

ELIANA APARECIDA TORREZAN

**O EFEITO DO CONTROLE DE STRESS NO
RESULTADO DA GRAVIDEZ**

PUC CAMPINAS

1999

ELIANA APARECIDA TORREZAN

**O EFEITO DO CONTROLE DE STRESSS NO
RESULTADO DA GRAVIDEZ**

PUC CAMPINAS

1999

ELIANA APARECIDA TORREZAN

**O EFEITO DO CONTROLE DE STRESS
NO RESULTADO DA GRAVIDEZ**

Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Psicologia, do Instituto de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica Campinas, como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Doutor em Psicologia.

Orientadora: Dra Marilda Emmanuel Novaes Lipp

PUC CAMPINAS

1999

ELIANA APARECIDA TORREZAN

O EFEITO DO CONTROLE DE STRESS

NO RESULTADO DA GRAVIDEZ

Jaysse Maria Borja Mendes

E. Leino Silva

Lucas

Maísa Kowalski

**PUC Campinas
1999**

Em especial, dedico este trabalho:

À meus pais, Pedro e Clélia, por terem ensinado a lutar pelos meus objetivos.

Ao meu noivo, Orlando, que acompanhou todas as etapas deste trabalho e esteve sempre presente nos momentos difíceis, incentivando, motivando e torcendo pelas minhas conquistas.

À meu irmão, Neivaldo, por incentivar e apoiar meus ideais.

AGRADECIMENTOS

Em especial, à Dra Marilda E. N. Lipp, minha orientadora e amiga, pela sabedoria, competência, compreensão e dedicação em orientar este trabalho. E pelo incentivo e apoio em todos os momentos.

Às Dras Vera Cury e Elizabeth A. P. Souza pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

À Profa Diana T. Lalon, que apoiou e contribuiu para a realização da coleta de dados no hospital da PUC Campinas.

À Psicóloga Karina C. Magalhães pela disposição em colaborar nas sessões de tratamento em grupo, desta pesquisa.

Às Assistentes Sociais, Graça e Cláudia, e as estagiárias do Serviço Social do hospital da PUC Campinas, que colaboraram na coleta dos dados.

Às secretárias do Serviço de Psicologia e Obstetrícia do hospital da PUC Campinas.

Aos profissionais, que contribuíram no programa de palestra, desta pesquisa.

Às mães que, voluntariamente, se dispuseram a participar deste estudo.

À financiadora CAPES que possibilitou a execução desta pesquisa.

ÍNDICE GERAL

Dedicatória.....	iv
Agradecimentos.....	v
Índice Geral.....	vi
Índice de Tabelas.....	vii
Índice de Quadros.....	ix
Índice de Anexos.....	x
Resumo.....	xi
Abstract.....	xiii
Apresentação.....	xv
Introdução.....	01
Stress.....	02
Estressores.....	12
Gravidez e Fatores Psicológicos.....	17
Pré-Natal.....	19
Intercorrências na Gravidez.....	23
Programas de Preparo da Gestante.....	31
Objetivos.....	41
Método.....	42
Sujeitos.....	43
Material.....	47
Procedimento.....	60
Resultados.....	66
Parte I.....	72
Parte II.....	77
Parte III.....	87
Parte IV.....	106
Parte V.....	111
Discussão.....	145
Conclusão.....	168
Referências Bibliográficas.....	172
Anexos.....	182

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Dados Biográficos - GCS.....	73
Tabela 2. Dados Biográficos - GP.....	74
Tabela 3. Dados Biográficos - GPT.....	75
Tabela 4. Médias de Fontes de Stress.....	78
Tabela 5. Fases do Stress e Sintomatologia - GCS.....	82
Tabela 6. Fases do Stress e Sintomatologia - GP.....	83
Tabela 7. Fases do Stress e Sintomatologia - GPT.....	84
Tabela 8. Número de Estratégias de Enfrentamento do Stress.....	86
Tabela 9. Início das Contrações.....	90
Tabela 10. Aumento das Contrações.....	91
Tabela 11. A Caminho do Centro Cirúrgico.....	92
Tabela 12. Dados do Recém-Nascido - GCS.....	97
Tabela 13. Dados do Recém-Nascido - GP.....	98
Tabela 14. Dados do Recém-Nascido - GPT.....	100
Tabela 15. Dados do Parto - GCS.....	103
Tabela 16. Dados do Parto - GP.....	104
Tabela 17. Dados do Parto - GPT.....	105
Tabela 18. Fase do Stress e Sintomatologia - GCS.....	107
Tabela 19. Fase do Stress e Sintomatologia - GP.....	108
Tabela 20. Fase do Stress e Sintomatologia - GPT.....	109

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Boletim de Apgar.....52

Quadro 2 - Método de Capurro.....53

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A - Projeto de Pesquisa.....	183
Anexo B - Aprovação do Projeto de Pesquisa.....	189
Anexo C - Termo de Consentimento.....	190
Anexo D - Formulário de Identificação.....	191
Anexo E - Inventário de Sintomas de Stress - ISS.....	192
Anexo F - Inventário de Comportamento Tipo A.....	194
Anexo G - Inventário de Crenças Irracionais.....	195
Anexo H - Inventário de Fontes Gestacionais.....	196
Anexo I - Inventário de Estratégias de Enfrentamento do Stress...197	
Anexo J - Formulário Situacional.....	198
Anexo K - Respostas emitidas pelas participantes no Formulário Situacional.....	199
Anexo L - Resumos dos Temas discutidos no TCS.....	208
Anexo L ₁ - Gestação.....	209
Anexo L ₂ - Stress.....	210
Anexo L ₃ - Sintomas mais frequentes do Stress na Gestação.....	212
Anexo L ₄ - Fontes do Stress.....	213
Anexo L ₅ - Qualidade de Vida.....	215
Anexo L ₆ - Exercício de Respiração Profunda.....	216
Anexo L ₇ - Relaxamento para Gestantes.....	217
Anexo L ₈ - Como Lidar com o Stress.....	220

Torrezan, E.A. (1999). O Efeito do controle de stress no resultado da gravidez. Tese de Doutorado em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica Campinas, PUC Campinas : xix - 221.

RESUMO

Este estudo objetivou investigar o efeito do treino de controle de stress (TCS) no resultado da gravidez. Participaram 30 gestantes, em três grupos de dez cada, no pré-parto. A testagem inicial avaliou o stress, as estratégias de enfrentamento e os estressores, como características do Tipo A de comportamento, crenças irracionais e fontes estressoras gestacionais. O TCS foi realizado no pré-parto com o grupo experimental (GCS). Um grupo controle (GP) assistiu a um programa de palestras variadas que não abordou aspectos psicológicos e o outro grupo controle (GPT), o de passagem do tempo, não sofreu qualquer intervenção. A avaliação pós-parto contou com a participação de 25 parturientes, e os instrumentos avaliaram o stress, os dados referentes ao RN e as respostas emitidas pelas mães quanto aos sentimentos durante as contrações uterinas, no parto, ao ver o filho e na primeira amamentação. Os resultados mostraram que 100% das gestantes se encontravam na fase de resistência do stress no pré-parto, sendo os sintomas psicológicos os mais detectados. Os estressores gestacionais foram os mais mencionados. As gestantes estavam utilizando-se de um número insuficiente de estratégias para controlarem as fontes de stress no pré-parto. O GCS apresentou uma redução significativa do stress no pós-parto, quando comparado com GP e GPT. As participantes do GCS diminuíram a sintomatologia do stress após o parto e manifestaram menos tensão durante as contrações uterinas. Verificou-se que mais mulheres do GCS foram acompanhadas ao hospital, para o parto, pelos

maridos, sugerindo um envolvimento maior destes com a gravidez. As emoções manifestadas pelas mães ao verem seus filhos e no momento da amamentação sugeriram sentimento de felicidade. Somente três RNs (GP e GPT) nasceram prematuramente e um nasceu com baixo peso (GCS). Os dados dos RNs indicaram condições de nascimento satisfatórias. Conclui-se que o TCS influenciou na redução do stress após o parto e nas dores advindas das contrações uterinas no GCS. Recomenda-se que programas de controle de stress profiláticos e de tratamento sejam usados com gestantes.

TORREZAN, E. A. (1999). Effects of stress management training on pregnancy results. Doctor Thesis on Psychology. Pontificia Universidade Católica Campinas, PUC Campinas: xix - 221.

ABSTRACT

This study had for objective to investigate the effects of stress management training on the results of pregnancy. Four months before expected delivery date, thirty pregnant women were divided into three groups of ten each, an experimental and two control groups. Regardless of the assigned group, they received regular medical care and were evaluated in regard to stress level, coping strategies and personal traits that could work as stressors during the pregnancy. The experimental group received stress management training, one of the control groups attended an number of lectures on several different topics but did not received stress management training. The other control group received only the regular medical care. After delivery, 25 of these women were evaluate in terms of stress level and were asked questions on how tense they felt during the uterine contractions, the hospitalization and the delivery. They were also questioned about their feelings when they first saw their newborn babies and during the first breast-feeding. Results showed that in the first evaluation all the women had symptoms of stress. Stressors related to the pregnancy itself were the most frequently mentioned and it was found that at that time the participants made little use of coping strategies to deal with tension. Evaluation conducted after childbirth showed that the experimental group, but not the two control groups, had a significant reduction in stress level, showing the efficacy of the stress management training they received. The experimental group also dealt better with the beginning of the delivery process and was most often taken to the hospital by the husbands which suggest a greater father involvement in the pregnancy. Three infants from the control

groups were born before the expected date, but in general they all had satisfactory births. It was concluded that the stress management training had a positive effect in reducing stress symptoms and improving birth pain control. It is recommended that stress management training be made part of preventive treatments for pregnant women.

APRESENTAÇÃO

A inquietação para se responder a uma pergunta é o ponto de partida para se fazer uma pesquisa. A preocupação ao se estudar um tema faz com que uma revisão na literatura aconteça a fim de se saber o que já é conhecido a respeito de determinada hipótese de trabalho. Com o objetivo de se obterem informações a cerca dos métodos existentes de preparação da gestante para o parto, descobriu-se que por volta de 1933, Read começou a assinalar a importância dos fatores psicológicos durante a parturição. A partir de sua proposta - a tríade medo-tensão-dor -, outros pesquisadores criaram programas de assistência à mulher grávida durante o período gestacional e no parto. O levantamento bibliográfico, mais precisamente com Spielberger (1979), revela que qualquer estágio do desenvolvimento humano pode propiciar o aparecimento do stress, inclusive a gestação. Alguns autores elaboraram teorias sobre a reação estressante e o aparecimento de doenças, isto, desde 1925, quando Selye denominou de Síndrome de Adaptação Geral a um conjunto de respostas normais e patológicas fornecidas pelo organismo, frente

a um agente estressor. Enfim, a revisão na literatura fundamenta a introdução teórica para o enfoque deste estudo sobre o treino de controle de stress e da sua influência no resultado da gravidez.

Detalha-se o método de pesquisa em termos dos critérios que consistiram na seleção dos sujeitos para a pesquisa, bem como nos instrumentos usados para a testagem das variáveis estudadas. Os elementos que determinaram o grupo de gestantes que participou da investigação, buscaram delimitar uma amostra da população de mulheres grávidas atendidas por um Serviço público de atendimento médico. Os materiais que promoveram a realização da coleta de dados foram analisados quanto ao propósito de avaliação e adequação ao enfoque do trabalho. O manual do treino de controle de stress baseia-se nos estudos de Lipp (1984 e 1989b) e Lipp et al (1997) sobre estratégias de enfrentamento do stress. O procedimento descreve a situação em que ocorreu a coleta dos dados, em outras palavras, o planejamento utilizado para desenhar o percurso da pesquisa. Os resultados apresentam um relato descritivo do que se encontrou nas avaliações realizadas com as participantes, em dois momentos, o pré e o pós-parto. Adicionalmente, revela-se os dados obtidos através das entrevistas a respeito dos sentimentos manifestados pelas parturientes logo após o nascimento de seus filhos. O tratamento estatístico e as análises qualitativas fazem parte dos resultados. A discussão compara os resultados encontrados com o que já existe na literatura e com os objetivos propostos para o estudo, além de comentar sobre o grupo que recebeu e o que não recebeu o treino de controle de stress e suas implicações identificadas. A eficiência do tratamento de stress em alguns especialidades, como a de pacientes portadores de psoríase e hipertensão já demonstrada nos trabalhos de Lipp et al (1991a e 1991b), mas, com gestantes, até o presente

momento, não se encontrou registro, portanto essa investigação pode sugerir informações que auxiliem os profissionais a trabalharem com esta classe da população. A conclusão fecha o estudo e apresenta a resposta à pergunta elaborada inicialmente, além de fornecer as implicações e contribuições para a comunidade e para a ciência. Apresenta-se os resultados de forma a demonstrarem se, realmente, o controle de stress auxiliou ou não as participantes. As referências bibliográficas revelam os trabalhos existentes na área e também fornecem material para estudos e discussões. Apresentou-se a presente pesquisa de maneira objetiva e sintetizada no resumo. O abstract oferece condições para que o leitor conheça o estudo, e também é um meio de favorecer a revisão da literatura para autores que querem se inteirar de tal assunto.

Este trabalho é sustentado por justificativas científica, social e pessoal, que revelam a importância e o desejo de se estudar o stress na gravidez.

JUSTIFICATIVA

CIENTÍFICA E SOCIAL

A população em geral sofre consequências da tensão do dia-a-dia e, principalmente, as mulheres grávidas que, além do stress comum a todos, têm preocupações, ansiedades, temores advindos da condição gestacional.

O indivíduo que tem dificuldade em controlar as tensões ou não possui estratégias para o enfrentamento, pode manifestar uma série de sintomas que indicam que o stress ultrapassou a resistência de seu organismo.

Estudos recentes apresentam os efeitos do estado tensional em animais e seres humanos.

O estilo de vida da pessoa influencia a intensidade da tensão. Algumas categorias de indivíduos já foram estudadas, como crianças, mulheres, gestantes, executivos, profissionais liberais, pacientes hipertensos, psoriáticos, obesos entre outros.

Convém ressaltar que a gestação é uma fase de mudanças física e emocional para a mulher e também para os membros da família, pois um filho está por vir e fará parte dessa estrutura familiar. Manter a gestante em um estado de bem-estar é importante. Ela se comunica com o feto, via placenta e esse processo garante trocas fisiológicas, as quais envolvem a alimentação e proteção. As alterações químicas no corpo da mulher podem se originar através de respostas emocionais as quais são transmitidas para o bebê. Desse modo, torna-se relevante propiciar que a gestante identifique e saiba enfrentar os efeitos do stress, cujo controle, sem dúvida, poderá beneficiar ambos, a mãe e o filho no seu desenvolvimento.

A Dissertação de Mestrado realizada por esta pesquisadora (1994) com mulheres grávidas multíparas levantou informações sobre a incidência do stress, dos sintomas tanto psicológicos como físicos, das fontes estressoras e das estratégias usadas por elas para gerenciar o stress. Os resultados mostraram alta prevalência do stress entre os sujeitos analisados. O stress excessivo encontrado na amostra indicou a necessidade de tratamento e sugeriu-se que programas de manejo do stress fossem administrados, a nível profilático, em mulheres que desejam ficar ou que estejam grávidas. O presente trabalho responde a essa necessidade detectada.

PESSOAL

Não há dúvida de que a gestação é um tema que merece especial atenção, visto ser o momento em que a mulher está gerando um novo ser humano. A experiência profissional da pesquisadora forneceu subsídios para observar e identificar alguns sinais, sintomas, atitudes, comportamentos manifestados por essas mulheres os quais caracterizavam um quadro de stress. Este fato motivou o interesse em pesquisar a relação que pudesse existir entre o desenvolvimento do ciclo gravídico e a reação estressante. A idéia incentivou, e em acordo com a orientadora da pesquisadora buscou-se aprofundar o assunto através da pesquisa, a qual é descrita em Dissertação de Mestrado. Os dados obtidos mostraram um alto índice de stress em gestantes, sendo que os sintomas psicológicos foram os mais mencionados por elas. Verificou-se a presença de fontes de stress relativas a gestação, bem como a notificação de crenças irracionais e do padrão de comportamento Tipo A. As gestantes relevaram sentir falta de suporte emocional por parte do parceiro durante a gestação. O trabalho também mostrou que as estratégias usadas pelas grávidas eram insuficientes ou inadequadas frente à alta demanda de estressores. A conclusão do estudo motivou novas pesquisas a respeito do stress, bem como a elaborar um programa específico de controle de stress para gestantes. A PUC Campinas tem se sobressaído em temas que estudam os vários ângulos do stress. O presente trabalho pretendeu aprofundar e expandir a gama de conhecimentos nesta área, começando-se pela gênese do ser humano, a gestação.

INTRODUÇÃO

STRESS

A palavra stress de origem latina, vem do verbo “stringo”, que significa apertar cerrar, comprimir, espreitar, restringir, diminuir e reduzir, de acordo com o dicionário Webster’s (1950). No século XVII, o termo passou a ser utilizado para designar angústia, opressão, injustiça e adversidade. Posteriormente, nos séculos XVIII e XIX, o vocábulo era usado para denotar opressão ou uma forte influência atuando sobre um objeto físico ou uma pessoa (Spielberger, 1979). A tradução mais próxima para o português foi, por muito tempo, tensão (Lipp, 1984). A utilização da palavra em inglês “stress” fez com que, no léxico português, ela recebesse a forma de estresse, que significa conjunto de reações do organismo a agressões de ordem física, psíquica, infecciosa e outras, capazes de perturbar-lhe a homeostase (Ferreira et al 1988). Dez anos mais tarde, o dicionário Larousse (1998) menciona que stress é o conjunto de respostas fisiológicas do organismo frente a uma agressão, que pode ser de qualquer natureza, como um emoção, um alteração térmica, um choque traumático, um doença ou uma cirurgia. Atualmente, é mais comum se encontrar a grafia “stress” na literatura científica brasileira e a grafia “estresse” em artigos de divulgação.

Na área da saúde a palavra stress foi mencionada pela primeira vez, em 1925, por Selye, estudante de medicina, na Universidade de Praga, que analisou respostas normais e patológicas dos pacientes atendidos nos ambulatórios, chamando-as de stress. O conceito tinha o objetivo de investigar a tensão do organismo frente a um agente estressor: agressão, estados tóxicos e influências patológicas. Após realizar muitos estudos experimentais, denominou de "Síndrome de Adaptação Geral", a somatória das reações corporais resultantes da exposição às fontes de stress, a qual compreende três estágios principais (Selye, 1965):

1) Estágio de Alarme: Quando o organismo é exposto a uma situação produtora de tensão, ele se prepara para a ação, através da mobilização de alterações bioquímicas, compreendendo as reações de "luta e fuga" definidas por Cannon (1953). Um aumento basal do tônus muscular esquelético surge logo de início, devido à liberação das catecolaminas, preparando o indivíduo para possíveis atividades físicas. Dessa forma, o corpo precisa de glicose sanguínea, pois aquele não é eficiente no armazenamento da mesma, sob forma de glicogênio. Ressalta-se que a glicemia, além de outros nutrientes, como aminoácidos, sais e vitaminas são indispensáveis para sustentar o aumento de atividade. O hipotálamo ativa o sistema nervoso simpático, o qual é responsável por um acréscimo geral das respostas, tais como: elevação a) da frequência cardíaca e da força de contração ventricular; b) da pressão arterial; c) do fluxo sanguíneo para músculos ativos e ao mesmo tempo diminuição da condução do sangue para órgãos não necessários para aquela atividade; d) da glicemia; e) do metabolismo celular em todo o corpo; f) da glicólise; g) da força muscular; h) da atividade mental e i) da coagulação sanguínea (Cortez-Maghelly, 1991).

No sistema endócrino, a supra-renal é uma das glândulas mais importantes no estado de stress. A camada medular da supra-renal secreta catecolaminas (adrenalina e pequena quantidade de noradrenalina), liberadas durante situações emergências e de stress. O córtex da supra-renal libera os corticosteróides: os mineralocorticóides, os glicocorticóides e os andrógenos. Os glicocorticóides (GC) são os que têm importância primária nos estados de stress. A taxa de GC no sangue é que vai regular a liberação do hormônio adrenocorticotrófico (ou ACTH), que, por sua vez, vai controlar a segregação do primeiro (GC). O efeito mais pronunciado do cortisol é a capacidade de aumentar a taxa de glicose sanguínea. Ele também tem ação sobre os sistemas cardiovascular e nervoso central, além de outras glândulas e respostas inflamatórias e imunológicas (Cortez-Maghelly, 1991).

Nas situações de stress e emergências, todas essas alterações bioquímicas ocorrem. Quando o agente estressor, ou seja, o que está gerando o stress não é eliminado, o organismo passa ao estágio de resistência.

2) Estágio de Resistência: Nessa fase o indivíduo, automaticamente, utiliza energia adaptativa para se reequilibrar. Quando o consegue, os sinais iniciais (das reações bioquímicas) desaparecem e o indivíduo tem a impressão de que melhorou. A sensação de desgaste generalizado, sem causa aparente, e as dificuldades com a memória, ocorrem nesse estágio, mas, muitas vezes, não são identificadas pelo indivíduo, em situações de stress excessivo. A nível fisiológico muitas mudanças ocorrem, principalmente, em termos do funcionamento das glândulas supra-renais: a medula diminui a sua produção de adrenalina e o córtex produz mais corticosteróides. Quando a pessoa permanece nessa fase por um período longo, o processo de stress se desenvolve na direção mais crítica: o estágio de exaustão. No final da resistência, o

organismo pode apresentar várias doenças, como: herpes simples, psoríase, picos de hipertensão e diabete, nos indivíduos geneticamente predispostos a ele. Retração das gengivas, gripes, tonturas, sensação de estar levitando e redução da libido também podem ocorrer nos indivíduos sob o stress excessivo (Lipp & Malagris, 1995).

Quando o estressor permanece atuante por muito tempo, ou quando muitas fontes de stress ocorrem simultaneamente, a reação do organismo progride para a fase de exaustão.

3) Estágio de Exaustão: Observa-se nesse estágio que há um aumento das estruturas linfáticas, a exaustão psicológica e a física se manifestam e em alguns casos a morte pode ocorrer. Nessa fase, ou próximo a ela, as doenças aparecem com muita frequência, tanto a nível psicológico, em forma de depressão, ansiedade aguda, incapacidade de tomar decisões, vontade de fugir de tudo, autódvida, irritabilidade; como também a nível físico, isto é como alterações orgânicas, hipertensão arterial essencial, úlcera gástrica, retração de gengivas, psoríase, vitiligo e diabete. Convém observar que o stress não é o elemento patogênico das doenças, ele conduz a um enfraquecimento do somático e do psicológico de tal modo que aquelas patologias programadas geneticamente se manifestam devido ao estado de exaustão presente (Lipp & Malagris, 1995).

Nas várias definições do termo stress encontradas na literatura como por exemplo as de Selye (1965), Everly & Rosenfeld (1981), Lipp (1984), Witkin-Lanoil (1985), Lipp & Malagris (1995), Molina (1996) e CID - 10 (1997), observa-se que há coerência sobre seu conceito, uma vez que todas as explicações apontam para a necessidade do corpo se adaptar a certas situações de tensão, e que o processo envolve alterações psicofisiológicas.

Lipp & Malagris (1995) mencionam que o stress é uma reação do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos, cuja ontogênese advém das mudanças psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que, de um modo ou de outro, a irrite, amedronte, excite ou confunda, ou mesmo que a faça imensamente feliz.

O que pode ser verificado é que, não somente as situações consideradas ruins, mas também as boas desencadeiam as reações de stress. Segundo Molina (1996), o stress pode ser definido como qualquer situação de tensão aguda ou crônica que produz uma mudança no comportamento físico, no estado emocional do indivíduo, ocorrendo uma resposta de adaptação psicofisiológica que pode ser negativa ou positiva para o organismo. Desse modo, a área fisiológica e a comportamental da pessoa são afetadas. Essa reação de stress também está inserida na Classificação Internacional das Doenças (CID - 10, 1997). O CID - 10 inclui o stress na categoria (F- 43) Reações ao "stress" e transtornos de adaptação. "Esta categoria difere das outras na medida em que sua definição não repousa exclusivamente na sintomatologia e evolução, mas igualmente na existência de um ou outro dos dois fatores causais seguintes: um acontecimento particularmente estressante desencadeia uma reação de 'stress' aguda, ou uma alteração particularmente marcante na vida do sujeito, que comportam consequências desagradáveis e duradouras e levam a um transtorno de adaptação. Embora fatores de 'stress' psicossociais, relativamente pouco graves, possam precipitar a ocorrência de um grande número de transtornos, ou influenciar-lhes o quadro clínico, nem sempre é possível atribuir-lhes um papel etiológico, tanto mais que é necessário levar em consideração fatores de vulnerabilidades, frequentemente idiossincráticos, próprios de cada indivíduo, em outros termos, estes fatores

não são nem suficientes para explicar a ocorrência e a natureza do transtorno observado. Admite-se sob a categoria F-43 que a ocorrência seja sempre a consequência direta de um 'stress' agudo importante ou de um traumatismo persistente. O acontecimento estressante ou as circunstâncias penosas persistentes constituem o fator causal primário e essencial, na ausência do qual o transtorno não teria ocorrido" (pp 335 - 336).

Convém notar que o processo de stress se desenvolve através de uma estimulação, ou seja, um agente estressor que provoque uma resposta do organismo. Ressalta-se que diferentes modelos teóricos procuram fazer uma relação entre stress e doença. Embora existam diversos modelos teóricos que tentam explicar a reação do stress, eles concordam que o órgão-alvo é o resultado da estimulação excessivamente frequente, intensa e prologanda. Esse órgão-alvo parece sofrer uma sobrecarga psicofísica (super estimulação), por um período muito frequente, ou intenso de grande magnitude, provocando um desgaste, um desequilíbrio homeostático que pode levar a uma disfunção e/ou doença. As teorias descritas a seguir mencionadas por Everly (1990) abordam a disfunção do organismo em função do stress.

Kraus & Raab (1961) propõem um modelo denominado "Doença Hipocinética", cujo significado é hipo = sub cinética = movimento, a saber, exercício que se refere a um amplo conjunto de doenças como resultado da falta de expressão/utilização sadia dos mecanismos fisiológicos de resposta de stress. A ausência de atividade física funciona como um desencadeador para surgimento de patologias e o risco patogênico se desenvolve devido a sobrecarga sobre o órgão-alvo. O autor enfatiza a utilização inadequada do corpo promovendo a concentração de energia em determinado órgão, debilitando-o e a somatização ocorre face à reação fisiológica provocada. Já

para Sternbach (1966), o desequilíbrio homeostático promovido pela reação estressante seria o eliciador das doenças. O autor propõe, em um primeiro momento, a estereotipia de respostas, que seria uma tendência individual a exibir padrões reativos psicofisiológicos para uma variedade de estímulos estressantes. O segundo passo se refere à frequente estimulação de stress, o qual promove a falha na recuperação homeostática. O desgaste do órgão-alvo favorece, assim, as reações patológicas.

O modelo comportamental de Lachman (1972) propõe uma teoria da aprendizagem autonômica. Tal teoria sugere que o aparecimento de manifestações psicossomáticas decorre do resultado de reações frequentes ou prolongadas, via estimulação de receptores. Afirma, também, que os fatores biológicos e aprendidos interagem para estabelecer padrões predisponentes de estimulação do órgão-alvo e que a aprendizagem emocional e autônoma desempenha um importante papel na sua excitação. A indicação da estrutura a ser afetada na reação psicossomática dependerá da condição biológica (influências genéticas ou ambientais); do limiar de reatividade inicial e de fatores de aprendizagem, que afetam essa ativação em um sistema do organismo. Quando a estimulação for excessivamente intensa ou crônica, o corpo se enfraquecerá, estando vulnerável ao aparecimento da doença. Esta abordagem concorda em parte com Kraus & Raab (1961) e Sternbach (1966) no que diz respeito ao mecanismo fisiológico da resposta de stress, pois o primeiro autor sustenta a falta de movimentação física que resulta no déficit fisiológico e torna o organismo suscetível ao stress e o segundo especialista enfatiza a predisposição psicofisiológica para algumas pessoas adoecerem frente a um estado estressante. Porém, para Lachman, também importa

analisar-se a constituição genética que pode ou não favorecer a reação de stress.

É bom lembrar que a Síndrome de Adaptação Geral (GAS) de Selye apresenta, como mecanismo reacional, as alterações neuroendócrinas e endócrinas, especialmente o hormônio adrenocorticotrófico ou ACTH em momentos de stress. A manutenção crônica do estágio de resistência produz um esgotamento de energia adaptativa e a manifestação da doença relacionada ao stress ocorre como resultado de uma diminuição dos recursos fisiológicos de estabilização e a subsequente exaustão do órgão-alvo, a qual decorre do stress excessivo (Selye, 1974). Este processo ajusta-se à reação neural referida por Everly & Benson (1989) para explicar a resposta de stress.

A abordagem de Schwartz (1977) sugere que, quando o ambiente (Estágio 1) exige demais do indivíduo, o cérebro (Estágio 2) desempenha as funções reguladoras necessárias para satisfazer as demandas específicas. Dependendo da natureza da demanda de stress envolvida, certamente sistemas corporais (Estágio 3) serão ativados, enquanto outros podem ser simultaneamente inibidos. Contudo, se este processo é sustentado até o ponto em que o tecido sofre deterioração ou dano, os laços de feedback negativo (Estágio 4) do mecanismo homeostático, normalmente pressionarão o cérebro a modificar as diretivas para auxiliar o órgão afligido (p. 76). Desse modo, os laços de feedback negativo descritos por Schwartz dominam o meio fisiológico normal e são necessários para o funcionamento efetivo e adaptativo. O autor menciona que esse mecanismo de desregulação, nos processos homeostáticos do Estágio 4, podem levar a uma série de doenças relacionadas ao stress, através da super-estimulação do órgão-alvo. A desconexão de qualquer mecanismo de feedback, do ponto de vista de sistema,

é capaz de levar ao desequilíbrio e assim, à doença. O último estágio dessa teoria compartilha dos postulados da Síndrome de Adaptação Geral de Selye (1974) em que a estimulação crônica reduz a energia adaptativa, promovendo a disfunção homeostática do organismo.

O modelo de "Desordens de Estimulação" de Everly & Benson (1989) propõe uma ligação entre as doenças relacionadas ao stress, com base no fenômeno de hipersensibilidade límbica. Este fenômeno de hipersensibilidade límbica consiste em uma maior propensão para a ativação de eferentes cognitivos e afetivos na resposta ao stress. A ativação excessivamente frequente, crônica ou intensa do órgão-alvo, devido a excitabilidade límbica, pode exaurir-lo, prejudicando seu funcionamento adequado. Os referidos autores se baseiam na ativação neural para explicar a resposta ao stress, o que também foi sustentado, anteriormente, por Selye (1974) e Schwartz (1977).

Ressalta-se que as explicações mencionadas para o mecanismo da resposta de stress possuem um ponto comum, a ativação de um órgão-alvo. No entanto, apresentam-se diversas argumentações para desenhar a reação do organismo frente a situações estressantes.

Para o referido trabalho com gestantes seguiu-se o referencial teórico sugerido por Everly & Benson (1989). Tal seleção se deve ao fato de que a gestante está intimamente ligada ao feto, estando as conexões cognitivas e fisiológicas ativas entre si, e como também a sensibilidade emocional materna está conectada ao feto, a resposta de stress talvez possa afetar ambos.

Nota-se que a ocorrência do stress pode variar, dependendo do quanto afetou o indivíduo. Um pouco de stress desencadeia um movimento do organismo para ação, de modo que este tenha energia para lidar com as

situações. Contudo, quando ele permanece por um longo período de tempo no organismo, ou é muito intenso, este tem que despende muita energia, provocando um desequilíbrio, podendo assim se tornar vulnerável às doenças. Lipp & Malagris (1995) mencionam que o stress pode ou não levar a um desgaste geral do organismo, dependendo da sua intensidade, tempo de duração, da vulnerabilidade do indivíduo e da habilidade para administrá-lo.

Sabe-se que alguns indivíduos reagem mais intensamente aos agentes estressores, ou seja, estímulos que eliciam uma reação de stress. Holmes & Rahe (1967) mencionam que a exposição a vários eventos que causam muito stress num curto período de tempo, pode ter um efeito prejudicial à saúde. Kobasa, Hilker & Maddi (1979) mencionam que há um fator denominado resistência (hardiness) para explicar o porquê de algumas pessoas adoecerem enquanto outras não, frente ao mesmo grau de stress. Esta resistência consiste em: abertura para mudanças; sentimento de envolvimento e comprometimento com o trabalho, a família ou quaisquer empreendimentos que o indivíduo esteja realizando, e uma sensação de controle sobre os eventos. Everly & Rosenfeld (1981) e Lipp (1989a) afirmam que a reação de stress pode desenvolver distúrbios psicossomáticos com mais frequência. Todos os seres humanos podem sofrer os efeitos do stress e, considerando as diversas atribuições que a mulher atualmente assume, como esposa, profissional, mulher e mãe, sugere-se que ela esteja constantemente exposta ao stress e suas consequências. É importante ressaltar que o momento em que ela está gerando um filho é relevante e portanto se deve atentar para a profilaxia dessa reação do organismo durante a gestação. A gravidez provoca alterações físicas e emocionais no corpo feminino, mudanças na organização familiar, na rotina de atividades favorecendo o aparecimento de estressores.

É bom lembrar que, quando a pessoa está sob um nível de stress elevado, uma série de sintomas, tanto físicos como psicológicos se manifestam. Lipp (1984) refere-se ao seguinte quadro sintomatológico do stress, afirmando que os psicológicos são ansiedade, tensão, insônia, alienação, dificuldades interpessoais, dúvidas quanto a si próprio, preocupação excessiva, inabilidade de concentrar-se em outros assuntos que não os relacionados com o estressor, inabilidade de relaxar, tédio, ira, depressão, hipersensibilidade emotiva; enquanto que os físicos consistem no aumento da sudorese, tensão no estômago, hiperacidez estomacal, tensão muscular, taquicardia, hipertensão, aperto da mandíbula e ranger de dentes, hiperatividade, esfriamento das mãos devido à constrição de vasos sanguíneos, náuseas. E, para que esta sintomatologia ocorra é necessário haver um agente desencadeador, os “estressores”, como já citados neste trabalho.

ESTRESSORES

Os estímulos que eliciam uma resposta de stress são chamados de estressores, que, segundo Girdano & Everly (1979) podem ser divididos em estressores psicossociais, biológicos e os relacionados a personalidade.

Os estressores psicossociais decorrem da interação entre o comportamento social e a interpretação destes comportamentos, com base em experiências passadas e em outros processos de aprendizagem que abrangem:

ADAPTAÇÃO - Mudanças excessivas ocorridas na vida de uma pessoa e seguidas de falha na tentativa do organismo em se adaptar a elas, podem contribuir para a instalação de doenças físicas e mentais.

FRUSTRAÇÃO-A presença de diversos obstáculos para se atingir um objetivo, pode levar a sentimentos de frustração.

SOBRECARGA - O nível de estimulação ou de exigência que excede a capacidade do indivíduo de assimilá-las, pode levá-lo a reações de stress.

PRIVAÇÃO - Estados de tédio e/ou solidão podem ocasionar reações de stress.

Os estressores biológicos provêm da interação do indivíduo com estímulos do ambiente, e, geralmente, são estressantes pela própria natureza, como por exemplo:

RITMOS BIOLÓGICOS - Os ciclos de atividades biológicas dirigidas pelo sistema nervoso e hormonal podem determinar alguns estados de ânimo e comportamento, e tornar o indivíduo mais suscetível ao stress.

NUTRICIONAIS-Certos alimentos contêm elementos que podem facilitar uma reação de stress, como gordura, sal e açúcar em excesso.

RUÍDOS EXCESSIVOS - Os ruídos intensos ou muito frequentes favorecem uma reação de stress.

E finalmente, os estressores relacionados à personalidade:

AUTO-CONCEITO- A percepção negativa de si próprio pode constituir um estressor em potencial.

PADRÕES DE COMPORTAMENTO - Indivíduos com comportamento Tipo A (elevada necessidade de competição, premência de tempo) são mais suscetíveis a desenvolver doenças cardíacas.

ANSIEDADE EXCESSIVA - Indivíduos que apresentam uma ansiedade elevada, tornam-se vulneráveis ao stress.

Um outro estressor consiste na maneira como a pessoa interpreta os eventos do dia-a-dia. Ellis (1973) menciona que o evento em si não torna o indivíduo irritado ou tenso, mas o seu pensamento sobre o acontecido

é que causa dificuldades. Lipp, Silva, Curcio & Pereira (1990) chamam a atenção para a importância da cognição na cadeia estímulo-resposta de stress. Desse modo, o nível de stress experimentado pelo indivíduo depende, em grande parte, da interpretação que se dá ao evento, isto é, das crenças que se tem quanto àquela determinada situação. As reações a conflitos, sentimentos, atitudes, crenças são aprendidas no decorrer da vida, sendo que as primeiras experiências podem ter efeitos significativos sobre as ações e pensamentos da pessoa (Ellis, 1973). Portanto, uma interpretação racional dos eventos promove resultados mais positivos.

Spielberger (1979) refere, como fonte de stress, o próprio desenvolvimento humano, pois, segundo ele, a cada etapa evolutiva se apresentam-se situações novas e estressantes com as quais o indivíduo precisa aprender a lidar: habilidades que a criança precisa aprender nos primeiros anos de vida, na adolescência, no casamento e na velhice.

Quanto aos estressores, Lipp & Malagris (1996) argumentam que o estado tensional pode surgir por um evento muito sério, muito perturbador, como morte de alguém na família, doenças graves, perda de emprego, separações, mas também pode aparecer devido à presença constante de uma fonte estressora menor por um período prolongado de tempo, como por exemplo, mau humor de um colega de trabalho. Segundo as autoras, o stress se manifesta quando a quantidade de exigências e de tensões torna-se excessiva para a resistência da pessoa. Adicionalmente, toda mudança, seja para melhor ou pior, traz consigo a necessidade de uma adaptação à nova condição e, portanto, pode ser geradora de stress, se não for bem administrada.

Atualmente, outra fonte de stress muito mencionada é a ocupação da pessoa. Lazarus (1995) enfatiza que a relação entre a pessoa e o trabalho

passa a ser estressante quando este é avaliado por ela como um dano, ameaça ou desafio ao seu bem-estar. Na teoria relacional cognitiva-motivacional, a reação estressante depende do poder (como o julgamento subjetivo) e da demanda de trabalho, constrangimento e recursos e, ainda da habilidade da pessoa para gerenciá-los. Observa-se que o stress ocupacional é um processo que não somente envolve o ambiente de trabalho em si, mas a interação e o julgamento individual sobre esse trabalho.

Molina (1996) argumenta que o "corpo fala", ou seja, apresenta sinais e sintomas que surgem em função do excesso de stress nas profissões. O autor menciona que muitos dos portadores de stress, principalmente os que apresentam traços obsessivo-compulsivos, são pessoas que compartimentalizam seu tempo e se sobrecarregam com muitas tarefas e exigências. Indivíduos ansiosos e estressados usufruem muito pouco o lazer e o relaxamento que a vida oferece. Isto pode comprometer muito sua relação com o trabalho e aumentar o risco de doenças. As mulheres, em especial as grávidas, também não estão isentas de sofrerem essas consequências.

Considerando o estilo de vida e as doenças, torna-se relevante citar Lutofo (1996). Este autor menciona que a principal explicação para as altas taxas de mortalidade, tanto em homens como em mulheres, podem ser buscadas na origem materno-fetal das doenças cardiovasculares associadas ao fluxo migratório do campo para as cidades nas décadas de 1960 e 1970. Os efeitos das condições nutricionais durante a gestação e nos primeiros anos de vida como determinantes da doença coronária e da hipertensão arterial concluíram no sentido inverso do senso comum, isto é, quanto menor o peso de uma criança no primeiro ano de vida, maior será a chance de morrer na idade adulta por doença coronária ou apresentar hipertensão arterial. O fluxo

migratório nos anos sessenta e setenta favoreceu o consumo de mais alimentos e diminuição de demandas físicas, o que promoveu o aumento de peso e o desenvolvimento da hipertensão, do diabete melito e da aterosclerose, além do próprio aumento da pressão arterial média verificada nos indivíduos dos movimentos migratórios. O referido autor questiona sobre o fenômeno específico na gênese das doenças cardiovasculares no sexo feminino, e menciona as altas taxas de mortes decorrentes de causas externas, como a violência e o alcoolismo, que, no Brasil, são predominantemente masculinas, afirmando que talvez, esses fatores pudessem competir com as doenças cardiovasculares. Comentando também sobre as mudanças sociais e econômicas ocorridas com o sexo feminino, Molina (1996) refere que a mulher está mais sujeita ao stress que o homem, e que a ela parece ser mais vulnerável também aos efeitos das tensões psicossociais, às quais é constantemente submetida.

Atualmente, as mulheres assumem várias atribuições na área profissional, familiar, social e pessoal, e desse modo, as fontes de stress não deixam de estar presentes em suas vidas. O bem-estar delas consiste em saber lidar com os estressores, para que não as prejudiquem no desempenho de suas atividades. Um dos papéis que muitas delas realizam é a maternidade, que deveria ser uma fase de alegria para a grávida e seu parceiro. O estado afetivo e físico da gestante, neste período, é muito importante, pois é ela quem esta proporcionando o desenvolvimento do feto em seu corpo, sendo as trocas fisiológicas e emocionais ligadas via placenta. Logo, o bem estar da mulher grávida está intimamente relacionado ao desenvolvimento de um bebê saudável.

GRAVIDEZ E FATORES PSICOLÓGICOS

Segundo Rezende (1995), na maioria das vezes, torna-se impossível desvendar com precisão o início da gravidez. A idade do ovo é contada a partir da concepção. O gestar se inicia com a nidificação. Para a prática obstétrica se aceita erro de alguns dias. Quando não se consegue saber a data provável da ovulação e nem da cópula fecundante, recorre-se à última menstruação para se fazer os cálculos da idade gestacional e provável data do parto. O referido autor também afirma que, no ciclo gravídico, ocorrem interações hormonais, a placenta se desenvolve e há uma reacomodação do sistema endócrino feminino. Desse modo, os fenômenos que vão se sucedendo confinam a gravidez na síndrome geral de adaptação, descrita por Selye (1965), que estuda todas as reações não específicas e gerais do organismo, as quais aparecem em seguida a qualquer mudança significativa para a pessoa. Rezende explica que, na reação de Alarme, com a nidificação do ovo na parede do útero, forma-se e produz-se stress (hipotensão arterial, adinamia, depressão do sistema nervoso, torpor, perturbações hormonais, neurovegetativas e permeabilidade capilar, melanodermia). Desse modo, o organismo da mulher, por falta de preparo e não adaptado ainda, age de forma não-específica, e às vezes com manifestações de esgotamento fisiológico. Na fase de Resistência, a gestante se adapta,

transitoriamente, às novas condições do seu corpo, diminuindo a intensidade da sintomatologia. Mas a acomodação conseguida pode desaparecer e agravar as toxemias gestacionais, ou seja o organismo pode não se adequar ao novo estado, sendo assim, a gravidez pode tornar-se um estressor. Nesta fase de resistência, notam-se as mesmas alterações semiológicas e bioquímicas da reação de alarme, pois as defesas orgânicas são ativadas para lutar contra os estímulos agressores, através do harmonioso equilíbrio dos sistemas endócrino e neurovegetativo. O autor esclarece que o stress físico pode ocorrer no início ou se estender durante todo o ciclo gravídico. Contudo, a constituição do organismo feminino busca meios fisiológicos para se adaptar e desenvolver o ovo que modificou sua homeostase.

