

Michelle Alves Viana Aguiar

**TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM GESTANTES
COM DIAGNÓSTICO DE ANOMALIAS CONGÊNITAS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Enfermagem, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

São Paulo
2016

Michelle Alves Viana Aguiar

**TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM GESTANTES
COM DIAGNÓSTICO DE ANOMALIAS CONGÊNITAS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Enfermagem, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora:

Profa. Dra. Anelise Riedel Abrahão

São Paulo

2016

Aguiar, Michelle Alves Viana

Transtorno de estresse pós-traumático em gestantes com diagnóstico de anomalias congênitas/ Michelle Alves Viana Aguiar. – São Paulo, 2016.

xix, 86f.

Dissertação (mestrado)--Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Título em inglês: Post-traumatic Stress Disorder in pregnant women diagnosed with congenital anomalies

1. Anormalidades congênitas. 2. Gestantes. 3. Diagnóstico pré-natal. 4. Transtornos de estresse pós-traumáticos.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Chefe do Departamento: Profª Drª Helena Bohomol

Coordenador do curso de pós-graduação: Profª Drª Mavilde da Luz Gonçalves
Pedreira

Michelle Alves Viana Aguiar

**TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM GESTANTES
COM DIAGNÓSTICO DE ANOMALIAS CONGÊNITAS**

Presidente da banca:

Prof.(a) Dr.(a) Anelise Riedel Abrahão

Banca examinadora:

Prof.(a) Dr.(a) Luiza Hiromi Tanaka

Prof.(a) Dr.(a) Rosemeire Sartori de Albuquerque

Dr.(a) Sara Mota Borges Bottino

Membro Suplente:

Prof.(a) Dr.(a) Rosana Trindade Santos Rodrigues

Se Deus disse que eu posso,

então eu posso!

Irei e não temerei mal algum.

Filipenses 4:13

DEDICATÓRIA

A Deus.

À minha mãe, meu exemplo.

AGRADECIMENTOS

À minha amada mãe, Florinda, por estar sempre presente na minha vida e ser meu grande exemplo de força, superação e dedicação. Ao meu querido Pai, Boaneges, pelo apoio e amor incondicional.

Aos meus irmãos, Fagner e Floryonerges, pelo amor fraterno! Obrigada, por serem meus melhores amigos e compartilharem das minhas angústias, medos e vitórias.

Aos meus avôs maternos, em especial minha avó, Clemência (in memoriam), por ter sido meu grande exemplo de amor ao próximo.

Aos meus avôs paternos, Valda e José, pela sabedoria e pelas palavras de carinho.

Aos tios e primos maternos e paternos, que contribuíram e desejaram meu sucesso profissional.

Aos meus amigos, em especial, o Welber e a Jessy, por compartilhar meus anseios e pela amizade sincera.

À Profa. Dra. Anelise Riedel Abrahão, orientadora desta dissertação, que, com sua competência e sabedoria, contribui imensamente para meu crescimento profissional. Obrigada pelos ensinamentos e pela confiança proporcionada à sua aprendiz.

À Dra. Rose Mary do Valle Bóz Lacava, enfermeira do Ambulatório de Medicina Fetal, pelo apoio, pela disponibilidade e pelas preciosas sugestões neste estudo.

Às Profas. Dras. Luiza Hiromi Tanaka, Rosemeire Sartori de Albuquerque, Sara Mota Borges Bottino e Rosana Trindade Santos Rodrigues pela participação na defesa da dissertação e pelas valiosas considerações.

À Profa. Dra. Janine Schirmer, Diretora da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, pela gestão e pelo desenvolvimento da

universidade.

À Profa. Dra. Mavilde da Luz Gonçalves Pedreira, Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, pela contribuição na formação acadêmica.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela oportunidade como bolsista e por proporcionar minha formação.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, pelas reflexões e pelos ensinamentos.

A Emanuel Dantas, secretário do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, pela disponibilidade e pelas orientações referentes à pós-graduação.

Ao Dr. Luciano Nardozza, Chefe do Departamento de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo, pela confiança na realização deste estudo no Ambulatório de Medicina Fetal da universidade.

As gestantes atendidas no Ambulatório de Medicina Fetal da Universidade Federal de São Paulo pela participação neste estudo.

A Rosely de Fátima Pellizzon, bibliotecária da Universidade Federal de São Paulo, pelo apoio na busca dos artigos científicos mais relevantes sobre a temática do estudo.

A Lucas Petri Damiani, pela análise estatística deste estudo.

A Viviane Zeppelini, pela revisão do texto e formatação deste estudo.

Ao meu irmão, Fagner, pela tradução do resumo para língua inglesa.

A todos que não foram citados, mas que, direta e indiretamente, colaboraram para a concretização deste estudo.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	Vi
AGRADECIMENTOS	Vii
LISTA DE GRÁFICOS	Xii
LISTA DE TABELAS	Xiii
LISTA DE SIGLAS	Xv
RESUMO	Xvi
ABSTRACT	Xviii
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Interesse pelo Tema e Problema da Pesquisa	1
2 OBJETIVOS	3
2.1 Geral	3
2.2 Específicos	3
3 REVISÃO DE LITERATURA	4
3.1 Assistência Pré-Natal e Anomalia Congênita	4
3.2 Anomalia Congênita Viável e Inviável	5
4 REFERENCIAL TEÓRICO	11
4.1 Transtorno de Estresse Pós-Traumático	11
4.2 Escala do Impacto do Evento-Revisada	15
5. MÉTODO	17
5.1 Tipo de Estudo	17
5.2 Local e Período do Estudo	17
5.3 População e Amostragem do Estudo	18
5.4 Variáveis de Estudo	19
5.5 Instrumentos de Coleta de Dados	23
5.6 Tratamento e Análise dos Dados	24

5.7 Aspectos Éticos	25
6. RESULTADOS	26
6.1 Características Socioeconômicas e Demográficas de Gestantes Segundo o Diagnóstico de Anomalia Congênita	26
6.2 Antecedentes Obstétricos e Pessoais/Familiares de Anomalia Congênita	28
6.3 Características Individuais e Diagnósticos Obstétricos Atuais em Gestantes com Diagnóstico de Anomalia Congênita	29
6.4 Diagnósticos de Anomalia Congênita no Pré-Natal Segundo o Trimestre Gestacional	31
6.5 Exames de Imagem e Procedimentos Invasivos Utilizados para o Diagnóstico Pré-Natal de Anomalia Congênita	35
6.6 Tempo da Notícia do Diagnóstico de Anomalia Congênita e Desejo da Gestante pela Antecipação Terapêutica do Parto	35
6.7 Sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático em Gestantes com Diagnóstico de Anomalia Congênita	37
6.8 Relação entre o Tempo do Recebimento do Diagnóstico Pré-Natal de Anomalia Congênita com Sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático em Gestantes com Fetos Viáveis e Inviáveis	42
7. DISCUSSÃO	48
7.1 Fatores de Risco para Anomalia Congênita e Diagnóstico Obstétrico em Gestantes com Fetos Portadores de Anomalia Congênita	48
7.2 Diagnósticos de Anomalia Congênita no Pré-Natal e Acesso ao Serviço de Referência em Medicina Fetal	51
7.3 Exames de Imagem e Procedimentos Invasivos no Pré-Natal	53
7.4 Tempo da Notícia do Diagnóstico de Anomalia Congênita e Desejo da Gestante em Realizar a Interrupção Terapêutica da Gestação	55
7.5 Sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático em Gestantes com Diagnóstico de Anomalia Congênita Verificado por meio da Escala do Impacto do Evento-Revisada	57
7.6 Relação entre o Tempo do Recebimento do Diagnóstico de Anomalia Congênita no Pré-Natal com Sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático	62
8 CONCLUSÃO	63
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65

10 REFERÊNCIAS	66
11 ANEXOS	72
11.1 Anexo 1 - Escala do Impacto do Evento-Revisada	72
11.2 Anexo 2 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo	75
11.3 Anexo 3 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo sobre Mudança de Pesquisador Responsável	77
11.4 Anexo 4 - Autorização para Coleta de Dados	78
12 APÊNDICES	79
12.1 Apêndice 1 – Questionário	79
12.2 Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	82
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	84

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	<i>Boxplots</i> para os domínios e escore total da Escala do Impacto do Evento-Revisada (IES-R) aplicada em gestantes com diagnóstico de anomalia congênita – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014	39
Gráfico 2	<i>Boxplots</i> para os domínios da Escala do Impacto do Evento-Revisada (IES-R), segundo diagnóstico no pré-natal de anomalia congênita viável e inviável – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014	40
Gráfico 3	Gráficos de dispersão dois a dois e coeficiente de correlação de Pearson entre os domínios da Escala do Impacto do Evento-Revisada aplicada a gestantes com diagnóstico de anomalia congênita – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014	42
Gráfico 4	Gráficos de dispersão entre o escore total da Escala do Impacto do Evento-Revisada (IES-R) e o tempo de diagnóstico, em dias de anomalia congênita viável e inviável – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014	43
Gráfico 5	Gráficos de dispersão entre o domínio evitação da Escala do Impacto do Evento-Revisada (IES-R) e o tempo de diagnóstico, em dias, segundo o diagnóstico de anomalia congênita viável e inviável – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014	44
Gráfico 6	Gráficos de dispersão entre o domínio intrusão da Escala do Impacto do Evento-Revisada (IES-R) e o tempo de diagnóstico, em dias, segundo diagnóstico de anomalia congênita viável e inviável – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014	44
Gráfico 7	Gráficos de dispersão entre o domínio hiperestimulação da Escala do Impacto do Evento-Revisada (IES-R) e o tempo de diagnóstico, em dias, segundo diagnóstico de anomalia congênita viável e inviável – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características socioeconômicas e demográficas de gestantes, segundo o diagnóstico de anomalia congênita viável e inviável – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014	27
Tabela 2	Antecedentes obstétricos de gestantes com diagnóstico de anomalia congênita, viável e inviável – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014	28
Tabela 3	Antecedentes pessoais e familiares de anomalia congênita em gestantes/parceiro com diagnóstico de anomalia congênita viável e inviável – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014	29
Tabela 4	Características individuais e diagnósticos obstétricos em gestantes com diagnóstico de anomalia congênita viável e inviável – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014	30
Tabela 5	Trimestre gestacional dos diagnósticos de anomalias congênitas viáveis e inviáveis – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014	31
Tabela 6	Exames de imagem e procedimentos invasivos para diagnóstico pré-natal de anomalia congênita viável e inviável – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014	32
Tabela 7	Diagnósticos no pré-natal de anomalias congênitas viáveis e inviáveis – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014	33
Tabela 8	Diagnósticos de anomalia congênita no pré-natal e o trimestre gestacional em que foram realizados – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014	34
Tabela 9	Idade gestacional de gestantes admitidas no serviço de referência em Medicina Fetal – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014	34
Tabela 10	Tempo da notícia do diagnóstico de anomalia congênita viável e inviável – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014	36
Tabela 11	Aspectos da gestação de mulheres com diagnóstico de anomalia congênita no pré-natal – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014	37
Tabela 12	Escore da Escala do Impacto do Evento-Revisada em gestantes com diagnósticos de anomalia congênita – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014	38
Tabela 13	Distribuição de frequência dos sintomas do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em gestantes, segundo o diagnóstico de anomalia congênita viável e inviável – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014	41

Tabela 14	Análise de variância do modelo para o escore total da Escala do Impacto do Evento-Revisada, segundo a interação do tempo da notícia do diagnóstico com o diagnóstico de anomalia congênita – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014	46
Tabela 15	Coeficientes estimados do modelo para o escore total da Escala do Impacto do Evento-Revisada, segundo o tempo da notícia do diagnóstico de anomalia congênita – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014	46
Tabela 16	Coeficientes estimados do modelo para o domínio evitação da Escala do Impacto do Evento-Revisada com o tempo da notícia do diagnóstico, segundo a anomalia congênita – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014	46
Tabela 17	Coeficientes estimados do modelo para o domínio intrusão da Escala do Impacto do Evento-Revisada com o tempo da notícia do diagnóstico, segundo a anomalia congênita – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014	47
Tabela 18	Coeficientes estimados do modelo para o domínio hiperestimulação da Escala do Impacto do Evento-Revisada, segundo o tempo da notícia do diagnóstico com a anomalia congênita – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014	47

LISTA DE SIGLAS

ANOVA	Análise de Variância
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
CID	Classificação Internacional de Doenças
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - Quinta Edição
f β -hCG	fração beta livre da gonadotrofina coriônica humana
IES-R	Escala do Impacto do Evento-Revisada
IG	Idade Gestacional
ILA	Índice Líquido Amniótico
IMA	Idade Materna Avançada
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAPP-A	fração beta livre da proteína plasmática-A
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
STAI-S	<i>State-Trait Anxiety Inventory</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático

RESUMO

Aguiar MA. Transtorno de estresse pós-traumático em gestantes com diagnóstico de anomalias congênitas. 86f. Dissertação (Mestrado em Ciências). São Paulo: Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo; 2016.

Objetivo: Avaliar os sintomas do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em gestantes com diagnóstico de anomalia congênita. **Métodos:** Estudo quantitativo com desenho transversal-correlacional. A amostra foi composta por 111 gestantes com diagnóstico de anomalia congênita, viável e inviável, atendidas no Ambulatório de Medicina Fetal da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) no período de novembro de 2013 a novembro de 2014. Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram um questionário semiestruturado e uma escala do tipo Likert, a Escala do Impacto do Evento - Revisada (IES-R). Para a análise estatística, foram utilizados os seguintes testes: qui quadrado para as variáveis categóricas; *t* de Student ou Mann-Whitney para as comparações de variáveis contínuas; os coeficientes alfa de Cronbach e correlação de Pearson nos domínios que compõem a escala IES-R; modelos de regressão linear simples para avaliar, conjuntamente, o efeito do tempo do recebimento do diagnóstico de anomalia congênita, viável e inviável, com o escore total e dos domínios da IES-R. **Resultados:** As anomalias congênitas viáveis corresponderam a 66,6% dos casos e as inviáveis, a 33,3%. Dentre todos os casos de anomalias congênitas, 27% foram relacionados ao sistema nervoso, 24,3% ao aparelho circulatório e 19,8% ao urinário. As anomalias congênitas inviáveis foram anencefalia (35,1%) e aquelas relacionadas ao sistema urinário (27%) e respiratório (24,3%). As anomalias congênitas viáveis mais frequentes foram no sistema nervoso (31,1%) e no aparelho circulatório (27%). Os diagnósticos de anomalias congênitas foram estabelecidos no segundo trimestre gestacional (77,5%). As análises estatísticas realizadas com objetivo de comparar os sintomas de TEPT em gestante com diagnóstico de anomalia congênita, viável e inviável, identificaram que tanto a média de todos os domínios da IES-R (evitação, intrusão e hiperestimulação), como a soma das questões dos domínios da IES-R foram altas em todas as gestantes com diagnóstico de anomalia congênita, mas foram superiores nas gestantes com

diagnóstico de anomalia congênita inviável. Ao se utilizar um corte de 5,6 unidades no escore total da IES-R, 46,8% de todas as gestantes com diagnóstico de anomalia congênita apresentaram sintomas de TEPT, porém este foi mais frequente entre as gestantes com diagnóstico de anomalia congênita inviável (64,9%) do que entre aquelas com fetos viáveis (37,8%). Ao avaliar a correlação entre os domínios da escala IES-R, notou-se que as questões de intrusão e hiperestimulação estiveram mais correlacionadas entre si do que com o domínio de evitação. Entre as gestantes com diagnóstico de anomalia congênita, tanto viável quanto inviável, pareceu existir uma relação decrescente, embora fraca, dos sintomas de TEPT, em relação ao tempo da notícia do diagnóstico de anomalia congênita. **Conclusão:** As sintomatologias do TEPT estiveram presentes em gestantes com diagnóstico de anomalia congênita, tanto viável quanto inviável. O TEPT pode ocasionar repercussões imediatas e tardias nas gestantes com tais diagnósticos.

Descritores: anormalidades congênitas; gestantes; diagnóstico pré-natal; transtornos de estresse pós-traumáticos

ABSTRACT

Aguiar MA. Post-traumatic stress disorder in pregnant women diagnosed with congenital anomalies. 86f. Dissertação (Mestrado em Ciências). São Paulo: Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo; 2016.

Objective: To evaluate the symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) in pregnant women with congenital anomaly. **Methods:** Quantitative study with cross-correlational design. The sample consisted of 111 pregnant women diagnosed with viable and unviable congenital anomaly met in Fetal Medicine Clinic of the *Universidade Federal de São Paulo* (UNIFESP), from november 2013 to november 2014. The instruments used for data collection were a semi-structured questionnaire and a Likert scale, Impact of Events Scale - Revised (IES-R). For statistical analysis the following tests were used: Qui-square test for categorical variables; Student's *t* or Mann-Whitney test for comparisons of continuous variables; the Cronbach Alpha coefficients and Pearson correlation in the areas that make up the scale IES-R; simple linear regression models we used to assess jointly the effect of time of receiving the diagnosis of viable and unviable congenital anomalies, along with the total score and domains of IES-R scale. **Results:** Viable congenital anomalies corresponded to 66.6% of cases and unviable to 33.3%. Among all cases of congenital anomalies, 27% were related to the nervous system, 24.3% to circulatory and 19.8% to urinary. Unviable congenital anomalies were anencephaly (35.1%) and related to the urinary (27%) and respiratory (24.3%). systems. The most frequent viable congenital anomalies were in nervous (31.1%) and circulatory systems (27%). The diagnosis of congenital anomalies has been established in the second trimester (77.5%). In order to compare the symptoms of PTSD in pregnant women with viable and unviable congenital anomaly, the statistical analysis found that the average of all areas of IES-R (avoidance, intrusion and hyperarousal), as well as the sum of matters concerning IES-R were high in all pregnant women diagnosed with congenital anomaly, however it was higher in pregnant women diagnosed with congenital anomaly unfeasible. Using a cut of 5.6 units in the total score of the IES-R, we found that 46.8% of all pregnant women diagnosed with congenital anomaly showed symptoms of PTSD, but the symptoms were more frequent among pregnant women diagnosed with unviable congenital anomaly (64.9%) than among those with viable fetuses (37.8%). Evaluating

the correlation between the domains of the IES-R scale, we noted that the intrusion issues and hyperstimulation were more correlated than the avoidance domain. Among pregnant women diagnosed with both viable and unviable congenital anomaly, we observed a decreasing relationship with the symptoms of PTSD in relation to the time the news of the diagnosis of congenital anomalies was informed. **Conclusion:** The symptomatology of PTSD was present in pregnant women with both viable and unviable congenital anomaly. PTSD can cause immediate and long-term impact on pregnant women with such diagnoses.

Descriptors: congenital abnormalities; pregnant women; prenatal diagnosis; stress disorder, post-traumatic.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Interesse pelo Tema e Problema da Pesquisa

As anomalias congênitas, também conhecidas como defeitos congênitos ou malformações congênitas, são alterações estruturais e/ou funcionais presentes ao nascimento. Há diversas manifestações clínicas que se expressam como dismorfias leves, as quais têm alta prevalência na gestação e até alterações complexas de órgãos ou segmentos corporais, que são raras.⁽¹⁾ Essas anomalias compõem as síndromes de etiologias genéticas, ambientais, infecciosas e nutricionais, podendo se apresentar isoladas ou combinadas.⁽²⁾

As anomalias congênitas repercutem diretamente na incidência e na prevalência da morbimortalidade fetal e neonatal. Além disso, em longo prazo, podem ter impacto significativo sobre os indivíduos acometidos, levando à necessidade de adaptações familiares, e ocasionando ônus socioeconômico e ao sistema de saúde.⁽²⁾ No caso das doenças gênicas, pelo fato de essas anomalias terem caráter hereditário, a família pode ter mais de um filho afetado.⁽³⁾

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 50% das anomalias congênitas são de causa idiopática e sua incidência é de 1:33 nascidos vivos por ano, o que resulta em aproximadamente 3,2 milhões de nascidos vivos com anomalias congênitas. Em 2013, os óbitos neonatais relacionados às anomalias congênitas correspondiam a 276 mil a cada ano no mundo.⁽²⁾

Atualmente, o avanço tecnológico da Medicina Fetal possibilita a detecção precoce das anomalias congênitas. O impacto de um diagnóstico de anomalia congênita em qualquer momento da gestação é devastador aos envolvidos.⁽⁴⁾ Nota-se que o sofrimento psíquico gerado pela gestação de um feto com anomalia congênita pode gerar um quadro de estresse pós-traumático, ou seja, um transtorno mental de longa duração, cujos sintomas podem cursar por toda a vida.⁽⁵⁾

O estado de estresse pós-traumático, de acordo com a Classificação

Internacional de Doenças (CID-10), é caracterizado por uma resposta imediata ou tardia diante de uma situação ou evento estressante.⁽⁶⁾ De acordo o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - Quinta Edição (DSM-V), a característica essencial do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é o desenvolvimento de sintomas característicos após a exposição a um ou mais eventos traumáticos.⁽⁷⁾

Na maioria dos casos, os indivíduos apresentam ansiedade, medo, impotência e horror; revivem persistentemente o evento traumático; evitam persistentemente os estímulos; têm excitação aumentada; e apresentam alterações negativas persistentes em cognições ou no humor.⁽⁷⁾

Tais sintomas variam de acordo com a natureza do evento traumático, o número de exposições, a vulnerabilidade do indivíduo, a reação dele frente ao estressor e a rede de apoio após o evento. É importante salientar a realização do adequado diagnóstico de TEPT por meio dos critérios diagnósticos apresentados pela CID-10 e pelo DSM-V, pois este transtorno está associado a níveis elevados de incapacidades sociais, profissionais e físicas, e também a custos econômicos e altos níveis de utilização de serviços de saúde.^(7,8)

Neste estudo, para rastreamento da sintomatologia do TEPT, foi utilizada a Escala do Impacto do Evento-Revisada (IES-R), a qual pode ser utilizada tanto na prática clínica quanto em pesquisas científicas.⁽⁹⁻¹¹⁾

Na vivência clínica no Ambulatório de Medicina Fetal da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), durante a consulta de Aconselhamento Genético, foi observado o estresse gerado nas gestantes diante do diagnóstico de anomalia congênita. A partir disso, surgiu o seguinte questionamento: quais sintomas relacionados ao estresse pós-traumático podem ser identificados nas gestantes com diagnóstico de anomalia congênita?

