

ELIANA APARECIDA TORREZAN

**STRESS E GRAVIDEZ:
FONTES, SINTOMAS E ESTRATEGIAS**

CAMPINAS

1994

ELIANA APARECIDA TORREZAN

STRESS E GRAVIDEZ
FONTES, SINTOMAS E ESTRATEGIAS

CAMPINAS

1994

ELIANA APARECIDA TORREZAN

STRESS E GRAVIDEZ
FONTES, SINTOMAS E ESTRATEGIAS

Dissertação apresentada ao Departamento de Pós-Graduação em Psicologia, do Instituto de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica Campinas (PUCCAMP), como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

ORIENTADORA: MARÍLDA EMMANUEL NOVAES LIPP - Ph. D

CAMPINAS

1994

ELIANA APARECIDA TORREZAN

STRESS E GRAVIDEZ
FONTES, SINTOMAS E ESTRATEGIAS

Dissertação apresentada ao Departamento de Pós-Graduação em Psicologia, do Instituto de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica Campinas (PUCCAMP), como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Banca Examinadora

Marilda

Luiz

José

CAMPINAS
1994

AGRADECIMENTOS

Agradeço à todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo e, em especial:

A Dra Marilda Emmanuel Novaes Lipp, professora, orientadora e amiga, pelos conhecimentos e experiências transmitidas, pela dedicação, interesse e incentivo em todos os momentos.

A Dra Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral, pelas observações e contribuições feitas, na ocasião do exame de qualificação.

A Professora Psicóloga Elizabeth Abib P. de Souza, pelas observações e orientações feitas no exame de qualificação.

A Psicóloga Alessandra Monteiro Marquez Ayres, pelo carinho e disposição em auxiliar no Estudo Piloto.

Ao Dr Sylvio V. Forjaz Junior, médico Obstetra, pela disponi**l**bilidade em contribuir para a realização deste estudo.

Aos médicos e demais profissionais dos Serviços de Assistência Médica, pela prestatividade e disponibilidade despendidas durante a fase de coleta de dados.

As gestantes anônimas que gentilmente se dispuseram a parti**c**ipar deste estudo.

Ao Dr João Plutarco R. Lima, pelo inventivo e interesse na rea**l**ização deste trabalho.

A financiadora CAPES-DEMANDA SOCIAL, que viabilizou a execu**ç**ão desta pesquisa.

Dedido este trabalho a meus pais Clélia e Pedro, a meu irmão Neivaldo e a meu namorado Orlando da Silva Filho, pessoas que sempre estiveram presentes, transmitindo incentivo, estímulo, carinho, e com muita dedicação souberam dar apoio nos momentos mais difíceis.

INDICE

	PAGINA
AGRADECIMENTOS.....	ii
INDICE DE TABELAS.....	v
INDICE DE ANEXOS.....	vi
RESUMO.....	vii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCAO.....	1
METODO.....	33
Critérios para os Sujeitos.....	33
Material.....	34
Procedimento.....	39
RESULTADOS.....	41
Idade.....	41
Renda Familiar.....	41
Idade Gestacional.....	42
Número de Filhos.....	43
Nível de Escolaridade.....	43
Profissões das Gestantes que Trabalhavam fora....	43
Fases do Stress.....	44
Sintomas do Stress.....	44
Padrão de Comportamento Tipo A.....	47
Crenças Irracionais.....	47
Fontes Estressoras.....	49
Estratégias Utilizadas.....	52
DISCUSSAO.....	55
CONCLUSAO.....	66
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	68
ANEXOS.....	74

INDICE DE TABELAS

	PAGINA
TABELA 1 - Distribuição das gestantes quanto a renda familiar em salários mínimos.....	42
TABELA 2 - Distribuição das gestantes de acordo com a idade gestacional, no intervalo de 3 semanas gestacionais.....	43
TABELA 3 - Número de fontes estressoras no grupo de grupo de gestantes donas-de-casa e no grupo que trabalhava fora.....	50
TABELA 4 - Número de estratégias apontadas pelo grupo de gestantes donas-de-casa e grupo que trabalha fora.....	52

INDICE DE ANEXOS

<i>ANEXO A - Dados de Identificação.....</i>	<i>75</i>
<i>ANEXO B - Padrão de Comportamento Tipo A.....</i>	<i>76</i>
<i>ANEXO C - Levantamento de Crenças Irracionais.....</i>	<i>77</i>
<i>ANEXO D - Inventário de Sintomas do Stress (ISS).....</i>	<i>78</i>
<i>ANEXO E - Levantamento de Fontes Estressoras.....</i>	<i>80</i>
<i>ANEXO F - Estratégias.....</i>	<i>81</i>

TORREZAN, E.A. (1994). *Stress e Gravidez: Fontes, Sintomas e Estratégias*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade de Católica Campinas (PUCCAMP).