Paiva & Silva (1994) argumentam que, se durante a gestação, a mulher tem aborrecimentos e angústias, o feto sofre e reflete esses conflitos. Ele sente e reage ao meio exterior, como revelado em experiências anteriores, tais como movimento das pernas e taquicardia fetal após susto, tensão emocional ou mesmo aborrecimentos sofridos pela mãe (ou seja, a criança nasce ansiosa, manifestando choro frequente, insônia, dificuldade de mamar, excitabilidade nervosa).

Durante o ciclo gravídico, mudanças físicas e psicológicas ocorrem, e, em termos de saúde emocional, a gestante pode emergir deste período mais fortalecida, integrada e amadurecida ou então, mais enfraquecida, confusa e desorganizada (Maldonado, 1976). Mazzei (1993) complementa que as alterações físicas podem provocar instabilidade emocional, ficando mais alegres, ou então mais ansiosas. Por exemplo, com o surgimento dos movimentos fetais, a gestante pode se sentir mais feliz por perceber que o feto está demonstrando sinais de vida; ou se sentir mais ansiosa, por

interpretar esses movimentos como indicativos de que o desenvolvimento está com problemas, ou ainda, por se sentir culpada por não estar aceitando a gravidez.

A gestante, mais do que qualquer pessoa, deve ter alguns cuidados especiais com sua saúde. Ela deve realizar o acompanhamento médico no pré-natal. O atendimento psicológico também deve ser um recurso disponível para as grávidas, tanto a nível profilático quanto de tratamento, quando necessário.

PRÉ-NATAL

O período que antecede o parto, o pré-natal, segundo Piato & Tedesco (1995) deve ser conceituado enquanto atendimento multidisciplinar que objetiva a manutenção da integridade das condições de higiene fetal e cujos resultados devem ser avaliados a longo prazo, com a formação de elementos físicos e, intelectualmente, úteis à comunidade e ao país. A assistência pré-natal deve ter início em fase precoce; assim, as medidas profiláticas podem ter, pois, alcance maior, e o tratamento de certas afecções pode ser efetuado antes de possível comprometimento do concepto. Até a trigésima semana de gestação, as consultas devem ser feitas com intervalos de quatro semanas, depois quinzenais, até a data provável do parto, e, semanais, se as condições assim o exigirem. Durante as consultas, pesquisam-se problemas orgânicos e distúrbios emocionais, orientam-se normas de higiene-dietéticas, realiza-se o preparo psicológico para o parto e institui-se tratamento para eventuais moléstias intercorrentes.

O departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Santa Casa de São Paulo utiliza-se de um roteiro médico para identificação de fatores geradores de

risco na gravidez. Este roteiro se divide em tópicos: I- características físicas e psico-sócio-culturais; II - história reprodutiva anterior; II-doença obstétrica na gestação atual e IV- intercorrências clínicas. Cada tópico desse roteiro se compõe de vários itens de investigação (Piato & Tedesco, 1995).

Um acompanhamento multidisciplinar envolvendo profissionais médico, nutricionista, assistente social e psicólogo é o mais recomendado na assistência pré-natal.

A assistência e o preparo psicológico para o parto é mencionada por Azevedo & Vigorito (1995). Os autores argumentam que o perfil psicológico encontra-se, intensamente, alterado durante a gravidez, podendo originar sintomas e quadros de natureza essencialmente psíquica, ou então, agravar doenças orgânicas preexistentes. Esses autores afirmam que o apoio psicofísico, o método de educação psíquica e física, que visa manter ou reconduzir a gestante ao seu equilíbrio emocional normal, atenua e, às vezes, suprime a dor e, ainda, disciplina o comportamento da parturiente, com manifestas vantagens sobre a parturição. Essa preocupação com o estado psíquico da mãe é antiga, mas teve sua origem cientificamente com Read.

Read em 1944 já se referia à importância dos fatores emocionais durante o trabalho de parto. Para o autor, a parturição é primitivamente um fenômeno natural, indolor ou acompanhado de sensação dolorosa perfeitamente suportável. A dor insuportável de que muitas mulheres se queixam, para este autor, é reflexo do medo e de falsas informações que foram transmitidas na infância e durante a gravidez. Ele sugere que o medo determina a tensão, que aumenta a dor e, conseqüentemente, aumenta o medo, constituindo, assim, a tríade medo-tensão-dor, um círculo vicioso que pode prejudicar a harmônica função uterina e determinar partos difíceis. Adicionalmente, Read elaborou um

método de preparação psicofísica para o parto, com o objetivo de educar a gestante, com ênfase na área psicológica, no sentido de afastar o medo, o principal responsável pela dor da parturição (Read, 1944).

Considerando a influência dos fatores psicológicos no desenvolvimento gestacional, as áreas médicas e psicológicas se preocuparam em estudar e criar métodos de profilaxia e tratamento. A medicina é uma área que se especializou no diagnóstico e tratamento precoce de problemas de saúde do concepto e da mãe. Desse mesmo modo, a psicologia também se preocupou com a qualidade psíquica materna e fetal, e iniciou uma nova área, a psicologia pré-natal.

Segundo Wilhelm (1997), a psicologia pré-natal é o estudo do comportamento e desenvolvimento, tanto evolutivo como psico-afetivo-emocional, do indivíduo, no período anterior ao seu nascimento. Deve-se considerar os fatos que ocorrem com o ser antes do nascer: a) o registro mnêmico; b) o registro que fica guardado apenas no plano inconsciente; c) as vivências pelas quais passa o ser, no período pré-natal, que farão parte da bagagem inconsciente, exercendo influência sobre sua personalidade pós-parto como conduta e comportamento. Sabe-se que o inconsciente é o objeto de estudo da psicanálise, e atualmente, esta tem desenvolvido estudos sobre o crescimento humano antes do parto.

O acompanhamento psicológico, no período que antecede ao parto, surge com o aprimoramento dos procedimentos pré-natais, como o microscópico eletrônico, as técnicas de fecundação *in vitro* e o desenvolvimento da fotografia intra-uterina que permitem diagnósticos mais específicos. Nota-se que o feto sente e experimenta prazer e desprazer e se relaciona com os sentimentos da mãe. Por exemplo se a palma da mão do feto

for tocada, ele reage fechando-a. Entre a décima semana e décima segunda semana, o conceito se movimenta, mexe braços, pernas e o pescoço. Na décima segunda semana ele mede 7,5 centímetros e pesa 14 gramas, é capaz de movimentar todas as articulações de um braço ou uma perna, aperta os lábios, mexe a boca, os olhos e engole o líquido amniótico. Os pulmões vazios se expandem e se contraem. Com quatorze semanas engole, chupa, respira e apresenta expressões faciais de agrado ou desagrado. Na décima quinta semana os movimentos são de um feto a termo. As papilas gustativas estão desenvolvidas e o feto demonstra suas preferências, podendo fazer caretas e deixar de engolir, quando não aprecia, a substância identificada no líquido amniótico, isto com dezesseis semanas. Na décima nona semana, os movimentos são mais sincronizados e o feto já impulsiona o corpo para se deslocar para frente ou para trás. Na vigésima sexta semana, abre os olhos quando está acordado e fecha quando dorme. A partir da vigésima oitava semana, o feto começa a se preparar para o nascimento, com movimentos de acomodação. A autora acrescenta que, os padrões de comportamento e as características de personalidade do feto estão presentes desde o início da gestação continuando na vida pós-parto (Wilheim, 1997). Desse modo, estudar esse período do desenvolvimento humano torna-se relevante, pois todas as emoções que a mãe manifesta são transmitidas para o feto. Este estudo favorece o aprimoramento de procedimentos no pré-natal, com o objetivo de promover o bem-estar da gestante e de seu filho.

A gravidez pode ser considerada o maior evento da vida para muitas mulheres e suas famílias. As áreas psicológicas e fisiológicas da gestante sofrem a influência de muitas variáveis, entre as quais o planejamento

ou não da gravidez, a sua personalidade, e a habilidade em lidar com esta condição nova em sua vida.

Alguns estudos demonstram que a relação de fatores como o stress excessivo, as drogas, o fumo podem interferir na gestação, no parto e no desenvolvimento fetal.

INTERCORRÊNCIAS NA GRAVIDEZ

Estudos realizados enfocam a relação de hábitos de comportamento, características de personalidade, e outros fatores que podem influenciar o desenvolvimento gestacional. Pesquisadores têm se interessado em estudar o stress psicológico e o resultado da gravidez.

O estudo realizado por Oyemade et al (1994) teve como sujeitos 467 mulheres grávidas múltiparas, com idades entre 16 e 35 anos, recrutadas em hospital universitário e clínicas públicas. Utilizaram um questionário e uma série de instrumentos psicossociais, entre os quais, materiais para diagnosticar stress, ansiedade, imagem do corpo, auto-estima, sintomas da gravidez, locus de controle e interação com seus parceiros. Alguns resultados da gestação foram determinados no pós-parto. Avaliou-se o comportamento neonatal Brazelton (procedimento que possibilita a observação da relação mãe-bebê), que observa a performance dos bebês e de suas mães após o parto. Dados de abuso de auto-ingestão de drogas foram obtidos através de questionário. As mulheres que faziam uso de drogas tiveram dificuldades no parto e/ou durante a gestação. Verificou-se que as usuárias de drogas ilícitas durante a gestação, tinham auto-estima baixa, stress excessivo, mais sintomas gestacionais, uma imagem negativa do corpo antes da gestação e uma

desfavorável interação com o parceiro. Os resultados mostraram que filhos de fumantes tiveram menor circunferência da cabeça, menor comprimento do corpo, e pouca orientação na performance de Brazelton. Os filhos de usuárias de drogas ilícitas tiveram a circunferência da cabeça e comprimento do corpo menores.

O estudo de Lou et al (1994) recrutou 3021 mulheres, no distrito central de Copenhagen. Destas mulheres, 495 recusaram-se a participar da pesquisa e 144 foram excluídas por ocorrência de abortos, gravidez múltipla e/ou por terem mudado de hospital. Portanto, totalizaram-se 2382 participantes para a amostra. Elas responderam a um questionário que analisou status no trabalho, moradia, suporte social, eventos estressantes da vida no que precedia um ano, fadiga do trabalho, e hábitos como fumo, álcool, drogas. Tudo isso, foi investigado durante a meia gestação (vigésima sexta semana de gestação). Do total da amostra foram selecionadas 70 mulheres que apresentaram nível de stress de moderado para severo, decorrente de eventos da vida, (de acordo com as categorias 3 a 5 do DMS-III-R) combinados com o trabalho inadequado. Esse grupo foi comparado com o outro, de 50 mulheres não estressadas, e que possuíam trabalho adequado. A idade gestacional, o stress e o fumo contribuíram significativamente para o baixo peso do recém-nascido e redução da circunferência da cabeça do recém-nascido, que poderia ser interpretada como parte do retardo no crescimento do feto. O efeito do stress sobre a circunferência da cabeça foi significante quando correlacionado com o baixo peso, indicando um efeito específico do stress sobre o crescimento do cérebro, de acordo com a interpretação dos autores. Um efeito específico do fumo não pôde ser demonstrado. O stress pré-natal também reduziu, significativamente, a condição favorável neurológica neonatal como examinado

pelo inventário neurológico Prechtl entre quatro e quatorze dias após o parto. Contudo, em oposição, elevados níveis educacionais da mãe foram associados com o aumento da condição favorável neonatal. Os resultados sugerem a existência de uma síndrome de stress fetal com efeitos sobre o desenvolvimento do feto.

Um fator de risco no desenvolvimento gestacional são as lesões e as anomalias no cérebro do feto que podem ocorrer nos estágios mais precoces do desenvolvimento humano. Kuban & Leviton (1994) atentam para a avaliação da relativa contribuição dos fatores relacionados a gravidez, como o histórico gestacional da mãe, os eventos ocorridos na vida da gestante no primeiro trimestre do ciclo gravídico e o impacto desses para o feto. Alguns fatores associados à paralisia cerebral podem ser observados a) antes de engravidar - história de perda fetal e ciclos menstruais longos; b) durante a gestação - mal formação congênita, retardo no crescimento fetal, gravidez de gêmeos e presença de aborto fetal; c) durante o parto- descolamento prematuro de placenta, recém-nascido com encefalopatia. A prevenção da paralisia cerebral requer um controle sobre os fatores e eventos durante o período gestacional, incluindo aqueles que predispõem a mãe e o feto ao parto prematuro.

A profilaxia é a melhor estratégia de combate às variáveis que podem influenciar o bom desenvolvimento da gravidez. Com relação ao desenvolvimento fetal e a outras implicações gestacionais, os autores a seguir comentam o assunto. McCormick, Brooks-Gum, Shorter, Holmes, Wallace & Heagarty (1990) mencionam que o tabagismo tem emergido como um importante predictor de baixo peso do recém-nascido (RN), devido ao retardo no crescimento intra-uterino e, também de parto prematuro, em especial com mulheres de classe econômica baixa. Após confirmarem a relação do fumo com

a queda no peso do RN, examinaram a associação do ato de fumar com fatores sociodemográficos, atitudes frente a gestação, comportamentos saudáveis, eventos de vida estressantes, suporte social e sintomas de stress mental. Participaram do estudo 458 mulheres do Central Harlem. Os resultados mostraram que o suporte social, stress e saúde mental estavam associados com hábitos de fumar, mas não diretamente com o peso do RN.

Convém observar que os dados encontrados pelos pesquisadores alertam para o perigo do tabagismo para o feto e para a mãe. Acrescentam a relevância das atitudes da mulher, dos acontecimentos estressantes, da falta de suporte social entre outros aspectos que podem influenciar o curso gestacional e a vida intra-uterina. Estes dados sugerem a implementação de programas de modificação de comportamentos entre as mulheres grávidas. Os planos de trabalho devem considerar as características das gestantes e seus envolvimento, pois, eles podem dificultar a mudança de comportamento.

Os estudos citados demonstram uma interação entre vários fatores, incluindo o stress, como prejudicial para o desenvolvimento da gravidez.

Pirhonen, Vh-Eskeli, Seppnen, Vuorinen & Erkkola (1994) investigaram o efeito do stress térmico severo sobre a mãe e a resposta circulatória fetal, em mulheres saudáveis e hipertensas. A amostra foi composta de quatorze gestantes saudáveis e doze de alto risco-hipertensas. Os grupos passaram por um stress de aumento de temperatura, por um curto período de tempo, usando Doppler ultrassom colorido, juntamente com métodos convencionais. Observou-se que a resistência vascular uterina aumentou, significativamente, durante a exposição ao stress, no grupo de alto risco, enquanto que, no grupo controle não houve mudança. Os dados sugeriram que o stress térmico causado pelo aumento de temperatura parece não ser

prejudicial para grávidas sem complicações, mas, para as de alto risco, pode ser prejudicial.

O stress psicológico e sua influência no parto prematuro foi investigado por Hedegaard, Henriksen, Sabroe & Secher (1993). A amostra foi composta de 8719 mulheres, com uma única gestação, atendidas no pré-natal de 01 de agosto de 1989 a 30 de setembro de 1991. Do total das participantes, 5872 completaram os questionários usados para a investigação. Os resultados mostraram que, em 197 casos (3,6%), as mulheres tiveram partos prematuros (menos que 259 dias). Encontrou-se uma relação entre o alto nível de stress psicológico na trigésima semana de gestação e o risco de parto prematuro, enquanto que alto nível de stress medido na décima sexta semana de gestação não foi relacionado com parto prematuro. Os autores concluíram que o alto nível de stress psicológico, no final da gestação está associado com o aumento do risco de parto prematuro, além de sugerirem estudos sobre intervenções para reduzir o stress emocional no final do ciclo gravídico.

Clifford, Weaver & Hay (1989) realizaram um estudo sobre stress e gravidez. Eles levantaram a hipótese de que o impacto dos eventos de vida, o stress e o traço de ansiedade elevariam o risco de complicações obstétricas. A amostra foi composta de 93 mulheres (43 eram primíparas e 50 múltiparas), com idade média de 25,5 anos. As mulheres foram avaliadas quanto aos eventos de vida, ansiedade (estado e traço) e suporte social, na décima sexta semana, novamente na vigésima oitava semana e, na trigésima sétima semana de gestação. Os dados foram coletados quanto a complicações gestacionais, dificuldade no parto e estado do bebê ao nascimento. No tratamento dos dados, classificaram-se as mulheres em dois grupos: mulheres normais e com complicações. Os dados coletados mostraram que os eventos de vida e o

impacto desses eventos foram altamente correlacionados para o três trimestres gestacionais nos dois grupos. Quanto ao Traço de ansiedade, a diferença foi significativa entre os grupos. O traço de ansiedade foi elevado no grupo com resultado de gravidez com complicações. No que se refere ao estado de ansiedade, a diferença foi significativa entre os grupos, no primeiro e segundo trimestres. No grupo com complicações, o estado de ansiedade foi altamente elevado nos dois primeiros trimestres e, no terceiro, declinou um pouco, mas se manteve elevado. No grupo normal, o estado de ansiedade, nos três trimestres, foi menor do que no grupo com complicações. Os dados mostraram que, no grupo normal, as mulheres receberam suporte social durante todo o curso da gestação, enquanto que, no grupo com complicações, o suporte social foi diminuindo após o primeiro trimestre. Os resultados mostraram que as três variáveis pesquisadas, foram relacionadas com o resultado da gravidez e afetaram especificamente nos três trimestres gestacionais. No geral, o impacto dos eventos de vida, em primeiro lugar, o traço e em segundo lugar o estado de ansiedade foram os maiores predictores de complicações gestacionais. Os autores sugerem intervenções para gerenciar o stress e preparar a gestante para o parto. Uma recomendação adicional seria ensinar às mulheres grávidas técnicas de controle de ansiedade.

Um outro fator associado ao desenvolvimento gestacional e ao seu próprio resultado é a relação com o stress psicossocial ocupacional. Homer, James & Siegel (1990) investigaram se havia correlação entre as atividades profissionais, o stress psicológico e o resultado da gestação. Fizeram parte do estudo 786 mulheres grávidas. Os resultados mostraram que em mulheres que não desejavam continuar trabalhando durante a gravidez aumentavam o risco de parto prematuro e do recém-nascido ter baixo peso. A relação entre

profissão e o stress foi mencionada, posteriormente também por Lazarus (1995) como indicadores de complicações para a saúde da mulher. Atualmente, muitas grávidas são profissionais e também desempenham as atividades domésticas, deste modo, torna-se relevante a profilaxia do stress excessivo, para que as condições ambientais e funcionais do cargo que ocupam não se tornem estressores.

Torrezan (1994) investigou gestantes multíparas, no último trimestre de gravidez, quanto à incidência do stress e seus sintomas, fontes estressoras e estratégias usadas para lidar com as tensões. Adicionalmente, foi feita a correlação entre essas três variáveis. As participantes eram vinte donas-de-casa e vinte que trabalhavam fora, de classe sócio-econômica baixa; tendo em média 27,7 anos. Os resultados mostraram que as gestantes que trabalhavam fora tinham um maior número de sintomas, porém não se encontrou diferença quanto a fase do stress, sendo que 82,5% das gestantes estavam na fase de resistência. As gestantes que trabalhavam fora relataram mais fontes de stress que as donas-de-casa. As características do padrão de comportamento Tipo A e as crenças irracionais foram encontradas nos grupos. Os sintomas psicológicos foram os mais citados pelos grupos, e foram mais numerosos nas mulheres que trabalhavam fora. O estudo revelou alta incidência de stress nos grupos, recomendando programas de controle de stress para a profilaxia e o tratamento com gestantes.

A relação familiar também é um fator que influencia a gestação. Brown (1994) investigou a prevalência da discordia marital, no que se refere ao relacionamento e o suporte do parceiro, aos eventos estressantes da vida e a saúde. Participaram do estudo 431 casais. As mulheres tinham de 14 a 62 anos e, estavam entre décima quinta a quadragésima segunda semana da gestação,

os homens tinham de 17 a 46 anos. Os sujeitos responderam ao Inventário de Suporte Comportamental, Escala de Respostas sobre Saúde e Checklist sobre stress. Verificou-se que em 37% das famílias grávidas, ambos ou um dos elementos do casal apontaram discórdia marital. Os pares que apresentaram dificuldades no relacionamento marital demonstraram pouca satisfação quanto ao suporte comportamental que recebiam de seu par, além disso possuíam grandes eventos estressantes na vida, saúde global pobre, bem-estar comprometido e muitos sintomas somáticos e psicológicos. A adaptação das mulheres grávidas foi pobre, em situações em que o casal se encontrava estressado.

Observa-se que o estudo mencionado acima apontou a relevância da satisfação do casal e o suporte recíproco para o bem-estar gestacional. Torrezan (1994) menciona, também, a importância do parceiro, durante a gestação. O companheiro deve compartilhar emoções, medos, ansiedades e expectativas com a mulher, de modo que a auxilie a aliviar esse estado tensional.

É importante lembrar que os estudos relatados anteriormente, demonstram ser a gestação um momento de felicidade na vida da mulher, quando bem amparada e orientada. Contudo, para algumas mulheres a gestação se constitui em uma fase de intensa ansiedade, preocupação, falta de suporte emocional, que podem prejudicar a relação satisfatória mãe-feto. Estas variáveis, conseqüentemente, podem interferir no desenvolvimento gestacional, no momento do parto, nas condições de saúde do recém-nascido e causarem alguns comportamentos como choro excessivo e hiperagitação nos primeiros meses de vida do bebê.

Os estudiosos que têm observado estes aspectos, sugerem programas de preparação da gestante para o parto e cuidados com o recém-nascido.

PROGRAMAS DE PREPARO DA GESTANTE

Benzecry & Cerruti (1995) mencionam que a hipnose é utilizada desde o final do século passado, e consiste no procedimento mais antigo de preparação para o parto. Para se atingir um estágio hipnótico que, não é um processo simples, são relevantes muitos fatores pessoais da paciente e a habilidade do hipnotizador. A utilização desse procedimento favorece uma redução dos períodos de dilatação e expulsão e menor necessidade de medicação sedativa, e a paciente, subjetivamente, sente que recebeu alguma ajuda. Contudo, existem inconvenientes, pois a hipnose demanda muito tempo para condicionar a paciente e a necessidade de atuação, durante o parto, de uma pessoa preparada para a realização da técnica.

Read, em 1933, já assinalava a importância dos fatores emocionais durante o trabalho de parto. O autor propôs a quebra da tríade medo-tensão-dor, através de um programa de combate ao medo pela educação da gestante, proporcionando mais confiança a mesma.

O método Read (Read, 1944) enfoca os seguintes passos: 1) nos primeiros meses da gestação, deve-se transmitir: noções essenciais de anatomia e fisiologia da gestação e do parto, utilizando-se de figuras explicativas, tendo como objetivo, mostrar à gestante que sua pelvimetria está normal e, evitar que a ignorância sobre o processo comprometa a parturição; 2) nos meses seguintes deve-se esclarecer sobre: o mecanismo fisiopatológico da dor, a relação entre excitabilidade do sistema nervoso e tensão emocional ou angústia,

ou seja, aumento de tensão provoca aumento de resposta do sistema nervoso, medo-dor; 3) deve-se fornecer: a prática de exercícios musculares e sessões de relaxamento muscular, para que facilite o relaxamento físico e psicológico no intervalo das contrações uterinas; 4) deve-se orientar sobre como solicitar o obstetra e como agir no processo de internação na maternidade; 5) deve-se seguir passo-a-passo as fases do trabalho de parto; 6) deve-se abordar a questão religiosa, social e psicológica da parturiente.

Um outro programa de preparação da gestante é o método psicofilático. Por volta de 1949, na antiga União Soviética, Nikolaiev e Velvovski criaram o método psicofilático, cujas bases seguiam a teoria dos reflexos condicionados de Pavlov. No mesmo período, Lamaze visitou o Instituto de Pavlov, e acompanhou o trabalho de parto no Serviço de Nikolaiev. Lamaze aprovou o método, e quando voltou a Paris, adotou tal procedimento na Maternidade em que trabalhava. No Brasil, o primeiro a aderir a este procedimento foi Schor, em São Paulo em 1955. Essa preparação para o parto resulta do descondicionamento, pela supressão das emoções negativas (originadas dos terrores e medos), criando em substituição, emoções fortes e positivas, ligadas às sensações de felicidade proporcionadas pela maternidade (processo de recondicionamento). A mulher não se submete ao parto, ela se adapta. (Benzecry & Cerruti 1995). Esse método preocupava-se com a influência cultural como fator fundamental no fenômeno da dor do parto, e acreditavam que através do processo educacional seria possível descondicionar o medo e, produzir novos reflexos condicionados, associados às contrações uterinas, o que permitiria uma participação mais ativa da mulher no trabalho de parto. Sabe-se que a dor é um fenômeno sensorial, porém, o medo e a ansiedade podem aumentar a percepção de sua

intensidade. Em parte, a dor da parturição, pode ser socialmente aprendida e, portanto, pode ser também desaprendida, através da formação de novas associações ou padrões de resposta (Lamaze, 1956).

O método psicofilático se constitui de : 1) informações cognitivas sobre as modificações anatômicas do ciclo gravídico-puerperal, com o objetivo de corrigir noções errôneas e reduzir a ansiedade e o medo do desconhecido, desfazendo também antigas associações entre parto e dor; 2) ensino de exercícios com a finalidade de fortalecer e preparar certos grupos de músculos (controle da musculatura perineal, fortalecimento dos músculos abdominais e da parte interna das coxas, etc.), para melhorar o estado físico geral durante a gravidez (exercícios de postura permitem, muitas vezes, aliviar dor nas costas e ensinam a manter o bebê na posição correta no interior da pelvis), e para permitir o uso mais eficiente destes músculos nas várias etapas da dilatação e do período expulsivo, com o objetivo de condicionar a nova associação contração uterina-respiração adequada e relaxamento; 3) ensino de exercícios de relaxamento, tanto geral quanto diferencial.

Destaque-se que os métodos Read e o método psicofilático são muito semelhantes. Ambos propõem o combate a dor pela educação da gestante. No método criado pelos russos, acentua-se a importância do relaxamento muscular. Por outro lado, o método de Lamaze enfatiza a respiração executada pela mulher, pois as contrações dolorosas seriam resultado de oxigenação inadequada do útero, provocando inclusive os espasmos das fibras musculares uterinas, provocando a dor.

Observa-se que o trabalho de Read de 1944 foi publicado aproximadamente dez anos antes das pesquisas dos russos e franceses. Alguns

autores comentam sobre a semelhança dos métodos subsequentes com o de Read, mas, o seu método tem sido base para programas de preparação para o parto, como por exemplo o curso de preparação psicofísica para o parto, proposto por Azevedo & Vigorito (1995).

Maldonado (1976), em seu livro sobre gravidez, menciona alguns métodos de preparação da gestante, entre eles a técnica de dessensibilização sistemática, psicoterapia breve e seu próprio método de intervenção psicológica-educacional (IPE).

A dessensibilização sistemática tem suas origens no laboratório experimental com Wolpe em 1948. Esta técnica emprega um estado de relaxamento fisiológico inibitório de ansiedade, onde a pessoa é exposta a um estímulo fraco de eliciação de ansiedade. Mantém-se a exposição até que o estímulo perca completamente a sua capacidade de eliciar ansiedade. Estímulos progressivamente mais fortes são introduzidos e igualmente tratados (Wolpe, 1976).

A base teórica da dessensibilização sistemática, no que se refere ao medo ou a ansiedade, consiste em eventos previamente neutros e, pelo fato de terem ocorrido juntamente com experiências aversivas, adquirem a capacidade de despertar emoções (por exemplo: dores do parto como expressão referente às contrações uterinas; o simples fato de pensar sobre isso evoca o medo que, por sua vez, no trabalho de parto, aumenta a intensidade da percepção da dor). Com a repetição da associação entre eventos negativos e experiências positivas, os estímulos perdem, gradualmente, suas propriedades aversivas (por exemplo: o enfraquecimento da associação entre contração uterina-respiração adequada - relaxamento - poderia eliminar o significado negativo da primeira associação). Portanto, na preparação para o parto, a

intensidade da dor pode ser aliviada, consideravelmente, por meio da redução do nível de ansiedade. Isto pode ser feito através de atividades incompatíveis com as reações emocionais, associadas a estímulos que provoquem medo, pelo processo de contracondicionamento.

A técnica da dessensibilização sistemática abrange o treinamento do relaxamento muscular, a construção das hierarquias de ansiedade e o emparelhamento do estado de relaxamento com os estímulos ansiogênicos (Maldonado, 1976).

A psicoterapia breve, em atendimento focal com duração e objetivos pré-determinados, pode ser um recurso a ser utilizado na preparação das gestantes. Esse procedimento oferece condições para que a gestante expresse suas emoções, aprenda a reconhecê-las e aprenda técnicas para lidar com elas, de modo que mãe e feto se preparem para o parto e o pós-parto.

Maldonado (1976) elaborou o método de Intervenção psicológica-educacional (IPE) que contém elementos do trabalho psicoprofilático. O IPE objetiva a preparação da maternidade e paternidade, a redução da ansiedade no ciclo gravídico-puerperal, e o alcance de novos níveis de integração e amadurecimento da personalidade. Essa intervenção pode ser também aplicada às gestantes que desejam ter parto com narcose ou que, por alguma razão médica, precisam ser submetidas a parto cesariano.

A intervenção psicológica-educacional (IPE) tem duração de doze sessões e atua com grupos pequenos de casais, ou somente gestantes, a partir do segundo trimestre da gestação.

Os três pontos básicos da IPE são: a) transmissão de informação sobre o ciclo gestacional e puerperal; b) exercícios de sensibilização corporal e de estética pós-parto com treinamento de técnicas de relaxamento e respiração

para o parto; c) grupos de discussão sobre as vivências emocionais envolvidas na situação de ter um filho e o impacto da gravidez na estrutura familiar. Nos encontros são utilizadas várias técnicas de atendimento psicológico, especialmente a orientação antecipatória, a reflexão de sentimentos e o reassseguramento.

As informações objetivas - enfatizam a aprendizagem emocional, em oposição à aprendizagem meramente cognitiva. Essa aprendizagem emocional tende a se concretizar por meio das discussões grupais, e de que maneira as informações são transmitidas, isto é, os termos técnicos são evitados e procura-se estabelecer analogias entre os processos somáticos e os emocionais (por exemplo: ao se informar sobre o papel da placenta na nutrição e no desenvolvimento do feto, comenta-se o futuro papel da mãe (como substituta da placenta nos primeiros meses de vida extra-uterina), a qual irá nutrir, cuidar e proteger o bebê).

Orientação antecipatória - uma técnica muito utilizada no momento de crise, com o objetivo básico de preparar a pessoa para enfrentar uma crise previsível, de maneira mais saudável, através do domínio cognitivo da situação e do fortalecimento dos mecanismos adaptativos do ego. Por exemplo: informa-se em detalhes como evolui o trabalho de parto, desde o aparecimento dos sinais, passando pelo período de dilatação e culminando com o período expulsivo, com a saída da placenta.

Os exercícios da sensibilização corporal - abordam-se o preparo para o parto e a psicosexualidade feminina. Os exercícios se aplicam ao funcionamento sexual. O relaxamento reduz a intensidade da dor, ajuda a enfrentar situações de tensão e fadiga na vida cotidiana, nas primeiras

semanas pós-parto. Os exercícios visam reduzir a ansiedade em relação às modificações do esquema corporal.

A técnica de reflexão de sentimentos - tem o objetivo de encorajar a livre expressão das vivências relativas à situação de ter um filho, expressando seus medos e incertezas, a técnica de reasseramento pode ajudar, como por exemplo: após encorajar a expressão da ansiedade em relação às alterações do esquema corporal e do medo de não voltar a ser como era antes, ou ficar com a sexualidade comprometida após o parto vaginal, é possível utilizar a técnica de reasseramento, mostrando a plasticidade do corpo humano e sua enorme capacidade de adaptação (pode-se utilizar figuras representativas do útero antes e depois da gravidez).

A própria situação do grupo permite compartilhar vivências que são comuns a todas, o que alivia a possível ansiedade advinda do sentir-se diferente ou estranha (Maldonado, 1976). Um exemplo do trabalho psicoterápico com grupos pode ser observado em Bettini (1997), um estudo com grupo de mães, em Instituição, no período de doze reuniões, foi administrado três meses antes do início do processo psicoterápico de seus filhos e caracterizado por ser um grupo de apoio. O método clínico utilizado foi a técnica grupal de reflexão de sentimentos. As mães tinham dificuldade em relação a seus filhos, especificamente, em implementar limites e regras. Concluiu-se que a intervenção a nível de grupal facilitou o reconhecimento do papel que as mães têm no tratamento dos filhos, no entendimento do que vem a ser processo psicoterápico e favoreceu a expressão dos sentimentos pelas participantes.

Observa-se que os modelos e intervenções psicológicas mencionadas anteriormente objetivam uma gestação mais saudável tanto a nível físico quanto psicológico, com um resultado do parto sem complicações.

Considerando estas propostas de profilaxia gestacional, percebe-se que existem situações especiais, como a gravidez de alto-risco que também necessita de supervisão durante o curso gravídico. Daher (1998) trabalhou com gestantes de alto-risco hospitalizadas, com o objetivo de prevenir problemas psicológicos. O estudo propôs um atendimento contendo um conjunto de informações, que eram ministradas em grupo, por uma equipe multiprofissional, previamente treinada. A primeira fase se referia aos auto-cuidados, aos cuidados com o bebê, aos direitos e deveres e ao funcionamento da U.T.I. Neonatal. Na segunda fase eram enfocados aspectos psicológicos, discussão sobre expectativas e crenças da gestação, parto e puerpério. Os resultados demonstraram que a atenção grupal foi eficaz na qualidade dos atendimentos e trocas de experiências. Conclui-se que a inter-relação entre essas mulheres e a verbalização das dificuldades propiciaram esclarecimento de dúvidas sobre seu estado e patologia, favorecendo comportamentos de enfrentamento.

O trabalho citado enfocou um grupo específico de gestantes, porém quando existia a probabilidade de diagnóstico de anormalidades com o conceito ficava difícil lidar com as emoções, pois essa situação de identificação da realidade e a tomada de decisão é um processo doloroso para os pais, e que merece ser acompanhado por um profissional da área da psicologia. A seguir Quayle fala a respeito desse assunto.

Quayle (1998) menciona o processo de rastreamento e de diagnóstico pré-natal do feto e a atuação do psicólogo. A possibilidade do diagnóstico de malformação fetal é, por vezes, vivida com muita angústia, pois

influencia na aceitação do casal de ter um filho com problemas. A hipótese de interrupção da gestação, com todas suas implicações pessoais, éticas, religiosas e legais faz parte desse dinamismo. A atuação do psicólogo, neste contexto, deve priorizar o esclarecimento e a orientação quanto às possibilidades diagnósticas e/ou terapêuticas nessa determinada situação, visando facilitar o processo decisório e de aceitação da realidade. É fundamental o respeito às escolhas do casal e a seu ritmo próprio. O trabalho junto à equipe multiprofissional deve ser valorizado, objetivando um trabalho integrativo e coerente do grupo que faz parte da Instituição com os pacientes.

A mulher grávida deve e necessita ser atendida por uma equipe multiprofissional, e a assistência psicológica deveria ocorrer durante todo o ciclo gravídico e puerperal. Essa preparação é destinada às condições gestacionais saudáveis e também em casos de riscos para a mãe ou para o feto.

Reportando-se ao stress como um dos fatores que podem afetar o curso harmonioso da gestação, nota-se a relevância de um programa que forneça estratégias para lidar com ele. O treino de controle de stress para gestantes proposto para esta pesquisa fez uso do trabalho em grupo, como o utilizado por alguns autores, entre eles, Read (1944), Lamaze (1956), Nilkolaiev (1957), Cerruti (1955, 1961 e 1967), Maldonado (1976), Piatto & Tedesco (1995) e Azevedo & Vigorito (1995). Esses especialistas, embora apresentando metodologias diferentes em seus cursos, concordam em um ponto fundamental que é o preparo da gestante para o parto. A presente pesquisa difere dos anteriores, pois a finalidade primordial deste é o controle de stress na gestação e também a preparação da mulher para a parturição. O referencial teórico escolhido, pela pesquisadora, baseou-se em Selye (1965) sobre a sintomatologia e as fases do stress - alerta, resistência e exaustão. A

metodologia seguiu os procedimentos de Lipp (1984), Lipp, Romano, Covolan & Silva (1990), (Lipp et al 1991a e 1991b) e Lipp & Malagris (1995) no trabalho com grupos para o controle de stress.

A presente pesquisa se propôs a executar um tratamento do stress, baseado no treino de controle de stress de Lipp (1984 e 1989b) e Lipp & Malagris (1995) e nos resultados obtidos da dissertação de mestrado com gestantes de Torrezan (1994). A proposta de Lipp (1984 e 1989b) e Lipp & Malagris (1995) firma-se em quatro pilares de controle de stress: a alimentação, o exercício físico, o relaxamento e o aspecto psicológico. Adicionalmente, Torrezan (1994), em estudo com gestantes, verificou, entre vários fatores, que compartilhar emoções, ansiedades, medos com o parceiro e falar com a bebê na “barriga” eram, também, maneiras de aliviar o stress. A importância da participação do parceiro da gestante no desenvolvimento gestacional é mencionado por Setubal & Sarmiento (1998). Os autores trabalharam com grupos de “casais grávidos”, tendo como objetivo buscar conteúdos manifestos presentes nas falas do homem, durante a gestação de sua mulher e sobre suas representações e perspectivas frente à paternidade. Os grupos participaram de um atendimento pré-natal em um hospital-escola e receberam assistência psicológica e fisioterápica semanalmente, por duas horas. Os resultados mostraram que o desejo de ter um filho aparece para a maioria dos homens somente na fase adulta. Observou-se também que eles se fragilizavam e vivenciavam ansiedades muito semelhantes às manifestadas pelas parceiras. O estudo concluiu que a participação dos companheiros nos atendimentos de pré-natal, favorece a percepção de elementos que auxiliam a reconstrução dos

papéis nas relações homem - mulher e nos cuidados com os filhos. Esses dados sugerem que a participação do parceiro é fundamental no período gestacional.

A gestação deve ser um momento especial para a mulher, pois está gerando um ser humano. O fato de que a gestante deve se cuidar nesta fase favorece seu filho, pois muitas das alterações físicas e emocionais da mãe são transmitidas para o feto, via placenta, assim sendo o bem-estar materno influencia o fetal. Alguns estudos demonstraram essa afirmativa, como os de Clifford, Weaver & Hay (1989), Lou et al (1994) e Oyemade et al (1994). A alimentação, a prática física, o relaxamento, o estado emocional da mulher grávida podem ter interferência no momento do parto e propiciar ou não complicações ao bebê (Clifford, Weaver & Hay 1989, Paiva & Silva 1994, Oyemade et al 1994 e Lou et al 1994).

Observando esses fatores, o presente estudo teve como objetivo geral, verificar a eficácia do treino de controle de stress aplicado a gestantes quanto às condições de nascimento da criança, nível de stress e sentimentos da mãe no pós-parto.

Especificamente, o estudo objetivou averiguar:

a) se havia relação entre o recebimento ou não do treino de controle de stress e a nota de Apgar, a idade gestacional, o peso, o comprimento e o perímetro cefálico do recém-nascido, no momento do nascimento;

b) se havia relação entre o recebimento ou não o treino de controle de stress e o nível de stress, os sentimentos demonstrados pela mãe, referentes ao parto e ao ver o bebê nascer.

MÉTODOS

MÉTODO

SUJEITOS

A amostra foi composta por trinta gestantes que concordaram em participar voluntariamente do estudo. A seleção das participantes seguiu os seguintes critérios:

a) Estar no período gestacional a partir da décima sexta semana de gestação, pois se considera esta, a fase em que ocorre a manifestação dos movimentos fetais. Aproximadamente com dezoito semanas gestacionais, indistintivamente primíparas e multíparas começam a reconhecer os movimentos do feto (Rezende & Montenegro, 1987). Nessa etapa, a grávida já pode sentir que um ser humano está se desenvolvendo dentro dela, percebendo concretamente a movimentação do feto. O período limite foi determinado até a vigésima oitava semana, a fim de que houvesse tempo hábil para as gestantes usarem as técnicas do treino de controle do stress, antes do parto.

b) Ser multípara, ou seja aquela mulher que por mais de uma vez gestou, sendo o resultado parto prematuro ou a termo (Rezende & Rezende-Filho, 1995). Essa escolha se deve ao fato de que essas mulheres ao passarem pela experiência da gravidez e do parto, as variáveis específicas da primeira gestação e parturição não interferiram no estudo.

c) Ter idade acima de dezenove anos e até trinta e cinco anos. A opção por esta faixa etária se justifica por ser limite compreendido entre uma gravidez na adolescência e uma tardia. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, adolescente é aquele com idade igual ou inferior a dezoito anos. As gestantes com idade inferior a quinze anos e igual ou superior a trinta e cinco anos podem ter mais fatores de risco para gestação e parto (Araujo & Morreti, 1995 e Geoffrey, 1996). Portanto, no intervalo escolhido para a pesquisa, espera-se que não haja interferências de características próprias de adolescentes ou de mulheres com idade mais avançada. Pois, em cada etapa da vida da mulher existem padrões de comportamento, fatores emocionais e, mudanças fisiológicas específicas do desenvolvimento, as quais clinicamente envolvem outros cuidados da gestação.

d) Ser casada e/ou estar vivendo com companheiro. Esta condição foi determinada para se poder averiguar o relacionamento conjugal, se houve o compartilhar do parceiro, no que se refere a divisão de emoções e expectativas durante a gestação.

e) Ter gestação não patológica. Somente as mulheres com desenvolvimento gestacional normal poderiam participar do estudo, devido as intercorrências provenientes das doenças que podem provocar alterações fisiológicas e/ou psicológicas, pois o objetivo deste trabalho visa analisar a gestação em si e, não a influência das patologias.

f) Não estar ingerindo medicação, e/ou fazer uso de droga, fumo e álcool, pois considera-se que alguns medicamentos, as drogas, o tabagismo e o álcool podem provocar reações fisiológicas e/ou psicológicas, podendo alterar o funcionamento gestacional. Para este estudo, apenas a ingestão de

vitaminas foi permitida, considerando que elas não afetam e/ou provocam modificações que possam interferir no funcionamento natural da gravidez.

Resumidamente, as participantes estavam compreendidas nas seguintes categorias: a) estar no período gestacional compreendido da décima sexta a vigésima oitava semana de gestação; b) ser multípara; c) estar na faixa etária de dezenove a trinta e cinco anos; d) ser casada e/ou viver com companheiro; e) ter desenvolvimento gestacional não patológico e f) não estar ingerindo medicação, a não ser vitaminas, não fazer uso de drogas ilícitas, fumo e bebida alcoólica.

As gestantes foram avaliadas no início do estudo, na fase do pré-natal, e divididas em três grupos.

