[Internet]. 2010[cited 2017 Feb 23];32(3):86-93. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082010000300005>
17. Ayers S. Delivery as a traumatic event: Prevalence, risk factors and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clin Obstet Gynecol*[Internet]. 2004[cited 2016 Oct 18];47:552-67. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/01.grf.0000129919.00756.9c>
18. Stephen J. Psychometric evaluation of Horowitz's Impact of Event Scale: a review. *J Trauma Stress*[Internet]. 2002[cited 2016 Nov 27];13:101-13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1007777032063>
19. Coffey SF, Gudmundsdottir B, Beck JG, Palyo SA, Miller L. Screening for PTSD in motor vehicle accident survivors using the PSS-SR and IES. *J Trauma Stress*[Internet] 2006[cited 2017 Jan 15];19(1):119-28. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20106>
20. Weiss DSMCR. Impact of Event Scale (IES-R). In: Wilson T, Keane T, (Eds.). *The Impact of event Scale - Revised: assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press; 1997. p. 399-411.
21. Brunet A, St-Hilaire A, Jehel L, King S. Validation of a French version of the impact of event scale-revised. *Can J Psychiatry*[Internet]. 2003[cited 2017 Oct 12];48:56-61. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12635566>
22. Caiuby AVS, Lacerda SS, Quintana MI, Torii TS, Andreoli SB. Adaptação transcultural da versão brasileira da Escala do Impacto do Evento - Revisada (IES-R). *Cad Saúde Pública*[Internet]. 2012[cited 2017 Oct 12];28(3):597-603. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300019>
23. Sveen J, Low A, Dyster-Aas J, Ekselius L, Willebrand M, Gerdin B. Validation of a Swedish version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R) in patients with burns. *J Anxiety Disord*[Internet]. 2010[cited 2017 Oct 12];24:618-22. Available from: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0887-6185\(10\)00083-6](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0887-6185(10)00083-6)
24. Gray CD, Kinnear PR. *IBM SPSS statistics 19 made simple*. Psychology Press; 2012.
25. Pacheco AJC, Katz L, Souza ASR, Amorim MMR. Factors associated with severe maternal morbidity and near miss in the São Francisco Valley, Brazil: a retrospective, cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*[Internet] 2014[cited 2016 Oct 17];14:91. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-14-91>
26. Morse ML, Fonseca SC, Gottgroy CL, Waldmann CS, Gueller E. Morbidade Materna Grave e *Near Misses* em Hospital de Referência Regional. *Rev Bras Epidemiol*[Internet]. 2011[cited 2017 Feb 23];14(2):310-22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000200012>
27. Santana DS, Cecatti JG, Surita FG, Silveira C, Costa ML, Souza JP, et al. Twin Pregnancy and Severe Maternal Outcomes. The World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2016[cited 2016 Dec 20];127(4). Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000001338>
28. Souza JP, Cecatti JG, Parpinelli MA, Krupa F, Osis MJ. An emerging "maternal near-miss syndrome": narratives of women who almost died during pregnancy and childbirth. *Birth*[Internet]. 2009[cited 2017 Jan10];36:149-58. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00313.x>
29. Silva DVR, Silveira MFA, Gomes-Sponholz FA. Experiences with severe maternal morbidity: a qualitative study on the perception of women. *Rev Bras Enferm*[Internet]. 2016[cited 2017 Jan10];69(4):618-24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690407i>
30. Furuta M, Sandall J, Cooper D, Debra B. The relationship between severe maternal morbidity and psychological health symptoms at 6-8 weeks postpartum: a prospective cohort study in one English maternity unit. *BMC Pregnancy Childbirth*[Internet]. 2014[cited 2017 Jan 10];14:133. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-14-133>
31. Shaban Z, Dolatian M, Shams J, Alavi-Majd H, Mahmoodi Z, Sajjadi H. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Following Childbirth: Prevalence and Contributing Factors. *Iran Red Crescent Med J*[Internet]. 2013[cited 2016 Dec 15];15(3). Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/14767050902801686>
32. Forray A, Mayes LC, Magriples U, Epperson CN. Prevalence of post-traumatic stress disorder in pregnant women with prior pregnancy complications. *J Matern Fetal Neonatal Med*[Internet]. 2009[cited 2016 Dec 24];22(6):522-27. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/14767050902801686>
33. Ozbay F, Johnson CD, Dimoulas E, Morgan CA, Charney D, Southwick S. Social Support and Resilience to Stress From Neurobiology to Clinical Practice. *Psychiatry*[Internet]. 2007[cited 2016 Dec 20];4(5):35-40. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20806028>