O estudo é primordial, pois deve permitir o rastreamento da sintomatologia do TEPT em gestantes com diagnóstico de anomalia congênita, subsidiando o atendimento integral e qualificado a essas mulheres pela equipe multiprofissional.

2 OBJETIVOS

Face aos questionamentos levantados, foram estabelecidos os seguintes objetivos.

2.1 Geral

- Avaliar os sintomas de transtorno de estresse pós-traumático em gestantes com diagnóstico de anomalia congênita atendidas no Ambulatório de Medicina Fetal da Universidade Federal de São Paulo.

2.2 Específicos

- Identificar os diagnósticos de anomalia congênita, viáveis e inviáveis, e o trimestre gestacional em que foram realizados.
- Comparar os sintomas de transtorno do estresse pós-traumático em gestante com diagnóstico de anomalia congênita, viável e inviável.
- Analisar a relação entre o tempo do recebimento do diagnóstico de anomalia congênita com os sintomas de transtorno de estresse pós-traumático gerados em gestantes com fetos viáveis e inviáveis.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Assistência Pré-Natal e Anomalia Congênita

O acesso ao pré-natal é universal, e a qualidade dessa atenção necessita de estratégias que possibilitem o compromisso e a responsabilização pelo cuidado em todos os níveis da atenção à mulher no ciclo gravídico puerperal. Nas últimas décadas do século XX, ocorreram grandes avanços científicos e tecnológicos nas áreas de saúde materna e perinatal, que visam garantir a qualidade na assistência.⁽¹²⁾

As normas de assistência à saúde visam identificar, de forma precoce e adequada, os “problemas que a gestante apresente, assim como os procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários, e em que nível de assistência os mesmos serão realizados” (p. 10).⁽¹²⁾ Assim, o controle pré-natal da gestante, com fatores de riscos ou com alterações obstétricas/fetais, deve ser diferenciado e contar com equipe multiprofissional adequada.

Com o desenvolvimento das técnicas de avaliação da vitalidade fetal, tornou-se possível o diagnóstico precoce das anomalias congênitas e, assim, a proposta de tratamentos intrauterinos que podem repercutir em melhores prognósticos fetais.^(13,14) Porém, as gestantes (ou os casais) com diagnóstico de anomalia congênita, tanto viável quanto inviável, ainda têm dificuldade de acesso a um serviço especializado de Medicina Fetal, o que pode repercutir em riscos maternos e/ou fetais.

As anomalias congênitas, também conhecidas como anormalidades congênitas, malformações congênitas ou doenças/defeitos congênitos, são definidas como anomalias estruturais ou funcionais, que acontecem durante a vida intrauterina e podem ser identificadas no pré-natal, ao nascer ou ao longo do crescimento e desenvolvimento do indivíduo.⁽²⁾

As mais comuns são as cardiopatias, os defeitos do tubo neural e a síndrome de Down. Dentre os fatores de riscos, destacam-se os socioeconômicos e os

demográficos, visto que são mais frequentes entre as famílias de países em desenvolvimento; os genéticos, como consanguinidade, que aumenta a prevalência de anomalias congênitas genéticas raras; as infecções maternas, como a sífilis e a rubéola; o estado nutricional materno, como a deficiência de iodo e ácido fólico, obesidade e diabetes gestacional; os fatores ambientais, como certos pesticidas e outros produtos químicos, como álcool, tabaco, drogas psicoativas e radiação durante a gestação.⁽²⁾

Somam-se a esses fatores de risco os extremos etários, a saber: adolescentes (idade materna ≤ 20 anos) e idade materna avançada (IMA), que corresponde à idade materna ≥ 35 anos. Tais extremos aumentam o risco de anomalias congênitas. Vale destacar que muitos destes fatores podem ser evitados e/ou controlados por meio de vacinação, especialmente o vírus da rubéola; pela ingestão adequada de vitaminas e minerais, em especial o ácido fólico, por meio de fortificação de alimentos; abstendo-se ou restringindo o consumo de substâncias nocivas, particularmente do álcool; e evitando exposição à radiação e alguns medicamentos; além de cuidados pré-natais adequados.⁽²⁾

As anomalias congênitas são importantes causas de óbitos fetais/neonatais, mundialmente e no Brasil. De acordo com o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), a ocorrência, no Brasil, de óbitos fetais referentes a anomalias congênitas teve maior incidência na Região Sudeste, seguida das Regiões Sul, Nordeste, Centro-Oeste e, por último, a Região Norte.⁽¹⁵⁾

3.2 Anomalia Congênita Viável e Inviável

As anomalias congênitas são definidas como anomalias viáveis/compatíveis com a vida ou inviáveis/incompatíveis com a vida extrauterina. Baraldi e Diniz⁽¹⁶⁾ as definem da seguinte maneira:

No que se refere ao feto malformado, sendo a deficiência por ele apresentada de menor gravidade, dificilmente provocará a sua morte ao nascer. Desta forma, sobrevivendo o feto, ele irá possuir certas limitações que influenciarão na sua qualidade de vida. Não obstante a este fato, a malformação fetal, neste caso, é compatível com a vida, pois independe do grau de limitação sofrido pelo ser em desenvolvimento, ele terá condições de se adaptar e viver com estas limitações. [...] Contudo, existem malformações que se apresentam tão graves e severas que tornam o feto inviável. Estas anomalias são absolutamente incompatíveis com a vida. Não há qualquer possibilidade de o feto conviver com uma malformação desta natureza, pois logo após o parto a morte é consequência óbvia e irreversível. (p. 177)

Essa diferenciação é importante no plano assistencial e no biodireito, visto que delimita a interrupção terapêutica da gestação. Esta é realizada somente em gestantes com fetos portadores de anomalias congênitas graves/inviáveis, sem potencialidade alguma de vida, o que não caracteriza o aborto.⁽¹⁶⁾ Vale destacar que aborto é o produto da concepção eliminado no processo de abortamento, antes da 22ª semana da gestação.⁽¹²⁾

Por outro lado, nos casos de anomalias congênitas definidas como viáveis não é permitida, no Brasil, a interrupção terapêutica da gestação sem riscos maternos, independentemente das limitações decorrentes da anomalia congênita. Tal conduta é caracteriza como um crime de aborto.⁽¹⁶⁾

No Brasil, em 2012, foi promulgada a lei 2.848/1940 que declarou a interrupção terapêutica da gestação nos casos de anencefalia⁽¹⁷⁾ e tornou necessária a elaboração de normas a serem seguidas pelos profissionais da área diante de tal diagnóstico.⁽¹⁸⁾ Além disso, o Código Penal Brasileiro discorre sobre o aborto nos casos de gestações com riscos de morte materna e decorrentes de estupro.⁽¹⁹⁾

O diagnóstico de anencefalia é realizado a partir de 12 semanas de gestação, por meio da ultrassonografia, que demonstra a ausência da calota craniana e do parênquima cerebral identificável.⁽¹⁷⁾ O Conselho Federal de Medicina ainda destaca que os anencéfalos são natimortos cerebrais, denotando sua inviabilidade vital em decorrência da ausência de cérebro. Apesar de possuírem tronco cerebral, não

possuem potencial de vida extrauterina.⁽²⁰⁾

A anencefalia é um distúrbio de fechamento do tubo neural, para a qual não existe tratamento, é incurável e não tem possibilidade de vida extrauterina. Assim, mais da metade dos casos cursa para óbitos intraúteros, e os que nascem sobrevivem minutos ou horas fora do útero.⁽²¹⁾

Vale destacar que há uma maior associação entre anencefalia fetal e complicações maternas, como hipertensão arterial, polidrâmnio, alterações respiratórias, hemorragias por descolamento prematuro da placenta, hemorragias no pós-parto por atonia uterina e embolia de líquido amniótico. Desta forma, a manutenção da gestação eleva o risco de morbimortalidade materna.⁽⁵⁾

Diante o diagnóstico de anencefalia, a gestante tem o direito de manter a gravidez ou interrompê-la, independentemente do tempo de gestação.⁽¹⁷⁾ O profissional não deve impor suas preferências pessoais ou crenças, visto que a gestante encontra-se em elevada vulnerabilidade.⁽⁵⁾ Qualquer que seja a decisão da gestante, ela deve ser informada sobre os riscos decorrentes.⁽¹⁷⁾

Tanto a gestante que optar pela continuação da gestação, como aquela que escolher a interrupção recebem, se assim desejarem, assistência multiprofissional em serviços de referência em Medicina Fetal. Nos casos que optarem pela antecipação terapêutica do parto, são necessários um consentimento por escrito, duas fotografias, identificadas e datadas, e o laudo do exame assinado por dois médicos.⁽¹⁷⁾

Além da anencefalia mais claramente abordada e legalizada no Brasil, existem outros tipos de anomalias congênitas também consideradas inviáveis, sobretudo se associadas à hipoplasia pulmonar severa. Cada vez mais, as técnicas ultrassonográficas são mais precisas na avaliação da anatomia torácica e de alterações do volume pulmonar fetal.⁽²²⁾

No entanto, nos casos das anomalias congênitas complexas ou ocultas, a ressonância magnética do feto é indicada.⁽²³⁾ Estas técnicas são importantes para avaliar a vitalidade fetal e o prognóstico pós-natal, além de permitirem mudanças no aconselhamento e no tratamento.^(22,23)

O diagnóstico precoce das anomalias congênitas, por meio dos métodos de imagens, possibilita a intervenção intrauterina, como a exemplo da oclusão intratraqueal intermitente em hérnia diafragmática congênita e a monitorização do desenvolvimento pulmonar após essa técnica. Além disso, favorece a avaliação do prognóstico pós-natal de outras anomalias, como malformação adenomatoide cística congênita, que podem cursar com hipoplasia pulmonar severa,^(22,23) tornando o feto ou o neonato inviável.

Algumas anomalias congênitas podem cursar com inviabilidade no período pré-natal ou pós-natal se associadas à hipoplasia pulmonar severa, como nefrourológicas, cardíacas, do sistema nervoso central, síndromes genéticas e cromossômicas, defeito da parede toracoabdominal, deformidades osteomusculares e malformações múltiplas. Nestes casos, no Brasil, é possível a interrupção terapêutica da gestação somente por meio da solicitação judicial e com parecer favorável.^(3,13)

As anomalias congênitas foram classificadas de acordo a gravidade e a ambiguidade do diagnóstico no pré-natal, considerando a prática assistencial em um centro terciário.⁽²⁴⁾ O diagnóstico fetal foi assim classificado: letal ou anomalia grave sem tratamento, com ou sem prognóstico (por exemplo: acrania e displasia esquelética com desproporção torácica); anomalia grave com tratamento disponível, mas com prognóstico ambíguo (por exemplo: mielomeningocele com hidrocefalia); anomalia com moderada a leve gravidade, com tratamento disponível, geralmente com bons resultados, mas com ambiguidade no prognóstico (por exemplo: pé torto bilateral ou lábio leporino com outros marcadores, mas que podem estar associados com síndromes não confirmadas no pré-natal); anomalia com moderada a leve gravidade, com tratamento disponível, geralmente com bons resultados e sem ambiguidade no prognóstico (por exemplo: gastrosquise, cisto renal unilateral e pé torto unilateral); grave sem classificação, pois o prognóstico é dependente de teste invasivo (por exemplo: onfalocele e pé torto bilateral com possíveis marcadores cromossômicos).

Segundo a CID-10, as anomalias congênitas são assim subdivididas: sistema nervoso central e anencefalia; aparelho circulatório; aparelho respiratório; aparelho urinário; aparelho digestivo; fenda labial e fenda palatina; malformações congênitas e

deformidades do aparelho osteomuscular; malformações congênitas do olho, do ouvido, da face e do pescoço; dos órgãos genitais; anomalias genéticas e cromossômicas.⁽²⁵⁾

Nessa subdivisão das anomalias congênitas, observa-se que algumas podem ser (a exemplo da anencefalia) ou tornar-se inviáveis, destacando a agenesia ou hipoplasia renal; os rins policísticos; a hidronefrose; a atresia e estenose do ureter; o megaureter; a ausência de bexiga e uretra; a síndrome de Potter,⁽¹⁾ se associada com alteração de líquido amniótico e, conseqüentemente, anidrânio e hipoplasia pulmonar severa.

Somam-se a essas as malformações pulmonares e cardíacas graves; o nanismo tanatofórico, acondrogenesia com desproporção cardiopulmonar e distrofia torácica asfixiante com hipoplasia pulmonar; e a trissomia do cromossomo 13 e 18, além das anomalias congênitas múltiplas caracterizadas como três ou mais anomalias congênitas não relacionadas e sem explicação etiológica ou patogênica.⁽¹⁾

Vale destacar que as síndromes de Patau e de Edwards são causadas, respectivamente, pela trissomia do cromossomo 13 e 18, e podem ser confirmadas ainda no pré-natal, por meio do cariótipo fetal. Ambas caracterizam-se por um quadro clínico que acomete múltiplos órgãos e sistemas, e a maioria dos fetos não chega ao termo.⁽²⁶⁾ Nestes casos, após confirmação de tais anomalias em um serviço de Medicina Fetal, a interrupção da gestação pode ser solicitada judicialmente.

A interrupção terapêutica da gestação é justificada, pois visa à retirada de um ser incompatível com a vida extrauterina, sem potencialidade alguma de vida, e por não ter caráter discriminatório em relação aos indivíduos portadores de deficiência.⁽¹⁶⁾ Neste sentido, a gestante e o parceiro decidem pela interrupção com ciência de que o feto/filho não sobreviverá.

A “interrupção da gestação se justifica, assim, para preservar o bem-estar psíquico da mãe e também do pai, que já sofrem demasiadamente com o diagnóstico da anomalia fetal” (p. 176).⁽¹⁶⁾ Além disso, pode diminuir riscos à integridade física e psicológica da gestante.

Por outro lado, existem anomalias congênitas viáveis, como espinha bífida;

microcefalia; hidrocefalia; gastroquise, onfalocele, hérnia diafragmática sem hipoplasia pulmonar; anomalias cardíacas corrigíveis no período neonatal; fenda labial e palatina; malformações congênitas do olho, do ouvido, da face e do pescoço; dos órgãos genitais e síndrome de Down, entre outras.⁽¹⁾

Nestes casos, no Brasil, não é permitida a interrupção terapêutica da gestação, no entanto, deve ser garantido a gestante o acompanhamento pré-natal em serviço de referência em Medicina Fetal. Após o nascimento, ela deve receber atendimento hospitalar e ambulatorial que vise ao acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento do neonato/lactente/criança e também da vida adulta.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo, apresenta-se uma síntese das principais questões teóricas sobre a temática da dissertação. O desenvolvimento do conhecimento sobre o TEPT é o principal tema abordado. Destaca-se também a importância da utilização de instrumento validado para o rastreamento de sintomatologias do TEPT, considerando a coexistência com outros transtornos psiquiátricos. Assim, é abordada a IES-R (Anexo 1), instrumento utilizado neste estudo para rastrear os sintomas de estresse pós-traumático.

4.1 Transtorno de Estresse Pós-Traumático

Para a concepção do TEPT, é importante delimitar o termo trauma. Este possui raiz etimológica grega, sendo conceituado como uma lesão ocasionada por um agente externo. Utilizando-se desta noção, a psicanálise desenvolveu o conceito de trauma psíquico que, no período mais tardio da teoria freudiana, passou a ser conhecido como: “um afluxo pulsional excessivo, sobrepondo-se à capacidade do psiquismo de ligá-lo e elaborá-lo” (p. 46).⁽²⁷⁾

Dessa maneira, a experiência traumática transpõe a capacidade psíquica de assimilação e de recalque.⁽²⁷⁾ Vale salientar que, no mecanismo de recalque, o indivíduo tenta eliminar do seu consciente representações que considera inaceitáveis, como emoções, desejos, lembranças e/ou afetos.

Ao longo da história psiquiátrica, estabeleceram-se conexões psicológicas entre os sintomas apresentados e o evento traumático vivenciado pelo indivíduo, a exemplo dos primeiros casos de histeria. Posteriormente, com os horrores das grandes guerras mundiais, aumentou o enfoque nos estressores traumáticos, em decorrência do fenômeno conhecido como “neuroses de guerra”. Atualmente, denomina-se “transtorno de estresse pós-traumático”, o qual avalia o quanto

ameaçador é determinado evento traumático e seus sintomas.⁽²⁸⁾

A reação a situações de estresse corresponde a uma “resposta neuroquímica e neurofisiológica do cérebro ao perceber que está em perigo” (p. 1764), na qual há liberação de hormônios, sendo uma resposta extremamente adaptativa e adequada.⁽²⁹⁾ Estudiosos⁽³⁰⁾ complementam como um conflito grave ou ameaça à integridade física, mental, sexual ou social, diante de uma importante perda de valor afetivo.

Neste contexto, cada pessoa vivencia situações de estresse e/ou trauma de forma diferente. Sabe-se que quanto pior for a história pregressa da pessoa e maior a exposição a formas crônicas de sofrimento ao decorrer da vida, mais grave deve ser sua reação ao estresse e maior o risco de desenvolver distúrbios mentais.⁽²⁹⁾ Ainda, o estresse pode ter repercussões imediatas e a longo prazo, ocasionando problemas crônicos que interferem na qualidade de vida dos afetados.⁽³⁰⁾

Segundo a CID-10 o estado de estresse pós-traumático é caracterizado por uma resposta imediata ou tardia diante de uma situação ou evento estressante. Os indivíduos podem ter revivência repetida do evento traumático por meio de lembranças invasivas (*flashbacks*), de sonhos ou de pesadelos; ter embotamento emocional; anedonia; evitar atividades ou situações que possam despertar a lembrança do trauma; apresentar hipervigilância; e ficar em estado de alerta e insônia. Tudo isso pode se associar frequentemente a ansiedade, depressão e/ou ideação suicida.⁽⁶⁾

O TEPT está incluso na categoria de transtornos relacionados a trauma e a estressores, segundo o DSM-V. A característica essencial do TEPT é o desenvolvimento de sintomas característicos após a exposição a um ou mais eventos traumáticos. Na maioria dos casos, os indivíduos apresentam ansiedade e medo, porém outros discorrem com anedonia, disforia, raiva e agressividade ou sintomas dissociativos. Além disso, podem cursar com a combinação desses padrões de sintomas.⁽⁷⁾

Neste contexto, os eventos traumáticos podem envolver situações de ameaça de morte, lesões graves, ameaça ou ocorrência real de agressão física e de violência

sexual, entre outras.^(7,31) Em 2014, o diagnóstico do TEPT sofreu algumas modificações em seus critérios, considerando não somente o indivíduo que vivenciou ou testemunhou o evento estressor/traumático.⁽³¹⁾ mas também o que teve a notícia de um familiar ou amigo próximo exposto a determinado evento (Critério A3 do DSM-V). Vale ressaltar que esse critério não se aplica à exposição por meio de mídia eletrônica, televisão, filmes ou imagens, a menos que relacionada ao trabalho.^(7,32)

Alguns critérios utilizados em pacientes adultos, adolescentes e crianças maiores de 6 anos de idade são necessários para estabelecer o diagnóstico de TEPT, segundo a DSM V.⁽⁷⁾ A reexperimentação traumática abarca lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias do evento traumático; sonhos angustiantes e recorrentes com o evento traumático; reações dissociativas (como *flashbacks*, por exemplo), nas quais o indivíduo sente ou age como se o evento traumático ocorresse novamente; sofrimento psicológico e reações fisiológicas intensas a sinais internos ou externos, que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático. Evitação persistente de estímulos inclui tanto a evitação ou os esforços para evitar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes sobre o evento traumático, como a evitação ou os esforços para evitar locais, pessoas, ações, atividades, objetos e tudo que lembre o evento traumático.

As alterações negativas persistentes em cognições ou no humor que podem assumir várias formas, como incapacidade de recordar algum aspecto importante do evento traumático (amnésia dissociativa); crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo; estado emocional negativo persistente (como medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha); interesse ou participação diminuída em atividades significativas; sentimentos de distanciamento e alienação em relação aos outros; incapacidade persistente de sentir emoções positivas. Por sua vez, a excitabilidade aumentada inclui irritabilidade e surtos de raiva, geralmente expressos sob a forma de agressão verbal ou física em relação a pessoas e objetos; comportamento imprudente ou autodestrutivo; hipervigilância; e resposta de sobressalto exagerada, dificuldade de concentração, e dificuldade de iniciar e manter o sono.