Inicialmente, o Grupo I (GCS) foi composto por dez gestantes com o objetivo de se fornecer às mesmas o treino terapêutico especializado no controle de stress (TCS). Este grupo contou com a adesão de quatro mulheres do começo ao fim da intervenção terapêutica; duas gestantes participaram de quatro sessões e outras duas grávidas vieram somente a uma sessão, as demais não compareceram às sessões, embora tivessem assumido o compromisso de o fazerem.

O Grupo II (GP) foi composto por dez gestantes convidadas a participarem de um programa de palestras (seis encontros para palestras e um para confraternização entre as participantes). Esse programa teve a participação de duas gestantes em seis palestras; duas mulheres participaram de duas palestras e uma grávida somente assistiu a uma palestra.

O Grupo III (GPT) foi composto por dez gestantes submetidas a entrevistas individuais iniciais, mas que não receberam o treino de controle do stress ou participaram de palestras.

Os três Grupos foram avaliados no início do estudo e no pós-parto.

A opção por três grupos de gestantes teve como finalidade testar a eficácia de um treino de controle de stress aplicado às gestantes. Para isto, trabalhou-se com um grupo experimental e dois grupos de controle. O Grupo I (GCS) recebeu orientações para lidar com o stress, enquanto que os outros dois não contaram com o tratamento especializado em stress, servindo de controle para o primeiro grupo. O grupo II (GP), que recebeu informações através de palestras, objetivou controlar, ou seja, igualar as condições subjacentes ao Grupo I, exceto no que se atribui ao treino de gerenciamento do stress. Deste modo, o Grupo II serviu de controle para o Grupo I no que se referiu ao contato de uma gestante com a outra, à atenção especial recebida pelo coordenador do grupo e ao fato de a grávida sair de casa e participar de alguma atividade fora do lar. A diferença entre o GP e o GCS foi o conteúdo recebido. O objetivo do Grupo III (GPT) foi controlar a pura passagem do tempo. O GPT não recebeu intervenção programada pela pesquisa. As participantes que não compareceram aos programas nos quais estavam inseridas também foram entrevistadas no pós-parto.

MATERIAL

A coleta de dados fez uso dos seguintes instrumentos: 1) Formulário de coleta de dados de identificação - Anexo D; 2) Inventário Tipo A de comportamento Anexo F - (Lipp, 1989); 3) Inventário de Crenças Irracionais - Anexo G - (Ellis, 1973); 4) Inventário de Sintomas de Stress - Anexo E - (Lipp & Guerava, 1994); 5) Inventário de Fontes de Stress Gestacional - Anexo H - (Torrezan, 1994); 6) Inventário de Estratégias de Enfrentamento do Stress Gestacional - Anexo I - (Torrezan, 1994); 7) Formulário Situacional - Anexo J - (Torrezan, 1997), o qual inclui os dados do Boletim de Apgar (Almeida & Santos, 1995), Exame de Capurro (Ramos; Corradini & Vaz, 1994), estatura, peso (Orlandi, 1995) e perímetro cefálico (Rezende & Orlandi, 1995).

Para o processo de intervenção psicológica, utilizou-se o **Manual de Controle de Stress para Gestantes** elaborado a partir dos pilares de controle do stress de Lipp (1984) e dos resultados da Dissertação de Mestrado de Torrezan (1994).

O **Programa de Palestras** abordou diversos assuntos, tais como cuidados com a alimentação, a postura corporal, a fala, a saúde bucal, entre outros. As palestras foram ministradas por especialistas de áreas não ligadas a psicologia. Estes profissionais apenas informavam, mas não ofereciam qualquer trabalho terapêutico ao grupo.

Os instrumentos utilizados na pesquisa são descritos a seguir:

1) **Formulário de dados de identificação (Anexo D):** Este formulário propõe investigar a idade gestacional; a ingestão de medicação; o uso de drogas, do fumo e de álcool; o desenvolvimento gestacional normal ou patológico; o estado civil; o nível de escolaridade; a renda familiar e a profissão da participante.

2) **Inventário de Padrão de Comportamento Tipo A (Anexo F):** O inventário consta de dez afirmações, que devem ser respondidas pela escolha: verdadeira ou falsa. Os itens foram elaborados por Lipp (1989b) com base nas características do Padrão de Comportamento Tipo A, que foram identificadas por Friedman & Rosenman (1974). O conjunto das respostas indica se a pessoa possui um Padrão de Comportamento Tipo A, Tipo B ou um misto dos dois. Este instrumento se refere a três traços do Comportamento Tipo A: pressa, hostilidade e polifasia (ou seja, a habilidade de pensar ou fazer mais de uma coisa de cada vez). Alguns exemplos dos itens são "Sinto um vago desconforto ou remorso quando não estou fazendo nada", "Fico tranquilo se tenho que esperar por alguém atrasado" e "Irrito-me com as pessoas que incluem muitos detalhes em sua fala".

3) **Inventário de Crenças Irracionais (Anexo G):** Este instrumento foi elaborado com a finalidade de estudar as crenças irracionais descritas por Ellis (1973). A terminologia crenças irracionais foi mantida, embora em nossa cultura, crenças esteja mais ligada a aspectos religiosos, devido ao fato de que a literatura brasileira na área já a incorporou como usual, referindo-se a modos estereotipados e problemáticos de pensar. O inventário é composto de doze afirmativas, as quais a pessoa deve responder "concordo", "discordo" ou "não

sei". Alguns de seus itens são: "É mais fácil evitar do que enfrentar as dificuldades da vida e as próprias responsabilidades" e "As pessoas sempre precisam de alguém mais forte do que elas próprias para se apoiar".

4) Inventário de Sintomas de Stress (ISS) (Anexo E): O ISS elaborado por Marilda E. N. Lipp (1989b) e validado por Lipp & Guevara (1994), identifica a sintomatologia que a pessoa apresenta, avaliando se ela possui sintomas de stress, a natureza dos mesmos (se somáticos ou psicológicos) e a fase de stress em que se encontra. O ISS é composto de três partes baseadas nos princípios de Selye (1965) quanto às fases do processo de stress. A primeira atribui-se aos sintomas físicos e psicológicos, experimentados nas últimas vinte e quatro horas, enquanto que a segunda parte reporta-se a um quadro sintomatológico experimentado na última semana, e a terceira parte refere-se aos elementos físicos e psicológicos experimentados na última semana, porém mais significativos de um stress em fase de exaustão. Os itens obedecem a uma hierarquia de intensidade de sintomas, uma vez que é comum a sintomatologia aparecer na fase de alerta, com pequena intensidade ou frequência (como hipertensão arterial essencial passageira), desaparecer na fase de resistência (já que o organismo resistiu ou se adaptou ao agente estressor do momento) e reaparecer na fase de exaustão com uma intensidade maior como a hipertensão arterial estabelecida (Lipp & Malagris, 1995).

5) Inventário de Fontes de Stress Gestacional (Anexo H): Este Inventário foi elaborado por Torrezan (1994) em Dissertação de Mestrado com gestantes. Baseia-se nas fontes femininas de stress identificadas por Shaevitz (1986). Os itens referem-se a fontes ligadas ao cuidado doméstico, como "Executar a limpeza da casa"; preocupações, como "Preocupar-se com o

parto"; dificuldades de relacionamento, como "Ter dificuldades no relacionamento com o marido/companheiro"; cuidados relativos ao bebê, como "Preocupar-se com o nascimento de um bebê saudável" e outras fontes relativas à gravidez. O inventário propõe investigar os agentes estressores no período gestacional. As alternativas de resposta podem ser "sim" ou "não", para especificar a ocorrência da fonte. Caso a gestante responda positivamente, então deve-se assinalar ao lado do estressor se gerou tensão ou não. Os itens identificados como tensivos são considerados geradores de tensão para a gestante. Este inventário foi utilizado em pesquisa (Torrezan, 1994) com grávidas múltiplas donas-de-casa e que trabalhavam fora.

6) Inventário de Estratégias de Enfrentamento do Stress Gestacional (Anexo I): Este instrumento foi elaborado por Torrezan (1994), a partir do estudo de Girdano & Everly (1979) e tem a finalidade de investigar até que ponto a gestante possui estratégias para controlar o stress. O inventário propõe afirmações que enfocam estratégias para gerenciamento das tensões. Ele possui alternativas de respostas "sim" ou "não". Os itens se reportam ao apoio familiar, a passatempos, à prática de relaxamento, aos cuidados com alimentação, à participação em atividades sociais, à prática de exercícios físicos, ao planejamento de tarefas, ao relacionamento social, à divisão das emoções com o parceiro, entre outros. Alguns exemplos são: "Divido sensações, emoções, ansiedades com meu marido/companheiro" e "Quando estou preocupada, "converso" com o bebê".

7) Formulário Situacional (Anexo J): O formulário foi elaborado para este estudo com a finalidade de se obter informações a respeito das condições de nascimento do recém-nascido, do trabalho de parto e dos sentimentos da mãe. O objetivo é observar através das respostas emitidas pelas

participantes se houve diferença entre os grupos nos itens investigados. O instrumento é composto de: a) **dados de identificação** como sexo do RN, data de nascimento, tipo de anestesia e parto, nota de Apgar, idade gestacional, peso, comprimento e perímetro cefálico; b) **dados de percepção da mãe** como as emoções manifestadas no parto, logo após o nascimento e ao observar e ao amamentar o bebê.

A avaliação da condição física e neurológica do RN é rotineiramente realizada pelos médicos e registrada no prontuário da criança. A pesquisadora coletou essas informações, anotando a nota de Apgar, a idade gestacional, o peso, a estatura e o perímetro cefálico.

O boletim de Apgar, que aparece no Quadro 1, avalia a vitalidade do recém-nascido, através da verificação da respiração espontânea, frequência cardíaca maior que 100bpm, e cor rósea ou apenas cianose de extremidades, no primeiro e quinto minuto de vida (Almeida & Santos, 1995).

As avaliações são demonstradas através de notas. Elas indicam que o RN com notas inferiores a sete, são considerados anoxiados, com notas de três a seis, condição moderada, e de zero a dois, casos graves. Quando as notas são baixas apenas no primeiro minuto, e se recuperam a seguir, denomina-se anoxia de curta duração; mas se os valores persistem após o quinto minuto, classifica-se como anoxia prolongada, o que indica um pior prognóstico neurológico (Vaz, Rodrigues & Ramos, 1994). O Quadro 1 mostra os itens avaliados quanto à nota de Apgar.

Quadro 1 - Boletim de Apgar

Sinal	0	1	2
Frequência cardíaca	Ausente	< 100	>100
Esforço respiratório	Ausente	Irregular	Choro forte
Tônus muscular	Flacidez	Alguma flexão de extremidades	Boa movimentação
Irritabilidade (estimulação nasal)	Ausente	Algum movimento	Espirros
Cor	Cianose, palidez	Corpo róseo e Extremidades cianóticas	Corpo róseo

Apgar - Anesth. Analg. 32: 260 -7, 1953

Convém notar que para uma boa avaliação das condições de vitalidade de um recém-nascido (RN) e até certo ponto para se ter idéia do seu prognóstico imediato ou tardio, é necessário o conhecimento das suas variáveis: peso de nascimento e idade gestacional. A classificação prematuro ou pré-termo, segundo a Organização Mundial da Saúde, se deve ao RN de menos de trinta e sete semanas de gestação. A designação RN de baixo peso é aplicada aos que nasceram com menos de 2.500g, mas nada informa sobre a duração da gestação. A determinação da idade gestacional tem a finalidade de avaliar o grau de maturidade do RN. A avaliação da idade gestacional pelo pediatra neonatologista baseia-se em dados selecionados de exame físico e neurológico que permitem avaliar a idade com aproximação de até uma ou duas semanas. Se a diferença superior a essa é encontrada em relação à história materna, é provavelmente correto seguir os dados encontrados no exame pediátrico. A investigação consiste na avaliação clínica pediátrica - exame físico geral e neurológico e avaliação laboratorial. O diagnóstico da idade gestacional é um procedimento realizado em geral com vinte e quatro horas de vida, em ambiente tranquilo (Ramos, Corradini & Vaz, 1994). O método de Capurro - de avaliação da idade gestacional é utilizado no Hospital em que se realizou o estudo. O Quadro 2 apresenta este procedimento.

Quadro 2 - Avaliação da idade gestacional. Método Capurro (somático e neurológico).

Forma da orelha	0	8	16	24	
Textura da pele	0	5	10	15	20
Glândula mamária	0	5	10	15	
Pregas plantares	0	5	10	15	20
Sinal do xale	0	6	12	18	
Posição da Cabeça ao levantar o RN	0	4	8	12	
K = 200					
K + soma de pontos = idade gestacional em dias (desvio-padrão \pm 8,4 dias)					
Textura da Pele			Sinal do Xale		
0 = muito fina, gelatinosa			0 = o cotovelo alcança a linha axilar anterior do lado oposto		
5 = fina e lisa			6 = o cotovelo situado entre a linha anterior do lado oposto e a linha média		
10 = algo mais grossa, discreta descamação superficial			12 = o cotovelo situado ao nível da linha média		
15 = grossa, rugas superficiais, descamação nas mãos e pés			18 = o cotovelo situado entre a linha média e a linha auxiliar anterior do mesmo lado		
20 = grossa apergaminhada, com grutas profundas					
Forma da orelha			Posição da cabeça ao levantar o RN		
0 = chata, disforme, pavilhão não encurvado			0 = cabeça totalmente deflexionada, ângulo torácico 270 graus		
8 = pavilhão parcialmente encurvado na borda			4 = ângulo cervicotorácico entre 180 e 270 graus		
16 = pavilhão parcialmente encurvado em toda parte superior			8 = ângulo cervicotorácico igual a 180 graus		
24 = pavilhão totalmente encurvado			12 = ângulo cervicotorácico menor do que 180 graus		
Glândula Mamária			Formação do Mamilo		
0 = não palpável			0 = apenas visível		
5 = palpável, menos de 5mm			5 = aréola pigmentada - diâmetro menor que 75 mm		
10 = entre 5 e 10mm			10 = aréola pigmentada, pontiaguda - diâmetro menor que 75mm, borda não levantada		
15 = maior de 10 mm			15 = borda levantada - diâmetro maior que 75mm		
Pregas Plantares					
0 = sem pregas					
5 = marcas mal definidas sobre a parte anterior da planta					
10 = marcas bem definidas sobre a metade anterior e sulcos no terço anterior					
15 = sulcos na metade anterior da planta					
20 = sulcos em mais da metade anterior da planta					
Método Capurro (somático)					
Textura da Pele	0	5	10	15	20
Forma da Orelha	0	8	16	24	
Glândula Mamária	0	5	10	15	
Formação do Mamilo	0	5	10	15	
Pregas Plantares	0	5	10	15	20
K = 207					
K + soma de pontos = idade gestacional em dias					
Desvio-Padrão \pm 8,4 dias					

De acordo com Orlandi (1995) o peso e o comprimento médios da criança brasileira, ao nascer são de 3,350 Kg e 50 cm para o sexo masculino e 3,280 Kg e 49,8 cm para o feminino. O peso do bebê ao nascer pode ter influência da raça, alimentação materna, ordem de nascimento, entre outros fatores.

O perímetro cefálico (PC) para um RN a termo é de cerca de 34 cm. Geralmente, medidas inferiores a 33cm indicam prematuros (Leone, Ramos & Vaz, 1994).

A idade gestacional, através do Exame de Capurro, a nota de Apgar, o sexo, a data de nascimento, o peso, o comprimento e o perímetro cefálico foram obtidos através do prontuário médico, com a finalidade de se investigar informações sobre a condição de nascimento do RN.

Os procedimentos de trabalho com o grupo experimental envolveram a utilização de um manual específico para gestantes.

8) Manual de Controle do Stress para Gestantes: Uma das principais finalidades deste manual é fornecer um guia para que o psicólogo possa promover a aquisição de estratégias para lidar com o stress excessivo que pode ocorrer durante a gestação. Os métodos de trabalho seguem a abordagem cognitiva-comportamental. O procedimento visa entender o que é stress, identificar seus sintomas, reconhecer as fontes estressoras e tentar eliminar as que forem possíveis, reconhecer os limites, controlar a ansiedade, aprender a lidar com as expectativas negativas frente ao parto e as condições de saúde do feto, além de outras estratégias de manejo das tensões. O manual também fornece sugestões e recomendações quanto ao uso das técnicas de relaxamento, respiração profunda e parada de pensamento. O TCS para

gestantes é apresentado de acordo com o conteúdo programado para cada sessão.

MANUAL DO TREINO DE CONTROLE DE STRESS PARA GESTANTES

1a Sessão - Esta sessão se inicia com a apresentação dos membros do grupo e da colaboradora (não é necessário a apresentação da pesquisadora, pois o grupo já a conhece). O tema de enfoque é a gestação. As informações se reportam às mudanças psicológicas que se seguem às alterações físicas no corpo da mulher (Mazzei, 1993). Enfatiza-se o incentivo à expressão dos sentimentos e pensamentos das gestantes como uma das estratégias para lidar com o stress (Lipp, 1989b). O relaxamento é um outro recurso para manejo das tensões. Explica-se, orienta-se e realiza-se com as participantes o relaxamento específico para gestantes (Torrezan, 1997). Exercita-se também a respiração profunda durante a sessão, como forma de administrar o stress.

2a Sessão - Primeiramente, faz-se a revisão dos assuntos da sessão anterior. Em um segundo momento menciona-se o que é stress, suas fases e sintomas, de acordo com Lipp & Malagris (1995). Em terceiro lugar, aborda-se uma maneira de enfrentamento das tensões, que é o compartilhar do parceiro nas emoções, temores, expectativas e desejos manifestados pela grávida (Torrezan, 1994). Utilizam-se os comentários das participantes para explicações e esclarecimento de dúvidas. Menciona-se as fontes do stress internas e externas, principalmente as gestacionais. A prática física é um importante recurso para aliviar as tensões, por isso sugere-se a caminhada, isto de acordo com o acompanhamento médico. Realiza-se e incentiva-se o relaxamento para gestantes como prática diária.

3a Sessão - Inicialmente revêem-se os assuntos tratados na sessão anterior. O conteúdo desta sessão refere a uma das fontes internas de stress, os padrões de pensamentos inadequados. Uma das estratégias para lidar com pensamentos que geram tensão, é a reestruturação cognitiva. Esta técnica segue os princípios da Terapia Racional Emotiva (Ellis, 1973). Aborda-se também nesta sessão, um outro agente estressor, o conjunto de características do padrão de comportamento Tipo A (Friedmanm & Rosenman, 1974), que favorece o stress. Utiliza-se os procedimentos de minimizar os efeitos negativos do Tipo A, de acordo com Lipp (1989b). Usa-se a técnica do Role Play como estratégia de controle das características deste padrão comportamental. Realiza-se relaxamento no final da sessão.

4a Sessão - Recapitulam-se os temas abordados na sessão anterior. O enfoque do dia refere-se às fontes internas, principalmente as que desencadeiam a ansiedade. Pratica-se com as gestantes o treino de controle da ansiedade proposto por Lipp (1989b). Utilizam-se as verbalizações das participantes para o processo de reestruturação dos pensamentos que levam à ansiedade. Realiza-se com algumas mulheres a verificação do treino de controle da ansiedade. A troca de experiências entre os membros do grupo favorece o vínculo e a expressão dos sentimentos e idéias. Utiliza-se este recurso para esclarecer a importância em se expor seus pensamentos, explicando as diferenças entre assertividade, passividade e agressividade. Nota-se que a orientação para a prática do comportamento assertivo é um recurso usado para amenizar as tensões, as preocupações e os problemas. As explicações sobre a assertividade seguiram o manual de controle de stress de Lipp (1989b). Refere-se à sugestão

quanto a ingestão de alimentos anti-stress (Lipp, Romano, Covolan & Silva 1990). Realiza-se o relaxamento no final da sessão.

5a Sessão - Nesta sessão, destina-se boa parte do tempo para revisão das técnicas aprendidas no encontro anterior. A seguir enfatiza-se a qualidade de vida (Lipp & Malagris, 1996) de acordo com as quatro áreas, a social, a afetiva, a profissional e da saúde. Sugerem-se alguns hábitos saudáveis e técnicas de relaxamento. Faz-se o relaxamento no final da sessão.

6a Sessão - Revêem-se, no início da sessão, os temas comentados anteriormente. A programação para este dia destina-se aos preparativos para a chegada do bebê, além das expectativas com relação ao parto e a criança. Observa-se que a discussão em grupo oferece condições para que as participantes possam expor os medos, as expectativas, as preocupações sobre o momento do parto, a anestesia, o estado de saúde do RN e o que esperam deles. A sugestão quanto ao reconhecimento e a visita ao hospital em que se vai ter o filho, o esclarecimento de dúvidas com o médico, a desmitificação de algumas crenças populares podem amenizar as tensões no final da gestação. A técnica de reflexão dos sentimentos de Maldonado (1976) é um recurso usado para aliviar ansiedade e temores. Administra-se o relaxamento no final da sessão.

7a Sessão - Este é o último dia do TCS. Inicialmente, realiza-se a revisão das técnicas de controle de stress sugeridas durante a intervenção. A seguir, esclarecem-se as dúvidas das participantes. Em outro momento, propõe-se uma auto-avaliação quanto ao stress e seu quadro sintomatológico. Ressalta-se que

a avaliação final objetiva verificar se ocorreu mudança no nível de stress e, adicionalmente, se busca saber se as gestantes estão utilizando-se das estratégias de enfrentamento do stress. No final faz-se o relaxamento. Avisa-se as gestantes sobre a entrevista, que ocorrerá logo após o parto, realizada pela terapeuta.

No presente trabalho, o TCS foi ministrado pela pesquisadora e uma colaboradora aluna do curso de doutorado em Psicologia, na função de co-terapeuta.

9) PROGRAMA DE PALESTRA - Organizou-se e agendou-se com um dos grupos de controle, os sete encontros para a realização de palestras. A duração das reuniões foi de aproximadamente 90 minutos. A pesquisadora somente apresentou os convidados, mas não interviu nas palestras. Este programa abordou temas gerais como os cuidados com a higiene bucal, com a postura, os distúrbios da fala, a audição, a alimentação saudável entre outros. Cada profissional convidado teve um dia específico para se apresentar.

1a Palestra - A profissional convidada foi uma Assistente Social, a qual ministrou a palestra "Abordagem da paciente pelo Serviço Social".

2a Palestra - A técnica de Enfermagem abordou o tema "Assistência a paciente no Hospital".

3a Palestra - A palestra se referiu aos "Aspectos Preventivos na área de fonaudiologia", e foi ministrada por uma fonaudióloga.

4a Palestra - "Orientações sobre a Saúde Bucal foi o título da palestra realizada por uma dentista.

5a Palestra - Teve como convidada uma fisioterapeuta, que proferiu a palestra: "Desenvolvimento Neurológico Motor da Criança".

6a Palestra - Um médico especialista em Pedriatria obordou o tema "Alimentação da Criança".

Confraternização - Este encontro teve como objetivo a confraternização entre as gestantes. Para isto, foi lhes oferecido (gratuitamente) lanches, bolachas, sucos e refrigerantes. As participantes puderam conversar entre si e fazer avaliações sobre as palestras. A pesquisadora acompanhou este momento, ouvindo os comentários.

LOCAL

Realizou - se as entrevistas iniciais em sala do próprio serviço de atendimento médico do hospital, com uma mesa, duas cadeiras e com iluminação artificial satisfatória.

O Treino de Controle de Stress para gestantes aconteceu em uma sala própria para atendimento psicológico em grupo do Serviço de Psicologia do hospital, com quatorze cadeiras formando um meio círculo, uma mesa com uma cadeira, uma lousa, uma janela em uma das paredes, uma porta, um ventilador de teto e iluminação artificial satisfatória.

O Programa de Palestras ocorreu na mesma sala de atendimento psicológico em grupo, com os mesmos móveis e condições de iluminação e ventilação, contudo em momento diferente de utilização da sala pelo GCS.

As entrevistas pós-parto se deram no próprio leito hospitalar. Os quartos eram iguais, compunham-se de três camas, sendo uma da parturiente-sujeito da pesquisa, com três cadeiras, um banheiro, uma janela em uma das paredes, uma porta e iluminação artificial satisfatória.

PESSOAL

A pesquisadora obteve auxílio das assistentes sociais, estagiárias do Serviço Social e secretárias do Setor de Ginecologia e Obstetrícia do hospital, que telefonavam e informavam a ocorrência dos partos das participantes.

A realização do TCS contou com a colaboração de uma psicóloga doutoranda em Psicologia da PUC Campinas, que participou como co-terapeuta no Grupo de Controle de Stress.

O programa de palestras foi realizado pelos seguintes profissionais: Assistente Social, Técnica de Enfermagem, Fonaudióloga, Dentista, Fisioterapeuta e Médico.

PROCEDIMENTO

Inicialmente, estabeleceu-se o contato com a coordenadora do Serviço de Psicologia do Hospital Celso Pierro da PUC Campinas. A coordenadora solicitou que se elaborasse um protocolo para ser submetido à apreciação da Comissão de Ética do Hospital. Redigiu-se o protocolo (Anexo A) e encaminhou-se o mesmo para a aprovação. O Serviço de Psicologia e a Comissão de Ética do Hospital aprovaram o Projeto de Pesquisa (Anexo B). Desse modo, estabeleceu-se o contato com os médicos do Setor de Ginecologia e Obstetrícia, a fim de fornecer esclarecimentos sobre o objetivo e os procedimentos da pesquisa. Os médicos consentiram na realização do estudo e o apresentaram à equipe de residentes, alunos-internos, enfermeiras e secretárias do Setor.

O processo de triagem dos sujeitos envolveu as secretárias que separavam todos os prontuários do dia, antes que fossem para o médico. A pesquisadora consultava os prontuários, um a um, seguindo a ordem de chegada de cada gestante, separava aqueles que se enquadravam nos critérios pré-estabelecidos até formar o número de trinta. Nesse momento, estabelecia o contato com cada grávida (seguindo a ordem dos prontuários).

Na entrevista com a gestante, informava-se que a pesquisa faria parte da Tese de Doutorado em Psicologia da PUC Campinas cujo objetivo era obter informações sobre o período pré-natal, nascimento da criança, e estado emocional da mãe logo após o parto. Garantia-se o sigilo às participantes, esclarecendo lhes que a identificação das mesmas não seria divulgada, e que somente os dados coletados estariam impressos na Tese de Doutorado. Apresentava-se o termo de consentimento (Anexo C) a cada uma delas e fazia-se a leitura em conjunto, sendo que somente após a concordância, iniciava-se a aplicação dos testes. O processo de seleção dos sujeitos para a pesquisa transcorreu no período de quatro meses. As mulheres grávidas selecionadas eram contatadas pela pesquisadora no dia em que realizavam consultas médicas de pré-natal.

A designação para os grupos foi feita por randomização em bloco por ordem de chegada. Desse modo, designou-se a primeira gestante para o Grupo I; a segunda gestante, para o Grupo II; a terceira gestante, para o Grupo III; a quarta gestante, para o Grupo I e assim sucessivamente até completar dez gestantes em cada grupo.

Inicialmente, as participantes passaram por uma avaliação individual. Esta testagem constou da aplicação dos seguintes instrumentos na ordem mencionada: Formulário de Identificação; Inventário de Sintomas de

Stress (ISS) ; Inventário de Padrão de Comportamento Tipo A; Inventário de Crenças Irracionais; Inventário de Fontes de Stress Gestacional e Inventário de Estratégias de Enfrentamento do Stress Gestacional. Os testes eram lidos e as respostas emitidas pelas participantes anotadas no próprio material de coleta de dado. A aplicação dos instrumentos, com cada grávida, levou aproximadamente 60 minutos. As gestantes eram designadas para os grupos por ordem das entrevistas, como descrito anteriormente. No momento em que se formaram os grupos, marcou-se a data de início das atividades.

O grupo de controle de stress (GCS) e o de palestras (GP) tiveram uma reunião, em dias diferentes, para serem informados a respeito do programa do qual iriam participar. Para o GCS mencionou-se que as participantes receberiam um treino para aprender a lidar com o stress, aprender a identificá-lo e amenizá-lo, além de poder expressar e discutir o que sentiam nas várias situações de tensão, ansiedade e também de felicidade. Para as grávidas designadas ao GP explicou-se que elas iriam participar de um programa de palestras informativas sobre alimentação saudável, cuidados com a saúde bucal, postura corporal, voz, audição entre outras. Os convidados seriam especialistas como médico, fonaudiológa, dentista, nutricionista, fisioterapeuta, técnica de enfermagem e assistente social. O grupo passagem do tempo (GPT), destinado à análise dos resultados em função da evolução natural da gestação, foi informado de que iria ser entrevistado novamente, logo após o nascimento dos seus bebês. A pesquisadora complementou afirmando que elas seriam contatadas no próprio leito hospitalar. Nesse encontro inicial, combinava-se com cada grupo (GCS e GP), as datas e horários específicos para reuniões, de maneira que eles não se cruzassem durante as atividades. As sessões do treino de controle de stress e as palestras eram realizadas uma vez

por semana, com duração de 90 minutos cada, para o grupo I e II, totalizando um período de um mês e três semanas de trabalho. Os trabalhos foram interrompidos entre o Natal e a passagem do ano.

PROCEDIMENTO DO TREINO DE CONTROLE DO STRESS

O treino foi ministrado pela pesquisadora e por uma colaboradora, também psicóloga, na função de co-terapeuta, que observou e anotou as verbalizações e comportamentos manifestados pelas participantes. O trabalho realizou-se em sete sessões, sendo uma por semana, com duração de 90 minutos cada. O TCS enquadra-se, parcialmente, dentro das propostas de apoio a gestantes, sugerido por Read já em 1944, porém alcança novas dimensões, pelas quais, especificamente, objetiva-se ensinar as pessoas a lidarem com suas fontes de stress. A intervenção seguiu as orientações contidas no manual de controle de stress para gestante, e também se utilizou do recurso educacional das aulas participativas, nas quais havia momentos para a exposição dos temas pela terapeuta, e a conseqüente discussão dos mesmos com as participantes. O objetivo das sessões não era apenas informar, mas também tratar o stress, através da transmissão do conhecimento científico do que é stress e seus efeitos, bem como fornecer estratégias de enfrentamento do mesmo. Para isso, o TCS programou as sessões de modo a informar, ensinar, orientar e incentivar o uso das técnicas, como controle da ansiedade, reestruturação de pensamento, relaxamento, respiração profunda entre outras estratégias de manejo do stress. Os assuntos foram resumidos e impressos (Anexo L). Acontecendo a distribuição dos resumos no final de cada sessão. As sessões realizaram-se em

uma sala, que acomodou as participantes, anexa ao consultório médico do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia.

REPOSIÇÃO - Quanto às ausências das participantes no GCS, a pesquisadora procedeu da seguinte maneira: após cada encontro, entrava-se em contato com as faltosas, via telefone, telegrama, ou pessoalmente e agendava a data da reposição. O conteúdo da reposição seguia a mesma ordem das sessões programadas para o treino de controle de stress. A duração da reposição era de aproximadamente 60 minutos, isto porque o grupo era menor, e, às vezes, contava-se com a participação de uma única gestante. Nessas sessões, as anotações eram feitas pela própria pesquisadora, a colaboradora não participava, por não ser possível conciliar os horários.

PROGRAMA DE PALESTRAS

O programa de palestras teve seu início com a marcação das datas para as reuniões. A organização dos tópicos seguiu a disponibilidade dos profissionais contatados. Estes especialistas eram da região de Campinas, convidados pessoalmente e receberam explicações sobre o objetivo do programa para esta pesquisa. Não foi possível repor as palestras para as gestantes faltosas, pois os profissionais tinham seus compromissos e também não havia disponibilidade de local para outros dias.

O objetivo do GP era apenas transmitir informações e não trabalhar aspectos psicológicos referentes ao controle do stress com as gestantes. O Grupo teve seis encontros para a realização das palestras e um para a confraternização entre as participantes. A apresentação dos profissionais ao grupo e a confraternização foram coordenadas pela pesquisadora. O GP recebeu informações de outros profissionais, não tendo desse modo contato

direto com a pesquisadora. As palestras foram gratuitas e realizadas em sala que acomodou as participantes no próprio hospital. Cada palestra durou, aproximadamente, 90 minutos. Cada profissional entregou à pesquisadora uma síntese impressa de sua palestra.

AVALIAÇÃO PÓS-PARTO

A entrevista no pós-parto para aplicação do formulário situacional e ISS foram realizadas pela pesquisadora no próprio leito hospitalar da parturiente, com duração de aproximadamente 50 minutos. E, para que ela estivesse presente logo após o parto, contou-se com o auxílio da Assistente Social, estagiária do Serviço Social, e também, da secretária da Enfermaria do Serviço de Obstetrícia. Essas pessoas receberam uma lista com os números de identificação das participantes. Quando a gestante era internada no hospital, o Serviço Social telefonava para a pesquisadora informando o horário e a data, mesmo em final de semana. Desse modo, telefonava ou contatava pessoalmente a estagiária do Serviço Social e/ou secretária da Enfermaria para checarem se a gestante já havia realizado o parto ou cesárea. Algumas vezes, a pesquisadora teve que aguardar ou voltar mais tarde, porque a parturiente se encontrava no pré-parto ou no centro cirúrgico. Quando esta retornava para o quarto da enfermaria, verificava se a mesma estava acordada e se sentia bem para dialogar. Se tudo estivesse bem, iniciava-se a aplicação dos instrumentos. Contudo, se a participante estivesse dormindo, a pesquisadora aguardava, ou voltava mais tarde. As condições de saúde da mãe e os dados do RN eram verificadas no prontuário, antes da entrevista. As avaliações ocorreram no próprio dia do parto ou até dois dias após.

RESULTADOS

RESULTADOS

MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS

Os resultados serão mostrados em todos os itens pesquisados nos três grupos, para que a apresentação dos dados seja realizada de maneira a revelá-los o mais detalhadamente possível.

Para que as informações obtidas sejam claramente expressas, optou-se por apresentá-las divididas em cinco partes:

Na **parte I**, descrevem-se os dados biográficos das participantes. A finalidade dessa descrição é verificar se os grupos eram iguais entre si, antes da intervenção terapêutica. Para isso uma análise de variância não paramétrica de Kruskal-Wallis (KW) corrigida por "ties" foi realizada com as variáveis pesquisadas. Observa-se que o teste é um método utilizado para se comparar as medianas de três ou mais grupos não pareados. A hipótese nula é que todas as colunas de medianas são iguais. O programa para computador de análise estatística InStat (1994), que foi utilizado neste estudo, informa o valor de p , testando a hipótese. O InStat calcula o valor exato de p se o conjunto de dados for pequeno. Quando há muitos dados, o InStat mostra um valor aproximado de p , além disso, o teste assume que os dados são randomizados de uma amostra

da população, e que cada valor é obtido independentemente dos outros (InStat, 1994).

É importante mencionar que a análise quantitativa foi realizada embora o número de sujeitos tenha sido pequeno, com intuito de servir como base de uma análise qualitativa mais detalhada.

Finalizadas as comparações estatísticas dos dados biográficos procede-se a identificação das características psicológicas dos grupos, como pode ser visto na parte II.

Na **parte II**, apresentaram-se os aspectos psicológicos das gestantes na fase do pré-parto. Os dados revelaram quais eram as principais características das participantes, quanto à intensidade do stress, aos fatores geradores de stress e também às estratégias de enfrentamento utilizadas pelas gestantes. O teste Kruskal-Wallis corrigido por "ties" também foi utilizado nesta parte. Os cálculos foram realizados através do programa InStat (1994).

Na **parte III**, mostram-se os resultados das avaliações realizadas no pós-parto. Nesse momento pretendeu-se facilitar a compreensão das respostas emitidas pelas parturientes quanto às sensações emocionais e físicas do parto e ao ver o RN, além disso, apresentam-se os dados referentes às condições de nascimento do RN.

Embora o número de participantes que fizeram parte de todas as fases do estudo tenha sido muito pequeno, a análise estatística foi realizada a fim de possibilitar uma análise mais fundamentada.

Ressalta-se que a análise qualitativa fez uso dos resultados das avaliações estatísticas realizadas, que tiveram o principal objetivo de oferecer fundamentos para a mesma.

A análise das respostas fornecidas pelas participantes quanto a ter contrações e se dirigir para o Centro Cirúrgico recebeu dois tratamentos. Primeiramente, agrupou-se as sensações emitidas pelas gestantes em duas categorias - sentir tensão e não sentir tensão. Em um segundo momento, utilizou-se o teste Chi quadrado (InStat, 1994) para as comparações das categorias entre os sujeitos.

Sabe-se que o teste Chi Quadrado opera com a hipótese nula de que não existe associação entre a variável da fileira e a variável da coluna. O InStat informa o valor do chi-quadrado e o de p. Se o valor de p é baixo pode-se concluir que os dados não são prováveis para a amostra na população, e não existe associação significativa entre variáveis.

O teste Chi-quadrado é altamente significativo quando os dados formam uma verdadeira tabela de contingência. As duas colunas devem representar mutuamente exclusivas categorias, e o mesmo deve ocorrer com as fileiras. Esse teste assume que os dados são oriundos de uma amostra randomizada da população geral, e que cada observação é feita independentemente do restante.

A associação entre as fileiras e colunas pode ser expressa como um risco relativo, quanto a razão provável ou a diferença entre as proporções. O InStat pode calcular cada uma com aproximadamente 95% de intervalo confiável, seguindo as aproximações de Katz ou Woolf. A diferença entre as proporções é a diferença entre a incidência ou prevalência dos dados.

Para este estudo sobre stress o teste Chi-quadrado verificou as associações entre os momentos das contrações uterinas: o seu início, o seu aumento e a chegada no Centro Cirúrgico; e sentir ou não tensão, isto com os três grupos GCS, GP e GPT. Os resultados serão apresentados na descrição desta parte, de modo detalhado com o objetivo de facilitar a leitura dos mesmos. As análises prosseguiram sobre a condição de nascimento de cada RN, no que se refere a nota de Apgar no primeiro e quinto minuto após o parto; a idade gestacional indicada pelo exame de Capurro; o peso; o comprimento e o perímetro cefálico. Para as comparações intergrupos desses itens, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis corrigido por "ties" (InStat, 1994).

Na **parte IV** realiza-se a verificação da ocorrência ou não de mudança no nível de stress da amostra nos dois momentos diferentes. Para isto efetivou-se o cruzamento das variáveis encontradas no pré-parto com o pós-parto. Para as análises intra-grupo utilizou-se o teste de Man-Whitney para amostras pareadas. Para verificar se havia diferença entre os três grupos, no pós-parto, usou-se o teste de Kruskal-Wallis para amostras não pareadas. Este teste indica se há diferença ou não entre os grupos. Aplicou-se o teste de Man-Whitney, para amostras não pareadas, posteriormente, para indicar entre que pares de grupos se encontravam as diferenças.

O teste Man-Whitney é um teste não paramétrico utilizado para comparar as medianas de colunas não pareadas. A hipótese nula é que duas medianas são iguais, e o InStat (1994) informa o valor de p testando esta hipótese. O InStat calcula o valor exato de p somente se o número de fileiras é pequeno. O valor de p é calculado de acordo com o tamanho da amostra e a soma das fileiras em cada coluna.

O teste assume que os dados são de uma amostra randomizada da população geral e que cada valor é independente dos outros. Quando o valor de p é baixo, pode-se concluir que os dados não são oriundos de uma mesma população.

Ressalta-se que na análise dos dados pós-tratamento, foi necessário levar em consideração o fato de que nem todas as participantes, designadas para os grupos, compareceram a todas as sessões, além disso, nem todas as parturientes buscaram o hospital da PUC Campinas para o parto. Portanto a distribuição dos sujeitos ficou da seguinte forma:

O GCS foi avaliado em sua totalidade, com dez gestantes no pré e no pós-parto, porém no que se referiu à participação dessas mulheres no treino de controle de stress, não houve adesão integral. A distribuição delas por sessão será descrita na parte V.

No que diz respeito à avaliação, o GP foi integralmente testado no pré-parto, mas somente seis das participantes designadas, compareceram no pós-parto, uma vez que quatro delas não tiveram seus filhos no hospital da PUC Campinas. Este grupo se iniciou com dez gestantes que aceitaram assistir às palestras. Contudo, a adesão ao programa não foi considerável, o número de mulheres por palestra será determinado na parte V.

A dificuldade de participação total no pós- teste ocorreu também com o GPT, uma vez que, na avaliação inicial participaram dez grávidas e, na entrevista pós-parto nove delas, isto porque uma das participantes teve seu bebê dias antes da coleta dos dados finais, e não se comunicou à pesquisadora sobre o nascimento. Desse modo, essa gestante não pôde ser avaliada.

Com o término das avaliações referentes ao pós-parto, passou-se à próxima parte (V) que descreve o processo de intervenção com os sujeitos.

Na **parte V** refere-se a descrição dos processos realizados com os grupos designados para o treino de controle de stress e para o programa de palestras. Primeiramente, apresenta-se o a intervenção terapêutica a que se submeteu o GCS. Este processo é transcrito em termos do conteúdo apresentado pela terapeuta nas sessões, e também, da expressão verbal e não verbal das participantes.

Em segundo lugar, especifica-se o programa de palestras, de acordo com a ordem dos assuntos apresentados. O GP assistiu às palestras ministradas por profissionais de várias áreas.

Nas comparações estatísticas utilizou-se o nível de significância 0,05, que é regularmente aceito na área da psicologia.

Os resultados que se revelaram significantes, são mostrados de forma destacada com o objetivo de clarificar e expor as principais características encontradas na amostra.

PARTE I - DADOS BIOGRÁFICOS

Os itens referentes à identificação das participantes, como idade, estado civil, renda familiar, escolaridade, profissão, idade gestacional, número de filhos e ocorrência de abortos são relatados nesta parte. Quando for mencionado aborto deve-se entender abortos ocorridos na vida da pessoa, não exclusivamente antes da referida gestação. Para melhor compreensão dessas

informações, a apresentação é feita por grupos. Primeiramente, apresentam-se os resultados do GCS, na Tabela 1.

GRUPO CONTROLE DO STRESS

Tabela 1 - DADOS BIOGRÁFICOS DO GCS

Sujeitos	Idade	Sem.Gest.	No Abortos	No Filhos	No Salários	Escolaridade
1	20	20	0	1	5	* 1o inc
2	23	24	1	3	5	1o inc
3	29	23	0	1	8	* 2o inc
4	24	26	0	2	3	* 1o com
5	26	27	1	3	4	1o inc
6	23	28	0	2	1	1o inc
7	29	25	1	2	2	1o inc
8	22	20	0	2	0	1o inc
9	22	20	0	2	8	1o inc
10	32	16	1	2	5	1o inc
Média	25	22,9	0,4	2	4,1	

* 1o inc.= primeiro grau incompleto; 1o com= primeiro grau completo e 2o inc= segundo grau incompleto

Como pode ser verificado na Tabela 1, as participantes do GCS variavam, em idade, de 20 a 32 anos, sendo a média de 25 anos.

Essas mulheres se encontravam no intervalo de 16 a 28 semanas, com média de 22,9 semanas gestacionais.

Os dados mostram que quatro mulheres mencionaram ter tido 1 aborto durante a vida.