RESUMO

Este estudo objetivou comparar 2 grupos de gestantes, multíparas, no último trimestre de gravidez, quanto à incidência do stress, fontes estressoras, sintomas e estratégias usadas para lidar com a tensão. Correlacionou-se sintomas, fontes e estratégias. As participantes foram: 20 donas-de-casa e 20 mulheres 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 de stress, sendo que 82,5% das gestantes estavam na fase de resistência. As gestantes que trabalhavam fora relataram mais fontes do stress que as donas-de-casa. O Padrão de Comportamento Tipo A e as Crenças Irracionais foram encontradas nos grupos. Os sintomas psicológicos foram os mais citados pelos grupos, mas, foram mais numerosos nas mulheres que trabalhavam fora. O estudo revelou alta incidência de stress nos grupos, o que leva à recomendação de que se institua programas de controle do stress para gestantes, tanto a nível profilático como de tratamento, a fim de que elas possam ter uma melhor qualidade de vida e evitar possíveis problemas para seus bebês.

TORREZAN, E.A. (1994). *Stress and Pregnancy: Sources, Symptoms and Strategies*. Master Degree Thesis, Pontificia Universidade de Católica Campinas, SP, Brasil.

ABSTRACT

This study had for objective to compare two groups of pregnant women, were multipara and in the last three months of pregnancy, in regard to stress incidence, sources, symptoms and strategies used to deal with tension. The correlations between symptoms, stressors and strategies were investigated. The participants were 40 low-social-economic-class women, were on the average 27,7 years old, divided into two groups. One group was formed by women who worked out of their homes and the other group was constituted by housewives. Results indicated that the women who worked out had more symptoms of stress, however, the groups did not differ in the phase of stress on which they were, since 82,5% of the women were on the resistance phase. There was a higher incidence of psychological stress symptoms, which were more frequently reported by the women who worked out. These women also reported more sources of stress. Type A Behavior Pattern and Irrational Beliefs were found on both groups. The study showed a high incidence of stress in both groups which leads to the recommendation that programs aiming at teaching women stress control techniques be implemented both on a prevention and on a treatment level in order to help pregnant women to have a better quality of life and to avoid possible problems to their babies.

INTRODUÇÃO

A palavra *stress*, derivada do latim, foi utilizada pela primeira vez, durante o século XVII para designar angústia, opressão, injustiça e adversidade. Nos séculos XVIII e XIX, o termo passou a denotar força, uma opressão ou uma forte influência atuando sobre um objeto físico ou uma pessoa (SPIELBERGER, 1979). A tradução em português mais próximo do termo foi por muito tempo "tensão" (LIPP, 1984). Posteriormente, o vocábulo foi dicionarizado, passando a ser parte do léxico português com a forma *estresse*, embora o termo "stress" seja mais usado na literatura em português.

O termo foi mencionado pela primeira vez, na área da saúde, em 1925 por Selye, estudante de medicina na Universidade de Praga (SELYE, 1965), onde estudou respostas normais e patológicas ao que chamou de *stress*, que ele conceituou como estudo da tensão do organismo frente a um agente estressor : agressão, estados tóxicos, influências psicológicas.

SELYE (1965), após realização de muitos estudos experimentais, denominou de "Síndrome de Adaptação Geral", a somatória das reações corporais resultantes da exposição a um estressor, a qual compreende três estágios principais:

1) ESTAGIO DE ALARME

Quando o organismo é exposto a uma situação produtora de tensão, o organismo prepara-se para ação através da mobi

lização de reações bioquímicas, compreendendo reações de "luta e fuga" definida por CANNON (1953). Neste estágio, as células do córtex das supra-renais descarregam seus grânulos, microscopicamente visíveis, de secreção hormonal na circulação, onde as reservas das glândulas esgotam-se. O sangue torna-se mais concentrado e verifica-se uma redução de seu peso específico. Quando não ocorre a eliminação do estressor, o organismo passa ao estágio de Resistência.