O diagnóstico de TEPT pode receber o especificador “com sintomas

dissociativos”, quando o indivíduo apresenta sintomas como despersonalização (distanciamento do próprio corpo) e desrealização (distanciamento do mundo a sua volta), que podem ser persistentes ou recorrentes. Destaca-se que o sintoma de despersonalização não pode ser atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância, como intoxicação alcoólica ou a uma condição clínica (por exemplo: convulsões parciais complexas).⁽⁷⁾

Vale destacar que a perturbação presente nesses critérios de TEPT dura mais de 1 mês, e causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.⁽⁷⁾

O TEPT pode ocorrer em qualquer idade a partir do primeiro ano de vida. Geralmente, a sintomatologia se manifesta nos primeiros 3 meses após o trauma, porém pode existir um atraso de meses, ou até anos, antes dos critérios para o diagnóstico serem atendidos, conhecido como “início tardio”. A duração dos sintomas varia, sendo que metade dos adultos se recupera completamente em 3 meses, porém alguns indivíduos permanecem sintomáticos por mais de 1 ano e, às vezes, por mais de 50 anos.⁽⁷⁾

Segundo a American Psychiatric Association (APA),⁽⁷⁾ os indivíduos com TEPT são 80% mais propensos, do que aqueles sem o transtorno, a desenvolverem outro transtorno mental, como transtornos depressivos, bipolares, de ansiedade ou por uso de substância.

Dados relativos à incidência do TEPT, segundo os critérios do DSM-IV, revelam que, aos 75 anos, a prevalência de TEPT é de 8,7% nos Estados Unidos.⁽³¹⁾ A média anual em adultos norte-americanos é em torno de 3,5%, enquanto na Europa e na maioria dos países da Ásia, da África e da América Latina, é de aproximadamente 0,5 a 1,0%. No entanto, a estimativa de sintomas de TEPT pode variar entre os grupos culturais e de acordo com o nível e o número de exposições traumáticas durante a vida.⁽⁷⁾

Há uma maior prevalência entre policiais, bombeiros, socorristas e entre o sexo feminino – este último, possivelmente, devido a uma maior probabilidade de exposição a eventos traumáticos, como estupro e outras formas de violência. Os

indivíduos que continuam a sofrer de TEPT na idade adulta avançada podem apresentar menos sintomas de hiperexcitação, evitação e humor negativos comparados a adultos jovens com o transtorno.⁽⁷⁾

4.2 Escala do Impacto do Evento-Revisada

A IES-R, desenvolvida em 1997 por Weiss e Marmar, contempla os critérios de avaliação de transtorno do estresse pós-traumático publicados no DSM-IV.⁽³³⁾ A mesma foi validada no Brasil em 2012 por Caiuby et al.⁽¹¹⁾

Este instrumento tem objetivo de rastrear a sintomatologia de TEPT em qualquer fase do desenvolvimento dos sintomas (agudo, crônico e tardio), porém não é indicado como meio diagnóstico para esse transtorno.⁽⁹⁻¹¹⁾

A IES-R é uma escala tipo do Likert, autoaplicável, rápida (aproximadamente 15 minutos) e de baixo custo.⁽¹⁰⁾ Vale destacar que o indivíduo responde as questões com relação às memórias do evento estressor ocorrido nos últimos 7 dias antes da aplicação da escala.⁽³³⁾

A IES-R é composta por 22 questões distribuídas em três subescalas (intrusão, evitação e hiperestimulação).⁽¹¹⁾ O escore para cada questão varia de zero a 4 pontos, e o cálculo do escore de cada subescala é obtido pela média dos itens que compõem as subescalas evitação, intrusão e hiperestimulação, desconsiderando as questões não respondidas.⁽³³⁾

Vale salientar, que a subescala relativa à intrusão contém oito questões (itens 1, 2, 3, 6, 9, 14, 16 e 20); o subconjunto ligado à evitação mais oito questões (itens 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17 e 22) e seis questões focadas na hiperestimulação (itens 4, 10, 15, 18, 19 e 21).⁽³⁴⁾

Para rastrear sintomas de TEPT, a adaptação transcultural da versão brasileira utiliza um corte em 5,6 unidades no escore total, definido como a soma das médias

das questões que compõem as três subescalas (variando de zero a 12 pontos).⁽¹¹⁾ O escore composto pela soma de todas as questões do IES-R varia de zero a 88 pontos.⁽³³⁾

Na escala IES-R, os resultados que excedem 24 pontos podem ser significativos, visto que indivíduos que apresentam pelo menos um sintoma de TEPT constituem uma preocupação clínica. Resultados acima de 33 pontos são considerados os melhores pontos de corte para provável presença de TEPT, associados à avaliação clínica. Uma pontuação acima de 37 pontos é alta o suficiente para comprometimento do sistema imunológico.⁽³⁵⁾ No entanto, segundo os autores da IES-R, o cálculo da média dos itens é mais indicado.⁽³³⁾

Esta escala apresenta como limitação a subjetividade nas respostas.⁽⁹⁾ Apesar dessa escala ser amplamente utilizada para rastrear TEPT, os estudos, em sua maioria, não especificam a versão da IES utilizada (IES ou IES-R), dificultando a comparação dos resultados.⁽³⁶⁾

5. MÉTODO

5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo com desenho transversal-correlacional.

Os desenhos de pesquisa transversais-correlacionais descrevem relações entre duas ou mais categorias, conceitos ou variáveis em um determinado momento. Primeiramente, são descritas as variáveis incluídas na pesquisa, ou seja, as variáveis individuais e, posteriormente, são determinadas as relações entre elas, indo além das descrições. Esses estudos podem se limitar a estabelecer relação entre as variáveis sem tornar preciso o sentido de causalidade.⁽³⁷⁾

5.2 Local e Período do Estudo

O estudo foi realizado no Ambulatório de Medicina Fetal da UNIFESP, referência em Medicina Fetal e Obstétrica de Alto Risco. A gestante com diagnóstico de anomalia congênita era atendida por uma equipe multiprofissional e comparecia ao serviço de forma espontânea ou contrarreferenciada por outros serviços.

Inicialmente, a gestante era avaliada em uma triagem, realizada por enfermeiros, na qual verificam-se fatores de riscos obstétricos e para anomalia congênita, e/ou diagnóstico atual de anomalia congênita, associada ou não a patologia obstétrica.

Nos casos de anomalias congênitas confirmados neste serviço por meio dos exames de imagem (inicialmente pela ultrassonografia), era oferecida à gestante/parceiro a assistência pré-natal – essa assistência também era oferecida para os casais com riscos e/ou história anterior de anomalia congênita. As gestantes com patologias obstétricas eram referenciadas para os demais ambulatórios da

UNIFESP.

A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2013 a novembro de 2014, após a consulta de Aconselhamento Genético realizada pelo enfermeiro. O Aconselhamento Genético tem como objetivo a abordagem de anomalias congênitas, seja de origem genéticas, cromossômicas ou multifatoriais, além de potenciais riscos teratogênicos. Este atendimento é importante para estabelecer o vínculo e um relacionamento de empatia entre o profissional, a gestante e familiar.

5.3 População e Amostragem do Estudo

Tendo em vista os objetivos desta pesquisa, a população foi constituída por gestantes com diagnóstico de anomalia congênita, viável e inviável, atendidas no Ambulatório de Medicina Fetal da UNIFESP, que consentiram em participar do estudo e que preencheram os critérios de inclusão.

A amostra foi composta por 111 gestantes com diagnóstico de anomalia congênita, viável e inviável, atendidas neste ambulatório no período de novembro de 2013 a novembro de 2014.

Esta foi considerada uma amostragem consecutiva, pois foram recrutados os colaboradores do estudo que preencheram os critérios de seleção dentro de um intervalo de tempo determinado.^(38,39)

5.3.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídas gestantes com diagnóstico de anomalia congênita, com conhecimento do mesmo há, no mínimo, 7 dias, atendidas no Ambulatório de Medicina Fetal da UNIFESP, no ano de 2013 e 2014, e que concordaram em

participar do estudo.

5.3.2 Critérios de Exclusão

Gestantes com menos de 7 dias de conhecimento da anomalia congênita; com diagnóstico de anomalia congênita que tivessem referido transtorno psiquiátrico; com diagnóstico de anomalia congênita que tiveram prévio atendimento psicológico foram excluídas da amostra.

5.4 Variáveis de Estudo

5.4.1 Características Socioeconômicas e Demográficas

Dentre as características socioeconômicas e demográficas analisadas neste estudo, estão: idade (anos) e data de nascimento (dia, mês e ano); cor (branca, preta, parda e outra); escolaridade (sem instrução e Ensino Fundamental incompleto; Ensino Fundamental completo e Médio incompleto; Ensino Médio completo e Superior incompleto; Ensino Superior completo); religião (católica, evangélica, espírita e sem religião); estado civil (solteira, casada, divorciada e viúva); estado conjugal (vive em união e não vive em união); profissão e cupação atual.

5.4.2 Antecedentes Obstétricos

O número de gestações, partos e abortos foi considerado ao se tratar dos antecedentes obstétricos da gestante.

5.4.3 Antecedentes Pessoais e Familiares de Anomalias Congênicas

Dentre os antecedentes pessoais e familiares de anomalias congênicas, foram analisadas as histórias de anomalia congênita materna anterior (não e sim) e a familiar, tanto materna (não e sim) como paterna (não e sim).

5.4.4 Características Individuais e Diagnósticos Obstétricos Atuais

IMA (não e sim); adolescente (não e sim); diabetes gestacional (não e sim); síndromes hipertensivas da gravidez (não e sim); rotura prematura de membranas (não e sim); descolamento prematuro de placenta (não e sim); infecção urinária (não e sim); polidrâmnio (não e sim); oligoidrâmnio (não e sim) e anidrâmnio (não e sim) foram as características individuais e diagnósticos obstétricos considerados neste estudo.

5.4.5 Diagnóstico Pré-Natal de Anomalia Congênita

As seguintes ocorrências fizeram parte dos diagnósticos pré-natal de anomalia congênita: anencefalia; sistema nervoso (exclui anencefalia); aparelho circulatório; aparelho urinário; aparelho digestivo; aparelho respiratório; aparelho osteomuscular; anomalia congênita do olho, do ouvido, da face e do pescoço; fenda labial e palatina; órgãos genitais e síndrome cromossômica.

5.4.6 Classificação do Diagnóstico Pré-Natal de Anomalia Congênita

Foram classificadas como inviável a anencefalia e outras anomalias congênitas associadas com hipoplasia pulmonar severa; foram viáveis as anomalias congênitas sem associação com hipoplasia pulmonar severa.

5.4.7 Trimestre Gestacional do Diagnóstico de Anomalia Congênita

O primeiro trimestre foi considerado até 13 semanas e 6 dias; o segundo abarcou da 14^a a 27^a semana e 6 dias; e o terceiro trimestre foi da 28^a semana a 41^a semana e 6 dias.

5.4.8 Idade Gestacional de Admissão no Serviço de Medicina Fetal

Para fins de análise, a idade gestacional (IG) foi agrupada da seguinte forma: até 13 semanas; de 14 a 24 semanas; de 25 a 32 semanas; e de 33 a 41 semanas e 6 dias.

5.4.9 Exames de Imagem e Procedimentos Invasivos Para o Diagnóstico Pré-Natal de Anomalia Congênita

Os exames de imagem e procedimentos realizados foram ultrassonografia obstétrica e morfológica, neurosonografia fetal, ecocardiografia fetal, ressonância

magnética, biópsia do vilo corial, amniocentese e cordocentese.

5.4.10 Tempo da Notícia do Diagnóstico Pré-Natal de Anomalia Congênita

O tempo da notícia do diagnóstico de anomalia congênita no pré-natal foi contabilizado em dias.

5.4.11 Desejo da Gestante com Diagnóstico de Anomalia Congênita pela Antecipação Terapêutica do parto

A resposta da gestante sobre seu desejo de realizar a antecipação terapêutica do parto, após diagnóstico de anomalia congênita, foi dicotomizada em não e sim.

5.4.12 Sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático em Gestantes com Diagnóstico de Anomalia Congênita

Os sintomas foram avaliados por meio da escala IES-R.

5.4.13 Relação entre o Tempo do Recebimento do Diagnóstico de Anomalia Congênita com os Sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático em Gestantes com Fetos Viáveis e Inviáveis

Os sintomas foram avaliados por meio da escala IES-R, e a relação com tempo do recebimento do diagnóstico de anomalia congênita, por meio de testes estatísticos.

5.5 Instrumentos de Coleta de Dados

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram um questionário (Apêndice 1) e a IES-R.

O questionário é considerado um dos instrumentos mais utilizados para coleta de dados, pois é composto por perguntas sobre uma ou mais variáveis que, posteriormente, são mensuradas. As perguntas do questionário podem ser fechadas, as quais têm opções de resposta previamente delimitadas, ou abertas, possibilitando uma informação mais ampla.⁽⁴⁰⁾ O questionário utilizado neste estudo foi composto principalmente por questões fechadas.

Durante a aplicação do questionário, o entrevistador se dirige a cada participante, sendo que o início e final da entrevista são claramente definidos. O mesmo instrumento é aplicado a todos os sujeitos do estudo, em condições similares. A maioria das questões é fechada; e o entrevistador deve manter o mesmo padrão de comunicação.⁽⁴⁰⁾ Visando à precisão deste estudo, o questionário foi aplicado somente pela pesquisadora, no consultório de Aconselhamento Genético do Ambulatório de Medicina Fetal da UNIFESP.

5.6 Tratamento e Análise dos Dados

Antes da análise dos dados, foi elaborada uma planilha no programa Excel, considerando as variáveis selecionadas no estudo e as da IES-R. Primeiramente, foram digitados os dados obtidos por meio do questionário-entrevista e da escala IES-R.

5.6.1 Testes Estatísticos Utilizados para Responder aos Objetivos Específicos do Estudo

Para atender o objetivo 1, identificar os diagnósticos de anomalia congênita, viáveis e inviáveis, e o trimestre gestacional em que foram realizados, foi utilizado o teste qui quadrado.

Para o objetivo 2, comparar os sintomas de transtorno do estresse pós-traumático em gestante com diagnóstico de anomalia congênita, viável e inviável, foram calculados os coeficientes alfa de Cronbach⁽⁴¹⁾ dos domínios que compõem a IES-R, para avaliar a consistência interna das respostas. A correlação de Pearson entre os domínios também foi calculada e apresentada, conjuntamente, por gráficos de dispersão dois a dois.

Já para o objetivo 3, ou seja, analisar a relação entre o tempo do recebimento do diagnóstico de anomalia congênita com os sintomas de TEPT em gestantes com fetos viáveis e inviáveis, recorreu-se ao ajuste de modelos de regressão linear simples⁽⁴²⁾ para avaliar, conjuntamente, o efeito do tempo do recebimento do diagnóstico de anomalia congênita viável e inviável com o escore total e dos domínios da IES-R.

As variáveis de ordem categórica foram apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas. As contínuas foram demonstradas por estatísticas descritivas de

posição (média, mediana, mínimo e máximo) e de escala (desvio padrão e intervalo interquartil).

Os resultados foram apresentados comparando as características das gestantes com diagnósticos de anomalia congênita, viável e inviável. A associação dessas variáveis com outras, de ordem categórica, foi testada pelo teste qui quadrado; e as comparações com variáveis contínuas foram realizadas com teste *t* de Student ou Mann-Whitney, a depender da distribuição da variável.⁽⁴³⁾

As análises foram realizadas com auxílio do *software* R 3.2.2⁽⁴⁴⁾ Os gráficos foram construídos com o pacote *ggplot2*⁽⁴⁵⁾ Os testes foram interpretados considerando nível de significância de 5%.

5.7 Aspectos Éticos

Antes da coleta de dados, o projeto de pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP (CEP 449.061/13 e CAAE 19776613000005505; Anexo 2). Os colaboradores do estudo foram informados dos objetivos da pesquisa, do anonimato, da participação voluntária e do direito de desistir da pesquisa a qualquer momento.⁽⁴⁶⁾ Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2), os instrumentos de coleta de dados foram aplicados.

Este estudo é extensão de um pré-teste desenvolvido como trabalho de conclusão de curso do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher da UNIFESP, realizado com outra pesquisadora. A dissertação atual não contou com a participação de uma das pesquisadoras do programa, tendo obtido aprovação do CEP para esta alteração (mudança de pesquisador responsável - Anexo 3). Também o chefe do Departamento de Obstetrícia da UNIFESP autorizou a coleta de dados no Ambulatório de Medicina Fetal da instituição (Anexo 4).

6. RESULTADOS

6.1 Características Socioeconômicas e Demográficas de Gestantes Segundo o Diagnóstico de Anomalia Congênita

No período do estudo, foram incluídas 111 gestantes com diagnóstico de anomalias congênitas atendidas no Ambulatório da Disciplina de Medicina Fetal da UNIFESP, as quais foram contrarreferenciadas dos serviços primários, secundários ou terciários do Sistema Único de Saúde (SUS), pelos convênios de saúde e também pelo hospital e pelos ambulatórios de pré-natal da UNIFESP, perfazendo um total de 67,6%, 26,1%, 6,3% de mulheres, respectivamente.

Destaca-se também que essas gestantes majoritariamente autodeclararam-se pardas (43,2%) e referiram Ensino Médio completo e Superior incompleto (73,9%), além de serem católicas (49,5%) e solteiras (67,6%), mas com união estável (Tabela 1).

Tabela 1. Características socioeconômicas e demográficas de gestantes, segundo o diagnóstico de anomalia congênita viável e inviável – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014

Características				
socioeconômicas e demográficas	Inviável (n = 37)	Viável (n = 74)	Total (n = 111)	Valor de p*
Idade (anos) média ± DP	27,8 ± 8,1	26,9 ± 7,7	27,2 ± 7,8	0,566†
Cor				
Branca	16 (43,2)	29 (39,2)	45 (40,5)	0,696
Parda	14 (37,8)	34 (45,9)	48 (43,2)	
Preta	7 (18,9)	11 (14,9)	18 (16,2)	
Outra	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Escolaridade	0 (0)	1 (1,4)	1 (0,9)	0,907
Sem instrução e Ensino Fundamental incompleto				
Ensino Fundamental completo e Médio incompleto	5 (13,5)	11 (14,9)	16 (14,4)	
Ensino Médio completo e Superior incompleto	28 (75,7)	54 (73)	82 (73,9)	
Ensino Superior completo	4 (10,8)	8 (10,8)	12 (10,8)	
Religião				
Católica	17 (45,9)	38 (51,4)	55 (49,5)	
Espírita	1 (2,7)	2 (2,7)	3 (2,7)	
Evangélica	16 (43,2)	23 (31,1)	39 (35,1)	
Sem religião	3 (8,1)	11 (14,9)	14 (12,6)	
Estado civil				
Casada	11 (29,7)	25 (33,8)	36 (32,4)	0,830
Solteira	26 (70,3)	49 (66,2)	75 (67,6)	
Divorciada	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Viúva	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

Resultados expressos por número (%), média ± desvio padrão. * Teste qui quadrado; † teste *t* de Student. DP: desvio padrão.

6.2 Antecedentes Obstétricos e Pessoais/Familiares de Anomalia Congênita

Em relação aos antecedentes obstétricos, verificaram-se médias similares entre os dois grupos. Além disso, 50% das gestantes com diagnóstico de anomalia congênita tiveram duas gestações, um parto e nenhum aborto.

As medidas foram comparadas por meio do teste não paramétrico de Mann-Whitney, por possuírem distribuição não normal (contagem no caso das gestações, partos e abortos e assimétrica) (Tabela 2).

Tabelas 2. Antecedentes obstétricos de gestantes com diagnóstico de anomalia congênita, viável e inviável – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014

Domínio	Grupo	N	Min	Máx	MD	Desvio padrão	MDN	Quartil		Valor de p*
								1º	3º	
Número de gestações	Todos	111	1,0	8,0	2,11	1,35	2,00	1,00	3,00	0,239
	Inviável	37	1,0	8,0	2,05	1,63	1,00	1,00	2,00	
	Viável	74	1,0	6,0	2,14	1,20	2,00	1,00	3,00	
Número de partos	Todos	111	0,0	5,0	0,86	1,06	1,00	0,00	1,00	0,18
	Inviável	37	0,0	3,0	0,70	1,02	0,00	0,00	1,00	
	Viável	74	0,0	5,0	0,93	1,08	1,00	0,00	1,00	
Número de abortos	Todos	111	0,0	4,0	0,29	0,68	0,00	0,00	0,00	0,682
	Inviável	37	0,0	4,0	0,38	0,89	0,00	0,00	0,00	
	Viável	74	0,0	2,0	0,24	0,54	0,00	0,00	0,00	

* Teste de Mann-Whitney. Min: mínimo; máx: máximo; MD: média; MDN: mediana.

A tabela 3 demonstra que aproximadamente 5% das gestantes com diagnóstico atual de anomalia congênita tinham história anterior de anomalia congênita. Entre as anomalias congênitas anteriores, as mais frequentes foram do sistema circulatório, urinário e síndrome de Down. As anomalias congênitas foram mais frequentes dentre

os antecedentes familiares maternos (24,3%) do que entre os paternos (8,1%). Tanto nos antecedentes familiares maternos quanto nos paternos a síndrome de Down prevaleceu – com 22,7% e 25%, respectivamente.

Tabelas 3. Antecedentes pessoais e familiares de anomalia congênita em gestantes/parceiro com diagnóstico de anomalia congênita viável e inviável – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014

Antecedentes pessoais e familiares	Inviável (n = 37)	Viável (n = 74)	Total (n = 111)	Valor de p*
Anomalia congênita materna				
Anterior				
Não	36 (97,3)	70 (94,6)	106 (95,5)	0,871
Sim	1 (2,7)	4 (5,4)	5 (4,5)	
Anomalia congênita familiar materna				
Não	29 (78,4)	55 (74,3)	84 (75,7)	0,814
Sim	8 (21,6)	19 (25,7)	27 (24,3)	
Anomalia congênita familiar paterna				
Não	35 (94,6)	67 (90,5)	102 (91,9)	0,712
Sim	2 (5,4)	7 (9,5)	9 (8,1)	

Resultados expressos por número (%), média $\pm$ desvio padrão. * Teste qui quadrado; † teste t de Student.