Quanto ao número de filhos, as participantes possuíam mais de 1, sendo a média do grupo de 2 crianças.

No que se refere a renda familiar das participantes, verificou-se que uma das gestantes não possuía rendimento e outras chegavam a receber 8 salários por mês. Porém, a média compreendeu 4,1 salários mínimos.

A análise dos dados mostrou que o nível de escolaridade das participantes correspondeu, em sua maioria, ao primeiro grau incompleto.

A profissão exercida por essas mulheres era sobretudo, atividades do lar, somente uma delas trabalhava fora como doméstica. Estes dados finalizaram o levantamento biográfico do GCS.

Em um segundo momento apresentam-se as avaliações biográficas do GP, descritas na Tabela 2.

GRUPO PALESTRA

Tabela 2 - DADOS BIOGRÁFICOS DO GP

Sujeitos	Idade	Sem.Gest.	No Abortos	No Filhos	No Salários	Escolaridade
1	25	25	0	1	4	* 1o inc
2	23	22	0	1	9	1o inc
3	19	19	0	1	4	1o inc
4	20	20	0	2	3	1o inc
5	20	20	1	1	3	1o inc
6	24	26	3	3	2	1o inc
7	22	27	1	1	3	1o inc
8	23	24	0	1	4	* 2o inc
9	20	23	0	1	8	1o inc
10	24	16	0	1	3	2o inc
Média	22	22,2	0,5	1,3	4,3	

* 1o inc.= primeiro grau incompleto e 2o inc= segundo grau incompleto

A Tabela 2 apresenta a caracterização dos componentes do GP. Os resultados mostram que a faixa etária variava de 19 a 25 anos e, portanto com média de 22 anos.

Pode-se verificar que as participantes se encontravam entre 16 e 27 semanas, sendo a média de 22,2 semanas gestacionais. Os dados também revelaram que uma gestante mencionou ter tido de três abortos e duas delas, um aborto ocorrido em suas vidas.

Essas participantes estavam na faixa salarial compreendida entre 2 e 9 salários mínimos, com média de 4,3 salários.

A investigação mostrou que o nível de escolaridade que essas mães possuíam era o primeiro grau incompleto. Além disso, as gestantes, em sua maioria, exerciam as atividades do lar, e somente duas delas trabalhavam fora, uma como balconista e outra como ajudante de costura.

Concluída a análise dos dados de identificação do GP, prossegue-se com os resultados do outro grupo.

As avaliações do pré-parto mostram, em um terceiro momento, o GPT, cujos os resultados apresentam-se na Tabela 3.

GRUPO PASSAGEM DO TEMPO

Tabela 3 - DADOS BIOGRÁFICOS DO GP

Sujeitos	Idade	Sem. Gest.	No Abortos	No Filhos	No Salários	Escolaridade
1	24	17	0	1	9	* 1o com
2	20	22	0	2	9	* 1o inc
3	32	16	1	1	6	1o inc
4	31	18	1	2	6	1o inc
5	22	22	0	1	4	* 2o com
6	34	32	0	1	7	1o inc
7	23	17	0	2	6	1o inc
8	32	23	0	4	5	1o inc
9	20	30	0	1	8	1o inc
10	24	16	1	1	6	1o inc
Média	26,5	21,3	0,3	1,6	6,6	

* 1o inc.= primeiro grau incompleto; 1o com= primeiro grau completo e 2o com= segundo grau completo

As participantes designadas para esse grupo se distribuíram da seguinte maneira. No que se refere a idade das gestantes, a mesma variou de 20 a 34 anos, com média de 26,2 anos.

As mulheres encontravam-se no intervalo de 16 e 32 semanas, com média de 21,3 semanas gestacionais.

Esse grupo teve uma incidência menor de abortos quando comparado com os demais. Do total de grávidas, somente três delas mencionaram ter tido um aborto em suas vidas.

A Tabela 3 mostra que as mulheres ocupavam a faixa de 5 a 9 salários mínimos, com média de 6,6 salários mínimos. Isto mostrou que este grupo possui um nível econômico um pouco mais elevado que os outros grupos.

As gestantes em sua maioria desempenhavam atividades ligadas ao lar, e somente três delas trabalhavam fora, como montadora, babá e encarregada de supermercado.

No que se refere a escolaridade, a maioria das participantes, possuía o primeiro grau incompleto.

Observa-se que as informações fornecidas pelas gestantes sugerem que os grupos não apresentaram diferenças significantes entre as variáveis biográficas. Porém, no que diz respeito à renda familiar, verificou-se uma média superior do GPT. As análises estatísticas confirmam esses resultados.

ANÁLISES ESTATÍSTICAS

As variáveis apresentadas pela amostra foram submetidas a análises de variância de KW.

Primeiramente, buscou-se verificar se existia diferença significativa quanto a **idade** das participantes. Os resultados mostraram $H = 3,74$ e $p = 0,15$, o que indica não ser a diferença significativa. Adicionalmente, confirmou-se que as participantes variaram de 19 a 34 anos, com média de 24,4 anos.

No segundo momento, analisou-se a **idade gestacional** dessas mulheres e, os dados revelaram que não houve diferença significativa, como mostra $H = 1,38$ e $p = 0,49$. As grávidas compreenderam o intervalo de 16 a 32 semanas, com média de 22,1 semanas de gestação.

Em um outro momento, o **número de filhos** mencionados pelos sujeitos foi analisado e, não se verificou diferença significativa, sendo $H = 5,89$ e $p = 0,053$. A quantidade de filhos variou de 1 a 4, sendo a média de 1,6 filhos.

Os resultados revelaram uma diferença significativa quanto a **renda familiar** das participantes, sendo $H = 7,57$ e $p = 0,02$. O GPT computou a média de 6,6 salários mínimos, sendo superior aos demais grupos.

Os sujeitos também foram investigados na entrevista inicial quanto aos dados psicológicos, os quais são mencionados na parte II.

PARTE II -DADOS PSICOLÓGICOS

A descrição das variáveis psicológicas pesquisadas, com a amostra, torna-se relevante para as comparações no pós-parto, a fim de se avaliarem os efeitos das intervenções realizadas.

Apresenta-se a organização dos itens pesquisados em termos dos fatores da ontogênese do stress, do nível de stress e seu quadro sintomatológico diagnosticado com os sujeitos.

A análise desses aspectos se deve ao fato de que o stress pode se originar de fontes estressoras externas e/ou internas. Desse modo, certos acontecimentos na vida da pessoa, bons ou maus e a interação com as pessoas podem se transformar em fontes externas de stress. A própria pessoa pode desencadear seu stress, dependendo da maneira como enfrenta os eventos que ocorrem no dia-a-dia, dos pensamentos que elabora a respeito dos fatos, do padrão de comportamento que a caracteriza e das atitudes pessimistas que expressa diante da vida. Esses fatores são os chamados estressores internos.

O levantamento dessas fontes estressoras incluiu o modo como essas mulheres interpretavam os acontecimentos da vida; a preocupação com a estética corporal; o receber ou não suporte familiar; a sobrecarga de trabalho; a preocupação com o corpo, com o parto, com a saúde do RN, com a reorganização familiar, entre outros. Obtiveram-se os dados através do Inventário de fontes de stress gestacional, do Inventário de crenças irracionais e do Inventário do padrão de comportamento tipo A.

A Tabela 4 apresenta as médias dos estressores mencionados pelos sujeitos, no que se refere a crenças irracionais, aos indicadores de características do padrão de comportamento tipo A e às fontes de stress gestacionais, em cada grupo.

Tabela 4 MÉDIAS DE FONTES DE STRESS

	Crenças Irracionais	Tipo A	*F SG
GCS	5,9	6,7	8,1
GP	5,8	6,7	9,3
GPT	5,6	6,6	6,7
Média Geral	5,7	6,6	8,0

*FSG - Fontes de stress detectadas através do Inventário de Stress Gestacional

Conforme se observa na Tabela 4, os grupos não variaram quanto ao modo de pensar sobre os acontecimentos e as relações interpessoais. A média (5,7) encontrada indica um número elevado do que Albert Ellis (1973) designou de crenças irracionais. Talvez, os pensamentos quanto às expectativas, às preocupações, aos desejos e aos medos elaborados pelas participantes, com relação ao desenvolvimento da gestação e do RN, estivessem sendo inadequados, gerando ansiedade, tensão e stress.

A Tabela 4 apresenta também a frequência com que as gestantes mencionaram as características do Tipo A de comportamento. Observa-se que a média geral encontrada foi de 6,6 características deste padrão. Tal fato indica que essas mulheres estavam mais vulneráveis ao stress, devido à presença desta fonte interna de stress.

O outro ítem da Tabela 4 refere-se ao stress classificado como advindo da gestação. Os dados revelaram uma diferença entre as médias apresentadas pelos grupos. O GP mencionou mais fatores desencadeadores de stress que os outros grupos. As descrições dos estressores facilitarão a compreensão do nível de stress encontrado na amostra.

Crenças Irracionais (Padrões estressantes de pensar)

Com relação ao modo de pensar, obsevou-se que os grupos apontaram algumas crenças comuns. Os mesmos pensamentos inadequados foram igualmente referidos como os mais frequentes pelos três grupos. Pode-se citar esses pensamentos: “É horrível quando as coisas não são exatamente do jeito que gostaríamos que fossem”; “Deve-se ser absolutamente competente, inteligente e merecedor de todo respeito” e “Deve-se ter um controle absoluto e perfeito sobre as coisas”. Essas idéias indicam que as participantes se

preocupavam, em demasia, em errar, em falhar; em manter tudo em suas vidas sob controle, além de esperar que os outros as compreendessem e se comportassem como elas desejariam.

A análise estatística mostra que os grupos não apresentaram diferença significativa neste aspecto, sendo $H = 0,09$ e $p = 0,95$. A avaliação das fontes internas de stress prossegue com o padrão de comportamento Tipo A e os estressores gestacionais.

Características do Padrão de Comportamento Tipo A

As pessoas com muitas características do tipo A estão mais vulneráveis ao stress (Rosenman, 1996). Elas são mais afobadas, constantemente correm contra o relógio, irritam-se com facilidade, são competitivas e têm comportamentos polifásicos. Investigou-se estes e outros aspectos que classificam o Tipo A, com as participantes.

Houve semelhança entre os três grupos em algumas características do Tipo A, quais sejam: “Faço duas ou mais coisas ao mesmo tempo”, “Sou muito rápido no meu pensamento e ações” e “Irrito-me com as pessoas que incluem muitos detalhes em sua fala”. Além dos aspectos comuns entre as participantes, o GCS e o GP identificaram uma outra característica: “Não fico tranquila se tiver que esperar por alguém atrasado”.

Fontes de Stress Gestacional

A avaliação das respostas obtidas com o inventário FSG, usado para investigar os estressores que mais afetam a mulher grávida, indicou que os grupos não apresentaram diferença significativa, sendo $H = 4,10$ e $p = 0,12$.

Os desencadeadores de stress mais mencionados pelos grupos foram: “Verificar a presença de sintomas como: enjôo, tontura, vômito, dores no corpo, falta de apetite, taquicardia, pressão arterial alterada e outros”; “Verificar a presença de sintomas como insônia, medo, ansiedade, irritabilidade, fadiga, depressão, alienação e outros”; “Preocupar-se quanto aos cuidados do bebê (saúde, alimentação, higiene, etc) nos três primeiros meses de vida” e “Preocupar-se com o nascimento de um bebê saudável. Essas fontes apontadas pelas participantes sugerem uma preocupação voltada, exclusivamente, para o desenvolvimento gestacional e a condição de saúde do feto. Os GCS e GP mencionaram mais um item, também como mais frequente, que foi “Preocupar-se com a situação financeira”.

O GP apontou uma outra fonte de stress como a mais frequente, além das já identificadas, que é diferente dos demais: “Preocupar-se com as dores do parto”.

Esse levantamento indica que as participantes estavam atentas aos sinais e sintomas apresentados durante a gestação, bem como o quanto eles estavam sendo estressantes.

Após a identificação dos principais componentes da ontogênese do stress, prosseguiu-se com as avaliações, buscando encontrar a incidência do stress na amostra.

Nível de stress

Quando o stress torna-se excessivo, ele pode se tornar um fator da patogênia das doenças, assim como, interferir nos relacionamentos interpessoais, e também no desempenho profissional. Investigou-se a intensidade do stress e sua sintomatologia, através do ISS. Os dados quanto a

incidência do stress e sua sintomatologia são apresentados, em primeiro momento, por grupo e, em segundo momento, no geral.

GRUPO CONTROLE DE STRESS

As avaliações realizadas na fase inicial do pré-parto mostraram um nível de stress e um quadro sintomatológico característico da segunda fase do stress, a resistência. A Tabela 5 apresenta essas informações referentes ao GCS.

Tabela 5 - FASES DO STRESS E SINTOMATOLOGIA - GCS

Sujeitos	Fase do Stress	%	Sint. Psicológico	%	Sint. Físico	%
1	resistência	58,33	3		0,99	
2	resistência	58,33	2,29		1,16	
3	resistência	16,66	0,73		0,54	
4	resistência	16,66	1,29		0,36	
5	resistência	25	1,08		0,71	
6	resistência	50	1,84		1,08	
7	resistência	33,33	1,71		0,81	
8	resistência	16,66	1,07		0,71	
9	resistência	25	1,18		0,64	
10	resistência	8,33	1,11		0,42	
Média		30,83%	1,53	%	0,74	%

A Tabela 5 mostra que a média de 30,83%, na fase de resistência do stress, sugere uma intensidade elevada, podendo comprometer a homeostase do organismo. O quadro de sintomas revelados pelos sujeitos indica que área psicológica foi a mais afetada.

GRUPO PALESTRA

O GP também apontou uma alta incidência do stress, e com prevalência dos sintomas psicológicos. A Tabela 6 apresenta esses dados.

Tabela 6 - FASES DO STRESS E SINTOMATOLOGIA - GP

Sujeitos	Fase do Stress	%	Sint. Psicológico %	Sint. Físico %
1	resistência	16,66	0,2	0,48
2	resistência	25	1,8	0,58
3	resistência	41,66	1,85	0,9
4	resistência	58,33	2,02	1
5	resistência	33,33	1,49	0,81
6	resistência	33,33	1,07	0,76
7	resistência	33,33	1,29	0,97
8	resistência	50	1,96	1,01
9	resistência	16,66	1,53	0,53
10	resistência	58,33	2,03	1,68
Média		36,66%	1,52%	0,87%

Encontrou-se a média de 36,66% do stress, entre as participantes do GP, como mostra a Tabela 6. Esse valor demonstra que as gestantes estavam compreendidas na segunda fase do stress. Tal intensidade de stress desencadeia um quadro de sintomas, tanto psicológicos, quanto físicos. A prevalência dos sintomas diagnosticada foi na área psicológica.

GRUPO PASSAGEM DO TEMPO

A análise do stress com o GPT mostrou que as participantes se encontravam na mesma fase que os outros grupos, a resistência. A média de 32,49% confirma esse dado, além disso, verificou-se que os sintomas mais mencionados foram os psicológicos. A Tabela 7 apresenta os dados obtidos com esse grupo.

Tabela 7 - FASES DO STRESS E SINTOMATOLOGIA - GPT

Sujeitos	Fase do stress	%	Sint. Psicológico %	Sint. Físico %
1	resistência	50	1,27	0,89
2	resistência	8,33	1,29	0,71
3	resistência	66,66	1,87	1,76
4	resistência	16,66	1,49	0,55
5	resistência	33,33	2,23	0,2
6	resistência	58,33	1,56	1,8
7	resistência	8,33	1,33	0,44
8	resistência	8,33	0,53	0,54
9	resistência	66,66	0,96	1,54
10	resistência	8,33	1,02	0,34
Média		32,49%	1,35%	0,87%

Os grupos, em sua totalidade, encontravam-se na segunda fase do stress. A análise estatística não revelou diferença significativa entre os grupos, sendo $H = 0,79$ e $p = 0,67$. A fase de resistência tem várias intensidades, as quais são expressas através de percentagens. Os respectivos índices do stress aparecem nas Tabela 5, 6 e 7 e indicam a gravidade dos sintomas de stress dentro da fase de resistência. Obtiveram-se os valores nos quadros de correção do ISS, o qual foi utilizado nesta pesquisa. A maior parte das gestantes ficaram compreendidas no intervalo de 30 a 37% da fase de resistência, que é a faixa de intensidade média do stress.

SINTOMATOLOGIA DO STRESS

O quadro do stress se compõe de sintomas psicológicos e físicos, entretanto é a presença de muitos deles que indica incidência do stress propriamente dito, uma vez que um número reduzido de sintomas não tem relevância clínica. Os sintomas **psicológicos** foram os mais mencionados pelos

sujeitos, como se pode observar nas Tabelas 5, 6 e 7. A análise não mostrou diferença significativa entre os grupos, sendo $H = 1,04$ e $p = 0,59$.

SINTOMAS PSICOLÓGICOS

Os três grupos apontaram o sintoma “Sensibilidade emotiva excessiva” como um dos mais manifestados. Os sujeitos também mencionaram mais alguns sintomas do stress, com mais frequência: “Pensar constantemente em um só assunto”; “Irritabilidade excessiva”; “Diminuição do desejo sexual”; “Vontade súbita de iniciar novos projetos” e “Apatia, depressão ou raiva prolongada”.

Os sintomas encontrados se enquadram na fase de resistência, uma vez que a sintomatologia diagnosticada, como a instabilidade emocional, o pensamento determinado e a diminuição da vontade sexual sugere uma alta intensidade do stress.

SINTOMAS FÍSICOS

As participantes mencionaram muitos sintomas físicos, os quais indicam um stress excessivo, sendo que os grupos não apresentaram diferença significativa, com $H = 0,66$ e $p = 0,71$.

Os sintomas mais mencionados foram: “Tontura, sensação de estar flutuando”; “Cansaço constante”; “Nó no estômago”; “Aumento da sudorese”; “Mudança de apetite”; “Problemas com a memória”; “Sensação de desgaste físico constante”; “Mal estar generalizado sem causa específica” e “Taquicardia”.

Observa-se que os grupos revelaram sintomas físicos que podem afetar o bem-estar gestacional.

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DO STRESS

Para saber como as participantes tipicamente lidam com o stress aplicou-se o Inventário de Estratégias de Enfrentamento do Stress. Este instrumento investiga os meios e os recursos de que as gestantes se utilizam, para diminuir os efeitos do stress. Os dados obtidos através do Inventário são descritos na Tabela 8.

Tabela 8 - NÚMERO DE ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DO STRESS POR GRUPO

Sujeitos	Número de estratégias		
	GCS	GP	GPT
1	4	10	8
2	9	9	9
3	11	5	9
4	7	6	7
5	10	10	10
6	5	11	8
7	10	12	11
8	9	11	9
9	7	11	3
10	8	8	9
Média	8	9,3	8,3

A Tabela 8 mostra que os grupos possuíam estratégias semelhantes para lidarem com o stress, uma vez que a análise estatística não revelou diferença significativa entre os grupos, sendo $H = 2,48$ e $p = 0,28$.

As estratégias de gerenciamento do stress a que os três grupos se referiram, igualmente, são: “Realizo pré-natal”; “Quando estou preocupada tento pensar em algo positivo”; “Em minha casa tenho um lugar em que posso

me recolher para relaxar ou ficar sozinha” e “Costumo planejar meu tempo para realizar minhas tarefas”.

As participantes declararam outras estratégias de gerenciamento do stress: “Minha família me dá apoio”; “Faço três refeições saudáveis e balanceadas diariamente” e “Faço alguma coisa da qual realmente gosto, que é só para meu próprio benefício, pelo menos uma vez por semana”.

Ressalta-se que os resultados apontaram que a amostra pesquisada estava sob um nível de stress excessivo e um quadro sintomatológico de predominância na área psicológica. Esse nível de stress é justificado considerando as fontes estressoras encontradas entre as participantes. A avaliação, também, indicou que, embora essas mulheres estivessem se utilizando de estratégias para controlar o stress, não conseguiam reduzi-lo, levantando a hipótese de que essas estratégias ou não eram suficientes ou não eram adequadas a uma alta demanda de stress.

PARTE III - DADOS DO PÓS-PARTO SENTIMENTOS DA MÃE E DO RN

Na avaliação realizada logo após o parto, analisou-se o nível de stress, através do uso do ISS, e os sentimentos da mãe ao ver seu filho, bem como a condição de nascimento do RN, de acordo com as respostas dadas ao Formulário Situacional. No entanto, a parte III se refere somente aos resultados obtidos através deste instrumento. Observa-se que na fase pós-parto houve uma redução no número de participantes, cuja amostra, inicialmente era composta de trinta gestantes divididas em três grupos iguais. Já na segunda testagem, o número de sujeitos ficou reduzido para vinte e cinco mulheres. O número de participantes é descrita por grupo.

No GCS, as dez gestantes que realizaram a testagem inicial também participaram das avaliações do pós-parto. No entanto, observou-se uma diminuição no número de mulheres que, efetivamente, participaram do treino de controle de stress. A intervenção terapêutica se iniciou com oito gestantes e finalizou com quatro delas. Essas quatro mulheres acompanharam as sete sessões. Adicionalmente, na parte V serão descritas as sessões do GCS com a especificação do número de sujeitos presentes em cada dia.

Nas avaliações do pós-parto realizadas com o GP, também não se contou com a participação das dez gestantes entrevistadas no pré-parto. O Formulário Situacional foi preenchido por seis parturientes deste grupo. As outras quatro mulheres que faziam parte do grupo não realizaram o parto no hospital da PUC Campinas.

As dez gestantes desse grupo eram destinadas a assistir palestras, contudo, não se verificou a adesão integral das mesmas. No começo das palestras, contou-se com cinco mulheres e no final duas delas. A descrição das aulas ministradas com o grupo será descrita na parte V.

Na avaliação pós-parto do GPT testaram-se nove sujeitos, pois, das dez participantes iniciais, uma delas teve seu bebê sem que a pesquisadora fosse avisada. Posteriormente, quando se soube do fato, tentou-se contatar a mãe, mas não foi possível.

Resultados das testagens no pós-parto

Nas avaliações pós-parto, coletaram-se informações da parturiente e do RN. Categorizaram-se os dados referentes aos comportamentos e sentimentos da mãe com o objetivo de facilitar a leitura. Realizou-se o processo de agrupamento das respostas emitidas pelas participantes, isto através dos

dados obtidos nas questões 2, 3, 8, 9, 10, 11 e 12 do Formulário Situacional. A categorização buscou condensar as respostas que tivessem indicando significados semelhantes, tais como: “A bolsa rompeu, estava sem dor e tranquila”; “No sábado comecei a sentir contração fraquinha, mas não fiquei nervosa” e “Fiquei calma” - respostas que se enquadraram na categoria sem tensão. Todas as respostas emitidas pelas participantes encontram-se no Anexo K. As respostas emitidas pelas parturientes expressavam os sentimentos, expectativas e comportamentos observados em vários momentos do trabalho de parto, nascimento e contato com o RN.

A descrição dos dados se apresenta da seguinte forma, primeiramente, os resultados referentes a questão “Quem a acompanhou até a maternidade ?” O objetivo da pergunta é saber se a gestante pôde contar com o apoio do parceiro e /ou dos familiares para chegar ao hospital, o que influenciaria talvez seu nível de tensão.

Os resultados mostraram que 64% das participantes foram levadas para o hospital pelo marido. De acordo com essa informação, verificou-se que a maioria das participantes pôde contar com o marido nos momentos finais da gravidez. Esse dado pode sugerir que o parceiro estava presente na gestação dessas mulheres.

A família esteve presente, às vezes, no momento que antecedeu o parto, uma vez que 16% delas foram levadas para a maternidade por algum membro da família, como pai, mãe, tia e cunhada.

A avaliação também revelou que 12% das participantes buscaram o hospital sozinhas, e 8% foram conduzidas pelos vizinhos. Esse fato pode indicar que os maridos ou familiares estavam trabalhando e que não houve

tempo para comunicá-los, ou que não havia o acompanhamento da gravidez por essas pessoas.

A pergunta de número 3 refere-se ao desenvolvimento das contrações uterinas até o parto, ou seja a entrada no Centro Cirúrgico. A questão “Fale sobre o que sentiu ?” é dividida em três partes: a) no início das contrações uterinas; b) no momento em que as contrações aumentaram e c) quando estava a caminho do Centro Cirúrgico. As respostas emitidas pelas parturientes foram categorizadas em sentir tensão ou não sentir tensão. As reações das mulheres são expressas por grupo, como mostra a Tabela 9.

TABELA 9 - INÍCIO DAS CONTRAÇÕES

	GCS	GP	GPT	TOTAL
Com Tensão	3	3	5	11
Sem Tensão	7	3	4	14

A Tabela 9 mostra que o GCS sentiu menos tensão quando comparado com os demais, no início das contrações uterinas. Esse dado sugere que o treino de controle de stress ajudou essas mulheres a identificarem o momento de início do trabalho de parto e se controlarem, utilizando-se para isso as estratégias de enfrentamento do stress aprendidas durante as sessões.

Algumas verbalizações das participantes do GCS demonstram que o treino favoreceu o controle das emoções diante do momento da contração uterina, como: “A bolsa rompeu mais ou menos às 2h e 30m da madrugada em casa e, às 7h vim para o hospital. Comecei a sentir contrações, dores na barriga e nas costas e, ao mesmo tempo me sentia feliz” e “Comecei a ter contrações de manhã, senti uma dorzinha, doía as costas, mas fiquei calma”.

As respostas do GP e GPT mostram que as participantes também sentiram dor, porém referiram mais tensão e preocupação que o GCS. Os dois grupos não receberam a intervenção terapêutica para lidar com o stress. Algumas verbalizações do GP mostram a tensão que sentiram. “Comecei a sentir contração de manhã, e fiquei nervosa” e “Comecei com contrações fraquinhas, sabia que estava chegando a hora fiquei nervosa”. Além dos relatos do GPT como “Comecei a ter dor fraquinha, mas fiquei preocupada e tensa” e “Tive dores fraquinhas e um pouco de tensão”. Essas respostas demonstram a preocupação e apreensão das gestantes diante da aproximação da hora do parto.

O item b, da mesma questão, refere-se ao que sentiu quando as contrações uterinas aumentaram. A Tabela 10 apresenta esses dados.

Tabela 10 - AUMENTO DAS CONTRAÇÕES

	GCS	GP	GPT	TOTAL
Com Tensão	5	5	8	18
Sem Tensão	5	1	1	7

De acordo com a Tabela 10, o GCS emitiu mais respostas de tranquilidade e calma diante do aumento das contrações uterinas. As verbalizações de algumas participantes desse grupo confirmam esse dado. “As dores aumentaram pensei que ia passar logo, mas me senti feliz” e “Consegui manter a calma, porque fiz o tratamento e, controlei bem a ansiedade”.

O GP e GPT apresentaram mais tensão nesta fase das contrações.

Com o aumento das contrações, aproximava-se o momento do parto, sendo assim, o item c investiga as reações das gestantes quando se dirigiam ao Centro Cirúrgico.

Os resultados mostraram que o GCS, mais uma vez, se apresentou menos tenso que os demais. Alguns relatos sugerem o auto-controle diante do momento do nascimento, como: “Fiquei feliz, porque ia nascer. Estava sentindo muita dor, a cabeça do nenê era grande e não tinha força para expeli-lo. Foi necessário a ajuda do fórceps” e “Fiquei feliz porque estava chegando a hora do nenê nascer”. A Tabela 11 apresenta os números representativos das respostas mencionadas por grupos.

Tabela 11 - A CAMINHO DO CENTRO CIRÚRGICO

	GCS	GP	GPT	TOTAL
Com Tensão	3	4	7	14
Sem Tensão	7	2	2	11

Analisando-se os resultados obtidos através do Formulário Situacional preenchido pelas parturientes após o parto, verificou-se que aquelas que fizeram o treino de controle do stress atravessaram o período das contrações uterinas e a chegada no Centro Cirúrgico com menos tensão que as do GP e as do GPT.

Ressalta-se que esta conclusão tem base no teste Chi-quadrado, que revelou uma associação significativa ($\chi^2 = 8,972$ e $p = 0,0113$ com 2 graus de liberdade) entre ter feito treino de controle de stress, ou ter assistido a palestras ou não ter realizado qualquer atividade programada, e sentir tensão ou não no momento avaliado. Além de se verificar a existência dessa associação entre cada condição do grupo e sentir ou não tensão, encontrou-se a significância de associação entre o sentimento (ter tensão ou não) e ter realizado o controle de stress ou não. Para tal juntou-se o GP e o

GPT comparando as somas com o GCS e o valor obtido foi $\chi^2 = 7,379$ e $p = 0,006$ com 1 grau de liberdade, o que é extremamente significativo.

As avaliações do pós-parto também investigaram o que a mãe sentiu logo após o nascimento de seu filho (questão 8 do Formulário Situacional). As respostas emitidas pelas parturientes revelaram sentimentos de alegria, felicidade, alívio e tranquilidade. As verbalizações do GCS, GP e GPT convergem para satisfação de ver a criança perfeita, sem qualquer anomalia aparente. Adicionalmente, sugere-se que os sentimentos de alegria e felicidade possam ser manifestações do instinto materno, em poder gerar um filho. Alguns exemplos das verbalizações, como “Fiquei feliz da vida. Vi que a criança era perfeita”; “Fiquei feliz e , mais contente porque era menina” e “Senti uma paz, uma grande alegria”. Esses relatos demonstram o quanto essas mulheres estavam felizes.

O Formulário Situacional também investigou como as parturientes se sentiram ao ver o bebê pela primeira vez (questão 9) e quais foram os comportamentos observados no RN (questão 10).

As participantes informaram, em sua maioria, que se sentiram contentes, alegres e felizes ao olhar para o filho. Elas se expressaram da seguinte maneira, “Fiquei feliz, não via a hora que ela nascesse” ; “Agradei a Deus, estava com medo da criança nascer com algum problema, fiquei contente” e “Logo que o bebê nasceu, ele foi colocado no meu peito. Perguntei se ele era perfeito e, a médica falou que sim, fiquei tranquila. Senti muita alegria, pois a dor acabou e o nenê era perfeito”. As avaliações sobre esse momento sugerem que as mães sentiram que haviam cumprido mais uma fase

em suas vidas, ou seja, a finalização da gravidez com o parto e o nascimento da criança.

As respostas ao item 10 revelam que as mães se mostraram aliviadas e felizes ao observar que o RN já apresentava movimentos corporais. Os movimentos da face, mãos e pernas, e também o som do choro do RN, talvez, indicassem para as mães que a criança era “normal” e “perfeita”. A maioria das verbalizações referem-se a observação de movimentos dos olhos, da boca, das mãos e pernas do RN, como “ O nenê chorou, tentou piscar e mexeu a boquinha”; “Os olhos estavam regalados e olhando para mim”; “Ele tentou abrir os olhos, mexeu as mãos e tentou tirar o lençol que o cobria, mexeu também as pernas” e “Ele estava chorando. O primeiro movimento que vi, foram as perninhas se mexendo”. Esse dados sugerem que as participantes, mesmo sentindo as dores do parto, estavam atentas aos sinais e movimentos apresentados pelo RN.

As avaliações sobre o pós-parto prosseguiram com o momento da amamentação. A questão 11 verificou se a mãe amamentou o bebê (sim ou não) e o que sentiu.

Os resultados mostraram que 92% das participantes amamentaram seus filhos e 8 % delas não, logo após o nascimento. As maioria das mães verbalizou que se sentiam felizes e tranquilas ao ver o bebê se alimentando. Alguns relatos demonstram esse dado, como: “Sim, fiquei tranquila e feliz”; “Sim, feliz por vê-la se alimentar”; “Sim, fiquei olhando para o bebê, e fiquei feliz, mas estava com muita dor no útero e um pouco de sono” e “Sim, doeu um pouco, ela suga forte, estou muito feliz”. Observa-se que o desejo materno da

amamentação, pôde ser concretizado e que as dores do pós-parto e do sugar pelo RN não interferiram neste ato.

Logo após o parto, verificou-se que duas mães não puderam amamentar seus bebês, pois os RNs apresentaram alterações na condição de saúde ao nascer. Um deles, cuja mãe participou do GPT, nasceu com 1,600kg e não foi para o alojamento conjunto. Foi mantido na encubadora aquecida, adaptada à necessidade da criança. A alimentação foi suprida via parenteral. Essa parturiente comentou “Não amamentei ainda, fiquei um pouco preocupada, a amamentação está sendo feita via sonda”. Quando o bebê atingiu estado satisfatório de vida foi para o alojamento conjunto, momento em que a mãe forneceu o leite materno. Ela tinha conhecimento das condições de saúde da criança e acompanhou toda a evolução do quadro clínico. Dias depois, mãe e filho receberam alta hospitalar.

O outro RN que também não foi alimentado pela mãe logo que nasceu, era filho de uma das parturientes do GCS. Ele apresentou hipoglicemia e, teve que permanecer no berçário para receber os cuidados necessários, inclusive os relativos à alimentação. Na avaliação pós-parto, a parturiente mencionou “Não amamentei no seio, fiquei um pouco preocupada, retirei o leite manualmente. Eu tinha pouco leite”. Ela retirava seu leite e enchia a mamadeira. Essa mãe tinha acesso ao berçário, assim alimentava seu filho que se encontrava na encubadora. O RN foi para o alojamento conjunto três dias após o nascimento, e a mãe começou a alimentá-lo no seio, mas completava com a mamadeira. Logo que a criança conseguiu mamar, mãe e filho receberam alta do hospital. Deste modo o RN permaneceu no hospital quatro dias.

Observa-se que a maioria das mães que tiveram filhos com algum problema na condição de nascimento, também conseguiram amamentá-los.

A análise do momento da alimentação do RN forneceu mais informações, pois o Formulário Situacional investigou também, através da pergunta 12, quanto tempo levou para que o RN fosse alimentado e, qual era a qualidade da sucção (forte ou fraca). Os dados revelaram que as mães que amamentaram seus filhos não demoraram para fazer isto. Os bebês mamavam logo que a mãe era trazida do Centro Cirúrgico para o quarto e que a mesma se encontrava em condições físicas satisfatórias. Algumas crianças levaram um pouco mais de tempo para pegar o bico do seio e iniciar a sucção.

No que se refere à qualidade da sucção, as participantes mencionaram que sentiram que os bebês tinham uma sucção forte. Verificou-se que os dois RNs que apresentaram alteração ao nascer, logo que se reestabeleceram foram amamentados pela mãe, e o sugar foi qualificado por elas como forte.

Do total das crianças, apenas uma recebeu a avaliação feita pela mãe, como sucção fraca. Desse modo pode-se mencionar que a qualidade da sucção dos RNs era suficiente e adequada.

A avaliação do pós-parto, também investigou a condição de nascimento das crianças, através do registro médico. Os dados checados foram a nota de Apgar, o exame de Capurro, o peso, o comprimento (Comp), o perímetro cefálico (PC) e o sexo, conforme mostram as tabelas 12, 13 e 14.

Inicialmente, apresentam-se as informações referentes ao GCS, como mostra a Tabela 12.

GRUPO CONTROLE DO STRESS

Tabela 12 - DADOS DO RECÉM-NASCIDO - GCS

RN	Apgar	Capurro	Peso	Comp.	PC	Sexo
1	9 e 10	37s e 6d	2,985 kg	48 cm	34 cm	masc
2	10 e 10	39s e 5d	2,700 kg	45 cm	34 cm	fem
3	8 e 10	38s e 2d	2,945 kg	48 cm	34 cm	fem
4	9 e 10	39s e 5d	2,680 kg	47 cm	33 cm	masc
5	10 e 10	39s e 5d	3,450 kg	50 cm	35 cm	masc
6	9 e 10	38s e 4d	3,600 kg	51 cm	37 cm	masc
7	9 e 10	38s e 2d	2,450 kg	42 cm	33,5cm	fem
8	7 e 10	38s e 3d	3,225 kg	49 cm	34 cm	fem
9	9 e 10	39s e 5d	2,900 kg	47 cm	34 cm	masc
10	9 e 10	39s e 5d	3,980 kg	51 cm	36 cm	fem
Média	9 e 10	38s e 4d	3,091 Kg	48 cm	34 cm	

A vitalidade dos RNs medida através da nota de Apgar demonstrou que o grupo estava com uma resposta vital adequada. A média de 9 e 10 indica tal fato.

Com relação à maturidade apresentada pelos bebês, os dados revelaram que todos nasceram com mais de 37 semanas de gestação.

No que se refere ao peso, a média das crianças foi de 3,091kg, somente um delas se encontrou com o peso de 2,450Kg. Este peso está 50 gramas abaixo do limite (2,500Kg) para RN a termo. Segundo a O.M.S. o RN com menos de 2,500 kg é considerado de baixo peso. Além disso, é considerado prematuro aquele que nasce com menos de 37semanas completas (Ramos, Corradini & Vaz, 1994). Verificou-se que este RN nasceu com uma estatura de 42 cm, a qual não é esperada para crianças que nascem a termo. Deste modo, se constata a presença de apenas uma criança de baixo peso no grupo.

Os dados também mostraram que os RNs do GCS eram 50% do sexo masculino e 50% do sexo feminino.

Essas crianças apresentaram uma estatura média de 48 cm. Segundo Orlandi (1995), a estatura média para RN a termo do sexo masculino é de 50 cm e, para o sexo feminino de 49,8 cm. Geralmente, medidas inferiores a 47 cm são encontradas em prematuros. Portanto, a média do grupo estava dentro do esperado para crianças a termo. A análise também mostrou que dois RNs do sexo feminino apresentaram comprimentos de 45 cm e 42 cm. O bebê, cuja estatura era de 45cm, teve a nota de Apgar, idade gestacional e peso de uma criança a termo. Contudo, o outro RN, que era filho de uma parturiente que faltou a várias sessões do treino de controle de stress, mediu 42 cm e pesou 2,450 kg, o que é considerado baixo peso.

Quanto ao PC, o grupo se apresentou na média para RN normais. De acordo com Leone, Ramos & Vaz (1994) o perímetro cefálico de cerca de 34 cm para RNs a termo e, medidas inferiores a 33 cm para os prematuros .

A Tabela 13 apresenta a avaliação das condições de nascimento com o grupo de palestra.

GRUPO PALESTRA

Tabela 13 - DADOS DO RECÉM-NASCIDO - GP

RN	Apgar	Capurro	Peso	Comp.	PC	Sexo
1	9 e 10	39s e 4d	2,780Kg	45cm	31cm	fem
2	8 e 9	39s e 6d	3,515Kg	50,5cm	36cm	masc
3	9 e 10	38s e 3d	2,575Kg	47cm	34cm	fem
4	9 e 10	38s e 4d	3,470Kg	49cm	35cm	fem
5	5 e 9	35s	3,015Kg	46cm	35cm	masc
6	9 e 10	40s e 3d	3,760Kg	51cm	34,5cm	fem
Média	8 e 9	38s e 3d	3,185Kg	48cm	34cm	

A Tabela 13 mostra informações de somente 6 RNs do GP. Isto se deve ao fato de que as demais mães não procuraram o hospital da PUCC para terem seus filhos.

O grupo obteve a média de 8 e 9 no teste de Apgar, o que indica boa vitalidade dessas crianças. Porém, um RN apresentou uma nota moderada na primeira avaliação do Apgar e melhorou na segunda. O RN 5 (GP) foi o que apresentou nota 5 no primeiro minuto do teste de Apgar e no quinto minuto subiu para nota 9, isto indica que ele teve uma anoxia de curta duração e depois se recuperou. A mãe da criança referiu que “ele aspirou o líquido amniótico e foi para a encubadora, ficou sozinho até o dia 21, só a partir daí começou a mamar no peito”. Como se pode notar com o relato da parturiente, ela mesma percebeu a melhora de seu bebê.

Os dados revelaram que a idade gestacional média do grupo foi de 38s e 5d. No entanto, o RN 5 (GP) foi avaliado com 35s, o que indica prematuridade. Observa-se que essa mesma criança apresentou o comprimento de 46cm, o que a classifica em prematuridade limítrofe (Leone, Ramos & Vaz, 1994). O seu perímetro cefálico era de 35cm, essa medida é esperada para crianças nascidas a termo. A criança permaneceu 3 dias na encubadora, depois foi para o alojamento conjunto, onde foi amamentada pela mãe.

A avaliação do GP também indicou que 67% dos RNs eram do sexo feminino e 33% sexo do masculino.

No que se refere ao comprimento dos RNs, verificou-se que a estatura média do grupo era de 48cm, o que está dentro do esperado para crianças nascidas a termo. O mesmo aconteceu com a média do grupo para o PC de 34cm, o que é adequado aos bebês nascidos nessa condição. Observa-se que o RN 1 (GP) com 39s e 4d apresentou estatura (45cm) e PC (31cm)

abaixo do esperado, porém o peso e idade gestacional estavam de acordo com nascidos a termo.

Os registros dos RNs do GPT são descritos na Tabela 14.

GRUPO PASSAGEM DO TEMPO

Tabela 14 - DADOS DO RECÉM-NASCIDO - GPT

RN	Apgar	Capurro	Peso	Comp.	PC	Sexo
1	10 e 10	38s e 4d	3,205 kg	48,5 cm	34 cm	masc
2	8 e 10	36s e 3d	2,110 kg	46 cm	34 cm	masc
3	9 e 10	39s	2,890 kg	47 cm	33 cm	masc
4	9 e 10	39s e 5d	3,730 kg	49,5 cm	35 cm	masc
5	9 e 10	41s e 2d	3,070 kg	47,5 cm	34,5cm	fem
6	8 e 9	33s e 4d	1,670 kg	40,5 cm	29 cm	fem
7	8 e 10	37s e 6d	3,420 kg	46 cm	34,5cm	fem
8	8 e 9	41s e 5d	3,500 kg	48 cm	36 cm	fem.
9	9 e 10	38s e 2d	2,930 kg	46 cm	31,5cm	fem.
Média	9 e 10	38s e 3d	2,947kg	46,5cm	33,5cm	

A Tabela 14 mostra que dois RNs eram prematuros. O RN 2 (GPT) nasceu de 36s e 3d de gestação, com o peso de 2,110Kg, com o comprimento de 46cm e, o perímetro cefálico de 34cm, é classificado, pois, em prematuridade limítrofe. O RN 6 (GPT) nasceu com 33s e 4d de gestação, com o peso de 1,670Kg, com o comprimento de 40,5cm e com o perímetro cefálico de 29cm, é classificado como prematuridade moderada (Leone, Ramos & Vaz, 1994).

Com relação à estatura média de 46,5 apresentada pelo grupo, a mesma está um pouco abaixo do esperado para crianças nascidas a termo (superior a 47cm). As médias do peso e da idade gestacional são satisfatórias para RNs a termo. Observa-se que este grupo revelou a média de comprimento mais baixo que o GP e também que o GCS. Este dado foi verificado com o PC, o grupo indicou a média de 33,5, sendo inferior aos demais grupos.

No que se refere ao sexo, o grupo teve 56% de crianças do sexo feminino e 44% do sexo masculino.

O registro das datas de nascimento dos três grupos foi obtido através do Formulário Situacional e indicou que os nascimentos ocorreram no período de seis meses. Quanto ao sexo dos RNs, observou-se que o feminino esteve predominante na amostra.