2) ESTAGIO DE RESISTENCIA

O córtex acumula em grande quantidade grânulos segregados. O sangue apresenta-se diluído e com peso específico normal. O agente estressor permanecendo atuante, o corpo não tem como lutar ou fugir e, na tentativa de manter a homeostase, então ocorre uma constante hiperatividade córtico-suprarrenal e um gasto de energia excessivo, o qual seria necessário para outras funções do corpo.

3) ESTAGIO DE EXAUSTAO

O organismo permanece numa constante exposição ao estressor excessivo. As reações tornam-se altamente nocivas, o organismo torna-se vulnerável a doenças e disfunções, podendo resultar em morte.

EVERLY e ROSENFELD (1981) definem stress como uma reação psicológica com componentes emocionais, físicos, mentais e químicos, a determinados estímulos que irritam, amedrontam, excitam e/ou confundam a pessoa. As reações produzidas pelo organismo são idênticas independente da situação ser positiva ou negativa. O estímulo que elicia uma reação de stress chama-se estressor. E na maioria dos casos, um estímulo pode torna-se um estressor em função da interpretação cognitiva ou do significado que o indivíduo atribui a ele. Em alguns

casos o estímulo é inerentemente estressante, afetando o indivíduo através de processos sensoriais e metabólicos, como nos casos de fome, frio ou calor intenso. Em muitos indivíduos, as reações crônicas do stress podem resultar em disfunções ou patologias em um "órgão de choque", o órgão que manifesta sinais clínicos de stress excessivo.

MECANISMO DO STRESS

CANNON (1953) realizou muitos estudos sobre os mecanismos homeostáticos relacionados às reações de "fuga ou luta" frente a estímulos de tensão dolorosos. Alterações fisiológicas associadas às reações de tensão são medidas por um centro nervoso do cérebro, o hipotálamo. Quando um estressor excita o hipotálamo, uma cadeia complexa de processos neurais e bioquímicos se elicia, e que alteram o funcionamento de quase todas as partes do corpo. O sistema nervoso autônomo, que mobiliza o organismo para enfrentar a tensão, é ativado pelo hipotálamo, o qual ativa a glândula pituitária, que por sua vez libera um agente bioquímico, o hormônio adrenocorticotrópico (ACTH) na corrente sanguínea.

A glândula supra-renal estimulada pelo ACTH, libera adrenalina e outros agentes bioquímicos que estimulam ainda mais o corpo e o mobilizam (SPIELBERGER, 1979).

Essas modificações que ocorrem no organismo, ativadas pelo agente estressor é que eliciam uma resposta do tipo "fuga ou luta", o coração aumenta os batimentos enviando mais sangue para o cérebro e músculos; constrição dos vasos sanguíneos perto da pele e o tempo de coagulação diminui, o que torna menos provável a ocorrência de hemorragia grave; a respiração torna-se mais rápida e profunda, conseqüentemente

menos oxigênio; saliva e muco secam-se, aumentando o tamanho das passagens de ar para os pulmões e uma maior transpiração resfria o corpo.

Supõe-se que nas reações de tensão, muitos músculos ficam tensos e contraídos, prontos para a ação rápida e vigorosa. As pupilas dilatam-se proporcionando olhos mais sensíveis; mais glóbulos brancos são produzidos para ajudar no combate à infecção. Algumas atividades de baixa prioridade são suspensas como o comer e digerir alimentos, para armazenar energia. Desta maneira, o organismo utiliza-se de todas essas fontes quando ameaçado por um estressor, para mobilizar-se ou atacar o inimigo ou escapar em segurança (SELYE, 1965).

SINTOMAS E CONSEQUENCIAS DO STRESS

WITKIN-LANIL (1985) menciona que o stress pode resultar numa vasta gama de problemas físicos como: colite ulcerativa; úlcera péptica; síndrome do intestino irritável; infarto do miocárdio; hipertensão essencial; arritmias cardíacas; hipertensão; asma; artrite reumatóide; alergias e distúrbios dermatológicos. Quando o stress é de curta duração o organismo tem tempo de repousar e recompor-se, mas quando é de longa duração pode resultar nos sintomas mencionados.

LIPP (1984) afirma que as reações das pessoas frente ao stress podem ocorrer a nível psicológico e físico, como se sugere:

REAÇÕES AO STRESS

A) Possíveis efeitos psicológicos:

Ansiedade; Tensão; Insônia; Alienação; Dificuldades Interpessoais; Dúvida quanto a si próprio; Preocupação excessiva;

Inabilidade de concentrar-se em outros assuntos que não o relacionamento com o estressor; inabilidade de relaxar; Tédio; Ira; Depressão; Hipersensibilidade emotiva.