6.3 Características Individuais e Diagnósticos Obstétricos Atuais em Gestantes com Diagnóstico de Anomalia Congênita

A média de idade materna foi de $27,2 \pm 7,8$ anos (Tabela 1). Predominaram as gestantes jovens (idade materna de 21 a 34 anos), equivalentes a 57,7% (n = 64) da amostra, seguidas das adolescentes (idade materna ≤ 20 anos), com 24,3% (n = 27), e 18% (n = 20) eram mulheres com IMA (idade materna ≥ 35 anos) (Tabela 4).

Tabela 4. Características individuais e diagnósticos obstétricos em gestantes com diagnóstico de anomalia congênita viável e inviável – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014

Características				
individuais e				
diagnósticos	Inviável	Viável	Total	Valor de
obstétricos	(n = 37)	(n = 74)	(n = 111)	p*
Adolescente	7 (18,9)	20 (27)	27 (24,3)	0,072
IMA	11 (29,7)	9 (12,2)	20 (18)	0,045
Síndromes				
hipertensivas†	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Diabetes gestacional	1 (2,7)	1 (1,4)	2 (1,8)	1
RPM	1 (2,7)	0 (0)	1 (0,9)	0,722
DPP	0 (0)	2 (2,7)	2 (1,8)	0,801
Infecção urinária	6 (16,2)	13 (17,6)	19 (17,1)	0,999
Polidrâmnio	5 (13,5)	5 (6,8)	10 (9)	0,412
Oligoidrâmnio	3 (8,1)	8 (10,8)	11 (9,9)	0,911
Anidrâmnio	8 (21,6)	0 (0)	8 (7,2)	< 0,001

Resultados expressos por número (%), média $\pm$ desvio padrão. * Teste qui quadrado; † síndromes hipertensivas da gravidez. IMA: idade materna avançada; RPM: rotura prematura de membranas; DPP: descolamento prematuro de placenta.

Ao analisar os diagnósticos obstétricos mais comuns nos extremos etários, ou seja, mulheres com idade ≤ 20 anos e ≥ 35 anos, observaram-se a predominância da alteração do índice do líquido amniótico (ILA), caracterizado como polidrâmnio, oligoidrâmnio e anidrâmnio, em aproximadamente 30% dos casos, e infecção urinária, presente em aproximadamente 25% dessas gestantes.

Os diagnósticos de anomalias congênitas viáveis foram mais frequentes nas gestantes adolescentes, enquanto os casos de fetos inviáveis, em gestantes com IMA, que correspondeu a 30%. Entre os diagnósticos obstétricos, o mais comum foi a alteração do ILA (26,1%), sendo mais frequente em gestantes com fetos inviáveis. Destacam-se, no grupo de gestantes com fetos inviáveis, o anidrâmnio (21,6%) e, nos

viáveis, oligoidrânio (10,8%).

6.4 Diagnósticos de Anomalia Congênita no Pré-Natal Segundo o Trimestre Gestacional

Segundo os diagnósticos no pré-natal das anomalias, este estudo evidenciou que 66,6% (n = 74) eram gestações de fetos com prognóstico de viabilidade, enquanto que 33,3% (n = 37) eram de inviabilidade. Estes diagnósticos foram estabelecidos principalmente no segundo trimestre gestacional (14 a 27 semanas e 6 dias) em 77,5% das gestantes. Destaca-se que somente 15,3% das gestantes tiveram o diagnóstico no primeiro trimestre (até 13 semanas e 6 dias) (Tabela 5). Todos os casos foram confirmados através da realização da ultrassonografia fetal (Tabela 6).

Tabela 5. Trimestre gestacional dos diagnósticos de anomalias congênitas viáveis e inviáveis – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014

Trimestre gestacional	Inviável (n = 37)	Viável (n = 74)	Total (n = 111)	Valor de p*
Primeiro trimestre do diagnóstico	8 (21,6)	9 (12,2)	17 (15,3)	0,391
Segundo trimestre do diagnóstico	26 (70,3)	60 (81,1)	86 (77,5)	
Terceiro trimestre do diagnóstico	3 (8,1)	5 (6,8)	8 (7,2)	

Resultados expressos por número (%), média $\pm$ desvio padrão. * Teste qui quadrado.

Tabela 6. Exames de imagem e procedimentos invasivos para diagnóstico pré-natal de anomalia congênita viável e inviável – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014

Exames de imagem e procedimentos invasivos	Inviável (n = 37)	Viável (n = 74)	Total (n = 111)	Valor de p*
Ultrassonografia	37 (100)	74 (100)	111 (100)	-
Neurossonografia	4 (10,8)	9 (12,2)	13 (11,7)	0,999
Ecocardiografia	9 (24,3)	44 (59,5)	53 (47,7)	0,001
Ressonância magnética	1 (2,7)	5 (6,8)	6 (5,4)	0,656
Biópsia do vilo corial	1 (2,7)	0 (0)	1 (0,9)	0,722
Amniocentese	6 (16,2)	10 (13,5)	16 (14,4)	0,924
Cordocentese	2 (5,4)	2 (2,7)	4 (3,6)	0,857

Resultados expressos por número (%), média $\pm$ desvio padrão. Valores em negrito indicam que a ecocardiografia fetal foi o exame mais realizado entre as gestantes com diagnóstico de anomalia congênita viável. * Teste qui quadrado.

De acordo com as anomalias congênitas diagnosticadas no pré-natal, foi realizada uma análise comparativa entre as anomalias congênitas viáveis e inviáveis. Em ambas as ocorrências, houve um maior número de casos de alterações no sistema nervoso (excluindo anencefalia), e nos aparelhos circulatório e urinário (Tabela 7).

Tabela 7. Diagnósticos no pré-natal de anomalias congênitas viáveis e inviáveis – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014

Diagnósticos no pré-natal de anomalias congênitas	Inviável (n = 37)	Viável (n = 74)	Total (n = 111)	Valor de p*
Anencefalia	13 (35,1)	0 (0)	13 (11,7)	< 0,001
Sistema nervoso	7 (18,9)	23 (31,1)	30 (27)	0,257
Aparelho circulatório	7 (18,9)	20 (27)	27 (24,3)	0,481
Aparelho urinário	10 (27)	12 (16,2)	22 (19,8)	0,274
Aparelho digestivo	0 (0)	3 (4,1)	3 (2,7)	0,535
Aparelho respiratório	9 (24,3)	3 (4,1)	12 (10,8)	0,004
Aparelho osteomuscular	6 (16,2)	15 (20,3)	21 (18,9)	0,797
Olho, ouvido, face e pescoço	2 (5,4)	6 (8,1)	8 (7,2)	0,897
Fenda labial e palatina	1 (2,7)	2 (2,7)	3 (2,7)	0,999
Órgãos genitais	1 (2,7)	0 (0)	1 (0,9)	0,722
Cromossômica	4 (10,8)	4 (5,4)	8 (7,2)	0,516

Resultados expressos por número (%), média $\pm$ desvio padrão. Valores em negrito indicam que todos os casos de anencefalia foram anomalias congênitas inviáveis; anomalias congênitas relacionadas ao aparelho respiratório apresentaram maior chance de inviabilidade fetal. * Teste qui quadrado.

Vale destacar que no grupo de gestantes com diagnósticos de anomalias congênitas inviáveis (n = 37), 35,1% foram por anencefalia, seguidos das anomalias relacionadas aos aparelhos urinário e respiratório. As anomalias congênitas viáveis mais comuns foram as do sistema nervoso (excluindo os casos de anencefalia) e as do aparelho circulatório. Quando comparados os dois grupos de gestantes, as anomalias relacionadas ao aparelho respiratório estiveram associados à maior chance de inviabilidade fetal (Tabela 7).

A tabela 8 demonstra uma análise comparativa dos diagnósticos de anomalia congênita no pré-natal e o trimestre gestacional que tais diagnósticos foram realizados. Apenas os diagnósticos relacionados ao aparelho urinário foram realizados mais frequentemente no terceiro trimestre gestacional (28 a 41 semanas e 6 dias).

Tabela 8. Diagnósticos de anomalia congênita no pré-natal e o trimestre gestacional em que foram realizados – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014

Diagnósticos de anomalia congênita no pré-natal	Trimestre			Total (n = 111)	Valor de p*
	Primeiro (n = 17)	Segundo (n = 86)	Terceiro (n = 8)		
Anencefalia	4 (23,5)	9 (10,5)	0 (0)	13 (11,7)	0,175
Sistema nervoso	4 (23,5)	24 (27,9)	2 (25)	30 (27)	0,925
Aparelho circulatório	5 (29,4)	20 (23,3)	2 (25)	27 (24,3)	0,863
Aparelho urinário	0 (0)	19 (22,1)	3 (37,5)	22 (19,8)	0,048
Aparelho digestivo	1 (5,9)	2 (2,3)	0 (0)	3 (2,7)	0,631
Aparelho respiratório	0 (0)	11 (12,8)	1 (12,5)	12 (10,8)	0,296
Aparelho osteomuscular	2 (11,8)	19 (22,1)	0 (0)	21 (18,9)	0,223
Olho, ouvido, face e pescoço	3 (17,6)	5 (5,8)	0 (0)	8 (7,2)	0,162
Fenda labial e palatina	1 (5,9)	2 (2,3)	0 (0)	3 (2,7)	0,631
Órgãos genitais	0 (0)	1 (1,2)	0 (0)	1 (0,9)	0,864
Cromossômica	2 (11,8)	5 (5,8)	1 (12,5)	8 (7,2)	0,573

Resultados expressos por número (%), média $\pm$ desvio padrão. Valores em negrito indicam ao nível de significância de 5%, apenas os diagnósticos no aparelho urinário foram realizados mais frequentemente no trimestre gestacional. * Teste qui quadrado.

O trimestre de identificação da anomalia congênita, assim como a IG das gestantes admitidas no serviço de Medicina Fetal foram equivalentes entre os dois grupos de gestantes com anomalia congênita (Tabelas 5 e 9).

Tabela 9. Idade gestacional de gestantes admitidas no serviço de referência em Medicina Fetal – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014

IG de admissão	Inviável	Viável	Total	Valor de p*
	(n = 37)	(n = 74)	(n = 111)	
Até 13 semanas e 6 dias	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
14 a 24 semanas	19 (51,4)	28 (37,8)	47 (42,3)	0,297
25 a 32 semanas	15 (40,5)	34 (45,9)	49 (44,1)	
33 a 41 semanas e 6 dias	3 (8,1)	12 (16,2)	15 (13,5)	

Resultados expressos por número (%), média $\pm$ desvio padrão. * Teste qui quadrado. IG: idade gestacional.

6.5 Exames de Imagem e Procedimentos Invasivos Utilizados para o Diagnóstico Pré-Natal de Anomalia Congênita

A realização dos diagnósticos no pré-natal das anomalias congênitas se deu em todos os casos por meio da ultrassonografia obstétrica ou morfológica, principalmente no segundo trimestre gestacional. O ecocardiografia fetal foi realizado em aproximadamente 48% da amostra. Complementaram-se esses exames diagnósticos a neurosonografia e a ressonância magnética fetal. Vale destacar que a ecocardiografia fetal foi o exame mais realizado entre as mulheres com diagnóstico de anomalia congênita viável, correspondendo a 59,5% (Tabela 6).

Os procedimentos invasivos para confirmação das anomalias fetais foram realizados em aproximadamente 19% da amostra estudada. O mais utilizado foi a amniocentese, tanto no grupo de gestantes com diagnóstico de anomalia congênita viável quanto inviável. Somente cerca de 1% das mulheres realizaram a biópsia de vilo corial, e apenas 15,3% das gestantes tiveram o diagnóstico fetal no primeiro trimestre gestacional. Observou-se que os procedimentos invasivos, como a amnioinfusão e a amniodrenagem, foram realizados em 7,2% e 2,7%, respectivamente (Tabela 6).

6.6 Tempo da Notícia do Diagnóstico de Anomalia Congênita e Desejo da Gestante pela Antecipação Terapêutica do Parto

Neste estudo, considerou-se o tempo da notícia do diagnóstico de anomalia congênita: o tempo decorrido do diagnóstico inicial (a partir da primeira ultrassonografia com algum tipo de anomalia congênita fetal) até a aplicação dos instrumentos de coleta de dados. A tabela 10 indica que não houve diferença significativa entre o tempo da notícia do diagnóstico de anomalia congênita e os

grupos de gestantes estudadas. A média de dias da notícia do diagnóstico de anomalia congênita foi de 42, sendo 7 dias a mais para o grupo de gestantes com diagnóstico fetal de viabilidade. Nesses casos, as medidas foram comparadas com o teste não paramétrico de Mann-Whitney por possuírem distribuição anormal (assimétrica, no caso do tempo).

Tabela 10. Tempo da notícia do diagnóstico de anomalia congênita viável e inviável – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014

Domínio	Grupo	n	Min	Max	MD	DP	MDN	Quartil		Valor de p*
								1º	3º	
Tempo de diagnóstico (dias)	Todos	111	7,0	131,0	41,87	27,35	37,00	20,50	60,00	0,287
	Inviável	37	8,0	117,0	37,03	23,75	30,00	21,00	45,00	
	Viável	74	7,0	131,0	44,28	28,84	39,00	19,50	63,75	

* Teste de Mann-Whitney. Min: mínimo; máx: máximo; MD: média; DP: desvio padrão; MDN: mediana.

Nota-se que gestantes com diagnóstico de anomalia congênita inviável pensaram mais em realizar a interrupção terapêutica da gestação do que as com diagnóstico de anomalia congênita viável, correspondendo a 37,8% e 5,4%, respectivamente ($p < 0,001$). Somente um terço dessas gestantes planejou a gestação, mas, em geral, a gravidez era desejada (97,3%) (Tabela 11).

Tabela 11. Aspectos da gestação de mulheres com diagnóstico de anomalia congênita no pré-natal – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014

Interrupção e planejamento da gestação	Inviável (n = 37)	Viável (n = 74)	Total (n = 111)	Valor de p*
Desejou interromper				
Não	23 (62,2)	70 (94,6)	93 (83,8)	
Sim	14 (37,8)	4 (5,4)	18 (16,2)	< 0,001
Gestação planejada				
Não	25 (67,6)	49 (66,2)	74 (66,7)	1
Sim	12 (32,4)	25 (33,8)	37 (33,3)	
Gestação desejada				
Não	1 (2,7)	2 (2,7)	3 (2,7)	1
Sim	36 (97,3)	72 (97,3)	108 (97,3)	

Resultados expressos por número (%), média $\pm$ desvio padrão. * Teste qui quadrado.

6.7 Sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático em Gestantes com Diagnóstico de Anomalia Congênita

A tabela 12 demonstra os escores da IES-R em gestantes com diagnósticos de anomalia congênita viável e inviável. O gráfico 1 apresenta *boxplots* com a distribuição dos domínios (evitação, intrusão e hiperestimulação) e o escore total da IES-R aplicada em gestantes com diagnóstico de anomalia congênita.

Tabela 12. Escores da Escala do Impacto do Evento-Revisada em gestantes com diagnósticos de anomalia congênita – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014

Domínio	Grupo	n	Min	Max	MD	DP	MDN	Quartil		Valor de p*
								1º	3º	
Evitação		11								
	Todos	1	0,0	4,0	1,70	0,93	1,75	0,88	2,31	<
	Inviável	37	0,4	4,0	2,25	0,89	2,38	1,75	2,88	0,001
	Viável	74	0,0	3,3	1,43	0,82	1,38	0,66	2,00	
Intrusão		11								
	Todos	1	0,0	3,8	1,97	1,06	2,00	1,13	2,94	0,012
	Inviável	37	0,3	3,8	2,32	0,99	2,25	1,75	3,13	
	Viável	74	0,0	3,8	1,79	1,05	1,75	0,88	2,69	
Hiperestimulação		11								
	Todos	1	0,0	3,7	1,57	1,09	1,33	0,67	2,50	0,009
	Inviável	37	0,0	3,7	1,95	1,05	2,00	1,17	2,67	
	Viável	74	0,0	3,7	1,38	1,07	1,08	0,50	2,17	
Total		11								
	Todos	1	0,5	10,8	5,24	2,78	5,13	3,00	7,29	<
	Inviável	37	0,8	10,8	6,52	2,61	6,54	4,96	8,58	0,001
	Viável	74	0,5	10,5	4,60	2,66	4,31	2,39	6,64	
Soma das questões		11								
	Todos	1	4,0	80,0	38,69	20,05	38,00	23,00	53,00	<
	Inviável	37	6,0	80,0	48,14	18,98	50,00	37,00	62,00	0,001
	Viável	74	4,0	77,0	33,96	18,98	32,00	18,50	47,75	

* Teste *t* de Student. Min: mínimo; máx: máximo; MD: média; DP: desvio padrão; MDN: mediana.

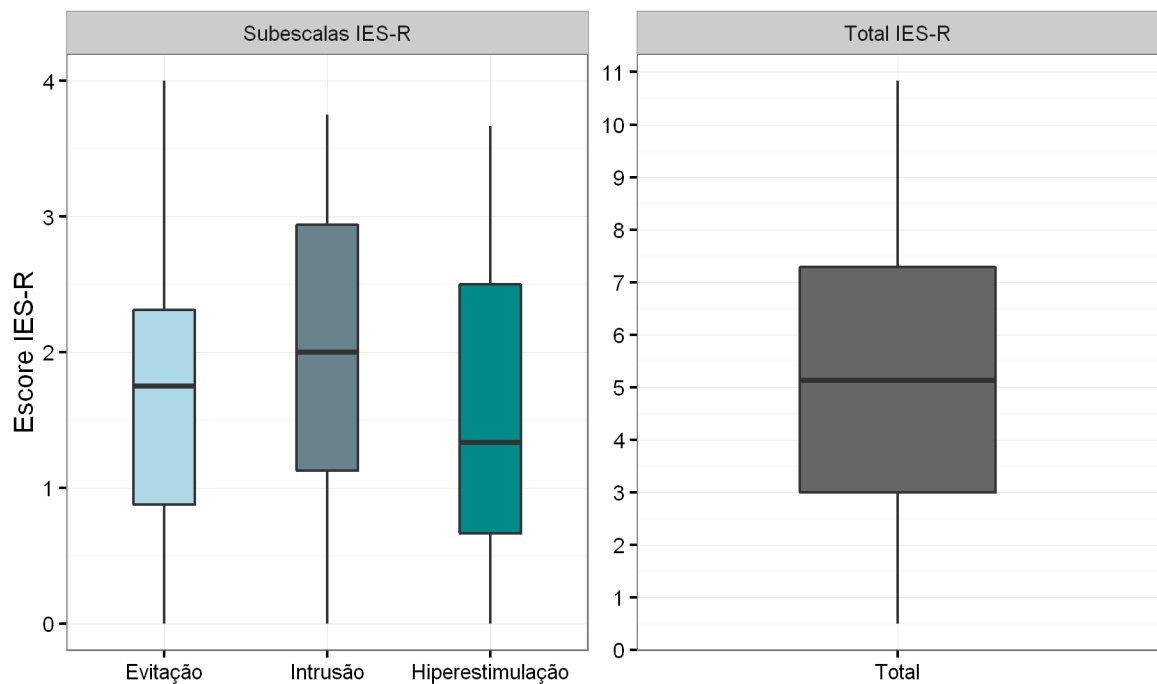


Gráfico 1. *Boxplots* para os domínios e escore total da Escala do Impacto do Evento-Revisada (IES-R) aplicada em gestantes com diagnóstico de anomalia congênita – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014.

O gráfico 2 separa os *boxplots* para os domínios da IES-R, segundo o diagnóstico no pré-natal de anomalia congênita viável e inviável. O valor do escore em todos os domínios da IES-R foi superior dentre as gestantes com diagnóstico de anomalia congênita inviável.

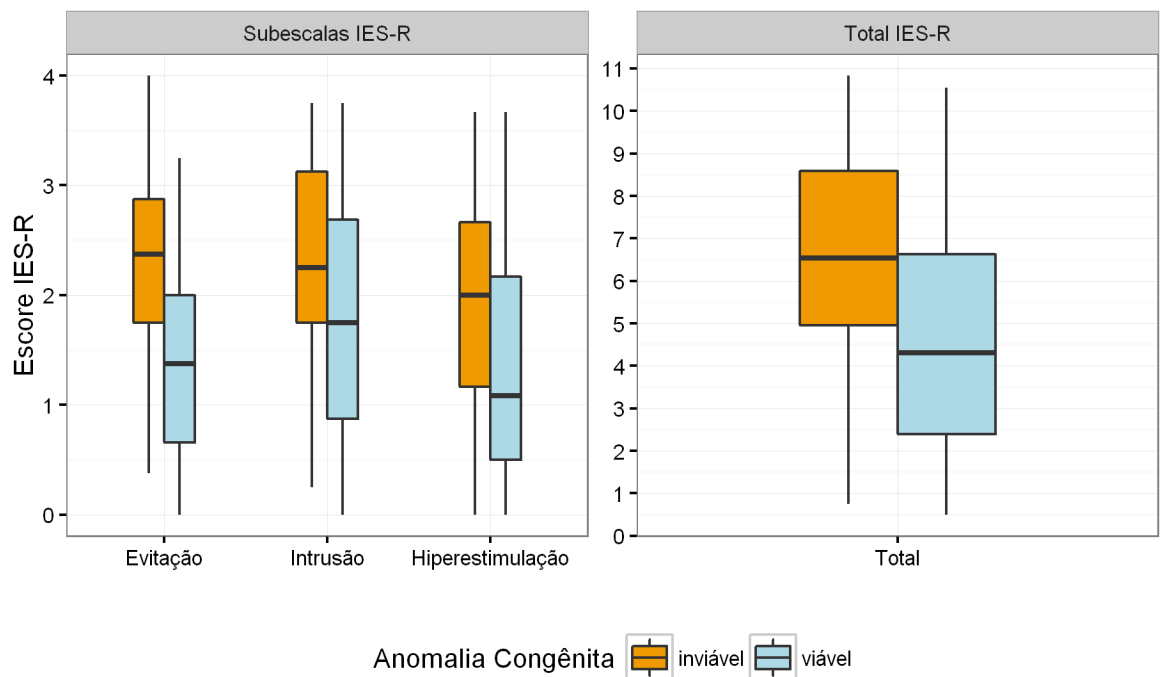


Gráfico 2. Boxplots para os domínios da Escala do Impacto do Evento-Revisada (IES-R), segundo diagnóstico no pré-natal de anomalia congênita viável e inviável – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014.