ANÁLISES INTERGRUPOS - QUANTO AO RN

Os grupos apresentaram algumas diferenças entre si, contudo estas não foram significativas. Utilizou-se o teste de KW para as comparações intergrupos, quanto à nota de Apgar, idade gestacional, estatura, peso e PC.

Os resultados mostraram que os grupos não diferiram significativamente na nota de Apgar registrada no primeiro minuto, com $H = 1,3282$ e $p = 0,5148$. O mesmo aconteceu com a avaliação dos dados no quinto minuto, $H = 3,365$ e $p = 0,18$, não sendo a diferença significativa.

No que se refere a idade gestacional obtida através do exame de Capurro, que é um dos procedimentos usados pelos médicos, verificou-se que $H = 0,04$ e $p = 0,97$, o que indica que a diferença não é significativa.

Prosseguindo com as análises, os dados mostraram que não houve diferença significativa quanto ao peso dos RNs. As comparações intergrupos revelaram $H = 0,42$ e $p = 0,80$.

Os dados encontrados indicaram que não houve diferença significativa, quanto ao comprimento dessas crianças. A avaliação mostrou $H = 1,43$ e $p = 0,48$, desta maneira, não significativa.

Os grupos se apresentaram com médias diferentes quanto ao PC, contudo a análise estatística indicou que a diferença não foi significativa, sendo $H = 0,86$ e $p = 0,6$.

No geral, conclui-se que os grupos não diferiram significativamente entre si quanto às variáveis pesquisadas com RNs, a respeito da condição de nascimento.

DADOS REFERENTES AO PARTO

Segundo Rezende & Rezende-Filho (1995), parto consiste no estágio resolutivo do ciclo grávido-puerperal.

Ressalta-se que no momento do parto, o corpo da mãe envia mensagens sensoriais para o útero que se contrai e se dilata. O cólo do útero aumenta, e a cabeça da criança avança até ser expelida. Tudo isso em um parto normal. Porém, quando há risco de vida durante o procedimento de parto normal, realizam-se outras intervenções, como o auxílio do fórceps e a intervenção cirúrgica cesárea, em que se corta a musculatura do abdome e a parede do útero.

O estudo verificou que 40% das mulheres foram submetidas a cesárea, 36% delas necessitaram do fórceps no parto e 24% teve parto a termo.

Quanto à anestesia, 72% das mulheres se submeteram a raquianestesia e 28% se submeteram a anestesia local. As Tabelas 15, 16 e 17 descrevem os grupos quanto ao tipo de parto, tipo de anestesia e intercorrências durante o parto. Primeiramente, a Tabela 15 apresenta os dados do GCS, como se pode ver:

GRUPO CONTROLE DO STRESS

Tabela 15 - DADOS DO PARTO - GCS

Sujeito	Tipo Parto	Anestesia	Intercorrência
1	fórceps	raqui	sim
2	cesárea	raqui	não
3	fórceps	raqui	sim
4	termo	local	não
5	termo	local	não
6	cesárea	raqui	não
7	cesárea	raqui	não
8	termo	local	não
9	termo	local	não
10	cesárea	raqui	não

A tabela 15 mostra que 40% dos partos foram cesárea, 40% deles, parto a termo e 20% parto com ajuda do fórceps. Quanto à anestesia, 60% se submetem à raquianestesia e 40% à local. No que se refere à intercorrência identificada pelas mães, somente a mãe um e três (GCS) mencionaram dificuldades, como: “Senti muita dor, a cabeça do nenê era grande, e eu não tinha força para expeli-lo. Teve que ter ajuda do fórceps” (participante um). Este RN nasceu com hipoglicemia (glicemia inferior a 30) e foi para o berçário para maiores cuidados. Esse RN (com a glicemia superior a 50) e a mãe receberam alta hospitalar dias após o nascimento. Já a participante três afirmou que “A criança estava virada, com a cabeça para baixo, mas estava “alta”. Precisou do fórceps para ajudar a sair”.

Algumas mulheres que não mencionaram intercorrências durante o parto, expressaram comentários a respeito deste momento.

A participante dois (GCS) referiu que “Levei um tombo em casa, escorreguei no tapete e, me que levaram para cá (hospital). Aqui já me levaram para o Centro Cirúrgico” (o procedimento realizado para o parto foi cesárea de urgência).

A parturiente quatro (GCS) mencionou que “Os outros filhos foram de cesárea, então os médicos optaram por cesárea”.

A parturiente cinco (GCS) verbalizou que “fizeram cesaria porque aproveitei para fazer laqueadura, já tenho dois filhos”

De acordo com os relatos, nota-se que as parturientes, mesmo com dor, mantiveram-se atentas aos procedimentos realizados durante o parto.

GRUPO PALESTRA

Os registros obtidos com o grupo de palestra sobre o parto são mostrados na Tabela 16.

Tabela 16 - DADOS DO PARTO - GP

Sujeito	Tipo Parto	Anestesia	Intercorrência
1	termo	local	não
2	cesárea	raqui	não
3	cesárea	raqui	não
4	fórceps	raqui	não
5	cesárea	raqui	não
6	cesárea	raqui	não

Como se pode observar na Tabela 16, das 6 gestantes que realizaram o parto, 67% foram cesárea, 16,5% parto com fórceps e 16,5 parto a termo. Quanto à anestesia, apenas uma foi com a local, sendo as demais com a raquidiana. As parturientes não apontaram intercorrências durante o parto, porém duas delas fizeram comentários.

A participante um (GP) referiu que “A criança estava sentada”. E a participante cinco (GP) mencionou que “Meu filho nasceu e aspirou o líquido amniótico e foi para a encubadora”

Essas verbalizações demonstram que essas mulheres estiveram atentas aos procedimentos médicos que estavam sendo realizados e, à condição de saúde das crianças .

GRUPO PASSAGEM DO TEMPO

A Tabela 17 apresenta a avaliação realizada com o GPT.

Tabela 17 - DADOS DO PARTO - GPT

Sujeito	Tipo Parto	Anestesia	Intercorrência
1	fórceps	local	não
2	fórceps	raqui	sim
3	fórceps	raqui	não
4	fórceps	raqui	não
5	fórceps	raqui	não
6	cesárea	raqui	não
7	termo	local	não
8	cesárea	raqui	não
9	fórceps	raqui	não

Pode-se verificar na Tabela 17 que 67% das mulheres tiveram parto com auxílio do fórceps, 22% delas, cesárea e 11% com parto a termo. Quanto à anestesia, 78% das mulheres submeteram-se à raquianestesia e 22% delas à anestesia local. Quanto a intercorrência, somente a mãe número dois (GPT) mencionou “ Meu filho nasceu um pouco icterico e com pouco peso”. Este RN recebeu banho de luz por cinco dias. Depois foi para o alojamento conjunto. A mãe o amamentou e completou com leite na mamadeira, pois a sucção do RN era fraca e insuficiente.

Apresentam-se algumas verbalizações do grupo frente ao momento do parto. A parturiente seis (GPT) referiu que “Senti muita dor”. Já a parturiente oito (GPT) mencionou que “A criança estava sentada”. Observa-se que essas mulheres como as do GP e também do GCS permaneceram atentas aos

procedimentos clínicos e à condição de saúde da criança, mesmo sentindo as dores do parto.

As avaliações do momento pós-parto prosseguem com as análises do nível de stress das participantes. Os dados referentes à incidência e à variação estão descritos na parte IV.

PARTE IV - DADOS PÓS-PARTO DO STRESS

A parte IV apresenta os resultados obtidos através do ISS, sendo este inventário aplicado no leito hospitalar da parturiente.

Primeiramente, realizou-se as análises intra-grupos para saber se houve uma variação do stress e de seus sintomas antes e após o parto, ou seja, um mesmo grupo avaliado em dois momentos distintos.

Em segundo lugar, investigou-se se os grupos manifestaram alguma alteração na incidência do stress. Para isto, cruzaram-se os dados da testagem do stress no pré-parto com os resultados do pós-parto entre os grupos.

ANÁLISE INTRA-GRUPO

Utilizou-se o teste Man-Whitney para amostras pareadas para as análises intra-grupos. Inicialmente, são apresentados os dados referentes ao pós-teste do stress do GCS, na Tabela 18.

GRUPO CONTROLE DE STRESS

Tabela 18 - FASE DO STRESS E SINTOMATOLOGIA DO GCS

Sujeitos	Fase do stress	%	Sint. psico. %	Sint. fisico %
1	-----	0	0,18	0,55
2	-----	0	0,38	0,26
3	-----	0	0,33	0,43
4	-----	0	0,42	0,44
5	resistência	16,66	0	0,91
6	-----	0	0,8	0,36
7	-----	0	0,62	0,18
8	-----	0	0,42	0,16
9	resistência	16,66	0,82	0,52
10	-----	0	0,62	0,34
Média		3,33%	0,45 %	0,41%

A fase de resistência do stress, em termos de percentagens, se inicia com 8,33% e chega a 100%. A Tabela 18 mostra que somente duas parturientes se encontravam na segunda fase do stress, com a incidência de 16,66% no pós-parto. Essas mulheres apresentaram o índice 25% na pré-testagem. Deste modo, houve uma redução considerável no nível de stress. A avaliação intra-grupo revelou uma diferença extremamente significante da primeira para a segunda testagem como mostra $U = 5$ e $p = 0,0002$, visto que na nesta última avaliação o nível de stress era mais baixo.

Quanto aos sintomas que fazem parte do quadro de stress, também se observou uma redução em ambas as áreas, tanto psicológica, quanto física. O teste revelou uma diferença muito significativa quanto aos sintomas físicos do pré para o pós teste, sendo $U = 16,5$ e $p = 0,008$. Os sintomas psicológicos foram os que mais diminuíram no pós-parto. Convém notar que tal fato, pode ter relação com o treino de controle de stress. Uma vez que o tratamento de stress possibilitou ensinar e discutir estratégias para se lidar com pensamentos

e imagens ansiogênicos, além de técnicas para se controlar a ansiedade e, recursos que favoreceram a expressão das emoções. A análise intra-grupo indicou uma diferença extremamente significativa para os sintomas psicológicos, sendo $U = 2$ e $p < 0,001$. O GCS apresentou uma melhora significativa no seu quadro e sintomatologia do stress.

GRUPO PALESTRA

Os resultados das avaliações do stress e seus sintomas, referentes ao GP são mostrados na Tabela 19.

Tabela 19 - FASE DO STRESS E SINTOMATOLOGIA - GP

Sujeitos	Fase do stress	%	Sint. psico. %	Sint. Físico %
1	-----	0	0,4	0,1
2	resistência	25	0,93	0,79
3	resistência	33,33	1,76	0,74
4	resistência	16,66	0,67	0,79
5	resistência	8,33	0,8	0,53
6	resistência	50	1,96	0,89
Média		22,22%	1,08%	0,64%

O GP teve uma diminuição no número de participantes no programa de palestras e, na avaliação logo após o parto. A Tabela 19 apresenta os resultados de 6 mulheres. Observa-se que aquelas participantes que foram testadas no pré e no pós-parto manifestaram certa diminuição na intensidade do nível de stress, contudo a diferença não foi significativa, com $U = 15,5$ e $p = 0,11$. O fato de algumas mães participarem do programa de palestras não garantiu que o stress fosse reduzido a percentagens não consideráveis. Pode-se verificar que somente uma delas conseguiu declinar seu stress a valores não significantes.

No que se refere à sintomatologia do stress, o GP revelou uma queda dos sintomas psicológicos e também dos físicos. A avaliação intra-grupo quanto aos sintomas físicos indicou $U = 17,5$ e $p = 0,18$, portanto uma diferença não significativa.

Observa-se que as análises revelaram que não houve diferença significativa, quanto aos sintomas psicológicos da primeira para a segunda testagem, sendo $U = 16$ e $p = 0,14$. Desta maneira, nota-se que o grupo apresentou uma variação na intensidade do stress e seus sintomas, porém não significante. Sugere-se que, como era esperado, o fato de assistir a palestras não diminuiu a incidência do stress.

GRUPO PASSAGEM DO TEMPO

Os resultados do stress prosseguem com o GPT. Os índices são apresentados na Tabela 20.

Tabela 20 - FASE DO STRESS E SINTOMATOLOGIA - GPT

Sujeitos	Fase do stress	%	Sint. psico. %	Sint. Físico %
1	resistência	8,33	0,53	0,3
2	resistência	33,33	2,16	0,8
3	resistência	8,33	0,62	0,46
4	resistência	16,66	0,27	0,66
5	resistência	16,66	0,53	0,64
6	resistência	8,33	1,49	0,28
7	resistência	8,33	1,58	0,44
8	resistência	41,66	1,24	1,01
9	-----	0	0,42	0,38
Média		15,73%	0,98%	0,55%

Este grupo não recebeu tratamento, apenas acompanhou a evolução natural do tempo. O GPT contou com a participação de 9 mulheres na avaliação pós-parto. Os resultados mostram uma certa redução da intensidade

do stress logo após o parto. Contudo, a diferença não foi significativa, conforme revela $U = 28$ e $p = 0,18$. O grupo teve um período gestacional estressante que evoluiu para o pós-parto. A intensidade do stress declinou, mas não deixou de ser considerável. A Tabela 20 indica que somente uma das participantes reduziu o stress a níveis não significativos.

No que se refere aos sintomas do quadro de stress, também se verificou uma redução, tanto dos sintomas psicológicos, quanto dos físicos. As análises revelaram que não houve diferença significativa nas testagens realizadas para os sintomas físicos, sendo $U = 32,5$ e $p = 0,31$. Adicionalmente, também não se verificou diferença significativa da pré para a pós testagem dos sintomas psicológicos, sendo $U = 28,5$ e $p = 0,18$. Conclui-se que a evolução natural da passagem do tempo, com esta amostra, não proporcionou que o stress declinasse para valores não consideráveis.

O declínio do stress foi significativo no GCS e para os demais o stress se manteve em intensidade moderada, o que favorece o aparecimento de um quadro de sintomas tanto psicológicos quanto físicos. Os sintomas mais mencionados foram: “entusiasmo súbito”, “pensar constantemente em um só assunto”, “angústia/ansiedade diária” e “sensibilidade emotiva excessiva”, isto na área psicológica. Quanto aos físicos, os mais indicados foram: “sensação de desgaste físico constante”, “insônia” e “mal estar generalizado sem causa aparente”.

ANÁLISE INTER-GRUPO

A análise inter-grupo comparou os três grupos entre si, quanto a variável stress. Utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis para amostras não pareadas, o qual revelou $H = 8,62$ e $p = 0,01$, o que indica uma diferença significante entre o grupos. Esse teste não mostra a localização da diferença. Para se verificar entre que pares se encontrava a diferença, usou-se o teste de Man-Whitney para amostras não pareadas. Inicialmente, comparou-se o GPT e GP, e os resultados mostraram que não houve diferença significativa entre eles, sendo $U = 21$ e $p = 0,5$. A análise do nível de stress entre o GPT e o GCS revelou uma diferença significativa, sendo $U = 16$ e $p = 0,01$. Verificou-se o resultado de $U = 6$ e $p = 0,02$, portanto uma diferença significativa entre o GP e GCS.

Os resultados mostram que o GPT e o GP que não receberam tratamento do stress não diferiram entre si, mas, os dois diferiram do GCS. Portanto, as avaliações favorecem a interpretação de que a intervenção terapêutica do controle do stress promoveu a diferença entre os grupos.

V- DESCRIÇÃO DO PROCESSO

Nessa etapa que antecedeu o parto, os grupos tiveram tratamento diferentes. O GCS recebeu treino de controle de stress. O GP assistiu a palestras ministradas por diversos profissionais e, o GPT não recebeu intervenção, apenas aguardou a evolução natural da gestação até o parto.

A intervenção terapêutica, através de sessões, que se realizaram com o GCS, é transcrita a seguir. ~

DESCRIÇÃO DAS SESSÕES DO CONTROLE DE STRESS

GCS

As sessões descritas abaixo relatam os assuntos tratados pela terapeuta e as principais verbalizações das gestantes, em cada sessão do treino de controle do stress. A psicóloga colaboradora registrou os comentários e comportamentos expressos pelas participantes.

O número de participantes em cada sessão. Se havia alguma ausência, as reposições aconteciam de um a dois dias após a falta da gestante. Por exemplo, na primeira sessão, a terapeuta detectou que N., C., B., F., e A. não estavam presentes, então, logo após o final da referida sessão, entrou-se em contato com as mesmas. A terapeuta informou-as de que poderiam repor a sessão. Algumas gestantes alegaram que tinham faltado por não terem quem as levasse ao hospital, outras que haviam esquecido e ainda em função de não terem quem cuidasse dos seus filhos.

Realizaram-se os contatos com essas mulheres via carta, telegrama, telefone (quando a gestante dispunha de um telefone próprio e/ou para recado) e, muitas vezes, a própria pesquisadora ia até a casa de cada uma delas. Isto foi necessário quando os endereços estavam incompletos, ou trocados e não se tinha telefone, ou quando o correio não chegava até o local.

Todas gestantes faltosas foram comunicadas das reposições logo após a sessão perdida, contudo, a partir do quinto encontro somente foram contatadas aquelas que não compareciam, mas que estavam acompanhando regularmente o treino.

As reposições das sessões ocorreram de um a dois dias após a data combinada anteriormente. O tempo de duração de cada uma foi de aproximadamente 60 minutos. A terapeuta conduziu as sessões, sem a presença da co-terapeuta.

O treino do controle de stress contou com a presença da pesquisadora e a co-terapeuta. Os encontros tiveram a frequência de uma vez por semana e a duração de 90 minutos. Realizou-se a técnica do relaxamento para gestantes no final de cada sessão. A seguir, apresenta-se as descrições das sessões.

Primeira Sessão

O conteúdo dessa sessão abordou os aspectos psicológicos da gravidez. A abordagem teve como base as mudanças físicas que são seguidas de alterações emocionais, em cada trimestre de gestação.

Participaram da sessão, as seguintes gestantes: O., J., I., C., A., B., F.. A participante N. repôs a sessão em outro dia.

A psicóloga-colaboradora anotou as seguintes verbalizações das gestantes: No momento em que a terapeuta mencionou as modificações físicas que ocorrem no corpo da mulher na gravidez e que são acompanhadas de alterações emocionais, algumas delas verbalizaram:

O. "me sinto com medo e dor"

A. "senti a mudança, me emociono facilmente, choro muito!"

B. "chorona - este é meu caso - choro todo dia. Entrei em desespero no final do terceiro mês"

O. "senti muita vontade de comer - a noite, meu estômago 'revirava', e me incomodava ficar ao lado do meu marido na cama, então durmia longe, ou ia para sala, assim eu me sentia melhor"

B. “durmia na sala, porque o bebê faz a gente ficar com raiva das pessoas, até o sexto mês, eu sentia ódio do meu marido, o que ele falava, me irritava. Hoje melhorei, estou precisando do carinho dele”

C. “eu não conseguia sentir nada no começo, depois, comecei a ter enjôo, tinha enjôo do cheiro de tomate. Me incomodava o jeito que meu filho respirava”

I. “eu dormia à noite”

B. “eu troquei o dia pela noite”

F. “eu também”

A terapeuta comentou os aspectos psicológicos que geralmente se manifestam no segundo trimestre de gestação....e em seguida as gestantes fizeram alguns comentários:

O. e J. “comecei a sentir os movimentos do bebê”

A terapeuta comentou a respeito do desejo ou não de engravidar; os abusos e excessos que algumas mulheres cometem durante a gestação, entre outros fatores que podem prejudicar o feto. Esclareceu que o feto sente as emoções manifestadas pela mãe.... Quando a gestante fica ansiosa o feto sente essa alteração física e emocional materna, mostrando-se, por exemplo, mais agitado em seus movimentos. Algumas participantes verbalizaram que:

O. “tive um aborto em fevereiro, foi numa “terça-feira. No domingo anterior, houve uma discussão com meu pai, eu falei, falei....minhas mãos suavam, eu me segurei.... Na segunda-feira, a tarde, eu estava na sala e senti cólica, fui ao banheiro e estava sangrando. Vim até o hospital da PUC Campinas e me informaram que era começo de aborto. No meio da noite senti muita dor, às 3 hs da manhã a bolsa se rompeu e perdi o bebê. Agora, todos estão me ajudando”

B. “não gosto que me papariquem, não quero ninguém por perto, sou uma grávida chata. Agora estou com mania de ser perfeita. Arrumo tudo, cuecas, meias e as roupas... Esses dias fiquei irritada. Minha mãe queria me proteger. Noto que, às vezes, me sinto sossegada, carinhosa e carente”

F. “sou nervosa, me preocupo como vai ser depois do nascimento da criança”

A terapeuta comenta sobre o terceiro trimestre da gestação, principalmente a respeito das preocupações, ansiedades com relação ao parto..... Comenta-se sobre alguns desconfortos físicos da gravidez, como o aumento de volume do ventre.....e as implicações emocionais.

B. “tenho medo do parto”

A terapeuta mencionou que cada mulher reage de uma maneira frente ao parto, mas alguns aspectos são comuns, medo do parto, preocupação com as condições de nascimento da criança.....

O. “quando o meu primeiro filho nasceu, fiquei nervosa”

A terapeuta realiza o relaxamento para gestantes com todas as participantes

Alguns comentários emitidos pelas gestantes, após o relaxamento são:

A. “tenho câimbra nas pernas”

B. “senti que, quando tocava o bebê, ele dançava”

Fez-se o fechamento da sessão, e a terapeuta questiono o parecer das participantes quanto aos assuntos abordados....

C. “é bom porque podemos perceber que todas passam pelas mesmas coisas”

O. “é bom para dividir os problemas”

A terapeuta incentivou as participantes a verbalizarem suas experiências. Tal estratégia enriquece a prática de grupo e as participantes podem notar que muitas dificuldades são comuns ao grupo.

REPOSIÇÃO da Primeira Sessão

A reposição contou com a presença de N.. Apresentou-se o mesmo conteúdo da primeira sessão. Iniciou-se a exposição sobre os aspectos psicológicos da gravidez, a cada trimestre da gestação, as principais mudanças físicas que são acompanhadas pelas alterações emocionais..... A seguir questionou-se N. sobre as possíveis alterações notadas em seu corpo e também sobre as emoções identificadas.....

N. “ notei que comecei a engordar, sentir mais fome, e ter muito sonhos”

A terapeuta questionou se ela notou alguma mudança quanto a seus sentimentos.....

N. “ah! fiquei mais feliz e ao mesmo tempo preocupada....preocupada em saber se estava tudo bem com o bebê”

A terapeuta mencionou que essa sensação é muito comum nas futuras mães. A ambivalência dos sentimentos, ou seja, pode-se sentir feliz com a chegada de mais um filho, e tensa, preocupada quanto a condições de saúde do feto, principalmente no início da gestação”

N. “Desta vez, me senti feliz, diferente da outra gravidez”

A terapeuta acrescentou que uma gestação pode ser ou não parecida com outra, contudo algumas preocupações, ansiedades são comuns para a maioria das mulheres grávidas como ter medo do parto, preocupar-se com as condições de nascimento de um bebê saudável, preocupar-se com as condições financeiras, preocupar-se com a adaptação pelo outro filho da chegada de um irmão.....

N. “é mesmo, no início da primeira gravidez, tive muito enjôo e me senti triste, depois melhorei..... já nessa gravidez estou me sentindo bem”

A terapeuta mencionou sobre a importância de uma gravidez saudável, em que mãe e filho estejam em harmonia. A grávida se sentindo mais tranquila e relaxada passa esse equilíbrio para o feto, através de trocas fisiológicas via placenta. Em seguida realizou-se o relaxamento para gestantes, como uma estratégia de controle do stress.

N. realizou o relaxamento.

Segunda Sessão

A sessão objetivou compreender o que é stress, reconhecer seus sintomas e também as fontes estressoras, além de estratégias de enfrentamento das tensões. Um recurso para aliviar tensões, ansiedades, preocupações com relação a gravidez, é o compartilhar das emoções com o parceiro. Participaram da sessão: I., O., C., A.. As grávidas H. e F. faltaram no dia, mas fizeram a reposição.

A terapeuta comentou sobre ansiedade, tensão, preocupação.....que podem ocorrer com qualquer pessoa....., às questionou sobre o que é stress....e a relação do stress a gestação..... Seguiu-se com as verbalizações das gestantes a cerca do que pensam:

A. “nervosismo provocado por trabalhar em lugares fechados”

O. “irritabilidade”

C. “falta se fazer algo diferente, a rotina cansa”

I. “passar por problema e não se desligar. Problemas acontecendo ao mesmo tempo”

A terapeuta explicou o que é stress, uma reação....., O que pode gerar stress..... e também durante a gestação.....

C. “a criança é uma caixinha de surpresa...., tenho medo da criança não nascer perfeita, tenho medo de erro médico, medo de acontecer algum contra tempo”

A. “me preocupo com as mudanças que ocorrem em meu corpo, medo de ficar gorda, medo do seio ficar deformado, o que o marido vai pensar”

O. “tenho medo de ficar gorda”

A. “fiquei com tanto medo da criança mamar e o seio deformar, e também de não ter leite, pois ele secou na primeira gravidez”

A terapeuta explicou quais eram os sinais de stress.....

As participantes identificaram seus sintomas, e uma delas mencionou que:

O. “a tarde fico ansiosa”

A terapeuta explicou as fontes externas de stress... e a possibilidade das doenças ocorrerem.....

A. “minha mãe é muito nervosa, é muito perfeccionista, a pressão sobe, ela teve começo de derrame”

A terapeuta comentou que o stress pode conduzir o organismo a um estado de desgaste, desequilíbrio, desse modo potencializar ou desencadear doenças, aquelas... Ressaltou-se que existem estratégias para gerenciar as tensões....

Comentou-se sobre a importância do relaxamento e dos exercícios físicos como recursos para amenizar o stress.

C. “faço caminhada de 25 a 30 minutos todos os dias, na parte da manhã”

O. “o médico falou da importância do exercício físico para o parto”

A terapeuta comentou sobre a estratégia: dividir sensações, medos, ansiedades com o parceiro.....A importância em dizer e receber elogios.....e não relatar somente os acontecimentos e comportamentos ruins....

A. “sou muito ansiosa e reclamo muito a meu marido, deposito o que sinto nele, meu marido é calmo, ele tenta me tranquilizar. Na primeira gestação - o

nenê nasceu muito nervoso, com cinco meses começou a tomar calmantes. O bebê era muito irritado, nervoso, ficava roxo. Agora ele tem um ano e quatro meses e está bem melhor. Nesta gestação estou sem trabalhar desde o começo, fico nervosa em não fazer nada”

A terapeuta mencionou que cada pessoa possui um conjunto de características de comportamento....., menciona-se padrão de comportamento Tipo A.....

A. “meu marido me deixa nervosa, é muito calmo. Minha mãe disse que vou ficar como ela (hipertensa)”

O. “só recebo elogio, fora de casa”

A co-terapeuta observou que o grupo não tem o hábito de elogiar.

C. “geralmente a mulher é possessiva, porque permanece com o nenê nove meses na barriga”

A. “na primeira gravidez meu marido participou do desenvolvimento”

C. “toda hora meu marido quer por a mão em minha barriga e o nenê pula e se mexe, sinto que meu marido participa bastante”

I. “o nenê deve ter algo contra meu marido. Ele põe a mão na minha barriga e o nenê pára de mexer”

O. “para melhorar deve-se tentar reverter o stress, fazer o contrário, vai depender da gente mesmo”

A terapeuta realizou o relaxamento no final da sessão.

Logo após o relaxamento - A. “sinto-me dura, o corpo dói, mas a cabeça está mais leve”, C. “faço pelo menos uma vez por semana relaxamento, ouço música clássica e, imagino que o bebê já nasceu e está tudo bem”

I. “sinto-me leve”

A terapeuta reforçou a iniciativa das gestantes, quanto a prática do relaxamento em casa.

REPOSIÇÃO da Segunda Sessão

A reposição contou com a participação de H. e F.. Abordou-se o mesmo conteúdo 2a sessão. Reviu-se os assuntos tratados na sessão anterior. Em seguida, questionou-se as participantes a cerca do tema stress.

H. “ah! é tensão, indisposição, irritação, acho que é isso”

F. “também acho isto, deve ser o nervoso que a gente sente, passar por um problema e ficar tensa, ou muitos problemas acontecendo ao mesmo tempo”

A terapeuta mencionou que o stress é uma reação do organismo com componentes físicos, químicos, emocionais, mentais diante de situações que irrite, confundam ou excitam a pessoa e/ou mesmo a deixam imensamente feliz . Os sintomas do stress podem ser físicos e/ou psicológicos. Os físicos podem ser tensão muscular, nó no estômago, dor de cabeça, diarreia, Os psicológicos podem ser irritabilidade, pensar em um só assunto, dificuldade de concentração, ansiedade, hipersensibilidade emotiva.....

F. “eu tenho vários destes sintomas, sou muito ansiosa, choro com facilidade”

H. “ eu percebo que sou muito estressada, ansiosa, quero resolver logo os problemas”

A terapeuta mencionou que o stress pode ocorrer durante a gestação e saber controlá-lo é muito importante.... Comentou-se sobre as fontes de externas e internas do stress.....As externas podem ser ruídos excessivos, dificuldades de relacionamento com familiares, dificuldades no trabalho.....e fontes internas, podem advir da própria pessoa, como os pensamentos pessimistas..., não saber dizer “não”....., não exteriorizar sua raiva de uma maneira adequada.....

H. "a gente se preocupa muito, fica estressada por coisas sem importância. Por exemplo, quando não consigo terminar de lavar roupa e tenho que fazer o almoço"

F. "às vezes tenho pensamentos pessimistas, acho que não vai dar certo o que vou fazer"

A terapeuta mencionou o conjunto de características que compõem o padrão Tipo A de comportamento. Comentou sobre o excesso de trabalho, a frustração e o stress

H. "sou muito agitada quero fazer tudo ao mesmo tempo"

F. "estou vindo para cá e fico pensando no que vou fazer ao chegar em casa"

A terapeuta explicou a relação do stress e as doenças..... Enfatizou a importância das estratégias de controle do stress como ter pensamentos otimistas; utilizar o Tipo A a seu favor; dividir emoções, medos, ansiedades com o parceiro; fazer relaxamento e praticar exercícios físicos.

F. "às vezes quero falar com meu marido, mas não dá tempo"

H. "conto tudo o que sinto a meu marido"

A terapeuta reforçou a iniciativa de H. e finalizou a sessão com o exercício de relaxamento.

Terceira Sessão

Participaram da sessão: I., A., H., O., C. e F.. Inicialmente, a terapeuta recapitulou os assuntos mencionados anteriormente. O objetivo dessa sessão é enfatizar as fontes de stress principalmente as internas, bem como aprender estratégias de enfrentamentos desses estressores. As crenças irracionais foram identificadas e discutidas com o grupo. O padrão de comportamento Tipo A e suas implicações também foram abordadas.

Comentou-se sobre as fontes externas como ambiente, ruídos excessivos, trabalho..... e as fontes internas como a maneira inadequada de interpretar os eventos, ansiedade excessiva..... A terapeuta questionou cada gestante sobre o que pensavam e sentiam diante de uma situação, por exemplo um acidente de trânsito.

I. “não olho, fico nervosa, passo longe”

H. “vou olhar e fico sensibilizada”

Terapeuta explicou que a reação emocional e física depende em grande parte da interpretação, seus pensamentos elaborados sobre o acontecimento. Esquemáticamente, evento----> pensamentos -----> reação. A interpretação que temos sobre um determinado acontecimento irá provocar um reação emocional. Se tivermos pensamentos ruins, inadequados provavelmente ficaremos ansiosas, tensos e preocupados. E fez-se uma ligação com as crenças irracionais de Ellis (1973), por exemplo - É extremamente necessário para um ser humano ser aprovado por todos em tudo o que faz. A pessoa que pensa dessa maneira, provavelmente, aumenta seu stress, pois desgasta-se para tentar receber aprovação.

C. “Descordo dessa crença, cada pessoa tem seu ponto positivo e negativo, não pode agradar a todos”

A terapeuta comenta sobre outras crenças irracionais como - Deve-se ser absolutamente competente, inteligente e merecedor de todo respeito; Não se tem praticamente nenhum controle sobre as próprias emoções. Não se pode controlar as emoções que certos eventos nos causam.

A terapeuta mencionou sobre as características que compõem os padrões Tipo A e B. A pessoa pode se estressar com mais ou menos facilidade dependendo do padrão de comportamento..... A polifasia..... A hostilidade..... entre

outros aspectos que fazem parte do Tipo A tornam a pessoa vulnerável ao stress.

O. “nenhum dos dois é bom, o bom é estar no meio”(a gestante refere-se ao Tipo A e B de comportamento)

A. “é duro mudar, acostumei a ser assim, fazer várias coisas ao mesmo tempo”

F. “eu não consigo mudar meu comportamento, faço tudo ao mesmo tempo, lavo roupa no tanque, lavo louça, faço almoço”

I. “nem sempre, tudo o que a gente pensa, dá certo. Levantei às 6:15h arrumei as coisas para levar o meu filho para o pai. Aí o pneu do ônibus furou, então atrasou tudo... - se eu não tivesse aprendido a reestruturar o pensamento iria ficar ruim, mas não fiquei nervosa”

O. “tá certo, não adianta ficar nervosa. O nervoso não vai adiantar nada. No último sábado passei roupa e o ferro pegou fogo. Fiquei sentada olhando o ferro, e com calma arrumei outro, não me desesperei”

C. “eu tento, mas, não consigo fazer duas ou três coisas ao mesmo tempo. Quando tive o primeiro filho estava estudando e desisti porque não conseguia ser mãe e estudar. não consigo fazer duas coisas juntas”

A terapeuta afirmou que cada uma tem sua característica, modo de agir, pensar e se comportar, desta maneira se deve respeitar o seu modo de ser e fazer suas tarefas, sem se estressar.

F. “passo o dia todo fazendo faxina, lavando roupa. Não páro até a hora de dormir. Sei que é excesso, mas não consigo parar”

A. “quando tive o primeiro filho, trabalhava fora, fazia curso, cuidava da casa e meu filho nasceu nervoso. Quando soube que estava grávida, pela segunda vez, parei de trabalhar, de estudar, mas, continuo triste, nervosa. Me sinto inútil por estar em casa e não estar ajudando o marido com o dinheiro”

A terapeuta abordou a relação que existe entre o estado emocional da mãe e o feto, principalmente a respeito da verbalização de A.

A. “eu me cobro demais, sou exagerada, quero que meu marido faça as coisas do meu jeito”

I. “Eu acho que o curso ajuda muito a gente. O meu marido faz o serviço dele. Ele chegou em casa com presentes de Natal. Eu pensei que ele iria gastar o dinheiro com coisas necessárias para a casa, como a alimentação, mas, já que gastou, não tem como voltar atrás. Conversamos, para a próxima vez, isto não aconteça”

C. “é importante ter respeito entre o casal. As pessoas são diferentes. Casamos com quem gostamos”

A terapeuta mencionou sobre a importância do diálogo entre o casal. Enfatizou-se que manter a calma, ter pensamentos positivos, controlar a ansiedade, respeitar os limites podem ajudar a lidar com as tensões. Ressaltou-se que a participação do grupo, relatando suas experiências e sentimentos favorecem o esclarecimento e a compreensão dos temas tratados nas sessões. Realizou-se o relaxamento no final da sessão.

REPOSIÇÃO da Terceira Sessão

As gestantes faltosas não compareceram na data marcada para a reposição.

Quarta Sessão

Em um primeiro momento, esta sessão enfatizou a identificação de outras fontes internas de stress, a ansiedade e suas implicações. Em segundo

momento, esclareceu-se a importância da alimentação como uma das estratégias de controle de stress. Participaram da sessão: H., O., A, F., C.. I. faltou nesse dia, mas fez reposição.

Inicialmente, a terapeuta reviu as fontes de stress já comentadas anteriormente. E questionou sobre ansiedade.

O. "ansiedade é a pressa, vontade de fazer as coisas rápidas"

H. "causa nervoso"

F. "acho que é quando fico irritada, nervosa, ando de um lado para o outro"

A terapeuta mencionou que as verbalizações feitas pelas participantes, demonstram como cada uma sente a ansiedade. E acrescentou que o excesso da ansiedade pode também ser prejudicial para o feto. Quando a mãe é muito ansiosa, ela pode prejudicar o bom desenvolvimento da gestação.

A. "estou sempre ansiosa, mas agora estou melhorando"

F. "agora, estou me controlando"

A co-terapeuta notou que todas participantes se queixaram de ansiedade.

A terapeuta aproveitou os sinais de ansiedade mencionados pelas gestantes para ensinar o treino de controle da ansiedade. Os passos foram explicados um a um. - 1) deve-se reconhecer e descrever os sinais de ansiedade, admitir e dizer a si mesma estou sentindo(por exemplo: taquicardia, suor excessivo, tremor, tensão, respiração rápida). 2) identificar os pensamentos inadequados que estão acompanhando as reações físicas e que podem servir de alerta para iniciar o controle de ansiedade, por exemplo eu não vou conseguir fazer tal trabalho, pode acontecer tal coisa.... 3) É momento de respirar profundo, dizer calma, calma e relaxar (ensinou-se a respiração profunda). Respire uma ,duas, três ou mais vezes profundamente. 4) Procurar mudar o pensamento que está gerando a ansiedade, reestruturar o pensamento, por

exemplo, nada de ruim vai me acontecer, já passei por isso outras vezes e nada aconteceu....., posso controlar minha ansiedade.

O. “a ansiedade é ruim quando não passa e vai aumentando, mas agora vou controlar”

As gestantes O. e C. demonstraram verbalmente os passos do controle de ansiedade para o grupo, como maneira de verificar se compreenderam o procedimento.

C. “o passo mais importante é admitir a ansiedade”

A terapeuta referiu fatores que podem aumentar a ansiedade, como a pressa, a afobação e a hostilidade.

C. “tenho medo de magoar as pessoas, às vezes acho que devo falar mais”

O. “fui a uma loja e a vendedora foi agressiva, então tentei lidar com a irritação para não ser mal educada”

C. “nunca se sabe como lidar com as pessoas”

A. “depende do dia, a gente briga, em outro engole a provocação”

A terapeuta comentou sobre a importância em manter a calma, controlar a ansiedade e principalmente ser assertivo frente aos acontecimentos. Explicou que muitas situações referidas pelo grupo poderiam ser respondidas assertivamente. A assertividade consiste em expressar o pensamento e/ou sentimento respeitando o limite do outro, ou seja dizer sua opinião sem desrespeitar o outro. Confina-se a assertividade, como o ponto de equilíbrio entre a passividade e a agressividade. A terapeuta propôs uma dramatização para exemplificar, comportamentos passivos, assertivos e agressivos. As participantes concordaram e dramatizaram situações do seu dia-a-dia.

C. “a pessoa pode ficar a ponto de explodir se não for assertiva”.

A terapeuta esclareceu a importância do comportamento assertivo. A seguir recomendou-se a alimentação saudável como uma estratégia para enfrentar o stress. Os nutrientes cálcio, vitaminas do complexo B, vitamina C, ferro e magnésio, que são os mais consumidos em períodos de tensão, devem ser ingeridos com regularidade. Realizou-se o relaxamento no final da sessão.

REPOSIÇÃO da Quarta Sessão

A reposição contou com a participação da gestante I.. Abordou-se o mesmo conteúdo da sessão quatro.

Inicialmente, reviu-se os assuntos tratados anteriormente. E a seguir, questionou-se I. sobre como definia ansiedade.

I. “acho que é quando fico muito nervosa, preocupada”

A terapeuta referiu que a ansiedade deve ser identificada quanto aos sinais e sintomas, como por exemplo suor nas mãos, tremor no corpo, taquicardia, dificuldade de concentração, medo.....

A terapeuta ensinou o treino de controle da ansiedade passo a passo (a descrição foi citada na quarta sessão). A ênfase principal é identificar que se está ficando ansiosa, depois descrever os sintomas, identificar os pensamentos que estão acompanhando a reação, respirar fundo, relaxar e reestruturar o pensamento.

I. verbalizou uma situação que lhe gerou ansiedade - “quando estou no ônibus e, ele demora, devido ao trânsito, fico ansiosa”

A terapeuta revisou passo a passo o controle da ansiedade, nessa situação, juntamente com a gestante.

I. “noto que fica mais fácil quando a gente pensa positivo e respeita os próprios limites”

A terapeuta comentou a respeito da pressa, afobação e hostilidade como geradores de ansiedade e stress, portanto, utilizar-se técnicas simples como reorganizar horários, programar compromissos e mudar pensamento inadequados podem ajudar a liviar as tensões.

I. “tento me controlar, mas, é difícil quando se depende de outras pessoas”

A terapeuta esclarece que se deve ter clareza da situação e não expectativas idealizadoras. Acrescenta que não se deve esperar que os outras pessoas se comportem como gostaríamos, além de respeitar seu próprio limite e compreender que as pessoas tem maneiras diferentes de agir são estratégias que ajudam a lidar com as dificuldades do dia-a-dia. A terapeuta questionou sobre assertividade.

I. “não sei o que é esta palavra”

A terapeuta explicou que a assertividade consiste em expressar os pensamentos e sentimentos respeitando os limites dos outros e fazendo-se respeitar os seus. A assertividade é o ponto de equilíbrio entre a agressividade e a passividade. A pessoa que é agressiva pode prejudicar outra pessoa e depois se sentir culpada. A pessoa que age de modo passivo pode perder oportunidades e se culpada depois.....

Uma outra estratégia para lidar com o stress é a alimentação saudável e balanceada. A alimentação anti-stress deve ser rica em nutrientes que contenham ferro, vitamina C, vitaminas do complexo B, cálcio e magnésio.

Realizou-se o relaxamento no final da sessão.

Quinta Sessão

Os assuntos discutidos foram qualidade de vida (nas áreas afetiva, social, profissional e saúde), além dos hábitos saudáveis e técnicas de

relaxamento. Participaram da sessão: I., C. e O. A gestante A. faltou no dia, mas participou da reposição.

A terapeuta iniciou a sessão comentando as estratégias de controle do stress já mencionadas anteriormente, como relaxamento, alimentação adequada, caminhada, reestruturação de pensamento, assertividade, administração das características do Tipo A de comportamento.

I. “senti dores esquisitas na barriga, mas fiz o relaxamento e melhorou”

O. “comi demais no início da gestação. Ficava nervosa e comia”

C. “quando fico nervosa não como”

A terapeuta comentou que cada um tem uma maneira de reagir diante da ansiedade, do “nervoso”, algumas pessoas podem perder outras aumentar o apetite. Contudo é importante controlar a ansiedade, mudando os pensamentos ruins que estão desenvolvendo essa reação, para que não se coma demais ou de menos. A alimentação deve ser balanceada e saudável, principalmente com verduras, legumes, frutas, carnes grelhadas e feita nos horários das refeições.

O. “só como no almoço e no jantar”

A terapeuta mencionou que o bem-estar da mãe é transmitido ao bebê pelo meio fisiológico. Deste modo, as gestantes devem procurar utilizar as técnicas que estão apreendendo no curso para que se sintam mais calmas, relaxadas e felizes. Preocupar-se com o parto é um pensamento natural da mãe, contudo não pode ser excessivo. Tentar pensar positivamente, mudando as idéias de medo, preocupação para idéias positivas pode ajudar a baixar a tensão. Dividir essa preocupação com o parceiro sobre o que está sentido, os temores também é recomendado.