B) Algumas das possíveis sensações físicas experimentadas:

Aumento da sudorese; Nó no estômago; Hiperacidez estomacal; Tensão muscular; Taquicardia; Hipertensão; Aperto da mandíbula e ranger de dentes; Hiperatividade; Esfriar as mãos devido a constrição de vasos sanguíneos; Náuseas.

Existe um fator denominado resistência, que parece explicar o porquê de alguns indivíduos apresentarem mais ou menos sintomas e, até enfermidades mais sérias, frente ao stress excessivo.

RESISTENCIA AO STRESS

Um dado importante a se observar é que alguns indivíduos reagem mais intensamente aos agentes estressores, estímulo que elicia uma reação de stress, (EVERLY e ROSENFELD, 1981; LIPP, 1989) chegando a desenvolver distúrbios psicossomáticos com mais frequência. KOBASA et al (1979) mencionam que existe um fator denominado resistência (hardiness) para explicar o porquê de algumas pessoas adoecerem enquanto outras não, frente ao mesmo grau elevado de stress. Este fator consiste num conjunto específico de atitudes com a vida:

- 1) Abertura para mudanças
- 2) Sentimento de envolvimento e comprometimento com o trabalho, a família e quaisquer empreendimentos que o indivíduo realize
- 3) Uma sensação de controle sobre eventos.

LIPP (1989) menciona que a vulnerabilidade, eventos que são aversivos para algumas pessoas e absolutamente não estressantes para outras, é porque os eventos atuam sobre o organismo que tem características próprias. Deste modo, é importante ressaltar que há diferenças individuais na reação que um estressor pode provocar. O stress gerado por determinada situação dependerá de vários fatores, além das características próprias do estressor.

Os pais exercem importante papel na vulnerabilidade e na resistência que a pessoa tem ao stress, não só em termos de hereditariedade, mas também em termos de fatores ligados à aprendizagem.

Pais exercem um papel fundamental na aquisição pela criança de estratégias naturais para lidar com o stress, especialmente na habilidade dela ver a vida de modo mais positivo; na sua interpretação saudável de eventos do dia a dia e na sua percepção de que ela é capaz de lidar com o mundo ao seu redor de modo competente.

Outras características adquiridas durante o desenvolvimento da pessoa, contribuem para maior ou menor vulnerabilidade ao stress, tais como o locus de controle, a ansiedade, um estilo ativo/passivo de lidar com o ambiente, o Tipo A ou B de comportamento e habilidade para lidar com a frustração. Os pais são de grande importância na aquisição por parte dos filhos, de características pessoais que poderão: 1) ou servir como fontes em potencial de stress na idade adulta; 2) ou auxiliar o ser humano a lidar com o stress excessivo (LIPP, 1989).

FOLKMAN, SCHAEFER, e LAZARUS (1979) mencionam que o indivíduo dispõe de cinco recursos básicos, do ambiente ou da pró

pria pessoa, para enfrentar e lidar com o stress:

1) Saúde, Energia e Moral

Indivíduos com boa saúde têm mais energia e força de ânimo para enfrentar situações estressantes

2) Habilidade para resolver Problemas

As habilidades para procurar informações, analisar as situações para identificar o problema, verificar as possíveis alternativas e selecionar um curso de ação, constituem pré-requisitos para uma intervenção prática em situação-problema

3) Apoio Social

Indivíduos com relacionamento social positivo, geralmente, têm uma saúde melhor e mais força para enfrentar as crises que surgem na vida

4) Recursos Utilitários

Recursos monetários, treinamentos para enfrentar o stress, etc., aumentam as opções e o acesso à assistência médica, legal e profissional em geral

5) Crenças Gerais e Específicas

A socialização da criança provavelmente concorre substancialmente para que as pessoas adquiram crenças no decorrer da vida. Alguns indivíduos aprendem melhor do que outros a lidar de maneira efetiva com as situações de conflito intra e interpessoais. Muitas vezes, como enfatiza ELLIS(1973) o evento em si não tornaria o indivíduo irritável ou tenso, mas é o seu pensamento sobre o acontecimento que causa dificuldades. Portanto, o nível de stress experimentado pelo indivíduo depende, em grande parte da interpretação que é dada ao evento, isto é, das crenças que se tem quanto àquela situação (LIPP et al 1990). A crença/interpretação racional

dos eventos favorece resultados positivos.