A média do escore total da IES-R entre as gestantes com diagnóstico de anomalia congênita inviável foi de 1,9 ponto, ou seja, superior a de mulheres com diagnóstico de anomalia congênita viável ($p < 0,001$). Essa diferença aconteceu em todos os domínios da IES-R (Tabela 12).

Ainda na tabela 12 estão as estatísticas para o escore, somando as questões que compunham a IES-R. A soma das questões dos domínios das subescalas foi de 48,1 para gestantes com diagnóstico de feto inviável e de 33,9 para gestantes com diagnóstico de feto viável, indicando a provável presença de sintomas TEPT em ambos os grupos.

Usando o corte em 5,6 unidades no escore total da IES-R para o rastreamento de sintomas de TEPT, verificou-se que tais sintomas estavam presentes em 46,8% das gestantes com diagnóstico de anomalia congênita, sendo 64,9% dentre as com diagnóstico de anomalia congênita inviável e 37,8% entre aquelas com diagnóstico fetal viável (valor de p do teste qui quadrado $< 0,001$), como mostra a tabela 13.

Tabela 13. Distribuição de frequência dos sintomas do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em gestantes, segundo o diagnóstico de anomalia congênita viável e inviável – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014

Diagnóstico de anomalia congênita	Sintomas de TEPT (domínio geral > 5,6)		Total n (%)
	Não	Sim	
	n (%)	n (%)	
Inviável	13 (35,1)	24 (64,9)	37 (100)
Viável	46 (62,2)	28 (37,8)	74 (100)
Total	59 (53,2)	52 (46,8)	111 (100)

O gráfico 3 mostra a correlação entre os domínios da IES-R. As questões de intrusão e hiperestimulação estiveram mais correlacionadas entre si do que com o domínio de evitação. O alfa de Cronbach dos domínios foram altos em todas as subescalas da IES-R: 0,842 (evitação); 0,908 (intrusão) e 0,868 (hiperestimulação), conforme ordem apresentada no gráfico 3. O alfa de Cronbach para o escore total desta escala foi de 0,943. Isso demonstrou que a IES-R teve valores de consistência interna altos para o escore total e também para sua subescalas.

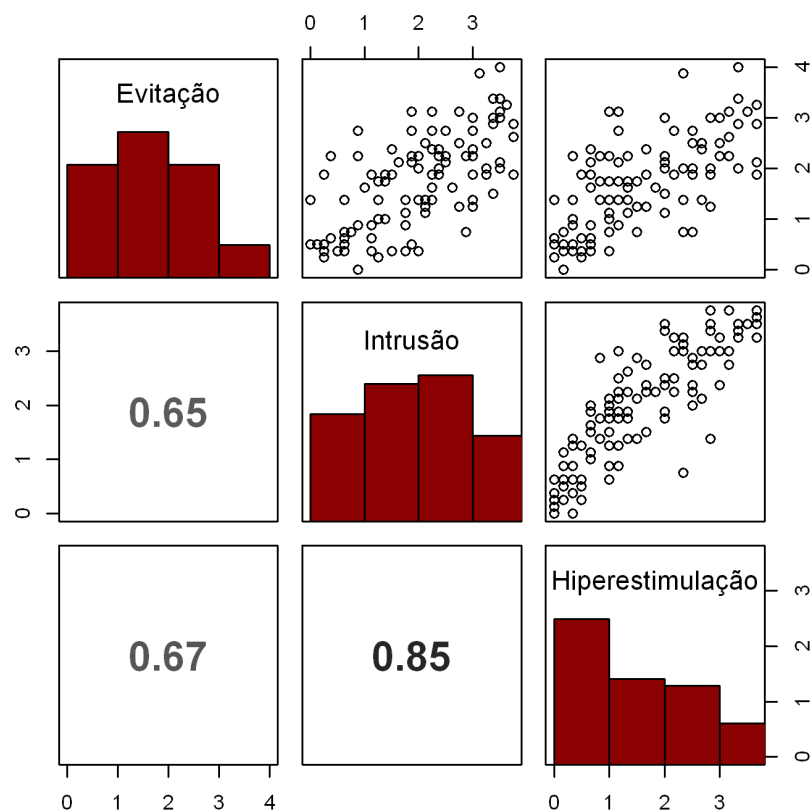


Gráfico 3. Gráficos de dispersão dois a dois e coeficiente de correlação de Pearson entre os domínios da Escala do Impacto do Evento-Revisada aplicada a gestantes com diagnóstico de anomalia congênita – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014.

6.8 Relação entre o Tempo do Recebimento do Diagnóstico Pré-Natal de Anomalia Congênita com Sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático em Gestantes com Fetos Viáveis e Inviáveis

Para responder ao último objetivo deste estudo, construiu-se o gráfico 4 que demonstra a relação entre o tempo do recebimento do diagnóstico de anomalia congênita (a partir da primeira ultrassonografia com algum tipo de anomalia congênita fetal) com os sintomas de TEPT em gestantes com fetos viáveis e inviáveis. Assim, a média do escore da IES-R foi superior entre os casos inviáveis e houve relação decrescente do escore total em relação ao tempo da notícia do diagnóstico de anomalia congênita.

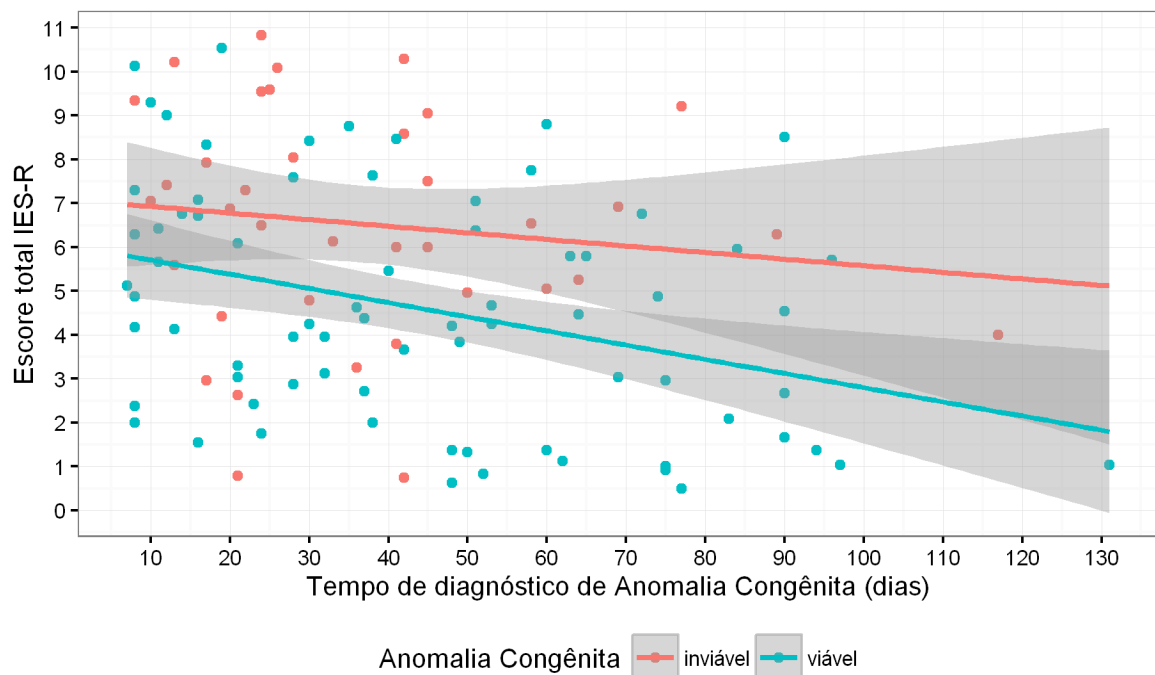


Gráfico 4. Gráficos de dispersão entre o escore total da Escala do Impacto do Evento-Revisada (IES-R) e o tempo de diagnóstico, em dias de anomalia congênita viável e inviável – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014.

Os gráficos 5 a 7 demonstram, separadamente, os domínios das subescalas IES-R (evitação, intrusão e hiperestimulação) em relação ao tempo da notícia do diagnóstico de anomalia congênita. Assim, ajustaram-se os modelos similares para cada uma das subescalas da IES-R, com a finalidade de identificar os domínios mais importantes no escore total da IES-R.

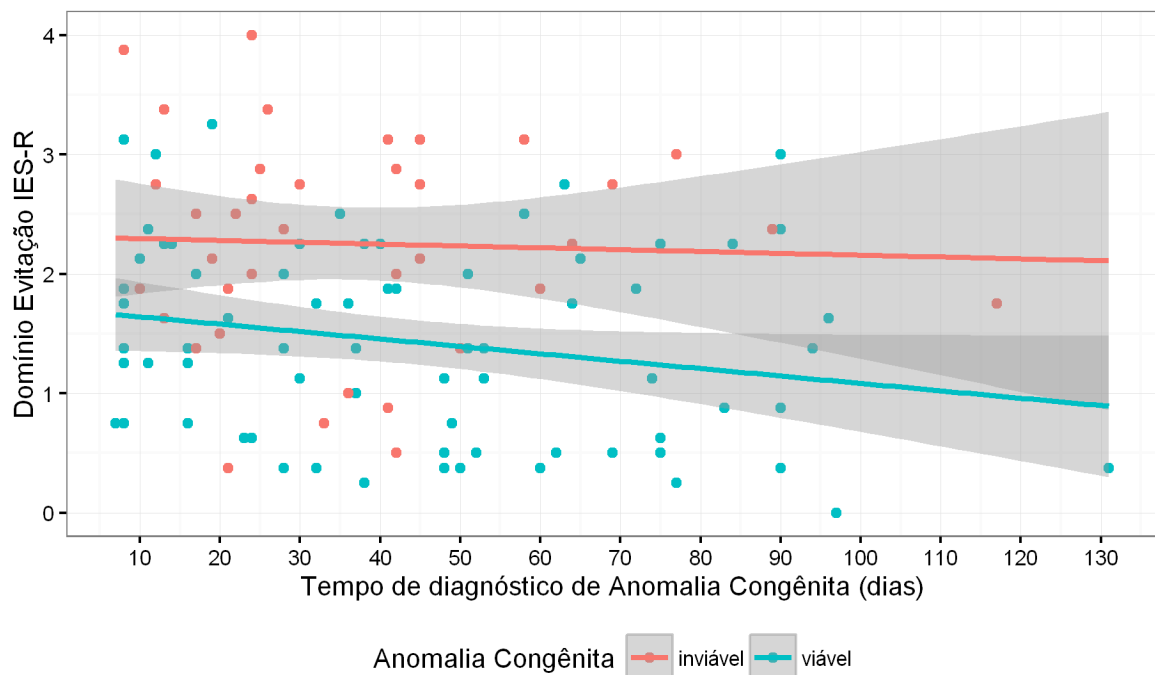


Gráfico 5. Gráficos de dispersão entre o domínio evitação da Escala do Impacto do Evento-Revisada (IES-R) e o tempo de diagnóstico, em dias, segundo o diagnóstico de anomalia congênita viável e inviável – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014.

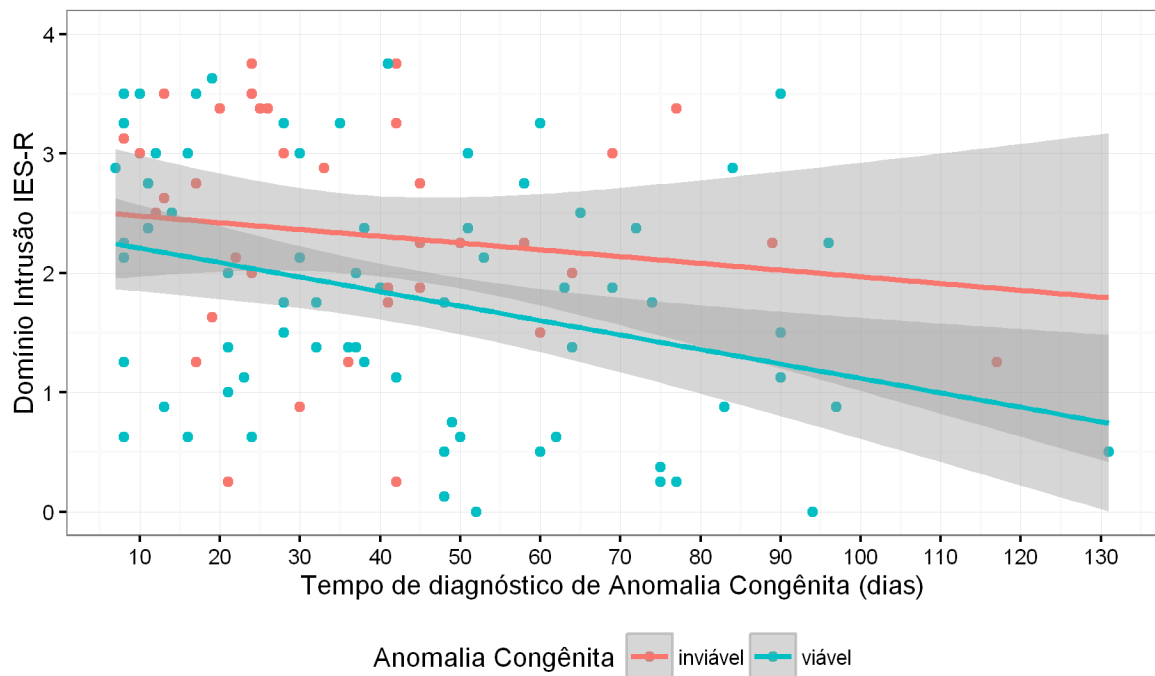


Gráfico 6. Gráficos de dispersão entre o domínio intrusão da Escala do Impacto do Evento-Revisada (IES-R) e o tempo de diagnóstico, em dias, segundo diagnóstico de anomalia congênita viável e inviável – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014.

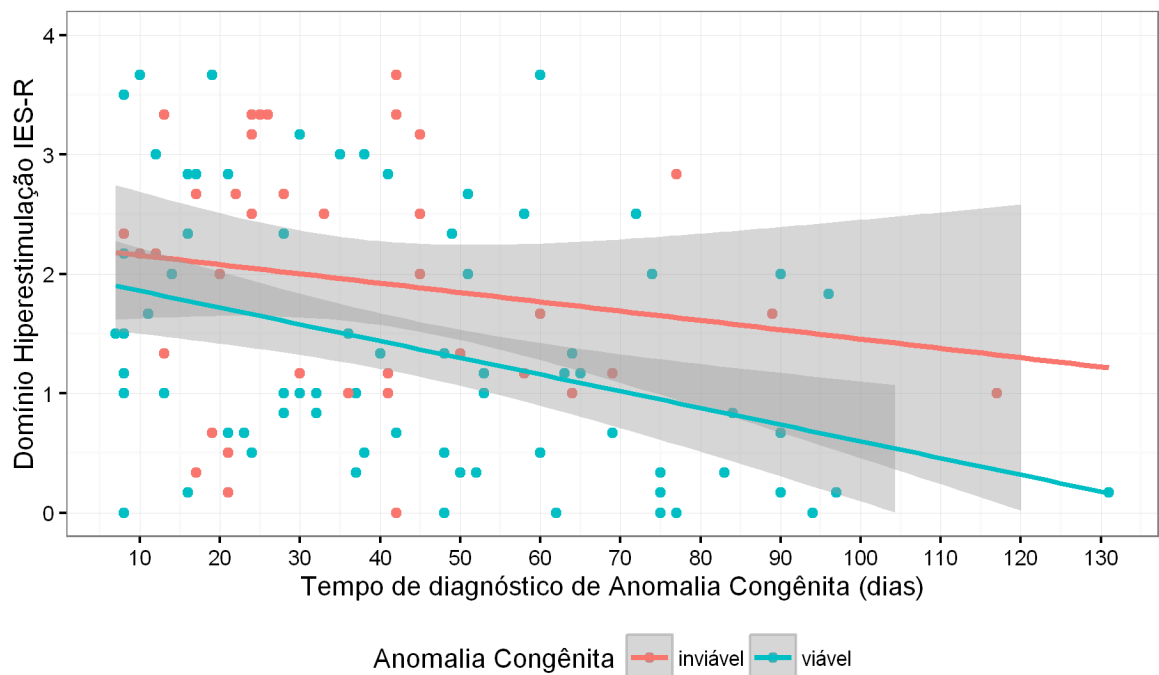


Gráfico 7. Gráficos de dispersão entre o domínio hiperestimulação da Escala do Impacto do Evento-Revisada (IES-R) e o tempo de diagnóstico, em dias, segundo diagnóstico de anomalia congênita viável e inviável – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014.

Para testar a força e a interação do tempo do recebimento do diagnóstico de anomalia congênita com os sintomas de estresse pós-traumático gerado em gestantes, construiu-se, inicialmente, um modelo para o escore total da IES-R. A Análise de Variância (ANOVA) da tabela 14 indica que não houve efeito de interação entre o tempo do diagnóstico de anomalia congênita e o escore da IES-Rm segundo o diagnóstico de anomalia congênita. Então, ajustou-se outro modelo estatístico (regressão linear múltipla) apenas com os efeitos fixos (Tabelas 15 a 18).

Tabela 14. Análise de variância do modelo para o escore total da Escala do Impacto do Evento-Revisada, segundo a interação do tempo da notícia do diagnóstico com o diagnóstico de anomalia congênita – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014

Fator	Df	Soma de quadrados	Quadrados médios	Valor F	Valor de p
Tempo de diagnóstico	1	82,790	82,788	12,822	0,001
Diagnóstico de anomalia congênita	1	71,910	71,905	11,136	0,001
Tempo: diagnóstico (interação)	1	4,560	4,564	0,707	0,402
Resíduos	107	690,88	6,457		

Df: . graus de liberdade (sigla do inglês *degrees of freedom*); F: teste para significância da regressão. Valores em negrito indicam ausência de interação entre tempo e diagnóstico de anomalia congênita.

Tabela 15. Coeficientes estimados do modelo para o escore total da Escala do Impacto do Evento-Revisada, segundo o tempo da notícia do diagnóstico de anomalia congênita – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014

Coeficiente	Estimado	Erro padrão	Valor t	Valor de p
Intercepto	7,559	0,532	14,210	< 0,001
Tempo de diagnóstico de anomalia congênita (dias)	-0,028	0,009	-3,137	0,002
Diagnóstico de anomalia congênita (viável)	-1,721	0,515	-3,342	0,001

R² = 18,2%. R²: coeficiente de determinação múltiplo.

Tabela 16. Coeficientes estimados do modelo para o domínio evitação da Escala do Impacto do Evento-Revisada com o tempo da notícia do diagnóstico, segundo a anomalia congênita – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014

Coeficiente	Estimado	Erro padrão	Valor t	Valor de p
Intercepto	2,440	0,175	13,936	<0,001
Tempo de diagnóstico de anomalia congênita (dias)	-0,005	0,003	-1,715	0,089
Diagnóstico de anomalia congênita (viável)	-0,788	0,169	-4,648	<0,001

R² = 19,9%. R²: coeficiente de determinação múltiplo.

Conclui-se, então, ao nível de significância de 5%, que o escore diminuiu 0,028 unidade em média para cada dia após o diagnóstico de anomalia congênita,

independente do diagnóstico fetal ter sido viável ou inviável. A qualidade do ajuste, porém, não foi muito alta, com R^2 de apenas 18,2%, sendo que boa parte dessa variabilidade foi explicada pelo tipo de diagnóstico de anomalia congênita. De qualquer forma, existiu a relação com o tempo, embora fraca (Tabela 13).

O gráfico 5 e a tabela 15 demonstram a relação com o tempo foi mais fraca (ou até inexistente, ao nível de significância de 5%) no domínio de evitação da IES-R. Os outros dois domínios (intrusão e hiperestimulação) apresentaram relações mais destacadas com o tempo. Já a relação com o tipo de diagnóstico de anomalia congênita, como demonstrado na tabela 12, foi importante em todos os domínios da IES-R.

Tabela 17. Coeficientes estimados do modelo para o domínio intrusão da Escala do Impacto do Evento-Revisada com o tempo da notícia do diagnóstico, segundo a anomalia congênita – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014

Coeficiente	Erro			
	Estimado	padrão	Valor t	Valor de p
Intercepto	2,713	0,209	12,964	< 0,001
Tempo de diagnóstico de anomalia congênita (dias)	-0,010	0,004	-2,992	0,003
Diagnóstico de anomalia congênita (viável)	-0,456	0,203	-2,251	0,026

$R^2 = 12,9\%$. R^2 : coeficiente de determinação múltiplo.