C. “meu marido é irmão, converso muito com ele”

I. “divido meus medos com minha mãe, meu marido”

O. "falo o que sinto com meu marido"

A terapeuta reforçou o compartilhar dos sentimentos com o parceiro e, acrescentou que o otimismo, uma postura positiva perante a vida, ter um hobby, fazer algo que realmente goste são maneiras de aliviar a tensão, o stress. O apoio familiar pode ser um recurso acessível em momentos difíceis. A qualidade de vida envolve estar bem afetivamente; ter amigos; ter um trabalho e sentir-se produtivo; cuidar do corpo e praticar exercícios físicos e ter hábitos saudáveis para se ter uma boa saúde.

C. "a mulher sempre pensa no futuro..., se cuida mais"

O. "procuro estar bem, tento ter boa qualidade de vida"

A terapeuta sugeriu que mudar alguns comportamentos já existentes pode parecer difícil, mas, deve-se fazer um esforço, pois será benéfico para as mães e seus bebês. Fez-se o relaxamento no final da sessão.

REPOSIÇÃO da Quinta Sessão

A reposição contou com a participação da gestante A.. Apresentou-se o mesmo conteúdo da quinta sessão.

A terapeuta iniciou a sessão discutindo os assuntos tratados nas sessões anteriores. A seguir questionou A. sobre o uso das técnicas de controle de stress.

A. "estou tentando lidar com o Tipo A, estou mais calma, acho que menos tensa que a outra gravidez. Converso mais com meu marido e tento compreender que ele não é do Tipo A de comportamento"

A terapeuta enfatizou que o bem-estar da mãe é transmitido a seu filho pelo meio fisiológico. As gestantes devem procurar usar técnicas que aprenderam no

curso de controle de stress, desta forma poderam se sentir mais relaxadas, calmas e felizes.

Uma fonte de stress muito comum para as gestantes é a preocupação com o parto. Essa preocupação é natural, contudo não pode ser excessiva. Tentar pensar positivamente, mudando idéias de medo, danos, problemas de saúde podem ajudar a baixar a tensão. Dividir essa preocupação com o parceiro também foi recomendado.

A. "procuro falar com meu marido sobre como vamos fazer na hora que a criança estiver para nascer, quem vai me levar para a maternidade., enfim é uma forma de se tranquilizar"

A terapeuta elogiou a iniciativa de A., favorecendo ao diálogo e o compartilhar do parceiro na gestação e parto. O apoio familiar pode ser um recurso acessível em momentos difíceis; fazer um hobby; ter um postura positiva diante da vida também ajudam a lidar com o stress e promovem uma boa qualidade de vida. Deve haver um equilíbrio entre o social, o profissional, o afetivo e a saúde.

A. "procuro fazer tudo o que posso para ter uma vida saudável e feliz e o curso tem ajudado"

Realizou-se o relaxamento no final da sessão.

Sexta Sessão

A sessão abordou as expectativas quanto ao parto e ao bebê. Ressaltou a importância dos preparativos para a chegada de mais um filho. A revisão das técnicas de enfrentamento do stress e o relaxamento para gestantes foram discutidas. Participaram da sessão O., C. e A., a gestante I. faltou no dia, mas fez a reposição.

A terapeuta realizou uma dinâmica de grupo com as participantes. A proposta visou o diálogo entre as participantes sobre os medos, as expectativas, os desejos, quanto ao parto e ao bebê, isto durante alguns minutos. Em seguida era solicitado que duas delas verbalizassem os medos, temores, pensamentos ruins sobre o parto e, condições de nascimento da criança, enquanto que outras duas expressavam as emoções positivas, desejos, expectativas positivas sobre os mesmos assuntos. O objetivo da técnica - favorecer a identificação e expressão dos sentimentos, bem como o fortalecimento de pensamentos positivos, atitudes e comportamentos saudáveis frente ao nascimento da criança.

C. "vai chegando perto do final da gravidez, vai dando medo do parto, medo de morrer, a criança ter um defeito"

A. "medo do parto, ocorrer algum problema na hora do parto, medo da criança nascer com problema físico é metal, medo da anestesia, eu prefiro a dor"

C. "ansiedade é de querer ver o bebê logo, que chegue a hora do parto, medo de perder o bebê"

O. "eu tenho medo de perder o bebê, qualquer dor me dá medo"

A. "o médico disse que sou boa parturiente, eu coopero"

A terapeuta afirmou que falar sobre as emoções pode aliviar tensão. O relaxamento pode ajudar a gestante manter-se calma, tranquila para enfrentar as contrações as dores do parto.....Enfatizou que um parto é diferente do outro, se um parto anterior foi difícil, isto não quer dizer que vai ser igual.

O. "o segundo filho não deu trabalho na hora do parto"

A. "o fato da criança adoecer não quer dizer que não vai sobreviver"

C. “o meu marido teve participação na gestação e no cuidar dos filhos, a noite ele faz massagem em minha barriga, ele se preocupa que o bebê, principalmente porque é menina, ele acha que a menina é mais delicada”

Terapeuta mencionou sobre a importância da participação do marido....o sentir que pode ajudar, promove o sentimento paterno...

A. “o meu marido deu atenção a meu primeiro filho”

A terapeuta mencionou que é comum os outros filhos sentirem ciúmes, pois terão que dividir o espaço, a atenção dos pais.....

C. “meu filho de nove anos está com ciúmes... ao convidá-lo para passear no shopping e ele pediu para eu deixar a barriga em casa”

A. “o meu filho é muito pequeno para ter ciúmes”

A terapeuta sugeriu que o diálogo com os filhos pode ajudar a diminuir o ciúmes....falar com os filhos sobre a chegada de mais um irmão, tentar dividir a atenção entre eles e os preparativos para o bebê pode ajudar a adaptação do irmão(a).

A terapeuta abordou outras estratégia para aliviar a preocupação com o parto é conhecer o hospital em que se planeja ter o bebê....., fala sobre o preparo das roupas....., esclarecer dúvidas com seu médico

Realizou-se o relaxamento no final da sessão.

REPOSIÇÃO da Sexta Sessão

A reposição contou com a participação da gestante I. . Apresentou-se o mesmo conteúdo da sexta sessão.

Inicialmente, a terapeuta revisou as técnicas de enfrentamento do stress e relaxamento para gestantes. A seguir solicitou que I. refletisse por alguns

minutos sobre os pensamentos ruins, medos, temores diante do parto e das condições de nascimento da criança.

I. “será que vai ser uma criança saudável? , me preocupo com parto, se vai dar tudo certo, me preocupo com o ciúmes do meu outro filho”

A terapeuta solicitou que I. pensasse nas emoções positivas com relação ao parto e ao bebê.

I. “ fico feliz em imaginar que estou com meu filho nos braços, meu marido fica feliz quando me ajuda, tento pensar que irá correr tudo bem na hora do parto”

A terapeuta recomendou a I. que expresse seus medos, ansiedades e preocupações e compartilhe com o marido, além de se utilizar da reestruturação de pensamento, mudar pensamentos inadequados. Falar com os filhos sobre que sentem com a chegada de um irmãozinho. Compreender que é comum criança sentir ciúme, pois irão dividir o espaço , a atenção dos pais.... Sugeriu-se que os pais comentem com os filhos sobre o nascimento de um irmão, e dividam a atenção entre eles. Deve-se incentivar a participação dos filhos nos preparativos para a chegada do bebê.

I. “até agora, meu filho não mostrou estar com ciúmes, mas é bom seguir essas dicas”

Uma outra estratégia para aliviar a tensão do parto é conhecer o hospital em que se planeja ter o bebê..., preparar as roupas para levar a maternidade..., esclarecer dúvidas com seu médico....

Realizou-se o relaxamento no final da sessão.

Sétima Sessão

Esta sessão finalizou o treino de controle de stress e contou com a participação das gestantes O., C. e A.. A grávida I faltou no dia, mas fez a reposição. Nesta sessão objetivou-se reavaliar o TCS. Solicitou-se as participantes que se auto-avaliassem, analisando possíveis mudanças ocorridas no quadro de stress. Adicionalmente, reviu-se as estratégias de enfrentamento dos estressores.

Inicialmente, discutiu-se os assuntos tratados nas sessões anteriores, como os medos do parto, o compartilhar do marido na gestação e as expectativas quanto a mais um filho na família. A seguir, se questionou quanto às alterações no nível de stress.

C. “eu notei, antes qualquer coisa me irritava, me magoava, agora tenho pensamentos positivos. Reestruturo os pensamentos negativos. Antes, sempre estava irritada agora sou mais calma”.

O. “antes eu era muito ansiosa, andava de um lado para o outro. Comecei a fazer a respiração profunda para controlar a ansiedade e o nervoso. Consigo controlar minha ansiedade respirando fundo. Agora mais calma quero marcar ultrassom para saber o sexo do bebê. Os problemas de família até pioraram, mas consigo controlar meu nervoso. Procuro reestruturar meu pensamento, acho que tem pessoas piores”.

A terapeuta elogiou a iniciativa das gestantes em utilizar a reestruturação de pensamento para lidar com a ansiedade.

A. “antes, eu gritava com meu marido, agora tento deixar de lado. Diminuí minha vontade de fazer tudo ao mesmo tempo. Sei que não adianta ficar

nervosa. A casa está ficando quase pronta para a chegada do bebê. Acho que estou me controlando mais”.

A terapeuta enfatizou que é muito importante que cada uma enfrente a tensão, a ansiedade, não tente fugir...e, comentou sobre os pilares do controle de stress-alimentação, exercícios físicos, relaxamento e os aspectos psicológicos. *A alimentação não gordurosa, pouco consumo de doces, ingestão de muita água, comer nutrientes saudáveis e fazer todas as refeições do dia. * A atividade física proporciona produção da beta-endorfina, facilita o processo cardiorespiratório e traz um sensação de relaxamento. * O relaxamento alivia a tensão do dia acumulada nos músculos do corpo, aliada com a respiração profunda auxilia no controle da ansiedade e promove um estado de bem-estar e equilíbrio. * Os aspectos psicológicos, como os procedimentos de controle da ansiedade; gerenciamento do padrão de comportamento Tipo A; uso da reestruturação cognitiva e expressar-se assertivamente. Essas são estratégias que ajudam a enfrentar os problemas, as dificuldades, as grandes emoções que qualquer ser humano está vulnerável na vida. * O compartilhar das emoções com o parceiro pode diminuir a tensão, a ansiedade a preocupação....

C. “a mulher tende a se acomodar. Casei e pronto. Não se deve ser assim o auto cuidado é muito bom e faz bem “.

A. “o marido também se acomoda”

A terapeuta questionou o grupo sobre o que acharam do treino realizado e quais os aspectos positivos e negativos foram identificados.

O. “achei muito bom o tratamento. Algumas gestantes, realmente, precisam deste trabalho e deveriam estar aqui. Seria bom que o curso fosse mais divulgado, e que se explicasse melhor no ambulatório de pré-natal.....que o médico mostrasse também a importância do tratamento”.

A. “foi bom, valeu a pena. Deveria ser desde o começo da gestação até o final. Acho que esse nenê vai ser mais calmo e tranquilo”.

C. “Minha expectativa era grande para este treino, pois a primeira gestação foi muito sofrida, então queria melhorar. Para essa gravidez, eu tinha muita ansiedade, porque eu e meu marido queríamos acertar, não sofrer. Tudo que aprendi aqui, passei a meu marido e estamos muito mais calmos e preparados, foi ótimo”.

O. “eu acho que o treino deve ser mais divulgado para todas as gestantes terem acesso”.

A. “aprendi muito com a história de vida das colegas. Aprendi com a tranquilidade de C. , com O. com um parto mais tranquilo. A terapeuta e a colaboradora ensinaram formas para se ter uma vida melhor”

A terapeuta agradeceu a participação e dedicação de todas gestantes, e reafirmou que o resultado do treino dependerá delas próprias, da utilização do que aprenderam no dia -a - dia..... mencionou que a gestação é um momento especial da vida e que deve ser vivido com tranquilidade e harmonia....., livre do stress excessivo....., reforçou que estará as encontrando logo após parto para nova avaliação, contudo, se precisarem, poderam entrar em contato, antes do parto.

A co-terapeuta agradeceu a participação das gestantes e se despediu.

REPOSIÇÃO da Sétima Sessão

A reposição contou com a presença da gestante I.. Esta foi a última reposição do treino de controle do stress. Reavaliou-se as possíveis mudanças no quadro do stress e revisou-se as estratégias de enfrentamento dos estressores. Iniciou-se a sessão discutindo os assuntos tratados anteriormente,

como medo do parto, a dificuldade em lidar com ciúmes dos outros filhos. em seguida questionou-se I. - se ela notou alguma diferença no nível do stress, se os sintomas diminuíram

I. "estou me sentindo bem melhor, pude aprender a controlar minha ansiedade. Algumas pessoas sentem mais stress que outras. Acho que consigo lidar com o meu"

A terapeuta apontou a importância em se enfrentar a ansiedade e não fugir dela...., e revisou os passos do controle da ansiedade. Adicionalmente, comentou sobre os pilares do controle de stress - alimentação, exercícios físicos, relaxamento, aspectos psicológicos e o compartilhar da gestação com o parceiro. * A alimentação não gordurosa, baixo consumo de doces e sal, ingestão de água, nutrientes anti-stress e respeito aos horários das refeições do dia. * A atividade física favorece a produção da substância betaendorfina, que proporciona uma sensação de tranquilidade, calma. * O relaxamento alivia as tensões do dia acumuladas nos músculos do corpo, e aliada a respiração profunda auxilia no controle da ansiedade. Os aspectos psicológicos como os procedimentos de controle da ansiedade, o gerenciamento do padrão de comportamento Tipo A, o uso da reestruturação cognitiva e a expressão assertiva. Essas são estratégias que ajudam a enfrentar os problemas, as dificuldades, as grandes emoções, como ter um filho. * O compartilhar das emoções com o parceiro podem diminuir a tensão, a ansiedade com relação ao parto, o nascimento de um bebê saudável.....

I. "às vezes, nós deixamos de lado a vida pessoal para dar atenção a outras coisas, aprendi que é preciso se cuidar para poder cuidar dos filhos"

A terapeuta questionou I. sobre o que achou do treino de controle de stress e se tinha alguma dúvida.

I. “todas as gestantes deveriam participar, achei ótimo, pude conhecer outras pessoas e ver que elas também tem preocupações e problemas como eu.. Acho que o treino deveria ser mais divulgado. Aprendi muitas formas de ter uma vida mais alegre”

A terapeuta reforçou I.no reconhecimento de suas mudanças e sugeriu que utilizasse as técnicas aprendidas. Agradeceu a participação e lembrou que se encontrariam no pós-parto. Contudo, se ela precisasse poderia entrar em contato antes do parto.

GRUPO PALESTRAS

O GP assistiu a um programa de palestras. Os encontros foram relatados a seguir.

DESCRIÇÃO DAS PALESTRAS

As palestras foram ministradas por profissionais da região de Campinas, que concordaram espontaneamente em participar do estudo. Os temas das palestras foram “Abordagem da Paciente pelo Serviço Social”; “Assistência ao Paciente no Hospital”; “Aspectos Preventivos na Área de Fonaudiologia”; “Orientações gerais sobre a Saúde Bucal” ; “Desenvolvimento neurológico Motor da Criança” e “Alimentação da Criança”. O conteúdo não se referiu especificamente a orientações psicológicas.Cada palestra durou, aproximadamente, 90 minutos. As reuniões ocorreram semanalmente, sendo que seis encontros foram ministrados pelos palestristas e o último destinado a confraternização entre as participantes.

Dez gestantes foram designadas para este Programa de Palestras, contudo não se observou a adesão total. O número de participantes por palestra é demonstrado a seguir, juntamente com a síntese do conteúdo apresentado. A pesquisadora procedeu a apresentação dos especialistas, igualmente, em todas as reuniões. A pesquisadora apresentava o profissional e mencionava o título da palestra, a seguir, passava a palavra ao palestrista que conduzia o encontro até o final. A pesquisadora acompanhou todas as reuniões como ouvinte e não interferiu em nenhum momento.

Primeira Palestra

A primeira reunião contou com a participação das gestantes X. e U. Um profissional da área do Serviço Social ministrou a palestra: "Abordagem da paciente pelo Serviço Social", a qual devido ao número limitado de gestantes se transformou em uma explanação participativa.

Resumo - O Serviço Social entrevista todas as pacientes internadas no hospital, com o objetivo de verificar os dados da ficha de internação; verificar as condições sociais da paciente; orientar as pacientes quanto aos recursos do hospital e seu funcionamento; encaminhar os recursos da comunidade nos casos em que exista precedentes sociais; verificar os relacionamentos familiares, a quem contactar, caso seja necessário. A Assistente Social também orienta pacientes quanto aos direitos como licenças, auxílio doença, auxílio família, visitas, planejamento familiar, exames entre outros.

Segunda Palestra

Esta palestra contou com a presença das gestantes V. e P.. O profissional convidado foi uma Técnica de Enfermagem que ministrou a

palestra "Assistência a paciente no Hospital" (com fotos ilustrativas), a seguir o Resumo: A enfermagem entre os vários procedimentos que realiza, também orienta as pacientes quanto a amamentação. Neste momento, a mulher pode ter dúvidas, que devem ser esclarecidas. Para ocorrer o aleitamento materno é recomendado que a mãe faça exercícios para tornar os mamilos pequenos, planos, umbilicados e retráteis, deste modo evitando a dor, as "rachaduras" ou fissuras e o leite "empredado" ou engurgitamento mamário. Os exercícios sugeridos são exercícios de Hoffman; exercícios de Exteriorização e exercícios para mamilos invertidos. Dúvidas quanto ao que é colostro, sucção normal e engurgitada, uso de intermediários e até quando amamentar são muito comuns e a equipe da enfermagem auxilia no esclarecimento e orientação.

Terceira Palestra

As gestantes D., P., V. e U assistiram a palestra intitulada "Aspectos Preventivos na Área de Fonaudiologia", ministrada por uma fonoaudióloga.

Resumo: Fonoaudióloga é um profissional que trabalha na prevenção, orientação, diagnóstico e reabilitação de pessoas que possuem problema na fala, audição, escrita e voz. Comentários sobre hábitos inadequados da criança como sucção do polegar foram feitos. Alguns problemas que podem ocorrer como retrognatismo mandibular ou prognatismo, mordida aberta, musculatura labial superior hipotônica, calo ósseo na região do polegar, interposição lingual, respiração bucal - causando até déficit na aprendizagem e falta de atenção foram discutidos. A fonaudiologia também orienta as futuras mães quanto a estratégias em como eliminar hábitos inadequados, a ter cuidados com audição e voz das crianças.

Quarta Palestra

Esta palestra contou com a participação das gestantes P. e V.. A profissional convidada foi uma dentista, que conduziu a palestra “Orientações sobre Saúde Bucal”.

Resumo: Os dentes têm várias e importantes funções na boca como a mastigação e a fonação. A falta dos dentes faz com que essas funções fiquem prejudicadas. A mastigação deficiente pode causar problemas estomacais e digestivos. A falta dos dentes pode prejudicar os relacionamentos, além de influenciar na maneira de falar. O dente possui várias partes, que são coroa, esmalte, dentina, polpa, raiz e cimento (uma peça em gesso da arcada dentária serviu como modelo para a explicação). A falta de higiene leva a dois problemas principais a cárie e a doença periodontal. A higiene bucal é feita através do fio dental e da escovação. A alimentação balanceada, com baixa concentração de açúcares é recomendada, como uma das maneiras de se evitar as cáries. O ser humano possui duas dentições, uma com 20 dentes de coloração mais branca - “dentes de leite” que tem um período de vida útil mais curto que os permanentes. Os permanentes demoram mais tempo para erupcionar, são mais calcificados pois devem “durar” a vida toda, e são em número de 32 dentes. O cuidado com a higiene bucal e visitas regulares ao dentista favorecem a saúde bucal.

Quinta Palestra

As gestantes P., D. e V. assistiram a essa palestra. A profissional convidada foi uma fisioterapeuta, que ministrou a palestra “Desenvolvimento Neurológico Motor da Criança” (utilizou-se de fotos ilustrativas).

Resumo: O desenvolvimento do Sistema Nervoso Central Infantil implica em crescimento e maturação. Além do aumento de tamanho do cérebro ocorre o desenvolvimento de ligações nervosas. O cérebro do recém-nascido pode se danificar por várias situações como hemorragias, isquemias, alterações metabólicas e traumatismos diretos durante o parto. O bebê saudável é um ser complexo, capaz de manter informações com seu meio e com as pessoas que o cercam. Alguns aspectos musculares e neurológicos podem ser observados pelos pais do recém-nascido como o tônus do bebê (resistência aos movimentos), postura (demonstrando reflexos de cada fase), equilíbrio e visão (reações visuais do bebê favorecem a postura e o equilíbrio adequados).

Sexta Palestra

A palestra foi assistida pelas gestantes V. e P.. Um médico ministrou a palestra "Alimentação da Criança". Resumo: O leite materno é o melhor digerido e contém nutrientes que proporcionam o crescimento e desenvolvimento de recém-nascido (RN). Quanto a imunologia, o leite contém imunoglobinas, enzimas que conferem proteção ao RN. A amamentação é um momento de transmissão do vínculo afetivo. Alternar as mamas e deixar o RN sentado é recomendado no momento da amamentação. O tempo para o RN se saciar é de aproximadamente 15 minutos. Alimentação das mães deve ser saudável com a ingestão de muita água e alimentos com baixo teor de gordura. O repouso também é sugerido. O leite materno é o alimento ideal, mais barato e higiênico a ser oferecido ao RN.

Sétimo encontro - Confraternização

Este encontro destinou-se a confraternização entre as participantes do grupo de palestras. Ofereceu-se às gestantes, um lanche com pão,

presunto e queijo, bolachas salgadas e doces, suco de laranja e refrigerante (gratuitos). Desse modo as participantes puderam conversar entre si e realizar um lanche. A pesquisadora acompanhou este encontro ouvindo os comentários das gestantes V. e P. sobre as palestras. A participante V. mencionou que as palestras foram compreensivas e com duração adequada. Fez algumas sugestões como: o início do Programa no começo da gravidez e extensão a todas gestantes. “Acho que as palestras vêm a enriquecer”. V. avaliou as palestras como boas. E acrescentou “fiquei triste de não ter participado de todas as reuniões”, “achei que valeu a pena ter feito esse trabalho”.

A confraternização durou, aproximadamente, 30 minutos.

DISCUSSÃO

DISCUSSÃO

O período gestacional consiste em uma etapa da vida em que a mulher se volta para seu interior, mais atenta às mudanças que ocorrem no seu organismo. Em geral, o parceiro e os familiares se preparam e se organizam para receber um novo ser.

Nos últimos anos a mulher ultrapassou limites, conquistou espaço na sociedade, adquiriu independência financeira e liberdade de expressão. Atualmente, muitas mulheres têm conciliado atribuições e responsabilidades profissionais, sociais e domésticas com o desempenho da maternidade.

A dupla ou tripla jornada de trabalho da mulher pode favorecer, ao que se designa o mal do final do século, o stress. De acordo com muitas pesquisas realizadas, já se conhece, em parte, a sintomatologia do stress, seus efeitos e alguns dos seus elementos desencadeadores.

Considerando estes aspectos, o presente estudo analisou o período gestacional e o momento logo após o parto, com a finalidade de verificar se o treino de controle de stress fazia diferença no estado emocional da mãe e nas condições de nascimento do RN. A hipótese inicial sugeria que os grupos de gestantes que não recebessem o TCS apresentariam um nível de stress superior no pós-parto e apresentariam diferenças nas variáveis investigadas quanto aos sentimentos da mãe e condições de nascimento das crianças. Conforme indicado pelos resultados, essa hipótese recebeu suporte no que se refere ao stress ser mais elevado no pós-parto.

A pesquisa investigou inicialmente trinta gestantes no pré-natal e vinte e cinco no pós-parto. A maioria das participantes pertence à classe sócio-econômica baixa. Algumas mencionaram que o marido se encontrava desempregado e estavam em dificuldades financeiras, principalmente em face da chegada de mais um filho na família, o que poderia estar atuando como um estressor, pelo menos em parte, responsável pelo alto nível de stress detectado nas gestantes. Tal fato, também pode ser aplicado as participantes do GPT que apresentaram uma renda média em salários mínimos superior aos demais grupos. A situação desse grupo era semelhante em outras características da população de baixa renda tais como dificuldades com a moradia, o transporte, o acesso a escola entre outros comuns a todas as participantes.

No que se refere à profissão das grávidas, a maior parte delas era dona-de-casa, sendo que as atribuições envolviam os afazeres domésticos e o cuidado com os outros filhos, o que as caracterizava como típicas da faixa sócio-econômica a que pertenciam. Tal fato, também se aplica as participantes do GPT que apresentam uma renda média em salários mínimos superior aos demais grupos.

A idade média das participantes era de 24 anos, o que indica a fase adulta do desenvolvimento humano. Considera-se a maturidade biológica relevante para a gravidez, pois os especialistas afirmam que a maternidade precoce tem mais riscos para adolescentes e seus conceitos do que para mulheres adultas (Rezende & Rezende-Filho, 1995). Portanto, os grupos se encontravam em um período reprodutivo favorável à gravidez.

As gestantes tinham em média vinte e duas semanas de gestação. Esta idade gestacional proporciona à mulher um contato com os movimentos manifestados pelo seu filho. De acordo com alguns autores, essa movimentação intra-uterina sugere que a gravidez está se concretizando (Mazzei, 1993). Wilhelm (1997), que concorda com esta afirmação, acrescenta que por volta da décima nona semana de gestação, os movimentos do feto começam a ficar mais coordenados. Ele já é capaz de ficar ereto e impulsionar o corpo para frente, sustentando-se em uma das mãos. Além disso, a presença das mulheres, neste período da gravidez, favoreceu, em especial, para que o GCS pudesse usufruir das técnicas de manejo das tensões durante o final da gestação e também no momento do parto. Desse modo, puderam expressar suas preocupações e expectativas com relação ao nascimento, estado de saúde e cuidados com a criança.

Algumas mulheres afirmaram ter vivenciado a situação abortiva em gestações anteriores. No entanto, investigando-se se existia a preocupação com esse risco, verificou-se que as grávidas não consideravam a variável aborto como um estressor, pois somente quatro delas confirmaram preocupar-se com a possibilidade de aborto.

Este estudo, também, buscou analisar os fatores da ontogênese do stress, observou-se que as fontes de stress, identificadas como advindas do

processo gravídico, eram as que mais promoviam tensão nessas mulheres, sendo a média geral dos grupos de oito estressores gestacionais. Desse modo, é possível inferir que a gestação pode gerar ou agravar o stress, o que foi observado nos grupos analisados. No que se refere ao GCS, cujo stress também era alto no pré-natal, verificou-se, através dos resultados, que suas participantes apresentaram melhora significativa do stress no pós-parto. A variável TCS foi a diferença deste grupo para os demais. Esse dado sugere que a intervenção possibilitou às mães aprenderem estratégias para gerenciarem as fontes estressoras e os sintomas apresentados. Sendo assim pode-se inferir que o grupo se beneficiou de um trabalho especializado em controle de stress. O uso de estratégias de enfrentamento da tensão pode controlar as fontes advindas de reações físicas, emocionais, mentais e fisiológicas originadas pelo stress. O fato de a mulher identificar que as manifestações de sintomas como: enjôo, tontura, vômito, dores no corpo, falta de apetite, pressão arterial alterada, insônia, medo, ansiedade, irritabilidade, fadiga, depressão eram desconfortáveis e tensionais, provavelmente, favorecia o aumento da intensidade do stress. A indicação pelas gestantes de que se preocupavam e ficavam tensas com a saúde, alimentação, higiene da criança, nos primeiros meses de vida, e a expectativa com relação às dores do parto, também parecia promover stress. Um outro dado, refere-se a falta de recursos financeiros como um agente estressor pelas participantes.

Verifica-se que algumas fontes gestacionais diagnosticadas são na verdade subcategorias do padrão inadequado de pensar, como por exemplo, a preocupação excessiva quanto ao bebê. Esse fato pode ser fundamentado de acordo com Lipp, Silva, Curcio & Pereira (1990) que relacionam a decodificação cognitiva sobre um determinado evento com a resposta de stress.

A interpretação cognitiva realizada sobre um acontecimento, depende de crenças, atitudes e maneira de pensar aprendidas na vida, as quais influenciarão na resposta emocional e comportamental. Um comentário realizado por uma das gestantes que participou do TCS, demonstra a reação física e psicológica originada de pensamentos inadequados. Em uma sessão em que tratava das fontes de stress, ela afirmou: “às vezes tenho pensamentos muito pessimistas, acho que não vai dar certo o que vou fazer”. Em uma outra sessão, a mesma gestante, após ter compreendido a técnica de reestruturação de pensamento mencionou: “Nem sempre tudo o que a gente pensa dá certo. Levantei às 6:15h arrumei as coisas para levar o meu filho para o pai, aí o pneu do ônibus furou, então atrasou tudo... - se eu não tivesse aprendido a reestruturar o pensamento iria ficar ruim, mas não fiquei nervosa”. O primeiro comentário sugere que a participante relacionou o estímulo desencadeador (pensar que os acontecimentos devem ser como gostaríamos que fossem) com uma resposta estressante. Esta interpretação inadequada é uma das crenças irracionais referidas por Ellis (1973). Na segunda declaração a gestante reformulou essa relação e respondeu de modo não estressante.

É relevante observar também o uso de palavras técnicas pelo GCS, as quais eram mencionadas pela terapeuta nas sessões, demonstrando como as gestantes adquiriram um novo repertório verbal. Embora, em sua maioria, elas tivessem o primeiro grau incompleto, isto não interferiu na aquisição das palavras técnicas. Esse fato pareceu tornar mais perceptíveis e identificáveis os fenômenos que estavam ocorrendo com as mesmas. O uso dos termos como “reestruturação de pensamento”, “parada de pensamento”, “controle da ansiedade”, “padrão de comportamento Tipo A e B” são alguns exemplos citados pelo GCS.

Um outro estressor presente, entre as participantes, é caracterizado pelo padrão inadequado pré-estabelecido sobre o modo de pensar. Os pensamentos elaborados pelas gestantes, sobre os acontecimentos, possivelmente, estavam promovendo stress. Segundo Ellis (1973), o evento em si não torna o indivíduo irritado ou tenso, mas é o seu pensamento sobre o acontecido que promove as dificuldades. As reações a conflitos, sentimentos, atitudes, crenças são assimiladas durante o desenvolvimento da pessoa. Os estímulos que advêm do acontecimento são interpretados de acordo com as crenças, as cognições apreendidas na história de vida da pessoa e que vão influenciar na reação comportamental e emocional do indivíduo. Esse esquema de resposta comportamental foi encontrada entre as gestantes. Os pensamentos negativos, principalmente sobre o desenvolvimento da gravidez, e o estado de saúde do RN, provavelmente, se originaram desses padrões de pensamento irracionais. As idéias mais mencionadas referiram-se a ser absolutamente competente, inteligente e merecedora de todo respeito, e ter um controle absoluto e perfeito sobre as atividades, as quais, indicavam que as participantes interpretavam de maneira irracional os acontecimentos, pois muitas vezes, as pessoas podem falhar em executar tarefas, ter dificuldade em encontrar uma solução para um problema, pois, obviamente, não existe indivíduo perfeito.

As características do padrão de comportamento Tipo A estiveram presentes na amostra. Os cardiologistas Friedman & Rosenman (1974) classificaram os indivíduos como pertencentes ao padrão de comportamento Tipo A ou Tipo B. O primeiro apresenta maior risco para doenças cardiovasculares e tem como indicadores comportamentais: a ambição, a agressividade, a competitividade, a impaciência, a polifasia, a tensão muscular e a hostilidade. Os estudos realizados por Hinton & Rotheiler (1991) e Lipp &

Rocha (1994) mostram a relação dos elementos que determinam o Tipo A e os efeitos na resposta comportamental, bem como na reatividade cardiovascular. Esses resultados sugerem que a pessoa pertencente a esse padrão de comportamento está mais vulnerável ao stress e, conseqüentemente, poderá ter problemas de saúde. Esta afirmação pode ser sustentada pelos estudos de Girdano & Everly (1979) e Rosenman (1996) que demonstram a associação do Tipo A com problemas cardiológicos. Esse padrão de comportamento pareceu ser uma fonte interna de stress, encontrada na maioria das gestantes. Uma gestante com esta característica, que apresentou stress excessivo na primeira testagem e reduziu na segunda, fez algumas verbalizações que demonstram a presença de fatores que a classificaram como Tipo A e que provavelmente contribuíram para a elevação do stress. Os comentários dela: "É duro mudar, acostumei a ser assim, a fazer várias coisas ao mesmo tempo e meu marido me deixa nervosa, é muito calmo.... minha mãe disse que vou ficar, como ela, hipertensa". Com relação a essa participante, infere-se que provavelmente o padrão de comportamento do marido era provavelmente Tipo B, pois muitas vezes, ela relatou ter dificuldades em controlar o seu próprio modo de agir estressante ficando irritada com ele. Porém, essa gestante apresentou melhora do stress após o TCS, ao qual se submeteu.

A presença de 6,6 características, como média geral dos grupos, mostrou que essas mulheres provavelmente eram vulneráveis ao stress, devido ao padrão Tipo A, dentre outras possíveis causas. Estes resultados concordam com os dados encontrados na pesquisa de Torrezan (1994), cujos resultados mostraram que 97,5% das gestantes poderia ser classificada como do Tipo A de comportamento, isto em uma amostra de 40 mulheres grávidas. Talvez, algumas alterações da gestação estivessem proporcionando o desenvolvimento

de características desse padrão comportamental. Essa possibilidade pode ser testada avaliando-se essas mesmas mulheres algum tempo depois da gravidez.

Os aspectos determinantes dessa resposta de comportamento tem sido estudado por muito autores em muitas áreas. As pesquisas de Soares (1990) e Malagris & Lipp (1996) indicaram a presença do Tipo A em executivos brasileiros. O presente estudo, mostrou a presença do Tipo A em gestantes donas-de-casa. Deste modo, pode -se inferir que, contrário ao que se pensa, estes aspectos não são típicos de pessoa bem sucedida economicamente ou de alto status social. A mulher que cuida da casa e filhos pode possuir vários fatores que determinam esse padrão comportamental e não ser uma executiva. As pessoas podem se beneficiar dos seus elementos determinantes, aprendendo a amenizar seus efeitos estressantes. O comentário de uma das participantes que conseguiu gerenciar os aspectos deste perfil de comportamento, é um dos exemplos detectados no GCS. Ela declarou que "Estou tentando lidar com o Tipo A, estou mais calma, acho que menos tensa que a outra gravidez. Converso mais com meu marido e tento compreender que ele não é do Tipo A de comportamento".

Este estudo revelou estarem as participantes atravessando um período estressante em suas vidas, sendo que 100% delas se encontravam na fase de resistência do stress na primeira testagem. Na segunda avaliação houve um declínio significativo da intensidade do stress no grupo que havia realizado o TCS. Há de se considerar que o número de mulheres que terminaram o tratamento no GCS e que participaram das palestras foi muito reduzido. Este declínio em participação talvez se deva a carência sócio-cultural das participantes com a conseqüente falta de prática para a adesão em eventos

desta natureza. Por outro lado fatores economicos e práticas como o preço da passagem ou não ter com quem deixar os outros filhos podem ter interferido.

Além das fontes estressoras internas já mencionadas, as atribuições do dia-a-dia que envolviam saber gerenciar principalmente a falta de recursos financeiros, também foram consideradas por elas uma fonte de stress, pois muitas vezes o parceiro encontrava-se desempregado. As participantes exerciam as atividades domésticas, os cuidados com os filhos e também ajudavam o parceiro na manutenção da casa, como: pintura e consertos domésticos. Os resultados do presente estudo devem ser interpretados na literatura que menciona o trabalho como uma fonte estressora. Os autores Homer, James & Siegel (1990) descobriram que as mulheres que exerciam atividades profissionais com satisfação apresentaram menos stress do que aquelas que preferiam não estar trabalhando. Além disso, Torrezan (1994) verificou que as mulheres grávidas que trabalhavam fora revelaram um nível mais alto de stress que as donas-de-casa. Os dados da presente pesquisa mostram que, mesmo não trabalhando fora, como era o caso das participantes, a intensidade do stress durante a gestação pode ser elevada.

As dificuldades financeiras em que as participantes se encontravam, acrescidas das ansiedades, tensões, preocupações e incertezas em poder propiciar uma vida melhor para seus filhos, certamente, favoreceram a alta incidência do stress diagnosticada na amostra. O conjunto de fontes internas e externas como a interpretação que o sujeito realiza a respeito de seus problemas, relacionamentos e eventos; o modo de gerenciar as emoções; as características do seu comportamento; a relação com o ambiente em que vivem; a condição financeira e a carência de recursos de higiene, segurança e trabalho podem fazer parte da ontogênese do stress. Esta inferência é baseada em

Kobasa, Hilker & Maddi (1979) que mencionam o porquê algumas pessoas adoecem enquanto que outras não, frente ao mesmo grau de stress. Eles indicam fatores como receptividade a mudanças na vida, sentimento de envolvimento e comprometimento com o trabalho, a família ou qualquer empreendimento que o indivíduo realize, e uma sensação de controle sobre os eventos. Reportando-se também aos fatores que facilitam o stress, Lipp & Malagris (1996) argumentam que o stress se manifesta quando a quantidade de exigências e de tensões torna-se excessiva para a resistência da pessoa. Observa-se que as participantes do estudo ultrapassaram esse limite do organismo, uma vez que condições deficitárias de moradia, dificuldades de acesso aos meios de transporte, falta de recursos financeiros e falta de escolaridade foram alguns dos desencadeadores externos de stress, identificados por elas.

Observa-se que o fato de que todas as gestantes apresentavam stress e que essa população era de classe sócio-econômica baixa, sugere que as dificuldades financeiras e sociais favoreceram este estado tensional. Os estressores identificados, como o modo inadequado de se pensar, o padrão Tipo A de comportamento, bem como as fontes advindas da gestação, talvez pudessem estiverem elevando a intensidade dessas tensões. Isto se justifica porque a incidência de stress neste grupo foi maior que a média da população feminina da cidade de São Paulo encontrada no estudo de Lipp, Pereira, Flokstrumpf, Muniz & Ismael (1996) com 1818 pessoas da capital São Paulo. Os autores encontraram nessa amostra que se constituiu de 56% homens e 44% de mulheres, uma diferença significativa entre os sexos com relação ao stress. Verificou-se que 19% das mulheres demonstraram sintomas de stress enquanto que, entre os homens, se encontrou a incidência de 13% do stress.

Um outro fator que pode ter influenciado na constatação do stress excessivo se refere às alterações fisiológicas do organismo. Rezende (1995) com base em Selye, argumenta que na fase de resistência do stress, o organismo da gestante se adapta transitoriamente às novas condições internas, diminuindo a sintomatologia. A adaptação conseguida pode desaparecer e agravar as toxemias da gravidez, ou seja o corpo pode não se adequar ao novo estado. O autor declara que o stress fisico pode ocorrer no início ou se estender durante toda a gravidez. Os dados encontrados nas avaliações demonstram que os grupos tiveram influências de muitos fatores estressantes no período gestacional. Este dado mostra que, para essas mulheres, a situação de ter um filho desencadeou ou potencializou o stress. A intensidade do stress em que as gestantes se encontravam promoveu o aparecimento de sintomas intensos e frequentes. Segundo Lipp (1984), elementos físicos e emocionais ocorrem em situações de stress, como: a preocupação excessiva; a ansiedade, a hipersensibilidade emotiva, a insônia, a tensão muscular, a taquicardia, a hiperatividade e as náuseas.

O quadro sintomatológico detectado entre as gestantes afetou principalmente a área psicológica. O aumento da sensibilidade emotiva, a apatia, a raiva entre outras manifestações emocionais podem ser advindas de um stress elevado, além da própria gestação. As mulheres mencionaram o desconforto ao identificarem enjôo, vômito e tontura, e alegaram sentir tensão e preocupação nessas circunstâncias. Isto pode ser sustentado, pelo fato de que o stress provoca uma sintomatologia que, acrescida das alterações gestacionais no organismo feminino, pode elevar a tensão. Esta conclusão reforça a condição gestacional estressante das participantes, uma vez que o nível de stress declinou significativamente com aquelas que realizaram o TCS. A

segunda avaliação também indicou sintomas do stress, sendo que os GP e GPT foram os que apresentaram um stress elevado e com prevalência na área psicológica, como hipersensibilidade emotiva. A redução foi significativa para aquelas mães que se utilizaram das técnicas do controle do stress.

O fator escolaridade encontrado entre as participantes (primeiro grau incompleto), talvez, tenha limitado a aquisição de informações e prejudicado o acesso a serviços públicos de assistência a saúde. Essa inferência tem relação com a adesão das mulheres às intervenções programadas com cada grupo. As gestantes que eram destinadas a receber o treino de controle de stress gratuito compareceram em maior número e frequência as sessões, quando comparadas com as mulheres designadas a assistirem a um programa de palestras. O fato de que o GCS mostrou maior adesão pode ser devido ao conteúdo apresentado e ao interesse por parte das participantes em identificar e tratar o stress. Quanto ao GP, que teve menor participação em seu programa de palestras, pode se inferir que suas componentes não estivessem familiarizadas com Serviços gratuitos informativos na área da saúde. Provavelmente, o objetivo do GP, em esclarecer alguns assuntos e não intervir, desinteressou e resultou no declínio do comparecimento às palestras. Talvez, de modo geral, a população brasileira não esteja habituada com procedimentos de prevenção à saúde.

Algumas observações podem ser referidas quanto à diminuição do quadro de stress detectada no GCS. O estado tensional manifestado pelo GCS no pós-parto poderia ter declinado mais, se todas tivessem participado do TCS. Uma vez que quatro mulheres que realizaram integralmente e duas que completaram 60% do TCS, não manifestaram valores significativos do stress na

testagem pós-parto. Dessa maneira, sugere-se que a intervenção terapêutica influenciou na redução do nível de stress.

As gestantes também expressaram suas emoções nos momentos que antecederam o parto, desde o início das contrações até a sala de parto. O relato das participantes mostra que a tensão e ansiedade estiveram presentes mais intensamente com os grupos que não receberam qualquer intervenção terapêutica. As verbalizações das mães demonstram a maneira como enfrentaram este momento. Uma participante do GPT comentou “Desesperei! porque com a minha primeira filha tinha sido diferente, as dores eram diferente”. A outra parturiente do GP declarou “Tive dores horríveis, fiquei nervosa, com medo de passar mal”, enquanto que uma mãe do GCS afirmou “Consegui manter a calma, porque fiz o tratamento, controlei bem a ansiedade, estava com 9 cm de dilatação”.

O desejo pela maternidade, muitas vezes, se sobrepôs às dores originadas pelas contrações uterinas, principalmente, para aquelas gestantes que aprenderam a controlar o medo, a tensão e a ansiedade. Pode-se notar que essas gestantes que procuraram o serviço público de atendimento para o pré-natal se preocupavam com o desenvolvimento gestacional e fetal. Contudo, eram desprovidas de estratégias de auto-controle das emoções. O TCS favoreceu às suas participantes uma interação com os seus sentimentos e cognições no sentido de promover o desenvolvimento de novas habilidades para gerenciar os estressores que antecederam o parto e, também, logo após o nascimento da criança.