Tabela 18. Coeficientes estimados do modelo para o domínio hiperestimulação da Escala do Impacto do Evento-Revisada, segundo o tempo da notícia do diagnóstico com a anomalia congênita – São Paulo (SP), Brasil, 2013-2014

Coeficiente	Valor de p			
	Estimado	Erro padrão	Valor t	p
Intercepto	2,407	0,211	11,400	< 0,001
Tempo de diagnóstico de anomalia congênita (dias)	-0,012	0,004	-3,518	0,001
Diagnóstico de anomalia congênita (Viável)	-0,477	0,204	-2,335	0,021

$R^2 = 15,8\%$. R^2 : coeficiente de determinação múltiplo.

7. DISCUSSÃO

7.1 Fatores de Risco para Anomalia Congênita e Diagnóstico Obstétrico em Gestantes com Fetos Portadores de Anomalia Congênita

Neste estudo, predominaram as gestantes jovens (idade materna de 21 a 34 anos), seguidas das adolescentes (idade materna ≤ 20 anos) e das IMA (idade materna ≥ 35 anos). As anomalias congênitas viáveis foram mais frequentes nas gestantes adolescentes e jovens, enquanto as inviáveis, em gestantes com IMA. Neste contexto, os extremos etários são considerados importantes fatores de risco para anomalia congênita.^(2,47)

As gestantes com IMA podem evoluir com aborto espontâneo, óbito intraútero e perinatal.^(48,49) Algumas morbidades gestacionais, como diabetes gestacional, placenta prévia, macrossomia, descolamento prematuro de placenta, prematuridade e baixo peso ao nascer, têm destaque na literatura.⁽⁵⁰⁾

Por outro lado, a gestação na adolescência pode estar relacionada aos distúrbios emocionais, comportamentais, além de alterações clínicas maternas. Nesta última, encontram-se a anemia, o ganho de peso insuficiente, as síndromes hipertensivas da gravidez, a infecção urinária, a desproporção cefalopélvica, o trabalho de parto prematuro e a rotura prematura das membranas.⁽⁵¹⁾

Somam-se as alterações maternas às possíveis repercussões fetais decorrentes da gestação na adolescência, como restrição do crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer, prematuridade e mortalidade perinatal.⁽⁵¹⁾ Em decorrência das morbidades supracitadas, tanto nas gestantes adolescentes quanto com IMA, as taxas de partos cesarianos elevam-se.^(50,51)

Associado ao fator de risco extremos etários, destacam-se também os antecedentes hereditários e pessoais de anomalias congênitas, a consanguinidade, as infecções maternas (citomegalovírus, toxoplasmose, rubéola e sífilis entre outras),

o estado nutricional materno (como a deficiência de iodo e ácido fólico), as exposições ambientais (metais, agentes químicos e anestésicos, antivirais, antineoplásicos e radiação ionizante), a doença crônica como diabetes gestacional, a obesidade, o uso de medicamentos (varfarina, isotretinoína, ácido valproico, lítio e talidomida entre outros), o etilismo e o tabagismo.^(2,52,53)

Dentre os diagnósticos obstétricos em gestantes com diagnóstico de anomalia congênita o mais comum foi a alteração do ILA, principalmente em gestação de com fetos inviáveis. Destacam-se, no grupo de gestantes com fetos inviáveis, o anidrâmnio e, nos viáveis, o oligoidrâmnio. A deficiência do ILA está relacionada a anomalias congênitas e pode interferir no desenvolvimento fetal.⁽⁵⁴⁾

As gestantes com diagnóstico de anomalia congênita podem ter um maior risco materno, como alteração volumétrica do ILA, associada a desconforto respiratório; trabalho de parto prematuro; rotura prematura das membranas; descolamento prematuro de placenta; apresentação fetal anômala; distócia funcional; prolapso de membros ou cordão; atonia uterina e hemorragia pós-parto.⁽⁵⁵⁾ Nesta pesquisa, não houve associação da alteração do ILA com descolamento prematuro de placenta e rotura prematura das membranas.

As cifras equivalentes à alteração do ILA podem alterar de acordo a anomalia congênita, fato este observado na amostra do estudo, com destaque para o oligoidrâmnio e polidrâmnio. As alterações do líquido amniótico podem estar associadas a diversas patologias obstétricas⁽⁵⁶⁾ e anomalias congênitas. Na população geral, a incidência estimada pela ultrassonografia de casos de oligoidrâmnio é entre 0,5 e 5,5% e, para o polidrâmnio, de 0,4 e 1,5%.⁽⁵⁷⁾

O líquido amniótico é um importante elemento no meio intrauterino, o qual tem inúmeras funções, a saber: proteção fetal contra traumatismos externos; possibilitar ao feto uma adequada movimentação corpórea, que contribui para o desenvolvimento normal dos membros; manter a temperatura relativamente constante dentro da cavidade amniótica; favorecer o equilíbrio hidroeletrólítico fetal; desenvolver e maturar dos pulmões fetais.⁽⁵⁸⁾

O oligoidrâmnio é caracterizado pela redução da quantidade de líquido

amniótico, inferior a 500 mL. Sua fisiopatologia é baseada nas anormalidades de sua produção, reabsorção e/ou perda. O que corrobora para essa alteração são algumas anomalias congênitas, principalmente as relacionadas ao sistema geniturinário.^(12,59,60) Além disso, a deficiência do ILA pode repercutir no desenvolvimento fetal e ocasionar assimetrias de membros decorrentes de traumas mecânicos.⁽⁵⁴⁾

Outras possíveis causas do oligidrânio são: rotura prematura das membranas, síndrome de má adaptação placentária, síndromes hipertensivas, drogas, infecções congênitas, diabetes com vasculopatia, doenças do colágeno, síndrome antifosfolípide. Tais causas podem ou não estar associada aos desfechos perinatais adversos.^(12,59,60) Quando a causa da diminuição do líquido amniótico/oligidrânio estiver associada à rotura prematura das membranas, há um maior risco de infecção materno-fetal. Além disso, podem aumentar as taxas de indução de trabalho de parto prematuro e de indicação de cesariana.^(56,59,61)

O polidrânio é definido como o aumento excessivo do volume do líquido amniótico – superior a 2.000 mL. O quadro pode desenvolver de forma aguda, em poucos dias, sendo mais frequente antes da 24ª semana de gestação, e evoluir para trabalho de parto prematuro. A forma crônica desenvolve-se ao longo de semanas e é diagnosticada com maior frequência no terceiro trimestre gestacional, tendo melhor prognóstico fetal e materno.^(12,55)

As origens do aumento do ILA podem ser maternas, fetais e/ou anexiais. As causas maternas mais conhecidas são o diabetes gestacional e a aloimunização. As fetais estão associadas a algumas anomalias congênitas, como sistema nervoso, trato gastrointestinal, aparelho respiratório, sistema cardiovascular e alterações nefrourológicas.^(12,55)

Todavia, gemelaridade, infecções congênitas, doença hemolítica perinatal, tumores fetais e hidropsia fetal não imune também têm contribuição importante no estabelecimento do polidrânio. Já as causas anexiais estão intrinsecamente relacionadas à placenta circunvalada, à síndrome de transfusão gêmeo-gemelar, ao corioangioma e à transfusão feto-materno.^(12,55)

O polidrânio está associado a taxas de morbimortalidade significativamente

elevadas, e isto se deve às maiores frequências de anomalias congênitas, aneuploidias fetais, doença aloimune grave e diabetes materno não compensada.⁽⁵⁵⁾

Nesta pesquisa, não houve associação de alterações volumétricas do ILA com as diversas alterações maternas citadas. No entanto, a alteração do ILA foi exclusivamente associada às anomalias congênitas, principalmente as do aparelho urinário. A identificação da alteração do ILA é de grande valia na prática clínica, visto que, em alguns casos, pode ser proposto à gestante e ao parceiro o tratamento intraútero, com finalidade de melhor prognóstico fetal e neonatal.

O diagnóstico das alterações quantitativas do volume de ILA, por meio da ultrassonografia, reflete nas condutas obstétricas (conservadora ou resolutiva) e tem importantes implicações diante dos resultados perinatais.⁽⁶²⁾

7.2 Diagnósticos de Anomalia Congênita no Pré-Natal e Acesso ao Serviço de Referência em Medicina Fetal

Neste estudo, houve maior número de casos de anomalias congênitas do sistema nervoso (excluindo anencefalia), e dos aparelhos circulatório e urinário. Estes achados corroboram os encontrados por outro estudioso,⁽⁵⁰⁾ que descrevem os principais diagnósticos de anomalias congênitas no pré-natal: anomalias do sistema nervoso, seguidas do cardiovascular e das nefrourológicas.

Dentre as anomalias congênitas inviáveis, destacaram-se a anencefalia e as relacionadas ao aparelho urinário e respiratório. Entre os diagnósticos de anomalias congênitas inviáveis, a anencefalia é a principal.⁽¹³⁾ Por outro lado, as anomalias congênitas viáveis mais comuns foram as do sistema nervoso e, posteriormente, as do aparelho circulatório.

Os diagnósticos de anomalias congênitas, tanto viável quanto inviável são realizados e confirmados tardiamente – no segundo trimestre gestacional (14^a a 27^a semanas). Isto porque as gestantes com tais diagnósticos chegam tardiamente ao

serviço de referência em Medicina Fetal (em geral, após 24 semanas de gestação). Este fato impossibilita o rastreamento das anomalias cromossômicas por meio de procedimentos invasivos, com menos riscos materno-fetal, como a biópsia de vilo corial e a amniocentese.

Destacaram-se, dentre os diagnósticos tardios de anomalias congênitas, aqueles relacionados ao sistema urinário. Isso pode dificultar ou impedir a realização de exames diagnósticos e terapêuticos intraútero, como a vesicocentese e a derivação vésico-amniótica. Essas medidas têm como finalidade avaliar a função renal e, assim, evitar a falência renal fetal. Além disso, realizar a avaliação da alteração do líquido amniótico evita um quadro clínico de oligodrâmnio/anidrâmnio, e consequentemente, de hipoplasia pulmonar severa, a qual limita as sobrevidas fetal e neonatal.

Nos casos de inviabilidade fetal, quando o feto não tem condição de sobrevida, pode ser oferecida ao casal a interrupção terapêutica da gestação, porém, para tal, é necessário que a gestante tenha acesso a um serviço especializado em Medicina Fetal o mais precocemente possível – preferencialmente no primeiro trimestre gestacional.

Em alguns casos, algumas opções terapêuticas intraútero definitivas ou paliativas podem ser oferecidas à gestante e ao parceiro com diagnóstico de anomalia congênita viável. Assim, o casal deve ser orientado sobre os riscos e as limitações, cabendo-lhe a decisão de realizá-las ou não. Vale destacar que a viabilidade fetal encontra-se relacionada à precocidade do diagnóstico fetal.

Após o nascimento, muitas anomalias congênitas estruturais podem ser corrigidas com cirurgia pediátrica e tratamento precoce. Porém, em muitos casos, a intervenção intraútero deve favorecer o melhor prognóstico e a qualidade de vida do indivíduo portador da anomalia congênita.⁽²⁾

É fundamental que, durante e após o rastreamento e a confirmação do diagnóstico de anomalia congênita no pré-natal, a gestante, o parceiro e os familiares tenham atendimento multiprofissional, incluindo a consulta de Aconselhamento

Genético reprodutivo.

O Aconselhamento Genético reprodutivo tem como objetivo abordar não somente as patologias de origem genéticas, mas também abranger fatores de potencial risco teratogênico. Para isto, faz-se necessário o levantamento da história familiar e seus fatores de risco preditos, da história reprodutiva do casal e de seus antecedentes patológicos, além da avaliação da gestação atual.⁽¹¹⁾

7.3 Exames de Imagem e Procedimentos Invasivos no Pré-Natal

A realização do diagnóstico no pré-natal das anomalias congênitas se deu em todos os casos por meio da ultrassonografia obstétrica ou morfológica, principalmente no segundo trimestre gestacional, seguida da ecocardiografia, da neurosonografia e da ressonância magnética fetal. Estes exames diagnósticos de imagem, realizados durante o pré-natal, são necessários para o rastreio das anomalias congênitas.^(63,64)

O ecocardiografia fetal foi o mais realizado entre as gestantes com diagnóstico de anomalia congênita viável. Tal resultado pode estar associado à frequência das anomalias congênitas cardíacas – foi a segunda mais frequente neste estudo, e também à IMA, que aumenta o risco para anomalias congênitas.

O rastreio das anomalias congênitas pode ser realizado, inicialmente, por meio da ultrassonografia, entre 11 e 13 semanas e 6 dias de gestação.⁽⁶³⁾ Os marcadores ultrassonográficos são utilizados como parâmetros, isolados ou combinados, porém, se combinados, são mais eficazes.^(63,65,66) Estes incluem a translucência nuchal, o ducto venoso, o osso nasal, a IMA (≥ 35 anos)⁽⁶⁶⁾ e também a medida do ângulo frontomaxilofacial.⁽⁶³⁾

Caso estes marcadores ultrassonográficos estejam alterados, é indicada a realização de propedêutica invasiva para cariótipo fetal, visto que aumenta-se o risco de o feto ser portador de cromossomopatias.^(63,66) Os procedimentos invasivos fetais são biópsia de vilosidade coriônica, realizada entre a 11^a e a 13^a semana e 6 dias de gestação; a amniocentese, da 16^a e 24^a semana⁽⁶⁵⁾; e cordocentese, a partir de 18

semanas de gestação.⁽⁶⁷⁾

Neste estudo, o procedimento invasivo mais realizado foi a amniocentese, tanto em gestantes com diagnóstico de anomalia congênita viável quanto inviável. Apenas uma pequena parcela das gestantes realizou a biópsia de vilo corial, visto que as gestantes foram admitidas no serviço de referência de Medicina Fetal após o período indicado para realizar esse procedimento, o que aumenta os riscos materno-fetais.

Procedimentos invasivos, como a amnioinfusão e a amniodrenagem, também foram realizados nos sujeitos do estudo. Porém, entre estes, o de maior porcentagem foi a amnioinfusão, em decorrência do oligoidrâmnio, o qual pode estar relacionado à malformação do aparelho urinário, a terceira mais frequente neste estudo.

Algumas anomalias congênitas do sistema urinário podem evoluir com diminuição do ILA e, quando indicado, torna-se necessária a realização da amnioinfusão. Este procedimento tem como finalidade o diagnóstico fetal e a proposta, se indicado, do tratamento intraútero. Dentre as causas da deficiência do líquido amniótico estão as anomalias do sistema urinário, as quais podem interferir no desenvolvimento fetal.⁽⁵⁴⁾

O rastreamento realizado no primeiro trimestre deve definir o risco individual de cada gestante gerar um feto portador de anomalia cromossômica. Além da trissomia 21, pode-se identificar a maioria das alterações cromossômicas, como as trissomias 18 e 13, a triploidia, a aneuploidia dos cromossomos sexuais, as deleções e as translocações cromossômicas. É possível detectar 90% dos casos de trissomia 21, com taxa de falso-positivo de 5%. Já quando é calculado o risco relativo individual, são identificados mais de 90%, com taxa de falso-positivo de 2 a 3%.⁽⁶⁵⁾

Além dos marcadores de exames de imagem, também são utilizados os marcadores bioquímicos maternos, como fração beta livre da gonadotrofina coriônica humana (fβ-hCG) e da proteína plasmática-A (PAPP-A). Estas se encontram, respectivamente, mais elevadas e diminuídas, quando comparadas aos valores de gestações de fetos cromossomicamente normais.^(63,64)

No entanto, no Brasil, os marcadores bioquímicos séricos maternos apresentam custos elevados, e, portanto, estão restritos aos centros privados, sendo

a ultrassonografia o exame mais utilizado para rastreamento das anomalias congênitas, preferencialmente no primeiro trimestre.⁽⁶⁶⁾ Esse fato ressalta a grande importância do acesso precoce da população a esse exame e a um serviço de referência de Medicina Fetal.

7.4 Tempo da Notícia do Diagnóstico de Anomalia Congênita e Desejo da Gestante em Realizar a Interrupção Terapêutica da Gestação

O tempo da notícia do diagnóstico de anomalia congênita pode repercutir nas formas terapêuticas, tanto clínicas como psicológicas. Isso porque, tal diagnóstico remete à gestante, o parceiro e/ou os familiares a um luto inesperado, pois todos os envolvidos em uma gestação planejada ou não sofrem com a notícia do feto malformado.

Neste estudo, considerou-se o tempo da notícia do diagnóstico a partir da primeira ultrassonografia com algum tipo de anomalia congênita. Assim, não houve diferença significativa entre o tempo da notícia do diagnóstico de anomalia congênita entre gestantes com fetos viáveis e inviáveis. Os diagnósticos de anomalias congênitas foram confirmados principalmente no segundo trimestre gestacional.

Estudo realizado na Irlanda demonstrou que as gestantes com diagnóstico de anomalia congênita necessitam de informação sobre o diagnóstico fetal o mais precocemente. As informações devem ser precisas, verbal e escrita, além de referenciar a gestante para um serviço especializado. Neste sentido, os profissionais de saúde devem ter formação específica para atuar na área,⁽⁶⁸⁾ visando ao atendimento qualificado e humanizado.

No Brasil, a inadequada abordagem sistemática para exames de ultrassonografia obstétrica faz com que as gestantes realizem o “exame por conta própria, o que por vezes pode levar a um diagnóstico inesperado de malformação fetal” (p. 607). Após essa suspeita diagnóstica, a gestante deve ser encaminhada a um serviço de referência em Medicina Fetal, para confirmação do diagnóstico e

acompanhamento pré-natal de alto risco. Porém, na rede de saúde, existem limitações e dificuldades na referência e, posteriormente, no acompanhamento perinatal.⁽⁶⁹⁾

Todo o itinerário que as gestantes com suspeita ultrassonográfica de anomalia congênita percorrem, até a chegada em um serviço de referência em Medicina Fetal, está relacionado ao tempo da notícia do diagnóstico. Isto porque quando admitidas neste serviço, a gestação de um feto malformado pode ser confirmada ou não.

Deste modo, a gestante com a confirmação do diagnóstico de anomalia congênita em um serviço de pré-natal especializado deve ter atendimento multiprofissional, visando ao seu bem-estar físico e psicológico, bem como o de seu parceiro. Em alguns casos de anomalias congênitas viáveis, existem terapêuticas intraútero que visam ao melhor o prognóstico fetal.

Por outro lado, existem as anomalias congênitas consideradas inviáveis, as quais também sofrem influência do tempo da notícia do diagnóstico. Nestes casos, há a possibilidade de o casal optar pela antecipação terapêutica do parto. Identificou-se, neste estudo, que as gestantes com diagnóstico de anomalia congênita com prognóstico de inviabilidade fetal pensaram em realizar a interrupção terapêutica da gestação.

Outro estudo demonstrou que tanto a gestante quanto o parceiro apresentaram indecisões sobre interromper ou não a gestação de um feto portador de anomalia congênita inviável. Deste modo, os casais que optaram pela interrupção da gestação revelaram tal fato somente a família e a amigos próximos, buscando, principalmente, apoio emocional. Por outro lado, alguns casais optaram por não revelar, pois isso remetia a sentimentos de culpa e ao medo de serem julgados.⁽⁷⁰⁾

Gestantes com diagnóstico de anomalias congênitas múltiplas e cromossômicas, que realizaram indução do parto no segundo e terceiro trimestre, apresentaram níveis elevados de distúrbios de ansiedade, depressão e sintomas de estresse pós-traumático quando comparadas as mulheres que tiveram partos espontâneos e sem diagnóstico de anomalia congênita.⁽⁷¹⁾ Além disso, o diagnóstico de luto complicado foi verificado, em decorrência da perda traumática do filho portador

de anomalia congênita grave.

A perda tardia de uma gestação desejada em decorrência de aborto por óbito fetal e/ou anomalia congênita grave gera altos níveis de dor e sintomas de estresse pós-traumático, verificado por meio de testes psicométricos. Além disso, a religiosidade pode exercer um papel importante no enfrentamento materno diante da perda.⁽⁷²⁾

O luto, geralmente, não necessita de intervenção clínica. No entanto, a dor aguda do luto pode se torna condição debilitante, conhecido como luto complicado. Assim, alguns casos de perda necessitam ser diagnosticadas e tratadas.⁽⁷³⁾

7.5 Sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático em Gestantes com Diagnóstico de Anomalia Congênita Verificado por meio da Escala do Impacto do Evento-Revisada

Este estudo demonstrou que a média de todos os domínios da IES-R foi alta entre as gestantes com diagnóstico de anomalia congênita, porém superior dentre as com fetos inviáveis. Essa análise foi realizada de acordo as recomendações dos autores da IES-R para rastrear os sintomas de TEPT.⁽³³⁾

Gestantes com diagnóstico de anomalias congênitas graves ou incompatíveis com a vida, sem tratamento e com prognóstico fetal indeterminado (como acrania, displasia esquelética com desproporção torácica e agenesia renal bilateral) tiveram maiores médias em todos os domínios da IES-R. Por outro lado, gestantes com diagnóstico de anomalia congênita menos grave, com tratamento e melhor prognóstico (como gastrosquise e cisto renal unilateral) apresentaram menores médias na IES-R.⁽²⁴⁾

Deste modo, a gravidade e ambiguidade no diagnóstico de anomalia congênita foi um preditor forte para sofrimento psíquico verificado em todos os domínios da IES-R. A IG, no momento do diagnóstico, também foi forte preditor para disfunção social, a

percepção de saúde e o sofrimento psíquico agudo – este último avaliado por meio da IES-R.⁽²⁴⁾

Por outro lado, pesquisadores relataram que as incertezas relativas ao prognóstico perinatal podem gerar níveis mais elevados de ansiedade em gestantes com diagnóstico de malformação adenomatoide cística congênita do que em gestantes com diagnóstico de hérnia diafragmática congênita, a qual apresenta maiores taxas de mortalidade, porém os desfechos perinatais são mais conhecidos. No entanto, estes autores não utilizaram a IES-R, mas o *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI-S).⁽⁷⁴⁾

Estudo brasileiro identificou provável presença de TEPT avaliado por meio da IES-R em pacientes após 3 meses de alta da unidade de terapia intensiva. Eles encontraram o maior valor médio dos domínios da IES-R relacionado a pensamentos de evitação, seguido dos sintomas de intrusão e hiperestimulação.⁽⁷⁵⁾

Ao realizar a análise da soma das questões das subescalas da IES-R, as gestantes com diagnóstico de anomalia congênita inviável apresentaram 48,1 pontos e aquelas com diagnóstico de anomalia congênita viável, 33,9 pontos. A soma das questões da IES-R nos dois grupos estudados foi equivalente a 38,7. Tais resultados demonstram provável presença de TEPT nas gestantes estudadas, sendo maior naquelas com diagnóstico de inviabilidade fetal.