No que se refere às estratégias de enfrentamento do stress, os grupos se utilizaram de recursos semelhantes para lidar com o nível de stress excessivo. As gestantes apontaram o pré-natal como um dos meios para se

proteger dos estressores, talvez, para aliviar a preocupação com o estado de saúde do bebê. Elas também tentavam mudar o pensamento para algo positivo quando estavam preocupadas. Tal procedimento pode ser interpretado como sendo uma tentativa de reestruturação cognitiva para lidar com as idéias irracionais. O hábito de planejar as tarefas diárias, no sentido de aproveitar cada momento do dia, foi verificado como uma forma de relaxar. Pode ser que assim não tivessem tempo de pensar nos problemas ou sentir tensão. O fato de ficar em casa em local tranquilo e relaxar funcionou como estratégia de controle do stress. A busca de relaxamento indica, por um lado, que a demanda de stress era alta e, por outro, que elas estavam se utilizando de um dos pilares do controle de Lipp (1984). Existem várias maneiras de se relaxar, como conversar com amigos, ter um hobby, ver um filme ou ler um livro. Por isto o TCS priorizou este tópico e destinou um espaço em todas as sessões para a realização de um relaxamento elaborado exclusivamente para gestantes (Torrezan, 1997). As participantes mesmo se utilizando de recursos próprios para reduzir a tensão, não estavam conseguindo declinar ou eliminar os efeitos da reação de estressante. O TCS possibilitou que fossem aprendidas estratégias de manejo do stress, inclusive relaxamento.

As participantes que não receberam intervenção terapêutica e que se mantiveram com o stress elevado, certamente, não estavam conseguindo gerenciar as tensões. Pode ser que possuíssem algumas estratégias para se protegerem da reação estressante, porém elas eram insuficientes ou inadequadas frente ao grau de stress, ao qual estavam submetidas. Se as estratégias fossem suficientes, as gestantes não estariam apresentando um elevado nível de stress.

Os resultados referentes ao parto, em sua maioria, revelou que os nascimentos ocorreram dentro do período gestacional para crianças a termo e em condições físicas adequadas. O recém-nascido a termo se refere à criança nascida viva com trinta e sete semanas completas a quarenta e uma semanas e seis dias, segundo a Organização Mundial da saúde (Almeida & Santos, 1995). Observa-se que não houve constatação de aborto, óbito fetal ou nati-morto entre as participantes. O que demonstra a importância do acompanhamento pré-natal.

Segundo Geoffrey(1996), o aumento da necessidade de anestesia e o parto prematuro podem estar associados com o stress. O autor menciona a importância do stress psicológico como um dos fatores favoráveis a complicações na gravidez e no parto. Neste estudo verificou-se que 60% dos partos foram a termo, sendo que 36% deles necessitaram do auxílio do fórceps. Este dado sugere que a intervenção escolhida para a parturição buscou, em primeiro momento, o parto natural, somente nos casos que indicavam cesárea, esta aconteceu. O comentário de uma parturiente do GP sugere tal informação. Ela declarou que “Vim para o pré-natal e já fui internada, estava perdendo líquido. Fiquei um dia induzindo o parto. Tinha contração, mas não dilatação, mas estava bem” . Ela foi submetida a cesárea com raquianestesia.

Quanto a necessidade de anestesia, encontrou-se que 72% das participantes receberam a raquianestesia, as demais a local. Talvez, a prevalência de anestésias possa ter relação com a sugestão de Geoffrey (1996) sobre a associação do stress e a administração da anestesia.

No que se refere ao nascimento de prematuros, encontraram-se dois no GPT e um no GP . Os RNs nascidos a pretermo eram de 36semanas e 3dias, com o peso de 2,110Kg, a estatura de 46cm e o PC de 34cm; o outro

bebê nascido de 33semanas e 4dias, com o peso de 1,670Kg, o comprimento de 40,5cm e o PC 29cm; e o RN de 35semanas, com o peso de 3,015Kg, a estatura de 46cm e o PC de 35cm respectivamente estas idades gestacionais não se enquadram em uma condição grave de prematuridade. As crianças necessitaram de cuidados específicos, mas em questão de dias retornaram para o alojamento conjunto, e já apresentavam condições de saúde satisfatórias, de acordo com os dados médicos. Em geral, a incidência da prematuridade é proporcionalmente maior quanto menos desenvolvido é o meio, o mesmo se aplica a variável baixo peso. A prematuridade extrema se refere à idade gestacional menor que 30 semanas, costumam ter peso inferior a 1,500Kg, a estatura menor que 38cm e o PC menor que 29cm ao nascer (Leone, Ramos & Vaz, 1994). Esta condição não foi encontrado na amostra.

Quanto ao baixo peso, em específico, verificou-se que somente uma criança do GCS nasceu com 2,450Kg (50g abaixo do limite - 2,500kg - peso esperado para uma criança ao nascer), mas a idade gestacional estava condizente com um bebê nascido a termo. Os outros dois RNs que apresentaram baixo peso eram os prematuros do GPT. Estes resultados concordam com Wadhwa et al (1993) e Wilhelm (1997). Os autores concordaram que o stress pode causar o nascimento de um RN prematuro e com baixo peso. O processo fisiológico do stress no organismo da gestante favorece o aumento dos níveis de hórmonios que contribuem para a constrição do vasos sanguíneos da placenta, dificultando a transmissão dos nutrientes e oxigênio para o feto, de modo a prejudicar o seu crescimento. Wilhelm (1997) acrescenta que as catecolaminas que são liberadas pelo organismo materno, em momentos de stress , podem ultrapassar a placenta e provocar no feto um estado de perturbação semelhante ao sentido pela mãe.

Com relação à estatura e o perímetro cefálico dos bebês, se encontrou que o GPT teve as médias mais baixas. Porém, essas são medidas compreendidas no que é esperado para RNs nascidos a termo. Provavelmente, não se tenha observado alteração significativa de problemas de saúde nas condições do RN, devido a essas mães não terem vivenciado acontecimentos traumáticos, ou momentos de grande tensão durante a gravidez. Pode ser que, se tivessem passado por picos de stress, estes pudessem ter influenciado o ascrécimo ou a diminuição de substâncias e hormônios, alterando assim a fisiologia gestacional com efeitos nocivos para os RNs.

A nota de Apgar se mostrou alterada em um RN do GP que no primeiro minuto era de cinco e no quinto minuto nove. Isto indica que a criança teve uma anoxia na primeira avaliação e depois se recuperou. Esta era uma criança que nasceu prematura com 35 semanas de gestação. Vaz, Rodrigues & Ramos (1994) mencionam que os valores inferiores a sete são considerados bebês anoxiados, as notas de três a seis, condição moderada e de zero a dois, casos graves. Quando as notas são baixas no primeiro minuto e se elevam a seguir, denomina-se anoxia de curta duração; se os valores baixos persistem após o quinto minuto classifica-se como anoxia prolongada, o que indica um pior prognóstico neurológico. Casos graves não foram encontrados entre os RNs avaliados. A vitalidade das crianças de mo do geral foi satisfatória.

Este estudo objetivou, também, verificar se as participantes que não tivessem se beneficiado do TCS teriam RNs com mais problemas nas condições do nascimento. Este aspecto não foi confirmado, pois os bebês não apresentaram medidas antropométricas significativamente diferentes que apontassem a interferência do stress. Talvez, a falta de diferenças, nas medidas registradas com os RNs, no nascimento, seja em função da proteção da

natureza humana. É importante lembrar que com o passar dos anos, essas crianças poderão ou não manifestar alguma reação que possa ser resultado do stress indentificado na amostra. Estudos futuros poderiam investigar o desenvolvimento de crianças de mães que tiveram uma gravidez estressante.

As emoções manifestadas pelas parturientes nos primeiros instantes de vida do bebê indicavam sentimentos de realização materna com o parto, uma vez que todas relataram sentir-se alegres, felizes, contentes com seus filhos. Este estado emocional se estendeu para o momento da amamentação, principalmente para as mães que alimentaram seus bebês logo que retornaram ao quarto da enfermaria. Isto, mesmo sentindo dores advindas das intervenções da parturição.

Os especialistas alertam para a importância da amamentação. Orlandi (1995) refere que o leite materno é o alimento mais completo nos primeiros meses de vida do RN. A amamentação deve se iniciar logo após o parto, assim que o estado da mãe e da criança favorecerem essa condição. Isto pode ser encontrado com as participantes, em que todas conseguiram amamentar seus bebês. Algumas mães que tiveram RNs prematuros (três), com baixo peso(um), com hipoglicemia ao nascer (um), ou criança que necessitou de banho de luz (um) logo após o parto, também os alimentaram seus bebês, muitas vezes retirando o leite e em outras amamentando diretamente no seio. Estes dados indicam que o aleitamento materno ocorreu com essas crianças e que foi um momento avaliado pelas mulheres como de felicidade.

As emoções manifestadas pelas parturientes, ao observarem os primeiros movimentos dos bebês, indicam um alívio da fonte estressora, isto é, preocupação em ter um filho saudável. Pois, a maioria delas verbalizou que sentiram tranquilidade, alegria, felicidade e alívio ao identificar que a criança

chorou, movimentou os braços, as mãos, as pernas e abriu a boca, o que representou um filho “perfeito”, como muitas verbalizaram. Alguns comentários das participantes demonstram isto: “ Logo que ela saiu da minha barriga, eles (médicos) a mostraram e, eu chorava de muita alegria e emoção. Foi o rostinho dela, a beijei, chorei e falei que a amava. As mãos estavam se mexendo” ; “Fiquei feliz, contente e alegre porque a criança era normal, vi mexer as mãos, ele estava me olhando” e “Logo que o bebê nasceu, ele foi colocado no meu peito. Perguntei se ele era perfeito e a médica falou que sim, fiquei tranquila. Senti muita alegria, pois a dor acabou e o nenê era perfeito. Vi mexer as perninhas e as mãozinhas”. Estas observações foram feitas por integrantes do GCS.

Os resultados do GCS sugerem a interferência da variável terapêutica TCS no declínio do stress. Verificou-se com este grupo que nove de suas participantes chegaram ao hospital para terem seus bebês acompanhadas pelos respectivos maridos, somente uma teve a companhia dos pais, pois o marido se encontrava no trabalho. Enquanto que, nos outros grupos, a maioria se dirigiu à maternidade sozinha ou acompanhada por parentes e vizinhos. Este dado pode ter relação com o treino de controle de stress, em que durante as sessões que trataram das estratégias de enfrentamento da tensão, uma das sugestões era a respeito da divisão das emoções, medos, ansiedades com o marido, além de permitir que o parceiro participasse do processo gestacional. A gestante deveria favorecer o diálogo, e falar sobre as mudanças que ocorriam em seu corpo, seus desejos e procurar saber do companheiro quais eram suas expectativas. Deste modo, a participação do parceiro até o hospital pode representar que ele esteve presente e acompanhou o desenvolvimento gestacional. Este dado concorda com Setubal e Sarmiento (1998) que verificou

a importância da participação dos parceiros nos atendimentos do pré-natal, de modo a favorecer a percepção das emoções e auxiliar no desempenho dos papéis da maternidade e paternidade.

O TCS foi eficaz às gestantes que participaram do GCS, mesmo àquelas que participaram de apenas uma sessão, como foi o caso de duas gestantes que compareceram a uma palestra e não apresentaram valores que indicassem stress na segunda testagem. Provavelmente, a participação em uma sessão do TCS fez diferença nas avaliações quanto ao nível de stress no pós-parto.

O momento do parto foi mais tranquilo para mães do GCS, os resultados indicaram uma diferença significativa de redução do stress nas participantes do tratamento especializado, enquanto que os outros grupos apresentaram em suas declarações maior tensão. Tal revelação concorda com a literatura no que diz respeito à recomendação de assistência à gestante durante o pré-natal com o objetivo de um melhor resultado do parto. Os métodos de preparo da mulher grávida para o parto, como os de Read (1944), Nikolaiev (1957), Maldonado (1976), Benzecry & Cerruti (1995) e Azevedo & Vigorito (1995) diferem do que foi usado neste estudo, ou seja o objetivo do presente estudo é tratar o stress, utilizando-se de teorias e técnicas cognitivo-comportamentais de controle do stress. O treino é semelhante às demais propostas de apoio à gestante, quando informa sobre o ciclo gravídico e esclarece crenças e expectativas inadequadas a respeito do desenvolvimento fetal, das alterações no organismo da mulher, no processo da parturição e nos cuidados com o recém-nascido.

Um fator merece ser lembrado aqui, refere-se à dinâmica de grupo ministrada na intervenção do controle de stress e no programa de

palestras. No GCS a terapeuta se utilizou de diversos métodos psicológicos de trabalho em grupo, como "role play", em que as participantes simulam personagens, assumindo e trocando de papéis representativos de ansiedade, agressividade entre outros. Para o GP o caráter era informativo e não voltado a aspectos psicológicos.

O TCS objetivou tratar o stress e fornecer subsídios para o enfrentamento dos efeitos estressantes, bem como melhorar a qualidade de vida de suas participantes. A literatura mostra que as perturbações emocionais desencadeiam a liberação de catecolaminas e hormônios no organismo. Wilhelm (1997) refere que, quando a mãe convive com momentos de stress agudo ou uma outra perturbação emocional, o feto é sobrecarregado por substâncias químicas que podem lhe causar sensações de pânico ou angústia profunda. Os resultados do estudo concordam com a argumentação de Wilhelm, e indicam a necessidade de tratamento do stress.

Algumas declarações das participantes do GCS também revelaram que um trabalho especializado em stress na gestação deve ser administrado no pré-natal. As parturientes fizeram comentários espontâneos que foram anotados pela terapeuta. Os relatos diziam que "O tratamento ajudou a ficar menos tensa, preocupada e nervosa. O marido também sentiu a diferença. Acho que o trabalho deveria continuar com outras mães"; "Acho que o tratamento ajuda bastante no relacionamento com o marido, eu ficava ansiosa. Agora estou mais calma"; "Por ter conseguido chegar a 9 cm de dilatação e ter conseguido me controlar bem, os médicos me avaliaram e acharam que eu estava controlada e calma" e "O relaxamento eu gostava de fazer e o fazia bem". Observa-se que o treino de controle de stress ajudou na identificação e manejo do stress.

Ressalta-se que o pré-natal oferece condições para que se acompanhe o crescimento do feto e se possa detectar problemas no desenvolvimento da gravidez e anomalias no feto. Sugere-se que o acompanhamento psicológico especializado em stress contribua, também, na prevenção dos efeitos negativos do stress para a mulher nesta fase.

As estratégias de controle de stress, são mencionadas por alguns autores como Lipp (1984, 1989b), Lipp et al (1991a), Lipp et al (1991b), Lipp & Rocha (1994), Lipp & Malagris (1995), Lipp & Malagris (1996) e Lipp et al (1997), Molina (1996) e Davis, Eshelman & Mckay (1996).

O presente estudo mostrou a necessidade de tratamento e oferece uma proposta especializada na prevenção e controle do stress gestacional, fundamentada nos trabalhos de Lipp (1989b) e Lipp et al (1997).

CONCLUSÃO

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste trabalho mostram que a incidência do stress durante a gravidez foi elevada, indicando a necessidade de programas de profilaxia e tratamento deste estado tensional. A intervenção psicológica de controle do stress para gestantes, proposta para o grupo experimental, atingiu seu objetivo, pois as participantes apresentaram uma melhora significativa nas avaliações do pós-parto, enquanto que os níveis se mantiveram altos nos grupos de controle GP e GPT, que não receberam o TCS.

O TCS aplicado no período pré-natal possibilitou às suas participantes exercitarem as técnicas recomendadas para manejo das tensões durante a gestação e o parto.

O GCS e os grupos de controle como um todo revelaram, na testagem inicial, uma sintomatologia do stress com prevalência na área psicológica, e um número considerável de fontes estressoras, principalmente as

que se referem a fatores ligados à gestação. O padrão de pensamento encontrado nos grupos estava favorecendo o stress, de modo que as interpretações feitas durante o desenvolvimento da gravidez e do feto funcionaram como desencadeador de tensão. Um outro aspecto investigado refere-se à quantidade de estratégias das quais as gestantes estavam se utilizando. Os dados obtidos sugeriram que essas tentativas de gerenciar as tensões não eram suficientes ou adequadas à alta demanda de estressores. Desse modo, o quadro sintomatológico apresentado frente ao stress era esperado. A sensibilidade emotiva consistiu no sintoma psicológico mais frequente nas duas avaliações, o que indica que a área emocional era afetada não só pelo stress, mas também pela gravidez.

A testagem pós-parto, embora contasse com um número reduzido de participantes, revelou que as parturientes que realizaram o TCS se mantiveram menos tensas quando comparadas com as integrantes dos outros grupos, o que pode ser observado através das respostas emitidas por elas quanto às dores das contrações uterinas e do parto.

A avaliação realizada com as mães logo após o nascimento de seus RNs mostraram que elas experimentaram sentimentos de felicidade ao identificarem que o bebê, apresentava-se em condições saudáveis de vida. O mesmo ocorreu quando essas mulheres amamentaram seus filhos pela primeira vez.

O estudo não revelou diferenças significativas quanto às condições de nascimento dos RNs. As crianças, em geral, nasceram com vitalidade, idade gestacional, estatura, peso e perímetro cefálico esperados para bebês de parto a termo. Observou-se apenas três RNs prematuros, dois do GPT e um do GP, e

um com baixo peso do GCS, mas todos atingiram condições saudáveis após os cuidados neonatais e receberam alta hospitalar.

No que se refere ao stress, os dados indicaram que as gestantes que receberam o TCS apresentaram melhoras significativas na avaliação pós-parto. Este resultado mostra a eficácia da intervenção terapêutica do controle do stress. Verificou-se, também, que as participantes do GCS verbalizaram que o treino as ajudou a controlar a ansiedade e a expectativa diante do nascimento de seus filhos.

Portanto, a proposta deste trabalho atingiu o seu objetivo, a partir do qual se aplicou um treino especializado em controle de stress para gestantes, avaliando-se as diferenças no pós-parto. O estudo sugere que mais pesquisas sejam realizadas sobre o assunto, principalmente em uma população maior, e que se possa fazer o "follow up" das crianças, com a finalidade de se investigar possíveis manifestações reacionais ao stress, detectado nas mães durante o período gestacional, e nas crianças mais tarde, em seu desenvolvimento.

**REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, M. F. B. de & Santos, A. M. N. dos (1995). Assistência ao Recém - nascido Normal. In Oswaldo Luis Ramos & Hanna A. Rothschild (Eds). **Atualização Terapêutica: Manual Prático de Diagnóstico e Tratamento**. 17a Ed. São Paulo: Artes Médicas: 940 - 941.
- Apgar, V. (1953). Boletim de Apgar. **Anesthetic Analgesic**. 32: 260-267.
- Araujo, J. O. & Morreti, M. (1995). Parturição. In Jorge Rezende e (Eds) **Obstetrícia**. 7a Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S/A: 170 - 182.
- Azevedo, A. R. & Vigorito, N. M. (1995). Assistência e Preparo Psicológico para o Parto. In Luis Ramos & Hanna A. Rothschild (Eds). **Atualização Terapêutica: Manual Prático de Diagnóstico e Tratamento**. 17a Ed. São Paulo: Artes Médicas: 745-750.
- Benzecry, R. & Cerruti, F. (1995). A Preparação Psicossomática para o Parto. In Jorge Rezende (Eds). **Obstetrícia**. 7a Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S/A. : 270-278.
- Brown, M. A. (1994). Marital discord during pregnancy: A Family systems approach. **Journal Family Systems Medicine**. 12 (3): 221-234.
- Bettini, R. V. (1997). **Grupo de Mães em Instituição: Uma experiência de intervenção**. Dissertação de Mestrado. Campinas: PUC Campinas.

- Cannon, W. B. (1953). **Bodily changes in pain, hunger, fear and rage.** Boston: Charles T. Brandford. Comp.
- Cerruti, F. (1955). O Parto Natural segundo Read. **Revista Paulista de Medicina.** 46: 461
- Cerruti, F. (1961). Relaxation and Psychosomatic Methods of Preparation Childbirth. **Americ Journal Obstetric Gynecology.** 82: 262.
- Cerruti, F. (1967). Psychosomatic Methods of Preparation. **Americ Juornal Obstetric Gynecoloy.** 98: 698.
- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde-CID 10 (1997).** 10a Ed. EDUSP: 335 - 336.
- Clifford, E., Weaver, S. M. & Hay, D. M. (1989). Stress and Pregnancy Complications: A Prospective Study. In M C. Guigan, Sime & Wallace. **Stress and Tension Control 3: Stress Management.** New York e London: Plenum Press.
- Cortez-Maghelly, C. (1991). O estresse e suas implicações fisiológicas. **Folha Médica** 103 (4): 175-181.
- Daher, A. S. (1998). Interface Obstetrícia / Psicologia em casos de infertilidade - Atendimento Psicológico à Gestantes de Alto-Risco Hospitalizadas - Prevenção de Problemas Psicológicos. **Anais do I Congresso da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar.** São Paulo: 06.
- Davis, M. Eshelman, E. R. & Mckay, M. (1996). **Manual de Relaxamento e Redução do Stress.** São Paulo: Summus.
- Ellis, A. (1973). **Humanistic Psychology: the rational emotive approach.** New York: Juliam.
- Everly, G. S. (1990). **A Clinical Guide to the Treatment of Human Stress Response.** New York: Plenum Press.

- Everly, G. S. & Benson, N. (1989). Disorders of Arousal and the Relaxation Response. **International Journal of Psychosomatics**. 36: 15-21.
- Everly, G. & Rosenfeld, R. (1981). **The Nature and Treatment of the stress Response**. New York and London: Plenum Press.
- Ferreira, A. B. H., Anjos, M., Ferreira, M. B., Ferreira, E. T., Marquez, J.C. & Silva, G. M. (1988). **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. RJ: Editora Nova Fronteira. Encarte de fascículo Folha de São Paulo- SP.
- Friedman, M. & Rosenman, R. (1974). **Type A behavior and your heart**. New York: Alfred A. Knopf.
- Geoffrey, C. (1996). Prepregnancy care. In Geoffrey Chamberlain (Orgs). **Turnbull's Obstetrics**. 2a Ed. New York : Churchill Livingstone: 163 - 174.
- Girdano, D. A. & Everly, G.S. (1979). **Controlling stress and tension: a holistic approach**. Englewood: Cliffs, Prentice Hall.
- Hedegaard, M., Henriksen, T. B., Sabroe, S. & Secher, N. J. (1993). Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. **BMJ Revista Brasileiro de Medicina**. 307 (6898): 234-239.
- Hinton, J. W. & Rotheiler, E. (1991). Type A Components, Stress Responses, and Enforced Time Wasting. In C.D. Spielberger (Eds). **stress and Emotion**. N.Y. : Hemisphere Publishing Co: 233 - 248.
- Holmes, T. H. & Rahe, R. K. (1967). The social readjustment rating scale. **Journal Psychosomatic Research** 4: 189-194.
- Homer, C. J., James, S. A. & Siegel, E. (1990). Work - related psychosocial stress and risk of preterm, low birthweight delivery. **Journal Public Health American**. 80 (2): 173-177.

Instat. Graphpad Insat. (1994). Illinois. V2. 05a

Kobasa, S. C., Hilker, R. & Maddi, S. R. (1979). Who stays healthy under stress? **Journal of Occupational Medicine.** 21 (9).

Kraus, H. & Raab, W. (1961). **Hypokinetic disease.** Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Kuban, K. C. K. & Leviton, A. (1994). Cerebral Palsy. **New England Journal of Medicine.** 330 (3): 188 - 195.

Lachman, S. (1972). **Psychosomatic disorders: A behavioristic interpretation.** New York: Wiley.

Lamaze, F. (1956). **Painless Childbirth.** New York: Pocket Books.

Larousse, L. (1998). **Dicionário da língua portuguesa.** São Paulo: Ed. Nova Cultural.

Lazarus, R. S. (1995). Psychological Stress in the Workplace. In Rick Crandall e Pamela L. Perrewé (Eds). **Occupational stress: a handbook.** Washington: Taylor e Francis: 3-14.

Leone, C. R.; Ramos, J. L. A. & Vaz, F. A. C. (1994). O Recém-nascido pré-termo. In Eduardo Marcondes (Eds). **Pediatria Básica.** 8a Ed. São Paulo: Ed. Savier 1 : 333- 345.

Lipp, M. E. N. (1984). Stress e suas implicações. **Estudos de Psicologia** : 1 (3 e 4): 5-19.

Lipp, M. E. N. (1989a). Atitudes Parentais e o Desenvolvimento de Resistência ao Estresse. **Psicologia-Reflexão e Crítica.** Porto Alegre: 4 (1 e 2): 91-96.

Lipp, M. E. N. (1989b). **O Controle do Stress - Manual de Curso.** Campinas, SP : Centro Psicológico de Controle do Stress.

- Lipp, M. E. N.; Silva, M. J.G. N. da; Curcio, M. A. C. & Pereira, M. R. P. (1990). A relação entre stress, padrão Tipo A de comportamento e crenças irracionais. **Teoria e Pesquisa**: 6 (3): 309-323.
- Lipp, M. E. N.; Romano, A. S. P. F.; Covolan, M. A. & Nery, M. J. G.S. (1990). **Como Enfrentar o Stress**. São Paulo: Ed. Ícone.
- Lipp, M. E. N. et al (1991a). Estudo Experimental de 2 Condições de Tratamento Médico - Psicológico a Portadores de Psoríase. Campinas: **Núcleo de Estudo Psicológicos (UNICAMP)**.
- Lipp, M. E. N. et al (1991b). O Valor do Controle de Stress como Terapêutica da Hipertensão. In Maurício Knobel (Eds). **Psicossomática**. Campinas: **Núcleo de Estudo Psicológicos (UNICAMP)**: 85-162.
- Lipp, M. E. N. & Guevara, A. J. H. (1994). Validação Empírica do Inventário de Sintomas de Stress. **Estudos de Psicologia** : 11 (3): 42-49.
- Lipp, M. E. N. & Rocha, J. C. (1994). **Stress, Hipertensão Arterial e Qualidade de Vida**. Campinas: Ed. Papirus.
- Lipp, M. E. N. & Malagris, L. N. (1995). Manejo do estresse. In Bernard Rangé (Eds). **Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: Pesquisa, Prática Aplicações e Problemas**. Campinas, SP: Editorial Psy II: 279-292.
- Lipp, M. E. N. ; Pereira, I. C. ; Floksztrumpf, C. ; Muniz, F. & Ismael, S. C. (1996). Diferenças em nível de Stress entre Homens e Mulheres na cidade de São Paulo. **Anais do I Simpósio sobre stress e suas implicações : um encontro internacional**. Campinas: PUC Campinas: 122.
- Lipp, M. E. N. & Malagris, L. E. N. (1996) **Mitos e Verdades sobre o stress**. São Paulo: Editora Contexto.

- Lipp, M. E. N. et al (1997). **Relaxamento para Todos: Controle seu stress**. Campinas, SP: Editora Papirus.
- Lotufo, P. A. (1996). Doenças cardiovasculares no Brasil: por que altas taxas de mortalidade entre mulheres? **Revista Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**. 6 (6): 667- 671.
- Lou, H. C.; Hansend, D.; Nordentoft, M.; Pryds, O.; Jensen, F.; Nim, J. & Hemmingsen, R.(1994). Prenatal Stressors of Human Life Affect Fetal Brain Development. **Developmental Medicine and Child Neurology**. 36: 826 - 832.
- Malagris, L. N. & Lipp, M. E. N. (1996). A incidência do Padrão Tipo A de Comportamento em Executivos Brasileiros. **Anais do I Simpósio sobre stress e suas implicações: um encontro internacional** : 106.
- Maldonado, M. T. (1976). **Psicologia da Gravidez - Parto e Puerpério**. Petrópolis: Ed. Vozes.
- Mccormick, M. C.; Brooks-Gunn, J.; Shorter, T. ; Homes, J. H. ; Wallace, C. Y. & Heagarty, M. C. (1990). Factors associated with smoking in low - income pregnant women: relationship to birth weight, stressful life events, social support, health behaviors and mental distress. **Journal Clinic Epidemiology**. 43 (5) : 441 - 448.
- Mazzei, J. M. D. C. (1993). Gravidez: Reestruturação de uma Existência. **Insight Psicoterapia**, maio, 12-16.
- Molina, O. F. (1996). **Estresse no Cotidiano**. São Paulo: Ed. Pancast.
- Nikolaiev, A. P. (1957). **El Parto sin Dolor**. Buenos Aires:Cartago.
- Orlandi, O. V. (1995). O Recém-nascido a Termo. In Jorge Rezende (Eds). **Obstetrícia**. 7a Ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S/A (17) : 352- 355.

- Oyemade, U. J.; Cole, O. J.; Johnson, A. A.; Knight, E.M.; Westney, O. E.; Laryea, H.; Hill, G.; Cannon, E.; Formufod, A.; Westney, L. S. et al (1994). Prenatal substance abuse and pregnancy outcomes among African American women. **Journal Nutr.** 124 (6 suppl): 994-999.
- Paiva, L. M. & Silva, A. M. A. P. (1994). **Medicina Psicossomática.** 3a Ed. São Paulo: Artes Médicas: 194-203.
- Piato, S. & Tedesco, J. J. A. (1995). Pré-natal. In Oswaldo Luis Ramos & Hanna A. Rothschild (Eds). **Atualização Terapêutica: Manual Prático de Diagnóstico e Tratamento.** 17a Ed. São Paulo: Artes Médicas: 745-750.
- Pirhonen, J. P.; Vh - Eskeli, K. K.; Seppnen, A.; Vuorinen, J.; Erkkola, R. U. (1994). Does thermal stress decrease uterine blood flow in hypertensive pregnancies ? **Journal American Perinatal.** 11 (5): 313-316.
- Quayle, J. (1998). Psicologia Fetal. **Anais do I Congresso da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar.** São Paulo: SP p. 20.
- Ramos, J. L. A. ; Corradini, H. B. & Vaz, F. A. L. (1994). Classificação do Recém - nascido - Diagnóstico da Idade Gestacional e da Qualidade do Crescimento. In Eduardo Marcondes (Eds). **Pediatria Básica.** 8a Ed. São Paulo: Editora Savier: 317 - 328.
- Read, G. D. (1944). **Childbirth without fear.** Londres: Ed. Harper Brothers.
- Rezende, J. & Montenegro, C. A. B. (1987). **Obstetrícia Fundamental.** 5a Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S/A.
- Rezende, J. (1995). A gravidez. Conceito. Duração. In Jorge Rezende (Eds). **Obstetrícia.** 7a Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S/A. (6) : 108 - 115.

- Rezende, J. & Orlandi, O. V. (1995). O feto. In Jorge Rezende (Eds). **Obstetrícia**. 7a Ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S/A (3): 57 - 63.
- Rezende, J. & Rezende - Filho, J. de (1995). O Parto. Conceitos, Generalidades, Introdução ao seu Estudo. In Jorge Rezende (Eds). **Obstetrícia**. 7a Ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S/A (12): 279-287.
- Rosenman, R. H. (1996). Como identificar e mudar o padrão Tipo A de comportamento. In **Workshop 2, Anais do I Simpósio sobre stress e suas Implicações: um encontro internacional**. Campinas, SP: PUC Campinas: 62-63.
- Schwartz, G. (1977). Psychosomatic disorders and biofeedback In J. Maser & M. Seligman (Eds). **Psychopathology**. San Francisco: Freeman.
- Selye, H. (1965). **Stress - A tensão da vida**. Trad. de Frederico Branco. 2a Ed. São Paulo: Ibrasa.
- Selye, H. (1974). **Stress without distress**. Philadelphia: Lippincott.
- Setubal, M. S. V. & Sarmiento, R. C. (1998). Grupo de "Casais Grávidos": com ênfase nas perspectivas masculinas frente a paternidade. **Anais do I Congresso Brasileiro da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, SP: 70.
- Shaevitz, M. H. (1986). **Síndrome da Supermulher**. Trad. de Ruy Jungmann. 2a Ed. Rio de Janeiro: Ed Record.
- Soares, D.S.M. (1990). **Stress do Executivo Brasileiro: Diferenças e Similares entre Homens e Mulheres**. Dissertação de Mestrado. Campinas: PUC Campinas.
- Spielberger, C. (1979). **Understanding stress and anxiety**. New York: Harper e Row Publishers.

- Sternbach, R. (1966). **Principles of Psychophysiology**. New York: Academic Press.
- Torrezan, E. A. (1994). **Stress e Gravidez: Fontes, Sintomas e Estratégias**. Dissertação de Mestrado. Campinas: PUC Campinas.
- Torrezan, E. A. (1997). Relaxamento para gestantes. In Marilda E. N. Lipp (Eds). **Relaxamento para Todos: controle seu stress**. Campinas: Editora Papirus: 65 - 67.
- Vaz, F. A. C.; Rodrigues, S. H. P. & Ramos, J. L. A. (1994). O Recém-nascido: Cuidados ao Recém-nascido normal e de baixo peso - diagnóstico das condições do Recém-nascido. In Eduardo Marcondes(Eds). **Pediatria Básica**. 8a Ed. São Paulo: Editora Savier: 3098 - 314.
- Wadhwa, P. D. et al (1997). The association between prenatal stress and infant birthweight and gestational age at birth: a prospective investigation. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, 4 (169) : 858-865.
- Webster, M. (1950). **New World Dictionary of the American Language**. New York e Clevelanda: The world Publishing Company.
- Wilheim, J. (1997). **O que é Psicologia Pré-Natal**. 2a Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda.
- Witkin-Lanoil, G. A. (1985). **A Síndrome do stress feminino**. Rio de Janeiro: Ed. Imago.
- Wolpe, J. (1976). **Prática da terapia Comportamental**. São Paulo: Ed. Brasiliense.

ANEXOS

ANEXO A

Ao Comitê de Análise de Projetos de Pesquisa
Hospital e Maternidade Celso Pierro - PUC- Campinas

Estou encaminhando o protocolo de meu Projeto de Pesquisa para a análise. O Projeto de Pesquisa faz parte de meu curso de Doutorado em Psicologia da PUCCAMP e, que está sob orientação da Dra Marilda E. Novaes Lipp. A continuidade da pesquisa depende da coleta de dados com gestantes e, para isto, solicito a colaboração deste Hospital. Este Projeto de Pesquisa - "Efeitos do Controle de Stress no Resultado da Gravidez" foi aprovado no Exame de Qualificação em 27 de junho de 1997.

Desde já agradeço a atenção,

Eliana Aparecida Torrezan

EFEITOS DO CONTROLE DE STRESS NO RESULTADO DA GRAVIDEZ

A população em geral sofre as consequências da tensão do dia-a-dia e, em específico as gestantes que além do stress comum a todos, sofrem também preocupações, ansiedades, temores derivados da própria gestação. O indivíduo que não sabe lidar com essas tensões, eleva seu nível de stress propiciando o aparecimento de diversas doenças.

Os recentes estudos têm mostrado que o stress excessivo promove o aparecimento de vários sintomas e até patologias. Algumas classes da população já foram estudadas, como crianças, profissionais liberais, pacientes hipertensos, obesos e também gestantes.

Durante a gestação, mudanças físicas e psicológicas ocorrem, e em termos de saúde emocional a mulher pode emergir mais fortalecida e estruturada emocionalmente. A família também participa do desenvolvimento gestacional compartilhando emoções, ansiedades, medos e preocupações. Contudo, muitas vezes a ansiedade excessiva, a irritabilidade, a hipersensibilidade emotiva entre outros sinais do stress da gestante podem ser transmitidos ao feto. Deste modo, ajudar a mulher grávida a gerenciar seu stress parece uma estratégia benéfica para a saúde da mãe e filho.

A Dissertação de Mestrado (PUC Campinas) que realizei com mulheres grávidas multíparas levantou informações sobre o nível de stress e seus sintomas, as fontes estressoras e estratégias usadas para lidar com ele. Os resultados mostraram alta prevalência do stress na amostra e sugeriu que

programas de profilaxia e tratamento do stress fossem utilizados com essas mulheres.

O presente estudo destina-se a investigar o efeito de um controle de stress no resultado da gravidez. Especificamente, objetiva averiguar a) se há relação entre ter recebido ou não o treino de controle do stress e a nota de Apgar, a idade gestacional, o peso, o perímetro cefálico e o comprometimento do recém-nascido no momento do nascimento; b) se há relação entre ter recebido ou não treino de controle de stress com o nível de stress e os sentimentos demonstrados pela mãe logo após o parto.

MÉTODO

Participantes: A amostra será composta de trinta gestantes, que concordarem em participar voluntariamente do estudo, e que se enquadrarem nos critérios estabelecidos para o mesmo. As participantes serão divididas em 3 grupos. O grupo I será composto de 10 gestantes que receberão um treino terapêutico especializado no controle de stress; o grupo II será composto de 10 gestantes que participarão de um programa de palestras e, o grupo III será composto de 10 gestantes que realizarão as entrevistas individuais e no pós-parto, mas não receberão nenhum tratamento de controle do stress ou participarão do programa de palestras. A bateria de testes inicial e a entrevista no pós-parto serão aplicados individualmente com os três grupos.

A opção por três grupos tem como finalidade testar a eficácia de um tratamento de stress aplicado às gestantes quanto as condições de nascimento da criança; nível de stress e sentimentos da mãe após o parto. Um grupo

receberá intervenção psicológica e os outros dois funcionarão como controle, portanto não receberão o treino de controle do stress.

Os critérios utilizados no estudo para a seleção dos sujeitos serão os seguintes: a) estar no período gestacional da 16a a 28a semana da gestação; b) ser múltipara; c) estar na faixa etária de 18 a 35 anos; d) ser casada e/ou viver com companheiro; e) ter desenvolvimento gestacional não patológico e f) não estar ingerindo medicação, a não ser vitaminas.

Material

A bateria de testes para a entrevista inicial com as gestantes será composta de: 1) Formulário de dados de identificação; 2) Inventário Tipo A de comportamento (LIPP, 1989b); 3) Crenças Irracionais (ELLIS, 1973); 4) Inventário de Sintomas de Stress (LIPP e GUEVARA, 1994); 5) Inventário de Fontes de Stress Gestacional (TORREZAN, 1994); 6) Inventário de Estratégias de Enfrentamento do Stress (TORREZAN, 1994); 7) Formulário Situacional (TORREZAN, 1997).

Na entrevista pós-parto será aplicado o Inventário de sintomas de Stress e o Formulário Situacional (TORREZAN, 1997).

O Manual de Controle de Stress elaborado a partir dos pilares de controle de stress de LIPP (1984) e seu plano de tratamento do stress (1989b) e dos resultados da Dissertação de Mestrado de TORREZAN (1994).

A intervenção psicológica será realizada em 7 sessões, sendo uma por semana, com duração de aproximadamente 90 minutos, em sala que acomode o número de pessoas no próprio hospital. As sessões abordarão aspectos psicológicos da gravidez; informações sobre stress e sua sintomatologia, as fontes estressoras; o exercício de relaxamento muscular para gestante, o

exercício de respiração profunda para aliviar a ansiedade. O controle de stress será ministrado pela pesquisadora e, que contará com uma colaboradora, também psicóloga.

O Programa de Palestras constará de assuntos tais como desenvolvimento motor da criança, saúde bucal, alimentação da criança, assistência social ao paciente, aspectos em fonaudiologia e assistência da enfermagem ao paciente. As palestras serão gratuitas e realizadas em sala que acomode as participantes no próprio hospital. Os encontros serão 7, sendo um por semana, de modo que 6 encontros para as palestras e 1 para a confraternização (sem qualquer ônus financeiro para as gestantes), com aproximadamente 90 minutos.

Procedimento

O estudo somente terá início após o consentimento da comissão encarregada da análise de projetos de pesquisa do HMCP- PUC - Campinas. A pesquisadora fará contato com as secretárias nos locais de atendimento médico (ambulatório) e, em conjunto com as mesmas selecionará as gestantes de acordo com os prontuários médicos. A seleção das gestantes seguirá os critérios descritos anteriormente. As gestantes selecionadas serão contatadas no dia que realizarem atendimento pré-natal .

A pesquisadora informará as gestantes que a pesquisa faz parte do curso de Doutorado em Psicologia da PUC Campinas, que o objetivo é obter informações sobre o período pré-natal e o nascimento do bebê e, que para isto serão necessários alguns encontros. Adicionalmente, será realizada uma entrevista no pós-parto. A pesquisadora informará que o sigilo será mantido quanto a identificação, ou seja, os nomes das participantes não serão

divulgados e sim os dados coletados e, perguntará se as gestantes concordam em participar. As gestantes que concordarem em participar voluntariamente do estudo assinarão um termo de consentimento (segue anexo) e, em seguida serão designadas para os grupos.

A entrevista pós-parto será realizada no próprio leito hospitalar e com duração de aproximadamente 50 minutos.

A nota de Apgar, dados do exame Capurro, peso, comprimento e o perímetro cefálico do recém-nascido serão obtidos através do prontuário médico da gestante. Desta maneira, completando a coleta dos dados.

Riscos envolvidos quanto a integridade do ser humano - Não há riscos para as gestantes que se tenha sido previsto neste estudo.

Benefícios para as gestantes

- As gestantes que realizarem o controle do stress - receberão um treino especializado sobre como lidar com o stress. Além de ajudá-las a gerenciar suas tensões que possam ser advindas da gestação ou mesmo do dia-a-dia.

- As gestantes que realizarem o programa de palestras e as que realizarem as entrevistas iniciais e no pós-parto - estarão sendo estimuladas a nível intelectual com novas informações e, também no a nível social com contatos interpessoais.

Benefícios para o Hospital

- Se houver desejo por parte da equipe do Hospital, a pesquisadora poderá colaborar no contato interpessoal da equipe do Hospital com as gestantes e, também amenizar os conflitos destas mulheres grávidas.

ANEXO B



Sociedade Campineira de Educação e Instrução
Hospital e Maternidade Celso Pierro

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA DO H.M.C.P.

Campinas, 23 de setembro de 1.997
Ofício CEM/HMCP

À
Eliana Aparecida Torrezan
A/C Prof. Diana Tosello Laloni
Serviço de Psicologia do HMCP

REF.: PROJETO DE PESQUISA

Em relação ao Projeto de Pesquisa : *EFEITOS DO CONTROLE DE STRESS NO RESULTADO DA GRAVIDEZ*, esta Comissão não vê nenhum inconveniente para tal procedimento, dando **dê acordo** para realização do Projeto em questão.

Atenciosamente,

Comissão de Ética Médica do HMCP
Presid. : Dra. Miriam Prado Galluppo

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO

A pesquisa sobre stress na gestação e no parto, objetiva obter informações sobre o desenvolvimento gestacional e, o resultado do parto nas condições de nascimento do recém-nascido e estado emocional da mãe.

A pesquisa irá trabalhar com as gestantes antes do parto e nos primeiros dias pós-parto. O sigilo quanto a identificação da gestante será mantido, mas os dados coletados serão divulgados em tese de Doutorado da PUCCAMP. A pesquisa não se utilizará de nenhum procedimento que envolva riscos para a gestante e seu bebê. Os procedimentos serão entrevistas e reuniões com as gestantes.

Esta pesquisa faz parte do Curso de Doutorado em Psicologia da PUC- Campinas, da aluna Eliana Aparecida Torrezan sob orientação da Dra Marilda E. N. Lipp.

Eu _____,

concordo com as afirmações do termo de consentimento e, em participar voluntariamente da pesquisa.

Data: _____

ANEXO D
FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

Data ____ / ____ / ____

No da Entrevista _____

Iniciais.....(_____)

Idade.....(_____)

Semanas de Gestação.....(_____)

Ingere algum tipo de medicação?

sim () qual? (_____) não ()

Ingere bebida alcoólica? sim () não ()

Faz uso de algum tipo de droga ilícita sim () não ()

Fuma cigarros ? sim () não ()

Possui algum tipo de doença?

sim () qual? (_____) não ()

Teve aborto anterior ? sim () quantos? (____) não ()

Desenvolvimento do bebê: normal ()

complicações () quais? (_____)

Escolaridade.....(_____)

Estado Civil.....(_____)

Número de filhos.....(_____)

Renda familiar.....(_____)

Profissão.....(_____)

ANEXO E

* INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS (ISS)

Quadro 1

a) Marque com um F1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas

- 1. mãos (pés) frios
- 2. boca seca
- 3. nó no estômago
- 4. aumento da sudorese
- 5. Tensão muscular
- 6. Aperto da mandíbula/ranger de dentes
- 7. Diarréia passageira
- 8. Insônia
- 9. Taquicardia
- 10. Hiperventilação
- 11. Hipertensão arterial súbita e passageira
- 12. Mudança de apetite

Some 1 ponto para cada F1 que assinalou.....F1 ()

b) Marque com um P1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas

- 13. Aumento súbito
- 14. Entusiasmo súbito
- 15. Vontade de iniciar novos projetos

Some 1 ponto para cada P1 que assinalou.....P1 ()

Quadro 2

a) Marque com um F2 os sintomas que tem experimentado na última semana

- 1. Problemas com a memória
- 2. Mal estar generalizado, sem causa específica
- 3. Formigamento das extremidades
- 4. Sensação de desgaste físico constante
- 5. Mudança de apetite
- 6. Aparecimento de problemas dermatológicos
- 7. Hipertensão arterial
- 8. Cansaço constante
- 9. Aparecimento de úlcera
- 10. Tontura/sensação de estar flutuando

Some 1 ponto para cada F2 que assinalou.....F2 ()

b) Marque com um P2 os sintomas que tem experimentado na última semana

-)11. Sensibilidade emotiva excessiva
-)12. Dúvida quanto a si próprio
-)13. Pensar constantemente em um só assunto
-)14. Irritabilidade excessiva
-)15. Diminuição da libido

Some 1 ponto para cada P2 que assinalou.....P2 ()

Quadro 3

a) Marque com um F3 os sintomas que tem experimentado na última semana

-) 1. Diarréia frequente
-) 2. Dificuldades sexuais
-) 3. Insônia
-) 4. Náuseas
-) 5. Tiques
-) 6. Hipertensão arterial continuada
-) 7. Problemas dermatológicos prolongados
-) 8. Mudança extrema de apetite
-) 9. Excesso de gases
-)10. Tontura frequente
-)11. Úlcera
-)12. Enfarte

Some um ponto para cada F3 que assinalou.....F3 ()

b) Marque com um P3 os sintomas que tem experimentado na última semana

-)13. Impossibilidade de trabalhar
-)14. Pesadelos
-)15. Sensação de incompetência em todas as áreas
-)16. Vontade de fugir de tudo
-)17. Apatia, depressão ou raiva prolongada
-)18. Cansaço excessivo
-)19. Pensar/falar constantemente em um só assunto
-)20. Irritabilidade sem causa aparente
-)21. Angústia/ansiedade diária
-)22. Hipersensibilidade emotiva
-)23. Perda do senso de humor

Some um ponto para cada P3 que assinalou.....P3 ()

ANEXO F

* PADRÃO DE COMPORTAMENTO TIPO A

Assinale verdadeiro ou falso nas respostas que pareçam descrevê-las.

	Verdadeiro	Falso
1) Dou ênfase a palavras-chave quando falo ("sim-sim", evidentemente", etc.).....()	()	()
2) Sinto um vago desconforto ou remorso quando não estou fazendo nada.....()	()	()
3) Fico tranquila se tiver que esperar por alguém atrasado.....()	()	()
4) Faço duas ou mais coisas ao mesmo tempo (Ex. ler e ver TV; falar ao telefone e ler; ouvir alguém e escrever sobre outro assunto).....()	()	()
5) Quando vou a um escritório estranho, ao sair lembro os detalhes da decoração.....()	()	()
6) Sou muito rápido(a) no meu pensamento e ações.....()	()	()
7) Irrito-me com as pessoas que incluem muitos detalhes em sua fala.....()	()	()
8) Quando estou pensando em um projeto, excluo todos os outros da minha mente.....()	()	()
9) Aproveito cada momento do meu dia para fazer algo.....()	()	()
10)Tenho paciência com quem dirige devegar na minha frente.....()	()	()

*Instrumento elaborado por Marilda E. N. Lipp (1989b)

ANEXO G

* INVENTÁRIO DE CRENÇAS IRRACIONAIS

Você vai ler abaixo doze frases. Coloque na coluna ao lado, o que expresse mais de perto a sua própria opinião, isto em cada frase.

	concordo	discordo	não sei
1)É extremamente necessário para um ser humano ser aprovado portodos, em tudo o que faz()	()	()	()
2)Certos atos são terríveis e pecaminosos, e, por isso devem ser severamente punidos.....()	()	()	()
3) É horrível quando as coisas não são exatamente do jeito que gostaríamos que fossem.....()	()	()	()
4)As desgraças do ser humano são causadas por pessoas e/ou eventos externos.....()	()	()	()
5)Se alguma coisa pode ser perigosa ou amedrontadora, deve-se ficar extremamente perturbado por isso.....()	()	()	()
6)É mais fácil evitar do que enfrentar as dificuldades da vida e as próprias responsabilidades.....()	()	()	()
7)As pessoas sempre precisam de alguém mais forte do que elas próprias para se apoiar.....()	()	()	()
8)Deve-se ser absolutamente competente, inteligente e merecedor de todo respeito.....()	()	()	()
9)Porque algo afetou fortemente a vida de alguém um dia, vai continuar a afetá-lo indefinidamente.....()	()	()	()
10)Deve-se ter um controle absoluto e perfeito sobre as coisas.....()	()	()	()
11)A felicidade humana pode ser adquirida através da inércia e inação.....()	()	()	()
12)Não se tem praticamente, nenhum controle sobre as próprias emoções. Não se pode controlar as emoções que certos eventos nos causam.....()	()	()	()

*crenças irracionais de Albert Ellis (1973)

ANEXO H

INVENTÁRIO DE FONTES GESTACIONAIS

Leia os itens abaixo e indique se estes ocorreram em sua vida, desde que soube estar grávida. Se a resposta for “sim”, indique também se a situação descrita lhe causou ou causa tensão.

	ocorreu?		tensão
	sim	não	
1.Executar a limpeza da casa.....	()	()	()
2.Preparar as refeições.....	()	()	()
3.Ter dificuldade no relacionamento com o parceiro.....	()	()	()
4.Ter dificuldade no relacionamento com os familiares.....	()	()	()
5.Ter dificuldade com a aceitação desta gravidez.....	()	()	()
6.Verificar a presença de sintomas como: enjôo, tontura, dores no corpo, taquicardia, vômito, pressão arterial alterada e outros.....	()	()	()
7.Verificar a presença de sintomas como: insônia, medo, ansiedade, irritabilidade, fadiga, depressão, alienação e outros.....	()	()	()
8.Ter risco de aborto.....	()	()	()
9.Preocupar-se com as dores do parto.....	()	()	()
10.Preocupar-se com a anestesia.....	()	()	()
11.Preocupar-se com a cirurgia-cesária.....	()	()	()
12.Preocupar-se quanto aos cuidados do bebê (saúde, alimentação, higiene).....	()	()	()
13.Preocupar-se com o nascimento de um bebê saudável.....	()	()	()
14.Ter sobrecarga de trabalho.....	()	()	()
15.Ter dificuldade no trabalho.....	()	()	()
16.Preocupar-se com a estética corporal.....	()	()	()
17.Preocupar-se com a situação financeira.....	()	()	()
18.Ter que reduzir suas atividades.....	()	()	()
19.Observar alterações no comportamento sexual do marido/companheiro.....	()	()	()

*instrumento elaborado por E. A. Torrezan (1994)

ANEXO I

*INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DO STRESS

Assinale sim ou não nas afirmações abaixo:	sim	não
1) Minha família me dá apoio.....()	()	()
2) Exerço habitualmente um passatempo como fazer crochê, ouvir música, passear, andar, pintura, costura e outros.....()	()	()
3) Participo de algum grupo social ou de atividade fora da minha família, que se reúne, pelo menos uma vez por mês.....()	()	()
4) Pratico alguma forma de relaxamento profundo (ioga, meditação e outros).....()	()	()
5) Divido sensações, emoções, ansiedades com meu marido/companheiro.....()	()	()
6) Realizo pré-natal.....()	()	()
7) Faço três refeições saudáveis e balanceadas diariamente.....()	()	()
8) Faço coisa da qual realmente gosto e, que é só para o meu próprio benefício, pelo menos uma vez por semana.....()	()	()
9) Em minha casa tenho um lugar onde posso me recolher para relaxar ou ficar sozinha.....()	()	()
10) Costumo planejar meu tempo para realizar minhas tarefas diárias.....()	()	()
11) Costumo conversar com amigos ou familiares quando estou preocupada.....()	()	()
12) Realizo exercícios preparatórios para o parto.....()	()	()
13) Quando estou preocupada, tento pensar em algo positivo.....()	()	()
14) Quando estou preocupada, “converso” com o bebê.....()	()	()

* Instrumento elaborado por Eliana A. Torrezan (1994)

ANEXO J

* FORMULÁRIO SITUACIONAL

Data: ___/___/___

No do Sujeito _____

Iniciais _____

1) Dados do recém-nascido:

nota de Apgar _____

Exame de Capurro _____

peso _____

comprimento _____

perímetro cefálico _____

2) Quem a acompanhou a maternidade?

3) Fale sobre o que sentiu (sintomas físicos e psicológicos):

a) no início das contrações uterinas

b) no momento em que as contrações uterinas aumentaram

(diminuição do intervalo entre as contrações uterinas)

c) quando estava a caminho do centro cirúrgico

4) Tipo de parto a termo () prematuro () cesaria () fórceps ()

5) Tipo de anestesia geral () raqui () peridural () local ()

6) No momento do parto houve intercorrência?

não () sim () qual? _____

7) Idade gestacional _____

8) O que sentiu logo após o parto?

9) Quando olhou pela primeira vez para o bebê, que sentimentos teve?

10) Quais foram os primeiros comportamentos observados no bebê?

11) Amamentou o bebê? sim () o que sentiu? _____

não () o que sentiu? _____

12) Quanto tempo levou até que o bebê fosse amamentado pela primeira vez? _____

Qualidade da Sucção () forte () fraca

ANEXO K

RESPOSTAS EMITIDAS PELAS PARTURIENTES NO PÓS-PARTO, ATRAVÉS DO FORMULÁRIO SITUACIONAL

O número que antecede a resposta, se refere a cada parturiente, isto por Grupo

PERGUNTA 3) Fale sobre o que sentiu (sintomas físicos e psicológicos):

a) no início das contrações uterinas

GPT

- 1- "Comecei a ter dores em casa e achei melhor ir para o hospital. Fiquei um pouco nervosa"
- 2- "Rompeu a bolsa, estava sem dor e tranquila"
- 3- "Em casa notei um sangramento, comecei a ter dor quando cheguei no hospital, então fiquei um pouco nervosa"
- 4- "As 4 horas da manhã comecei a sentir contrações, fiquei calma (RN nasceu as 10:40h)"
- 5- "Comecei a ter dor fraquinha, mas fiquei preocupada, tensa"
- 6- "Comecei a sentir dor em casa e vim para o hospital. Fiquei um pouco nervosa"
- 7- "Comecei a ter contração em casa mais ou menos as 5:30h. Estava tranquila"
- 8- "Fiquei calma"
- 9- "Tive dores fraquinhas e um pouco de tensão"

GP

- 1- "Comecei com contrações fraquinhas, sabia que estava chegando a hora. Fiquei nervosa"
- 2- "Vim para o pré-natal e já fiquei internada, estava perdendo líquido. Fiquei um dia induzindo o parto. Tinha contração mas não dilatação, mas estava bem"
- 3- "Tive contrações fraquinhas por 20 dias. Fiquei calma"
- 4- "Comecei a sentir contração de manhã. Fiquei nervosa"
- 5- "Na tarde de quarta-feira comecei a sentir dor fraquinha, mas não estava nervosa"
- 6- "Fiz exame e a criança estava sentada, fiquei preocupada"

GCS

- 1- "No sábado comecei a sentir contração fraquinha, mas não fiquei nervosa"
- 2- "Tive um pouquinho de contrações e dores. Fiquei um pouco preocupada"
- 3- "Na noite de sábado, em casa comecei a ter dor. Chorei, fiquei emotiva feliz e calma, pois estava perto do nascimento"
- 4- "Senti dor e alegria, porque a criança ia nascer"
- 5- "A bolsa rompeu mais ou menos as 2:30h da madrugada em casa e, as 7:00h vim para o hospital. Comecei a sentir contrações, dores na barriga e nas costas e, ao mesmo tempo me sentia feliz"
- 6- "Comecei a ter contrações de manhã, senti uma dorzinha, doía as costas, mas fiquei calma"
- 7- "Na sexta-feira de manhã senti um pouco de dor nas costas, fiquei contente"
- 8- "Senti um pouco de medo"
- 9- "Fiquei ansiosa e nervosa"
- 10- "Comecei a ter contrações as 5h da manhã. Fiquei calma"

b) no momento em que as contrações uterinas aumentaram**GPT**

- 1- "As contrações não aumentaram e o bebê estava sentado. Fiquei com medo"
- 2- "Fiquei calma"
- 3- "Desesperei ! porque com a minha primeira filha tinha sido diferente, as dores eram diferentes"
- 4- "Fiquei um pouco nervosa"
- 5- "Estava com o soro e com muitas dores, já sabia que estava perto da hora do parto, fiquei tensa"
- 6- "Fiquei muito nervosa"
- 7- "Às vezes ficava contente e às vezes ansiosa, devido as dores"
- 8- "Aumentou um pouco o nervoso"
- 9- "Fiquei preocupada se o bebê estava bem, se ia nascer bem"

GP

- 1- "Fiquei abalada demais, chorei. Estava preocupada com a cesaria"
- 2- "Tive dores horríveis, fiquei nervosa, com medo de passar mal"
- 3- "Estourou a bolsa em casa e as dores aumentaram. Fiquei calma"
- 4- "As contrações aumentaram na hora do almoço e fiquei um pouco nervosa"
- 5- "As contrações aumentaram em casa, de 10 em 10 minutos, não via a hora do bebê nascer e fiquei um pouco preocupada"
- 6- "As dores aumentaram muito as 2 h e fiquei preocupada"

GCS

- 1- "No domingo de manhã (7h) estava com o soro e as contrações aumentaram, a dor ficou insuportável, então fiquei um pouco tensa"
- 2- "Fui levada para o Centro Cirúrgico e fiz cesaria, não cheguei a ter dores fortes, mas não fiquei nervosa"
- 3- "Consegui manter a calma, porquê fiz o tratamento, controlei bem a ansiedade, estava com 9 cm de dilatação"
- 4- "Senti muita dor e um pouco de tensão"
- 5- "As dores aumentaram pensei que ia passar logo, mas me senti feliz"
- 6- "A tarde as contrações eram de 10 em 10 minutos. A partir das 5h aumentou muito, queria que o bebê nascesse logo. Estava normal, nem preocupada e nem feliz, e sim tranquila"
- 7- "Tomei medicação para diminuir a dor, mas depois os médicos retiraram a medicação e a dor aumentou novamente. Fiquei um pouco nervosa"
- 8- "Estava morrendo de dor, queria que nascesse logo, estava nervosa"
- 9- "Senti nervoso"
- 10- "Os médicos estouraram a bolsa, e se tentou parto normal, mas não tinha dilatação, então fui para a cesaria. Fiquei um pouco ansiosa, mas sob controle"

c) quando estava a caminho do Centro Cirúrgico**GPT**

- 1- "Eu estava com medo, chorei, porque queria parto normal"
- 2- "Fiquei um pouco ansiosa"
- 3- "Eu estava nervosa e queria que nascesse logo"
- 4- "Fiquei muito nervosa, vi um "monte" de médico e muitos aparelhos"
- 5- "Eu queria que nascesse logo, estava ansiosa"
- 6- "Fiquei bem nervosa, chorei. Estava com muita dor e preocupada"
- 7- "Senti alegria e alívio porque estava chegando a hora de nascer"
- 8- "Estava feliz, pois meu filho ia nascer"
- 9- "Ah! fiquei muito nervosa"

GP

- 1- "Estava com muita dor e chorando. Fiquei com medo de acontecer algo ruim comigo e com o bebê"
- 2- "Fiquei calma, tinha que dar certo, o outro filho tinha sido cesaria"
- 3- "calma"
- 4- "Estava bastante ansiosa"
- 5- "Fui para o C. C. às 22h e estava bastante nervosa, com muita dor"
- 6- "A criança estava sentada, fiquei preocupada"

GCS

- 1- "Fiquei feliz, porque ia nascer. Estava com muita dor, a cabeça do nenê era grande e não tinha força para expeli - lo. Tive a ajuda do fórcep's"
- 2- "Estava com um pouco de medo de mim e minha filha, mas não estava nervosa"
- 3- "Logo que cheguei no hospital fui para o Centro Cirúrgico, não tive tempo de sentir nada"
- 4- "Fiquei feliz porque a criança ia nascer"
- 5- "Estava com dor na barriga. Triste devido a dor, preocupada com o bebê se ia nascer bem"
- 6- "Fiquei com medo da anestesia e da criança nascer com defeito"
- 7- "Fiquei contente, já estava calma. Queria que fizessem a cesaria logo"
- 8- "Estava nervosa, a criança começou a nascer no quarto, mas deu tempo de levar para o Centro Cirúrgico"
- 9- "Fiquei feliz porque estava chegando a hora do nenê nascer"
- 10) " Fui andando para o Centro Cirúrgico e tentando mudar o pensamento de preocupação, olhando ao redor, vendo o que estava acontecendo. Eu pensei no parto do meu segundo filho que foi fácil e deu certo"

PERGUNTA - 8) O que sentiu logo após o parto?**GPT**

- 1- "Senti muita felicidade. Logo que o bebê nasceu eles (médicos) me mostraram a criança, chorei, não acreditava que era menina, fiquei muito feliz"
- 2- "Fiquei muito feliz"
- 3- "Senti muita alegria e aliviada da dor. Este parto doeu mais que a primeira filha"
- 4- "Foi tão gostoso, fiquei super contente, chorei"
- 5- "Fiquei muito feliz e contente"
- 6- "Fiquei feliz da vida. Vi que a criança era perfeita"
- 7- "Senti muita felicidade e fiquei contente, pois estava tudo bem"
- 8- "Senti muita alegria"
- 9- "Fiquei contente, pois correu tudo bem e o bebê estava bem"

GP

- 1- "Fiquei emocionada e feliz"
- 2- "Fiquei feliz e mais contente ainda porque era menina"
- 3- "Senti uma paz, uma grande alegria"
- 4- "Senti muito frio, estava tranquila, pois o nenê nasceu bem"
- 5- "Me senti aliviada e feliz"
- 6- "Chorei de alegria ao ver o nenê"

GCS

- 1- "Vi que a criança era normal, perfeita, então fiquei contente"
- 2- "Estava ansiosa para ficar perto dela (filha), não via a hora de chegar perto dela"
- 3- "Chorei e fiquei contente, olhei para o rostinho dela"
- 4- "Alegria em ver o nenê bem. Senti cansaço"
- 5- "Fiquei feliz porquê o nenê e eu estávamos bem. Estava fraca e com muito dor"
- 6- "Logo que a criança nasceu eles (médicos) me mostraram, não fiquei muito emocionada, já estava acostumada a ter filho, mas fiquei contente"
- 7- "Chorei de alegria, fiquei impressionada, porquê tenho um menino"
- 8- "Fiquei mais calma"
- 9- "Fiquei contente"
- 10- "Senti um alívio e vontade de chorar de emoção, porque correu tudo bem"

PERGUNTA - 9) Quando olhou pela primeira vez para o bebê, que sentimentos teve?

GPT

- 1- (No C.C.) "vi o rostinho, as mãozinhas estavam mexendo. Queria pegá-la para abraçá-la. Fiquei muito contente e alegre"
- 2- "Gostei muito. Fiquei feliz por ver o rostinho"
- 3- "Olhei o corpo do bebê. Fiquei muito feliz por estar tudo bem"
- 4- "Senti-me mais animada, pois estava tudo bem"
- 5- "Fiquei muito feliz, não via a hora que ela nascesse"
- 6- "Fiquei feliz"
- 7- "Senti uma alegria enorme, pois tive que esperar nove meses"
- 8- "Fiquei contente, pois o bebê estava bem"
- 9- "A gente fica contente"

GP

- 1- "Fiquei super contente. Senti uma emoção muito forte"
- 2- "Senti felicidade por ela ser perfeita"
- 3- "Não estava acreditando que era menina. Eu queria muita uma menina. Fiquei muito feliz"
- 4- "Senti uma emoção muito grande, fiquei feliz"
- 5- "Fiquei muito feliz ao ver a carinha do nenê"
- 6- "Agradei a Deus. Estava com medo da criança nascer com algum problema"

GCS

- 1- "Senti felicidade, porque a criança não tinha problemas, e também por já ter nascido"
- 2- "Logo que ela saiu da minha barriga, eles (médicos) a mostraram e, eu chorava de muita alegria e emoção"
- 3- "Chorei, fiquei contente, super feliz por ter conseguido me controlar (tensão) o tempo todo"
- 4- "Fiquei feliz, contente e alegre porque a criança era normal"
- 5- "Logo que o bebê nasceu, ele foi colocado no meu peito. Perguntei se ele era perfeito e a médica falou que sim, fiquei tranquila" Senti muita alegria, pois a dor acabou e o nenê era perfeito"
- 6- "Fiquei contente, ele era perfeito e com saúde"
- 7- "Fiquei super contente e muito feliz, quando me mostraram o bebê"
- 8- "Senti uma emoção muito grande, e estava muito feliz"
- 9- "Fiquei contente e feliz"
- 10- "Chorei de felicidade. Achei que ela era gordinha"

PERGUNTA - 10) Quais foram os primeiros comportamentos observados no bebê?**GPT**

- 1- "O bebê estava chorando, fazendo caretinhas e mexeu as mãos"
- 2- "O mexer das mãos e pernas"
- 3- "Ele estava chorando, mexendo as mãozinhas e os olhinhos"
- 4- "O nenê chorou, tentou piscar e mexeu a boquinha"
- 5- "Ela chorou e abriu os olhos"
- 6- "As mãozinhas se mexendo"
- 7- "As mãozinhas se movimentando"
- 8- "As mãozinhas se mexendo"
- 9- "Ele estava chorando. O primeiro movimento que vi foi as perninhas se mexendo"

GP

- 1- "Ele mexeu as perninhas"
- 2- "Ela fez biquinho para chorar"
- 3- "A boca estava aberta e se mexendo"
- 4- "Os olhinhos estavam regalados e olhando para mim"
- 5- "Os olhos estavam abertos e as mãos se mexendo"
- 6- "Vi chorar, mexer as mãos e os pés"

GCS

- 1- "Ele tentou abrir os olhos, mexeu as mãos e tentou tirar o lençol que o cobria, mexeu também as pernas"
- 2- "Foi o rostinho dela, a beijei, chorei e falei que a amava. As mãozinhas estavam se mexendo"
- 3- "Ela estava fazendo biquinho para chorar"
- 4- "Vi mexer as mãos. Ele estava me olhando"
- 5- "Vi mexer as perninhas e as mãozinhas"
- 6- "Ele estava chorando, mexendo as mãos e os pés"
- 7- "Parece que ela já sabia sugar, ela colocou a mão no meu seio, como se soubesse mamar"
- 8- "Olhei o rostinho e os olhos se moveram"
- 9- "Vi as mãozinhas se mexerem"
- 10- "O abrir dos olhos"

**PERGUNTA - 11) Amamentou o bebê? sim () o que sentiu?
não () o que sentiu?**

GPT

- 1- "sim - Senti que era diferente do primeiro filho. O primeiro filho era preguiçoso. Chorei, fiquei emocionada" (RN mamou pela primeira vez as 21h)
- 2- "sim - Fiquei tranquila e feliz" (RN mamou pela primeira vez as 20h)
- 3- "sim - Fiquei feliz por ver ela se alimentar" (RN mamou pela primeira vez as 14:45h)
- 4- "não - amamentação via sonda"
- 5- "sim - achei gostoso" (RN mamou pela primeira vez as 17h)
- 6- "sim - fiquei muito feliz" (a parturiente não soube dizer o horário da primeira mamada)
- 7- "sim - fiquei feliz, gosto de dar de mamar" (RN mamou pela primeira vez a 1h)
- 8- "sim - senti que estava tudo bem" (a parturiente não soube referir o horário da primeira mamada)
- 9- "sim - fiquei contente e feliz"(RN mamou pela primeira vez as 14h)

GP

- 1- “sim - senti muita felicidade, o que toda mãe sente” (RN mamou pela primeira vez as 14h)
- 2- “sim - fiquei feliz” (RN mamou pela primeira vez as 20h)
- 3- “sim - Fiquei muito feliz”(RN mamou pela primeira vez as 10h)
- 4- “sim - fiquei contente” (o RN mamou no seio 3 dias após o nascimento)
- 5- “sim - fiquei feliz, é gostoso” (RN mamou pela primeira vez as 6h)
- 6- “sim - Senti carinho, amor e alegria”(RN mamou pela primeira vez as 3h)

GCS

- 1- “não - fiquei preocupada, retirei um pouco de leite manualmente. Eu tinha pouco leite” (RN mamou pela primeira vez no seio 3 dias após o nascimento, as 11h)
- 2- “sim - é muito emocionante, me senti muito feliz”(RN mamou pela primeira vez as 2:20h)
- 3- “sim - quando amamentei meu primeiro filho não gostei da sensação, agora estou muito feliz e gostando de amamentar, porque tenho leite” (RN mamou pela primeira vez as 3:30h)
- 4- “sim - senti tranquilidade e felicidade” (parturiente não soube referir o horário da primeira mamada)
- 5- “sim - fiquei olhando para o bebê, e fiquei feliz mas estava com muita dor no útero e um pouco de sono” (RN mamou pela primeira vez as 3h)
- 6- “sim- fiquei contente por ele estar mamando bem” (RN mamou pela primeira vez as 4h)
- 7- “sim - doeu um pouco, ela suga forte, estou muito feliz” (RN mamou pela primeira vez as 4h)
- 8- “sim - foi muito gostoso, fiquei muito feliz”(RN mamou pela primeira vez a 1:30h)
- 9- “sim - senti felicidade”(a parturiente não soube referir o horário da primeira mamada) RN mamou pela primeira vez as
- 10- “sim - Gostei de poder ajudá-la a crescer”(RN mamou pela primeira vez as 17:50h)

PERGUNTA - 12) Quanto tempo levou até que o bebê fosse amamentado no seio pela primeira vez?

Qualidade da sucção () forte () fraca

GPT

- 1) 4 horas - "sucção inicialmente fraca depois ficou forte"
- 2) 7 horas - sucção "forte"
- 3) 7 horas - sucção "forte"
- 4) amamentação via sonda
- 5) 5 horas - sucção "forte"
- 6) ----- - sucção "forte"
- 7) 4 horas - sucção "forte"
- 8) ----- - sucção "forte"
- 9) 24 horas - sucção "fraca"

GP

- 1) 5 horas - sucção "forte"
- 2) 5 horas - sucção "forte"
- 3) 6 horas - sucção "forte"
- 4) 72 horas (3 dias) - sucção "forte"
- 5) 4 horas - "no começo sucção fraca , depois ficou forte"
- 6) 3 horas - sucção "forte"

GCS

- 1) 72 horas (3 dias) - sucção "forte"
- 2) 3 horas - sucção "forte"
- 3) 6 horas - sucção "forte"
- 4) ----- - sucção "forte"
- 5) 5 horas - sucção "forte"
- 6) 6 horas - sucção "forte"
- 7) 5 horas - sucção "forte"
- 8) 7 horas - sucção "forte"
- 9) ----- - sucção "forte"
- 10) 5 horas - sucção "forte"

ANEXO L
RESUMOS

ANEXO L1

* GESTAÇÃO

A gestação é uma etapa da vida da mulher especial, momento em que se está gerando um novo ser, e seu bem estar físico, emocional social devem estar em harmonia. As tensões do dia-a-dia, do trabalho, das preocupações domésticas, da expectativa sobre o estado de saúde do bebê, de como vai ser o parto podem causar stress. Contudo a utilização de estratégias para lidar com essas tensões podem ajudar a controlar o stress excessivo.

No decorrer da gravidez, o organismo sofre alterações físicas que geralmente são acompanhadas de mudanças no estado emocional. Isto depende de cada gestante, é um processo individual, como por exemplo, com o surgimento dos movimentos fetais, a mulher pode se sentir mais feliz, receptiva, pois sente que sua gravidez está se concretizando. Enquanto outras podem se sentir mais ansiosas, tensas, ao saber que sua gestação está se desenvolvendo bem. Além disso, alguns sintomas são comuns em gestantes sob stress excessivo como: irritabilidade, sensibilidade emotiva excessiva, sensação de desgaste físico constante, ansiedade, angústia, tensão, dificuldades sexuais entre outros.

Algumas incertezas, medos, expectativas com relação à gestação, parto e bebê podem elevar o nível de stress, deste modo é muito importante que a futura mamãe aprenda a lidar com ele e, possa viver este momento com felicidade.

* Resumo elaborado por Eliana A. Torrezan (1997)

ANEXO L 2

* STRESS

Na reação de stress, o organismo libera várias substâncias, entre elas, a adrenalina que promove uma sensação de vigor e energia. Quando o corpo está produzindo adrenalina, a pessoa fica em estado de “alerta” pronta para “lutar ou fugir” das situações difíceis. Geralmente a pessoa sente taquicardia, tensão muscular, boca seca, nó no estômago e mãos frias e suadas quando está nesta fase de alerta.

O stress prolongado ou muito intenso faz com que o organismo se desgaste para enfrentar essa ação. Desse modo, a pessoa começa a se sentir muito cansada, momento em ocorre a quebra do equilíbrio homeostático do organismo. O corpo demonstra esse desgaste através de sinais e sintomas, como: dificuldades com a memória, insônia, cansaço constante, irritabilidade e ansiedade. Esta reação do organismo é chamada fase de “resistência”.

Quando os fatores causadores do stress são retirados, ou a pessoa consegue lidar com eles adequadamente, o organismo volta ao equilíbrio, e os sintomas desaparecem. Contudo, quando os geradores de stress (estressores) permanecem, as consequências para a pessoa são inevitáveis. Sendo assim, o organismo torna-se desgastado e vulnerável ao aparecimento de doenças como problemas de pele (herpes, dermatites, urticarias, psoríase e vitiligo), gastrite (e mais tarde úlcera), problemas cardiológicos (como hipertensão e enfarto) entre outras patologias. O stress pode causar o envelhecimento precoce, depressão e ansiedade. As dificuldades sexuais também são frequentes quando a pessoa está sob este momento de intensa tensão. Os sintomas são reversíveis e a pessoa pode ficar bem, contudo se não

se tratar pode chegar à fase de “exaustão” do stress. A pessoa que não consegue eliminar o(s) estressor(es) e não sabe utilizar estratégias para gerenciá-los estará prejudicando a si própria. O organismo estará desgastado, sentindo a falta de energia, sendo os sintomas mais comuns são a incapacidade de se concentrar, de trabalhar, falta de ânimo e sinais de doenças que provavelmente já se manifestaram. A pessoa pode enfrentar o stress e se prevenir de doenças desencadeadas por ele que podem levar à morte. A aprendizagem e utilização de recursos para gerenciamento do stress serão discutidos neste programa de controle de stress.

* Resumo com base no Treino de Controle de stress de Marilda E. N. Lipp (1989b)

ANEXO L 3

*** SINTOMAS DO STRESS MAIS FREQUENTES NA GESTAÇÃO**

Os sintomas do stress podem se manifestar na área física e/ou na psicológica. Alguns sintomas dos stress foram identificados por mulheres grávidas como os mais frequentes:

Psicológicos - diminuição do desejo sexual; pensamento ou fala constante sobre um mesmo assunto; irritabilidade excessiva; sensibilidade emotiva excessiva e angústia/ansiedade diária.

Físicos - sensação de desgaste físico constante; cansaço constante; insônia; dificuldades sexuais; tontura; hiperventilação (respiração rápida e curta); aumento da sudorese e mudança de apetite.

* Resumo com base em estudo de Eliana A. Torrezan (1994)

ANEXO L 4

* FONTES DO STRESS

O stress pode advir tanto do meio externo quanto interno. As fontes de stress (os estressores) precisam ser reconhecidas e gerenciadas para que a pessoa possa se sentir bem. Na gestação, a mulher não pode deixar de estar exposta a essas fontes. Desse modo, recomenda-se que a gestante analise o que está acontecendo consigo e ao seu redor para lidar com o stress.

As fontes internas são representadas por fatores ligados à personalidade da própria gestante; suas expectativas, medos, ansiedades, preocupações com a gestação, parto e condições de saúde do bebê. O padrão de Comportamento Tipo A, que se caracteriza por dinamismo, impaciência, pressa e tendência a perseguir metas múltiplas também pode gerar stress, se a pessoa não souber administrar esse comportamento. A gestante que possui um modo de agir passivo ou agressivo, muitas vezes não se sente bem. A gestante que tem um modo passivo de agir, não diz o que quer dizer, perde oportunidades, deixa de fazer coisas de que gosta, enfim costuma guardar muitas angústias e ansiedades. No comportamento agressivo, a gestante pode provocar um aumento de ansiedade, irritabilidade e também agredir outras pessoas que muitas vezes não são o motivo de tal ação. As gestantes devem procurar ser assertivas, ou seja, dizer e expressar seus pensamentos e sentimentos. O modo de pensar também pode gerar tensão e ansiedade. As gestantes que possuem pensamentos inadequados podem estar criando stress. As fontes externas de stress podem ser do ambiente, ruídos excessivos, falta de iluminação e ventilação; da família; do trabalho; do trânsito entre outras. É

importante lembrar que o stress pode ser gerenciado, então fugir não resolverá o problema e sim enfrentá-lo será a melhor estratégia.

A intensidade da reação do stress depende da vulnerabilidade da pessoa ao stress, e isto varia de pessoa para pessoa. Algumas pessoas têm níveis diferentes de “resistência” ao stress. Contudo podem beneficiar-se da aprendizagem de técnicas para usar nos momentos de tensão, como: aprender a reconhecer os sinais de stress; procurar identificar as fontes internas e externas do stress; tentar mudar o que pode ser mudado; espaçar as mudanças da vida; treinar as habilidades de resolução de problemas; controlar seu tempo para as atividades; controlar a ansiedade; administrar o padrão de comportamento tipo A; ter hobbies; fazer relaxamento; ter uma boa alimentação e dividir com o parceiro seus sentimentos.

*Resumo com base no Treino de Controle de Stress -Marilda E. N.Lipp (1989)
e estudo de Eliana A. Torrezan (1994)

ANEXO L 5

*QUALIDADE DE VIDA

O tema qualidade de vida tem sido motivo de estudos nos últimos tempos. Uma boa qualidade de vida pode ser considerada um estado de bem-estar físico, mental e social.

A mulher grávida deve estar atenta a sua qualidade de vida, pois está gerando um filho. Recomenda-se avaliar as decisões e atitudes que estão sendo tomadas, a fim de propiciar hábitos saudáveis para sua saúde.

A qualidade de vida pode ser afetada pelo stress. Desse modo torna-se necessário aprender a controlar o stress. As pessoas que se consideram felizes atribuem essa felicidade ao sucesso em quatro áreas: o social, o afetivo, o profissional e a saúde. O sucesso em uma exclusiva área não garante boa qualidade de vida, pois significa fracasso nas demais.

A gestante que se preocupa com o seu bem-estar também estará se preocupando com a qualidade de vida de seu filho. Procure ser mais feliz e controle seu stress !

* Resumo com Base no Treino de Controle de Stress de
Marilda E. N. Lipp (1989b)

ANEXO L 7

* RELAXAMENTO PARA GESTANTES

A gestação é uma etapa muito especial da vida da mulher. O corpo feminino passa por alterações físicas acompanhadas de mudanças no estado emocional. a manutenção do estado emocional depende, em boa parte, de como a gestante lida com suas tensões e suas preocupações. O relaxamento é uma técnica que a gestante pode utilizar para manter a harmonia entre mente e corpo. Dessa maneira, transmite ao bebê que está se desenvolvendo em seu ventre sensações de tranquilidade, carinho e alegria.

Para que você possa realizar o relaxamento adequadamente, procure um local tranquilo, com acomodação confortável. Utilize uma roupa solta que possibilite os movimentos.

* Procure se sentar confortavelmente em uma poltrona; se desejar, pode realizar o relaxamento deitada.

* Inicie o relaxamento, respirando adequadamente: feche os olhos para ajudar na concentração e inspire pelo nariz, deixe o ar entrar lentamente e expire pela boca, soltando o ar lentamente.

* Inspire, elevando e tensionando os ombros em direção às orelhas e expire, soltando os ombros; relaxe, relaxe.

* Incline a cabeça para a direita como se a orelha fosse tocar os ombros (não levante os ombros) e volte; agora, incline a cabeça para a esquerda e volte respirando tranquilamente; relaxe.

* Inspire, tensione a perna direita, flexione os pés e expire soltando as pernas lentamente; relaxe, relaxe.

* Inspire profundamente e expire soltando todo o ar. Deixe sua mente livre e se concentre no corpo. Note que seu corpo está relaxado.

* Coloque uma das mãos sobre a barriga e acaricie vagorosamente como se estivesse acariciando seu bebê.

* Procure se concentrar em imagens agradáveis e relaxantes. Imagine um campo verde, com flores coloridas espalhadas e o sol da manhã transmitindo energia e tranquilidade a você e a seu bebê. Pense que seu bebê é maravilhoso, que em breve você o terá em seus braços. Pense que será uma mãe muito carinhosa, decidida e paciente. Você saberá criá-lo muito bem e ele lhe trará muita alegria. Pense em como você será competente ao cuidar dele. Você já o ama e ele sente isso. Ele e você estarão unidos para sempre, pois sempre farão parte da vida um do outro.

* Com as duas mãos, acaricie sua barriga vagorosamente como se estivesse tocando todo o corpo de seu bebê (os braços, as mãos, as pernas, os pés, a barriga, o rosto). Imagine uma tela branca grande e, lentamente, veja que surge nela um ponto verde que forma a letra F; surge outro ponto verde que forma a letra E; surge outro ponto verde que forma a letra L; surge outro ponto verde que forma a letra I; surge outro ponto verde que forma a letra C; surge um outro ponto verde que forma a letra I; surge um outro ponto verde que forma a letra D; surge um outro ponto verde que forma a letra A; surge um outro ponto verde que forma a letra D; surge um outro ponto verde que forma a letra E. A palavra formada é FELICIDADE, e é isso que você está passando para seu bebê por meio dos toques sobre a barriga, concentre-se nos toques e perceba essa sensação de felicidade.

* Agora, coloque seus braços sobre os braços da cadeira ou sobre a cama. Perceba que seu corpo e sua mente estão em equilíbrio e que você está passando esse equilíbrio para seu bebê.

* Lentamente, movimente as mãos, os braços, as pernas, os pés; imagine o local onde está sentada e abra os olhos.

* Permaneça um pouco mais de tempo sentada, de olhos abertos, e só depois se levante. Caso tenha feito o relaxamento deitada, antes de se levantar, fique alguns minutos sentada na cama.

ANEXO L 8

* COMO LIDAR COM O STRESS

Para que a gestante possa controlar o stress excessivo e ter uma boa qualidade de vida, algumas dicas podem ajudá-las.

ALIMENTAÇÃO: A alimentação durante a gestação é muito importante, pois a mulher nutre a si própria e ao feto. Para que qualquer pessoa evite o stress excessivo, alimentação anti-stress se faz necessária. Alguns alimentos ricos em vitaminas do Complexo B, vitamina C, ferro, magnésio e cálcio. Recomenda-se a ingestão de muita verdura, de preferência crua (bem lavada) ou cozida a vapor, tais como brócoli, chicória, acelga, alface entre outras. A gestante que tiver insônia (comum em momentos de stress), pode tomar um copo de leite antes de dormir ou comer um pouco de gergelin que é rico em cálcio e ajuda o sono.

RELAXAMENTO: A tensão na gravidez, como em qualquer pessoa, incomoda, devido às dores musculares e ao desgaste emocional. O relaxamento auxilia a eliminar o excesso de adrenalina produzida pelo organismo sob stress, e favorece a homeostase interna. O relaxamento pode ser realizado de várias maneiras como: o relaxamento muscular para gestantes (realizado durante o treino de controle de stress), respiração profunda, ouvir música, assistir a um filme, ler um livro, conversar com amigos, “conversar” com o bebê na barriga e hobbies.

EXERCÍCIOS FÍSICOS: Quando se pratica uma atividade física por trinta minutos ou mais, o nosso organismo produz uma substância chamada beta-endorfina, que produz uma sensação de tranquilidade e bem estar. Durante os momentos difíceis realizar exercícios físicos, como ginástica, caminhar,

dançar, nadar e também os exercícios preparatórios para o parto, ajudam a aliviar a tensão.

PSICOLOGIA: É importante manter uma atitude positiva perante a vida, procurar ver o lado bom dos acontecimentos. A gestante deve refletir sobre suas prioridades e sobre o que quer alcançar de fato. Muitas vezes, nos prendemos a detalhes sem importância e deixamos de lado o que realmente importa. Controlar a pressa, a corrida contra o relógio também é importante, além disso, se recomenda que a pessoa invista no “ser”, no “existir”, em vez de se preocupar com o “fazer”. A idéia de que nem sempre se é amado e admirado por todos pode ajudar a enfrentar certas dificuldades do dia-a-dia. A gestação é uma etapa especial da mulher que deve ser vivida com tranquilidade, carinho e com boa qualidade de vida.

SUPORTE AFETIVO: As emoções, medos, ansiedades, expectativas da gravidez devem ser ditas, trocadas com o parceiro ou com os familiares. As dúvidas e incertezas devem ser esclarecidas, no sentido de se amenizar a tensão e ansiedade. A preocupação com os outros filhos, em como vai ser quando o bebê chegar deve ser dividida com o parceiro. A gestante deve conversar com os outros filhos sobre a chegada de um irmãozinho(a). O diálogo sobre os sentimentos e expectativas podem ajudar quanto à adaptação do irmão (ã).

* Resumo com base no Treino de Controle de Stress de Marilda E. N. Lipp (1989b) e Estudo de Eliana A. Torrezan (1994)