O escore total também é composto pela soma de todas as questões do IES-R, que varia de zero a 88 pontos.⁽³³⁾ Na IES-R, os resultados (soma de todas as questões) que excedem 24 pontos podem ser significativos, visto que indivíduos que apresentam pelo menos um sintoma de TEPT se tornam uma preocupação clínica. Resultado acima de 33 pontos é considerado melhor ponto de corte para provável presença de TEPT associado à avaliação clínica. Uma pontuação acima de 37 pontos é alta o suficiente para comprometimento do sistema imunológico.⁽³⁵⁾ No entanto, segundo os autores da IES-R, é mais indicado o cálculo da média dos itens,⁽³³⁾ como também realizado neste estudo.

Estudo realizado em um serviço de referência de Medicina Fetal na Noruega realizou a análise das somas das questões da IES-R, verificando que as gestantes

com diagnóstico de anomalia congênita tiveram escore em todas as subescalas (intrusão, evitação e hiperestimulação) da IES-R ≥ 20 pontos, principalmente nos domínios intrusão e hiperestimulação. Estes autores consideram essa pontuação provável presença de TEPT.⁽²⁴⁾

Ao comparar as gestantes com diagnóstico de anomalia congênita com gestantes sem tal diagnóstico, verificou-se que as primeiras tiveram níveis significativamente mais elevados de angústia psicossocial em todos os testes, incluindo a avaliação da IES-R.⁽²⁴⁾

Ao avaliar os sintomas de TEPT em puérperas por meio da IES-R, identificou que mais da metade da amostra teve pontuação ≥ 24 pontos no escore total, e as demais participantes, equivalente a 37 pontos. A sintomatologia do TEPT esteve mais presente no grupo de puérperas com diagnóstico de anomalia congênita inviável, como observado nas gestantes deste estudo.⁽⁷⁶⁾

A aplicação da IES-R em indivíduos que vivenciaram a internação hospitalar em unidade intensivista identificou que uma pequena parcela da amostra apresentou pontuação ≥ 33 pontos – provável transtorno clínico, confirmado na entrevista psicológica realizada a nível ambulatorial. Entre estes pacientes, destacou-se o sexo feminino.⁽⁷⁵⁾

A adaptação transcultural da versão brasileira da IES-R utiliza para rastrear sintomas de TEPT um corte em 5,6 unidades no escore total, definido como a soma das médias das questões que compõem as três subescalas (varia de zero a 12 pontos).⁽¹¹⁾ Nesta amostra estudada, foi utilizado o mesmo ponto de corte e foram identificados sintomas de TEPT em, aproximadamente, metade da amostra. Os sintomas de TEPT foram mais frequentes em gestantes com diagnóstico de anomalia congênita inviável do que entre as gestantes com fetos viáveis.

Ao avaliar a correlação entre os domínios da IES-R, nota-se que as questões de intrusão e hiperestimulação são mais correlacionadas entre si do que com o domínio de evitação. O alfa de Cronbach dos domínios foram altos em todas as subescalas da IES-R: 0,842 (evitação); 0,908 (intrusão) e 0,868 (hiperestimulação); o alfa Cronbach para o escore total dessa escala foi de 0,943.

Tais resultados são similares com outros estudos, demonstrando que a IES-R tem altos valores de consistência interna para escore total (alfa de Cronbach entre 0,85 a 0,96) e também para as subescalas (evitação de 0,77 a 0,87; intrusão de 0,72 a 0,94; hiperestimulação de 0,81 a 0,91).^(10,11)

A maior correlação entre os domínios intrusão e hiperestimulação da IES-R pode estar relacionada a alguns sintomas de TEPT na gestante com diagnóstico de anomalia congênita, tanto com prognóstico de viabilidade quanto de inviabilidade. De acordo o DSM-V,⁽⁷⁾ esses sintomas podem ser lembranças intrusivas involuntárias e sonhos angustiantes e recorrentes com o evento traumático; sofrimento psicológico e reações fisiológicas intensas a sinais que simbolizem algum aspecto do evento traumático – neste caso, o diagnóstico de anomalia congênita.

Soma-se a estes a excitabilidade aumentada, pois a gestante com diagnóstico de anomalia congênita pode apresentar irritabilidade e surtos de raiva, geralmente expressos sob a forma de agressão verbal ou física em relação a pessoas e objetos; comportamento imprudente ou autodestrutivo; hipervigilância; resposta de sobressalto exagerada; e dificuldade de concentração e de iniciar e manter o sono.⁽⁷⁾

Apesar do domínio evitação da IES-R apresentar menor correlação com os domínios intrusão e hiperestimulação, é importante destacar os sintomas do TEPT relacionados à evitação persistente de estímulos. Gestantes com diagnóstico de anomalia congênita também podem ter períodos de evitação ou esforços para evitar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes sobre o evento traumático; além de evitar locais, pessoas, ações, atividades, objetos e tudo que lembre o evento traumático.⁽⁷⁾

Vale destacar, que neste estudo os sintomas evitativos em menor porcentagem em relação aos intrusivos e hiperestimulativos podem estar relacionados ao diagnóstico de anomalia congênita fetal em acompanhamento. Isto porque, as gestantes com diagnóstico fetal de anomalia congênita não tem como evitar alguns locais e pessoas, a exemplo do serviço de pré-natal e os profissionais de saúde que prestam a assistência durante toda a gestação. Logo, os sintomas evitativos do TEPT foram rastreados através da escala IES-R em menor porcentagem nos grupos

estudados.

O estabelecimento do diagnóstico de TEPT inclui a investigação de seus sintomas, incluindo a história pregressa do indivíduo e o diagnóstico diferencial com outros possíveis quadros psicopatológicos. Isso faz com que, muitas vezes, “os sintomas de pessoas com TEPT não sejam reconhecidos e permaneçam sem o tratamento adequado e com agravamento do quadro, vivência de incompreensão e vergonha diante do desajustamento sentido” (p. 1.766).⁽²⁹⁾

A sintomatologia do TEPT se manifesta nos primeiros 3 meses após o trauma, porém pode existir um atraso de meses ou até anos antes de os critérios diagnósticos serem atendidos – fato conhecido como “início tardio”. A duração dos sintomas varia, sendo que metade dos adultos se recupera completamente em 3 meses, porém alguns indivíduos permanecem sintomáticos por mais de 1 ano.⁽⁷⁾

O tratamento do TEPT inclui terapia medicamentosa, terapia cognitivo-comportamental e abordagem psicodinâmica.⁽⁷⁷⁾ A terapia cognitivo-comportamental é apontada como a mais eficiente para o tratamento de TEPT.⁽³⁶⁾ Por outro lado, o tratamento medicamentoso é controverso para os TEPT e não deve substituir a necessidade de psicoterapia.⁽³⁰⁾

Gestantes com diagnóstico de anomalia congênita apresentam estratégias de enfrentamento, como a religiosidade, na esperança incondicional por um milagre. Por outro lado, permanecem sentimentos de ansiedade, de frustração e culpa, além do medo em relação aos riscos materno-fetais.⁽⁶⁹⁾

Estas análises demonstram que os sintomas do TEPT podem estar presentes em gestantes com diagnóstico de anomalia congênita, sendo maior naquelas portadoras de fetos inviáveis. O atendimento interdisciplinar as essas gestantes deve ter o foco nos possíveis sintomas de TEPT. Ademais, faz-se importante que estas gestantes sejam acompanhadas no período pós-natal. Isso porque as alterações fisiológicas e psicológicas próprias da gestação podem dificultar e interferir no diagnóstico e tratamento do TEPT na gestação.

7.6 Relação entre o Tempo do Recebimento do Diagnóstico de Anomalia Congênita no Pré-Natal com Sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático

Nas gestantes com diagnóstico de anomalia congênita, tanto viável quanto inviável, parece existir uma relação decrescente, embora fraca, dos sintomas de TEPT em relação ao tempo da notícia do diagnóstico de anomalia congênita. No domínio evitação da IES-R, essa relação é mais fraca e, nos domínios intrusão e hiperestimulação, existem relações mais destacadas com o tempo.

Deste modo, as gestantes com diagnóstico de anomalia congênita parecem que, ao longo do tempo, após o diagnóstico fetal, apresentam principalmente os seguintes sintomas relacionados ao TEPT: pensamentos espontâneos, imagens e sonhos conturbados, fortes ondas de sentimentos e comportamento repetitivo relacionado ao diagnóstico fetal (domínio intrusão da IES-R); e ativação psicofisiológica associada à angústia, raiva, irritabilidade, hipervigilância, dificuldade de concentração e de iniciar e manter o sono (domínio hiperestimulação da IES-R).⁽⁷⁾

Com menos frequência, estão presentes os sintomas relacionados ao domínio evitação da IES-R: evita falar sobre o diagnóstico e prognóstico fetal, comportamento de negação diante da anomalia congênita, inibição comportamental e sensibilização de dormência emocional.⁽⁷⁾

O escore total da IES-R diminui 0,028 unidade, em média, para cada dia após o diagnóstico de anomalia congênita, independente da viabilidade fetal. Isso significa que somente após 35 dias decorridos do diagnóstico de anomalia congênita, a gestante diminuiu, em média, 1 ponto na IES-R.

Assim, os sintomas de TEPT prevalecem ao longo da gestação ou até mesmo no parto ou pós-parto, a depender do trimestre gestacional e do tempo da notícia do diagnóstico de anomalia congênita no pré-natal. Neste estudo, os diagnósticos de anomalias congênitas foram confirmados principalmente no segundo trimestre gestacional.

Vale salientar, que não foram encontrados estudos nacionais e internacionais que correlacionassem, ao longo do tempo, o diagnóstico de anomalia congênita no pré-natal com as sintomalogias de TEPT em gestantes e/ou outros sujeitos de estudo.

8 CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo, referentes ao diagnóstico de anomalias congênitas viáveis e inviáveis, no pré-natal e no trimestre gestacional em que foram realizados, permitiram concluir que: segundo os diagnósticos no pré-natal das anomalias congênitas, as gestações de fetos com prognóstico de viabilidade corresponderam a 66,6% e de inviabilidade fetal a 33,3%; as principais anomalias congênitas caracterizadas como inviáveis foram a anencefalia (35,1%) e, posteriormente, as relacionadas ao aparelho urinário (27%) e respiratório (24,3%); as anomalias congênitas viáveis mais comuns foram as do sistema nervoso (31,1%) e do aparelho circulatório (27%); os diagnósticos de anomalias congênitas, tanto viável quanto inviável, foram estabelecidos tardiamente no segundo trimestre gestacional (14 a 27 semanas e 6 dias) em 77,5% das gestantes; as gestantes com diagnóstico de anomalia congênita foram admitidas tardiamente no Serviço de Referência em Medicina Fetal, sendo 45,9% com IG entre 25 a 32 semanas.

As análises estatísticas realizadas neste estudo, com o objetivo de comparar os sintomas de transtorno do estresse pós-traumático em gestantes com diagnóstico de anomalia congênita viável e inviável identificaram que: a média de todos os domínios da Escala do Impacto do Evento-Revisada, ou seja, evitação, intrusão e hiperestimulação, assim como a soma das questões dos domínios da mesma escala foi alta entre as gestantes com diagnóstico de anomalia congênita. No entanto, foi superior dentre aquelas gestantes com diagnóstico de anomalia congênita inviável (média do escore total de 1,9 ponto superior; a soma das questões dos domínios das subescalas foi de 48,1). Ao se utilizar um corte de 5,6 unidades no escore total da escala, identificou-se que 46,8% das gestantes com diagnóstico de anomalia congênita apresentaram sintomas de Transtorno do Estresse Pós-Traumático, o qual foi mais frequente entre as com diagnóstico de anomalia congênita inviável (64,9%) do que entre aquelas com fetos viáveis (37,8%). Ao avaliar a correlação entre os domínios da Escala do Impacto do Evento-Revisada, nota-se que as questões de intrusão e hiperestimulação estiveram mais correlacionadas entre si do que com o domínio de evitação.

Os resultados obtidos no estudo referentes à relação entre o tempo do recebimento do diagnóstico de anomalia congênita no pré-natal com sintomas de transtorno de estresse pós-traumático revelaram que: nas gestantes com diagnóstico de anomalia congênita pareceu existir uma relação decrescente, embora fraca, dos sintomas; os domínios intrusão e hiperestimulação da Escala do Impacto do Evento-Revisada tiveram relações mais destacadas com o tempo; o escore total da escala diminuiu 0,028 unidade, em média, para cada dia após o diagnóstico de anomalia congênita, independentemente da viabilidade fetal; após 35 dias decorridos do diagnóstico de anomalia congênita, a gestante diminuiu, em média, 1 ponto na escala, demonstrando que os sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático prevalecem ao longo da gestação ou até mesmo no parto ou pós-parto, a depender do trimestre gestacional e do tempo da notícia do diagnóstico de anomalia congênita no pré-natal.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico de anomalias congênitas e acesso ao serviço especializado em Medicina Fetal, tardiamente, dificulta a implementação de terapêuticas maternas/fetais. Isto pode repercutir negativamente no desenvolvimento fetal e contribuir para um maior risco materno-fetal. Além disto, esse fato pode gerar ônus socioeconômico ao sistema de saúde e dificultar as adaptações familiares, pois a maioria das anomalias congênitas pode causar incapacidade crônica aos indivíduos acometidos.

As sintomatologias do Transtorno do Estresse Pós-Traumático trazem repercussões na vida das gestantes com diagnóstico de anomalia congênita. Estas podem interferir nas relações familiares, sociais e profissionais, além de ter custos econômicos e altos níveis de utilização de serviços de saúde. Os sintomas desse transtorno podem levar a repercussões imediatas, mas também em longo prazo, o que pode interferir na qualidade de vida dos afetados.

Na literatura nacional e internacional existem poucos estudos que abordam o Transtorno de Estresse Pós-Traumático, e menos ainda os que se ocupam da associação deste com o diagnóstico de anomalia congênita no pré-natal. Assim, os dados estatísticos e informações sobre a temática são incipientes, dificultando a avaliação da dimensão desse problema de saúde e, sequencialmente, a implementação de políticas públicas nesta área.

A limitação do presente estudo encontra-se na impossibilidade de estabelecer relações de causalidade, pois não houve acompanhamento dos sujeitos do estudo ao longo do tempo. No entanto, foi possível calcular a prevalência do diagnóstico de anomalia congênita e os sintomas de estresse pós-traumático.

As vivências atuais das gestantes com diagnóstico de anomalia congênita podem ser potencializadas pelas memórias de experiências anteriores e também pelas alterações psicofisiológicas próprias da gestação, aumentando a probabilidade do desenvolvimento de sintomas de estresse pós-traumático.

10 REFERÊNCIAS

1. São Paulo (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo. Declaração de Nascido Vivo. Manual de preenchimento da Declaração de Nascido Vivo. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde; 2011.
2. World Health Organization (WHO). Congenital anomalies [Internet]. WHO; 2015 [cited 2016 May 6]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/en/>
3. Abrahão AR, Sala DC, Moron AF. Aconselhamento genético. In: Moron AF, Camano L, Júnior LK. Obstetrícia. São Paulo: Manole; 2011. p. 1413-9.
4. Fisher J. Interrupção da gravidez por anomalia fetal: a perspectiva de uma organização de apoio aos pais. Reproductive Health Matters. 2008;16(31):57-65.
5. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). FEBRASGO se posiciona sobre fetos anencéfalos [Internet]. São Paulo: FEBRASGO; 2011 [cited 2016 May 6]. Available from: <http://www.febrasgo.org.br/site/?p=1896>
6. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: Manual de Instruções. 10ª ed. rev. São Paulo: Edusp; 2007. p. 40. Capítulo V - Transtornos mentais e comportamentais.
7. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5). 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
8. Kapczinski F, Margis R. Transtorno de estresse pós-traumático: critérios diagnósticos. Rev Bras Psiquiatr. 2003; Supl 1(25):3-7.
9. Joseph S. Psychometric evaluation of Horowitz's Impact of Event Scale: a review. J Trauma Stress. 2000;13(1):101-13..
10. Silva AC, Nardi AE, Horowitz M. Versão brasileira da Impact of Event Scale (IES): tradução e adaptação transcultural. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. 2010;32(3):86-93.
11. Caiuby AV, Lacerda SS, Quintana MI, Torii TS, Andreoli SB. [Cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Impact of Events Scale -Revised (IES-R)]. Cad Saúde Pública. 2012;28(3):597-603. Portuguese.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. p. 10-45.
13. Benute GR, Nomura RM, Lucia MC, Zugaib M. Interrupção da gestação após o diagnóstico de malformação fetal letal: aspectos emocionais. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006;28(1):10-7.
14. Sala DC, Abrahão AR. Complicações obstétricas em gestações com feto portador

de anomalia incompatível com a sobrevivência neonatal. Rev Acta Paul Enferm. 2010;23(5):614-8.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS: DATASUS. Nascidos vivos Brasil [Internet]. 2011 [cited 2016 May 9]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

16. Baraldi IA, Diniz NM. Reflexões sobre a interrupção da gestação de feto anencefálico. Rev Bras Bioet. 2007;3(2):170-90.

17. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 1.989, de 14 de maio de 2012. Dispõe sobre o diagnóstico de anencefalia para antecipação terapêutica do parto e dá outras providências [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 14 de maio 2012 [cited 2016 May 9]. Seção I. p. 308-9. Available from: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1989_2012.pdf

18. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Anencefalia fetal: FEBRASGO e CFM juntos na elaboração de Resolução. São Paulo, SP: J FEBRASGO; 2012.

19. Brasil. Decreto nº 2.848/40, de 7 de setembro de 1940. Código Penal. Art. 128 [Internet]. Diário Oficial da União; 7 de setembro de 1940 [cited 2016 May 9]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm

20. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 1.752, de 13 de setembro de 2004. Autorização ética do uso de órgãos e/ou tecidos de anencéfalos para transplante, mediante autorização prévia dos pais [Internet]. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 13 de setembro 2004 [cited 2016 May 9]. Seção 1. p. 140. Available from: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2004/1752_2004.htm

21. Diniz D, Vélez AC. Aborto na Suprema Corte: o caso da anencefalia no Brasil. Revista Estudos Feministas. 2008;16(2):647-52.

22. Ruano R, Yoshizaki CT, Zugaib M. Estruturas torácicas fetais: avanços em imagem sonográfica. Rev Fem. 2007;35(8):507-12.

23. Figueiró-Filho EA, Somensi RS, Queiroz GT, Maia MZ, Miranda RC. Fetal nuclear magnetic resonance: applicability and indications in the prenatal period. Rev Fem. 2009;37(2):64-9.

24. Kaasen A, Helbig A, Malt UF, Naes T, Skari H, Haugen G. Acute maternal social dysfunction, health perception and psychological distress after ultrasonographic detection of a fetal structural anomaly. BJOG. 2010;117(9):1127-38.

25. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: Manual de Instruções. 10ª ed. rev. São Paulo: Edusp; 2007. Capítulo XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas.

26. Sugayama SM, Kim CA, Leone CR, Diniz EM, Koiffmann CP, Gonzalez CH.

História natural de 24 pacientes com trissomia 18 (síndrome de Edwards) e de 20 pacientes com trissomia 13 (síndrome Patau). Rev Ped.1999;21(1):69-77.

27. Maldonado G, Cardoso MR. O trauma psíquico e o paradoxo das narrativas impossíveis, mas necessárias. Rev Psic Clin. 2009;21(1):45-57.

28. Schestatsky S, Shansis F, Ceitlin HL, Abreu PB, Hauck S. A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. Rev Bras Psiquiatr. 2003;Supl 1(25):8-11.

29. Cavalcante FG, Morita PA, Haddad SR. Sequelas invisíveis dos acidentes de trânsito: o transtorno de estresse pós- traumático como problema de saúde pública. Rev Ciênc Saúde Colet. 2009;14(5):1763-72.

30. Eisenstein E, Jorge E, Lima LA. Transtorno do estresse pós-traumático e suas repercussões clínicas durante a adolescência. Rev Adolesc Saúde. 2009;6(3):7-15.

31. Associação de Psiquiatria Americana (APA). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR). 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

32. Araújo AC, Lotufo-Neto F. A nova classificação americana para os transtornos mentais (DSM 5). Rev Bras Ter Comp Cogn. 2014;16(1):67-82.

33. Weiss DS, Marmar CR. The impact of Event Scale-Revised (IER-R). In: Wilson J, Keane MT, editors. The impact of Event Scale-Revised: assessing psychological trauma and PTSD. New York: Guilford Press; 1997. p. 399-411.

34. Christianson S, Marren J. The impact of Event Scale-Revised (IES-R). New York: University College of Nursing; 2013.

35. Reed SB. Measuring the Emotional Impact of an Event [Internet]. 2007 [cited 2016 May 9]. Available from: <http://psychotherapy-center.com/counseling-issues/trauma-and-stressors/ptsd-post-traumatic-stress-disorder-therapy/measuring-the-emotional-impact-of-an-event>

36. Caporossi JA, Ribeiro HS, Morinigo T, Campos A, Stoppiglia LF. Mastectomia e incidência de transtorno de estresse pós-traumático. Rev Psicologia, Saúde e Doenças. 2014;15(3):800-15.

37. Sampieri RH, Collado CF, Lucio MP. Concepção ou escolha do desenho de pesquisa;. In: Sampieri RH, Collado CF, Lucio MP. Metodologia de pesquisa. 5ed. Porto Alegre: Penso; 2013. p.138-88.

38. Luna-Filho B. Seqüência básica na elaboração de protocolos de pesquisa. Arq Bras Cardiol.1998;71(6):735-40.

39. Sampieri RH, Collado CF, Lucio MP. Seleção da amostra. In: Sampieri RH, Collado CF, Lucio MP. Metodologia de pesquisa. 5.ed.Porto Alegre: Penso; 2013. p. 189-213.

40. Sampieri RH, Collado CF, Lucio MP. Coleta de dados quantitativos In: Sampieri RH, Collado CF, Lucio MP. Metodologia de pesquisa. 5ed. Porto Alegre: Penso;2013.

p. 213-90.

41. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951;16(1):297-334.

42. Neter J, Kutner MH, Nachtsheim CJ, Wasserman W. *Applied linear statistical models*. 4ed. USA: Times Mirror Higher Education Group; 1996.

43. Bussab WO, Morettin PA. *Estatística básica*. 6ed. São Paulo: Saraiva; 2006.

44. R Core Team. The R Project for Statistical Computing [Internet]. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2015 [cited 2016 May 9]. Available from: <http://www.R-project.org/>

45. Wickham H. *Elegant graphics for data analysis*. 3ed. Spain: Springer; 2009.

46. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe da aprovação das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 1996. Seção 3.

47. Loane M, Dolk H, Morris JK; EUROCAT Working Group. Maternal age-specific risk of non-chromosomal anomalies. *BJOG*. 2009;116(8):1111-9.

48. Saldanha FA, Brizot ML, Lopes LM, Liao AW, Zugaib M. Anomalias e prognóstico fetal associados à translucência nucal aumentada e cariótipo anormal. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(1):54-9.

49. Kiss A, Rosa RF, Dibi RP, Zen PR, Pfeil JN, Graziadio C, et al. Anormalidades cromossômicas em casais com história de aborto recorrente. *Rev Bras Ginecol. Obstet*. 2009;31(2):68-74.

50. Gallo JH. Gravidez na adolescência: a idade materna, consequências e repercussões. *Rev Bioet*. 2011;19(1):179-95.

51. Francisco RP, Fonseca ES, Sapienza AD. Parto e puerpério. In: Zugaib M. *Obstetrícia*. São Paulo: Manole; 2008. p. 408-10.

52. Bunduki V, Sapienza A. Cuidados pré-concepcionais visando à promoção da saúde do embrião. In: Zugaib M, Ruocco R. *Pré-natal: clínica obstétrica da Faculdade de Medicina da USP*. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 41 -50.

53. Rocha RS, Bezerra SC, Lima JW, Costa FS. [Consumption of medications, alcohol and smoking in pregnancy and assessment of teratogenic risks]. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(2):37-45. Portuguese.

54. Broek CM, Bots J, Varela-Lasheras I, Bugiani M, Galis F, Van Dongen S.. Amniotic fluid deficiency and congenital abnormalities both influence fluctuating asymmetry in developing limbs of human deceased fetuses. *PLoS One*. 2013;8(11):e81824.

55. Bittar RE, Pereira PP, Liao AW. Intercorrências obstétricas. In: Zugaib M.

Obstetrícia. São Paulo: Manole; 2008. p. 594-7.

56. Noranha-Neto C, Souza AS, Moraes-Filho OB, Noranha AM. Validação do diagnóstico ultrassonográfico de anomalias fetais em centro de referência. Rev Assoc Med Bras. 2009;55(5):541-6.

57. Grandi C, Luchtenberg G, Rittler M. The contribution of birth defects to spontaneous preterm birth. Am J Perinatol. 2007;24(8):487-92.

58. Magann EF, Chauhan SP, Doherty DA, Magann MI, Morrison JC. The evidence for abandoning the amniotic fluid index in favor of the single deepest pocket. Am J Perinatol. 2007;24(9):549-55.

59. Souza AS, Andrade LR, Silva FL, Cavalcanti NA, Guerra GV. [Maternal and perinatal outcomes in women with decreased amniotic fluid]. Rev Bras Ginecol Obstet. 2013;35(8):342-8. Portuguese.

60. Noranha-Neto C, Souza AS, Moraes-Filho OB, Noranha AM. Volume do líquido amniótico associado às anomalias fetais diagnosticadas em um centro de referência do nordeste brasileiro. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009;31(4):164-70.

61. Parlakgumus HA, Iskender C, Aytac PC, Tarim E. Do intrauterine growth restricted fetuses of the hypertensive and normotensive mothers differ from each other. Arch Gynecol Obstet. 2012;286(5):1147-51.

62. Gallarreta FM, Martins WP, Moraes EN, Nicolau LG, Barra DA, Mauad-Filho F. Aspectos atuais da oligodramnia avaliada pela ecografia e pelos resultados perinatais. Femina. 2009;37(8):443-7.

63. Nicolaidis KH, Duarte LB, Marcolim AC, Duarte G. Rastreamento para anomalias cromossômicas no primeiro trimestre da gestação. Rev Bras Ginecol Obstet. 2007;29(12):647-53.

64. Pares DB. Rastreamento bioquímico das aneuploidias no primeiro trimestre da gravidez. In: Moron AF, Camano L, Kulay Jr. L. Obstetrícia. São Paulo: Manole; 2011. p. 1527-31.

65. Nicolaidis KH, Spencer K, Avgidou K, Faiola S, Falcon O. Multicenter study of first-trimester screening for trisomy 21 in 75 821 pregnancies: results and estimation of the potential impact of individual risk-orientated two-stage first-trimester screening. Ultrasound Obstet Gynecol. 2005;25(3):221-6.

66. Lopes AC, Pimentel K, Toralles MB, Almeida AM, Lopes LV, Júnior EA, et al. Study of nuchal translucency, ductus venosus, nasal bone and maternal age for detection of fetal chromosomal disorders in a high-risk population. Radiol Bras. 2008;41(2):93-7.

67. Bussamra LC. Cordocentese. In: Moron AF, Camano L, Kulay Jr. L. Obstetrícia. São Paulo: Manole; 2011. p. 1547-50.

68. Lalor JG, Devane D, Begley CM. Unexpected diagnosis of fetal abnormality: women's encounters with caregivers. *Birth*. 2007;34(1):80-8.
69. Bomfim OL, Coser O, Moreira ME. Unexpected diagnosis of fetal malformations: therapeutic itineraries. *Physis*. 2014;24(2):607-22.
70. France EF, Hunt K, Ziebland S, Wyke S. What parents say about disclosing the end of their pregnancy due to fetal abnormality. *Midwifery*. 2013;29(1):24-32.
71. Kersting A, Kroker K, Steinhard J, Lüdorff K, Wesselmann U, Ohrmann P, et al. Complicated grief after traumatic loss: a 14-month follow up study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2007;257(8):437-43.
72. Cowchock FS, Ellestad SE, Meador KG, Koenig HG, Hooten EG, Swamy GK. Religiosity is an important part of coping with grief in pregnancy after a traumatic second trimester loss. *J Relig Health*. 2011;50(4):901-10.
73. Shear MK, Simon N, Wall M, Zisook S, Neimeyer R, Duan N, et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety*. 2011;28(2):103-17.
74. Aite L, Zaccara A, Trucchi A, Brizzi C, Nahom A, Iacobelli B, et al. When uncertainty generates more anxiety than severity: the prenatal experience with cystic adenomatoid malformation of the lung. *J Perinat Med*. 2009;37(5):539-42.
75. Costa JB, Marcon SS, Rossi RM. Transtorno de estresse pós-traumático e a presença de recordações referentes à unidade de terapia intensiva. *J Bras Psiquiatr*. 2012;61(1):13-9.
76. Oliveira VJ, Westphal F, Abrahão RA. Impacto do desfecho neonatal em puérperas de recém-nascidos portadores de anomalia congênita. *Cogitare Enferm*. 2015;20(2):360-7.
77. Saporta J. Psychodynamic psychotherapy for PTSD. *J Clin Psychiatry*. 2000;61(10):787; author reply 788.

11 ANEXOS

11.1 Anexo 1 - Escala do Impacto do Evento-Revisada

Escala do Impacto do Evento-Revisada (IES-R)

Listamos abaixo as dificuldades que as pessoas algumas vezes apresentam, após passar por eventos estressantes. Com relação às memórias do evento estressor (Diagnóstico de Anomalia Congênita), por favor, leia cada item abaixo e depois marque com um X a coluna que melhor corresponde a seu nível de estresse, nos últimos 7 dias.

	Nenhum pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1. Qualquer lembrança trazia de volta sentimentos sobre a situação	0	1	2	3	4
2. Eu tinha problemas em manter o sono	0	1	2	3	4
3. Os acontecimentos faziam com que eu ficasse pensando sobre a situação	0	1	2	3	4
4. Eu me sentia irritável e bravo	0	1	2	3	4
5. Eu evitava ficar chateado quando pensava sobre a situação ou era lembrado dela	0	1	2	3	4

6. Eu pensava sobre a situação mesmo quando não tinha intenção de pensar	0	1	2	3	4
7. Eu sentia como se não tivesse passado pela situação ou como se não fosse real	0	1	2	3	4
8. Eu me mantive longe de coisas que pudesse relembrar a situação	0	1	2	3	4
9. Imagens sobre a situação saltavam em minha mente	0	1	2	3	4
10. Eu ficava sobressaltado e facilmente alarmado	0	1	2	3	4
11. Eu tentei não pensar sobre a situação	0	1	2	3	4
12. Eu sabia que ainda tinha muitas emoções ligadas à situação, mas as evitei	0	1	2	3	4
13. Meus sentimentos sobre a situação estavam como que entorpecidos	0	1	2	3	4

14. Eu me peguei agindo ou sentindo como que se estivesse de volta a situação	0	1	2	3	4
15. Eu tive problemas para dormir	0	1	2	3	4
16. Eu tive ondas de fortes emoções relativas à situação	0	1	2	3	4
17. Eu tentei retirar a situação da minha memória	0	1	2	3	4
18. Eu tive problemas de concentração	0	1	2	3	4
19. Lembranças da situação faziam com que eu tivesse reações físicas, como suores, problemas para respirar, náuseas e o coração disparado	0	1	2	3	4
20. Eu tive sonhos sobre a situação	0	1	2	3	4
21. Eu me sentia atento ou na defensiva	0	1	2	3	4
22. Eu tentei não falar sobre a situação	0	1	2	3	4

11.2 Anexo 2 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP/ HOSPITAL SÃO PAULO 																
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP																
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA																
Título da Pesquisa: Avaliação do impacto do diagnóstico de malformação fetal em gestantes																
Pesquisador: Tatiana Corradini Rodrigues																
Área Temática:																
Versão: 2																
CAAE: 19776613.0.0000.5505																
Instituição Proponente: Escola Paulista de Enfermagem																
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio																
DADOS DO PARECER																
Número do Parecer: 449.061																
Data da Relatoria: 08/11/2013																
Apresentação do Projeto:																
Conforme Parecer CEP. 394.396 de 13/9/2013																
Objetivo da Pesquisa:																
Conforme Parecer CEP. 394.396 de 13/9/2013																
Avaliação dos Riscos e Benefícios:																
Conforme Parecer CEP. 394.396 de 13/9/2013																
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:																
Conforme Parecer CEP. 394.396 de 13/9/2013																
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:																
Trata-se de resposta de pendência																
Recomendações:																
Não se aplica																
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:																
pendência apontada no parecer inicial:																
 1. Favor mencionar no TCLE o endereço do CEP para o caso de os participantes tiverem dúvidas em relação à questão ética;																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td colspan="4">Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14</td></tr><tr><td colspan="2">Bairro: VILA CLEMENTINO</td><td colspan="2">CEP: 04.023-061</td></tr><tr><td>UF: SP</td><td>Município: SÃO PAULO</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>Telefone: (11)5539-7162</td><td>Fax: (11)5571-1062</td><td colspan="2">E-mail: cepunifesp@unifesp.br</td></tr></table>	Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14				Bairro: VILA CLEMENTINO		CEP: 04.023-061		UF: SP	Município: SÃO PAULO			Telefone: (11)5539-7162	Fax: (11)5571-1062	E-mail: cepunifesp@unifesp.br	
Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14																
Bairro: VILA CLEMENTINO		CEP: 04.023-061														
UF: SP	Município: SÃO PAULO															
Telefone: (11)5539-7162	Fax: (11)5571-1062	E-mail: cepunifesp@unifesp.br														

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



Continuação do Parecer: 449.061

resposta: novo TCLE apresentado - PENDENCIA ATENDIDA

2. Não foi apresentado o questionário e ou roteiro das entrevistas.

resposta: questionário anexado - PENDENCIA ATENDIDA

retirar o estudo da área temática especial pois de acordo com a res. 466/12 não existe essa necessidade de envio.

Resposta: pesquisa reclassificada. - PENDENCIA ATENDIDA.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer acatado e liberado "ad referendum".

SAO PAULO, 06 de Novembro de 2013

Assinador por:

José Osmar Medina Pestana
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5539-7162

Fax: (11)5571-1062

E-mail: cepunifesp@unifesp.br

11.3 Anexo 3 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo sobre Mudança de Pesquisador Responsável



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

São Paulo, 11 de abril de 2016.

Ilma. Sra.

Pesquisadora: Tatiana Corradini Rodrigues
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

Ref.: Projeto CAAE 19776613.0.0000.5505

Projeto de pesquisa "Avaliação do impacto do diagnóstico de malformação fetal em gestantes".

Prezado(a) Pesquisador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo
ANALISOU E APROVOU a solicitação de troca de investigador principal.

NOVO PESQUISADOR : Michelle Alves Viana Aguiar – CPF: 021.089.785-69

Atenciosamente,

Prof. Dr. Miguel Roberto Jorge
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
UNIFESP/HSP

Prof. Dr. Miguel Roberto Jorge
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

Rua Botucatu, 572 - 1º andar – conj. 14 - CEP 04023-062 - São Paulo / Brasil
Tel.: (011) 5571-1062 - 5539.7162

11.4 Anexo 4 - Autorização para Coleta de Dados



Universidade Federal de São Paulo
Departamento de Obstetrícia
Disciplina de Medicina Fetal
Casa da Saúde da Mulher "Prof. Dr. Domingos Delásio"

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

AUTORIZAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL EM GESTANTES

Pesquisadores: Tatiana Corradini Rodrigues e Michelle Alves Viana Aguiar

Orientadora: Prof^ª Dr^a Anelise Riedel Abrahão

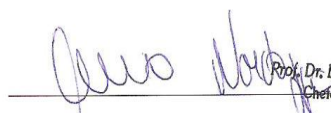
Coorientadora: Prof^ª Dr^a Sara Bottino

Pelo presente instrumento, autorizo os pesquisadores acima a utilizarem o espaço da Casa da Saúde da Mulher "Prof. Dr. Domingos Delásio" da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), com o objetivo de coletar os dados necessários para a referida pesquisa.

Fica aqui registrado que os pesquisadores se comprometem a respeitar a privacidade dos pacientes e a não divulgar qualquer informação que possa levar à identificação dos mesmos, cuja identidade será, então, mantida em sigilo.

Esta autorização e a respectiva coleta de dados serão válidas somente após a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/ Unifesp.

São Paulo, 04 de Outubro de 2013



Prof. Dr. Luciano M. M. Nardozza
Chefe Depto. Obstetrícia

Prof. Dr. Luciano M. M. Nardozza
Chefe do Departamento da Obstetrícia da Unifesp

12 APÊNDICES

12.1 Apêndice 1 – Questionário

Instrumento de coleta de dados socioeconômicos/ demográficos e obstétricos de gestantes com diagnóstico de anomalia congênita

Iniciais do Nome: _____ Registro Hospitalar: _____

Encaminhada: () Setor interno (UNIFESP) () Convênio () SUS

I. DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

Idade (anos): _____ Data de nascimento: ____/____/____

Cor: () branca () preta () parda () outro

Escolaridade:

() sem instrução e fundamental incompleto

() fundamental completo e médio incompleto

() médio completo e superior incompleto

() superior completo

Religião: () católica () evangélica () espírita () sem religião

Estado Civil: () solteira () casada () divorciada () viúva

Estado conjugal: () vive em união () não vive em união

Profissão: _____ Ocupação Atual: _____

II. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Gestação: _____ Parto: _____ Aborto: _____

III. DADOS DE ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES DE ANOMALIA CONGÊNITA

História de anomalia congênita em gestação anterior:

() Não () Sim. Qual: _____

História de anomalia congênita na família

Materna () Não () Sim. Qual: _____

Paterna () Não () Sim. Qual: _____

III. DADOS OBSTÉTRICOS E FETAIS

DUM: ____/____/____ DPP: ____/____/____ IG: _____

Características individuais e diagnósticos obstétricos:

- () IMA () Adolescente
() Diabetes Gestacional () Síndromes Hipertensivas da Gravidez
() RPM () DPP () Infecção Urinária
() Polidrâmnio () Oligoidrâmnio () Anidrâmnio

Outros: _____

Diagnósticos de anomalia congênita:

- () Anencefalia () Sistema Nervoso*
() Aparelho Circulatório () Aparelho Urinário
() Aparelho Digestivo () Aparelho Respiratório
() Aparelho Osteomuscular () órgãos genitais
() do olho, do ouvido, da face e do pescoço
() fenda labial e palatina
() Síndrome Cromossômica

Diagnóstico de anomalia congênita:

- () Inviável (anencefalia; outras anomalias congênitas associadas com hipoplasia pulmonar severa; trissomia do cromossomo 13 e 18)
() Viável (anomalia congênita sem associação com hipoplasia pulmonar severa)

Trimestre do diagnóstico de anomalia congênita:

- () 1º trimestre () 2º trimestre () 3º trimestre

Idade Gestacional de Chegada:

- () até 13 semanas () 14 a 24 sem () 25 a 32 sem () 33 a 41 6/7 sem

Tempo da notícia do diagnóstico de anomalia congênita (em dias): _____

Após o diagnóstico de anomalia congênita pensou em interromper a gestação?
() Não () Sim. Há quanto tempo (em dias)? _____

Gestação: Planejada () Sim () Não

Desejada () Sim () Não

Exames e procedimento(s) invasivos para diagnóstico de anomalia congênita:

() Ultrassonografia

() Neurossonografia

() Ecografia fetal

() Ressonância magnética fetal

() Biópsia de vilo-coriônico

() Amniocentese

() Cordocentese

Outro(s): _____

***Excluir Anencefalia**

12.2 Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar de um estudo com o objetivo de avaliar o estresse pós-traumático em gestante com diagnóstico de anomalia congênita. Trata-se de um projeto de pesquisa desenvolvido no Curso de Mestrado na linha de pesquisa de Cuidado de Enfermagem e Saúde na Dimensão Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) pela mestrandia Michelle Alves Viana Aguiar sob a orientação da Prof^a Dr^a Anelise Riedel Abrahão e coorientação da Prof^a Dr^a Sara Mota Borges Bottino.

O trabalho requer a participação voluntária de gestantes com diagnóstico de malformação de fetos viáveis e inviáveis para responderem o questionário-entrevista pessoal contendo questões socioeconômicas e relacionadas ao diagnóstico obstétrico e de anomalia congênita. Em seguida será aplicada a Escala do Impacto do Evento-Revisada (IES-R) para avaliar sintomas do estresse pós-traumático.

O estudo não oferece riscos morais, físicos, biológicos, financeiros ou religiosos às participantes. Poderá promover como benefício à possibilidade de tornar o momento da aplicação do instrumento de pesquisa um espaço favorável à orientação do diagnóstico. Será preservada a privacidade e o anonimato, bem como o direito de aceitar ou não participar desta pesquisa e poder desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa. Todas essas recomendações estão de acordo com a Resolução n. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

Os resultados serão apresentados para uma banca examinadora com a finalidade de obter o título de mestre em enfermagem e, ocasionalmente, em eventos científico-acadêmicos, além de ser publicado em artigos científicos. Você não receberá benefícios financeiros por sua participação nesse estudo. Entretanto, ficará com uma cópia desse documento devidamente assinada pelas pesquisadoras. As despesas do projeto estão a cargo da pesquisadora.

Qualquer dúvida ou problema que venha ocorrer durante este estudo, você

poderá entrar em contato com a autora Michelle (11) 953661444/
michelleenfa@gmail.com. Contato do Comitê de Ética em Pesquisa da Unifesp (CEP):
Rua Botucatu, 572, 1º andar, conjunto 14, CEP 04023-061, São Paulo; Tel: 55 (11)
5571-1062 / Fax: 55 (11) 5539-7162. e-mail:cepunifesp@unifesp.br e horário de
atendimento: das 9:00 as 13:00h.

São Paulo, ____/____/____.

Assinatura da participante:_____

Assinatura da pesquisadora:_____

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Normas para teses e dissertação [internet]. 2a ed. rev. e corrigida. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Biblioteca Antônio Rubino de Azevedo, Coordenação de Cursos; 2015 [cited 2016 May 26]. Available from: <http://www.bibliotecacsp.unifesp.br/Documentos-Apostila/normas-para-teses-e-dissertações>