Segundo ELLIS (1973) algumas pessoas aprendem melhor que outras, a lidar de modo efetivo com as situações de conflito intra e interpessoais. As razões pelas quais algumas pessoas não são tão bem sucedidas neste aspecto quanto outras, se deve em parte, ao fato de que essas pessoas, não tiveram (ou não aproveitaram) as oportunidades para aprender a lidar efetivamente com situações conflitantes. Muitas vezes, também as pessoas, por vários motivos, aprenderam maneiras inapropriadas ou inefetivas de reagir a certas situações.

As reações a conflitos, sentimentos, atitudes, crenças, são aprendidas no decorrer da vida. As primeiras experiências podem ter efeitos significativos sobre as ações e pensamentos da pessoa, mas as experiências atuais são igualmente atuantes (ELLIS, 1973). Deste modo, o conflito pode se iniciar, a partir da interpretação que a pessoa faz da situação.

Mesmo quando a pessoa não possui estratégias para lidar com o stress, ela pode fazer uso da aprendizagem de técnicas de controle do stress que lhe possibilitará gerenciar o stress, de modo que isto não gere efeitos negativos no organismo. Além disto, mesmo em situações onde doenças já surgiram, é possível aprender a controlar o stress.

UM MODELO DE TRATAMENTO

Estudos realizados recentemente enfocam o efeito do controle do stress, como um componente no tratamento de algumas patologias.

LIPP et al (1991) realizaram um estudo visando verificar se o tratamento do Controle do Stress Emocional, poderia ser

eficiente com pacientes psoriáticos, na tentativa de reduzir a recidiva e/ou o tamanho e extensão das lesões psoriáticas. Fizeram parte do estudo 20 sujeitos diagnosticados com psoríase, divididos em : Grupo Experimental - 10 sujeitos adultos (28 a 60 anos), 5 homens e 5 mulheres, que receberam tratamento médico, e passaram por 12 sessões quinzenais, em grupo, de treino de controle do stress. Grupo Controle - 10 sujeitos adultos (19 a 53 anos), 7 mulheres e 3 homens, que receberam somente tratamento médico, além das avaliações psicológicas. Este grupo foi incluído como controle de melhoras que pudessem ocorrer, devido a pura passagem de tempo e ao tratamento médico isolado. Os grupos passaram por avaliação médica e psicológica, antes e após o tratamento.

O controle do stress, com o grupo experimental, durou 6 meses e após, foram submetidos a nova avaliação psicológica e médica. Os pacientes do Grupo controle que receberam tratamento médico, passaram por uma nova avaliação 6 meses após sua primeira testagem. Os resultados do estudo, demonstraram que os pacientes que receberam o treino de controle do stress, tiveram melhoras quando comparado com o Grupo controle, que recebeu somente tratamento médico. Com o Grupo experimental, que recebeu o controle do stress, encontrou-se melhora no que se refere a porcentagem da área do corpo afetada pela psoríase, como o tamanho e o número das lesões psoriáticas, ou desapareceram. Adicionalmente melhoras psicológicas, tornaram-se menos ansiosos, passaram a ter um número menor de crenças irracionais e de características do Padrão Tipo A de Comportamento, e passaram a ter uma melhor qualidade de vida relacionada à saúde. Os pacientes que não receberam o treino específico de controle do stress, junto ao

tratamento médico, não mudaram nas medidas de ansiedade, stress, características do Padrão Tipo A de comportamento, assertividade e crenças irracionais, e apresentaram pouca melhora das lesões psoriáticas.

Um outro estudo LIPP et al(1991)enfocaram a hipertensão arterial e o controle do stress. Os sujeitos que fizeram parte do estudo, foram 74 pacientes adultos, classe sócio econômica baixa atendidos no ambulatório de Cardiologia do Hospital de Clínicas da UNICAMP, identificados pela equipe médica, como portadores de hipertensão arterial essencial leve e moderada. Divididos em Grupo experimental, subdividido em 4 subgrupos para permitir a presença inicial de 12 sujeitos cada, e os mesmos tiveram 12 sessões de terapia em grupo, com encontros quinzenais, liderado por 2 psicólogas, visando em específico, o controle do stress. Grupo controle subdividido em 4 sugrupos para permitir a presença inicial de no máximo 12 sujeitos cada. O grupo teve 12 encontros quinzenais, em que se abordou tópicos de interesse geral, porém , não lidaram em específico com técnicas do controle do stress ou com problemas psicológicos detectados. O grupo foi liderado por enfermeiras e assistentes sociais. Os grupos passaram por avaliações psicológicas, pré, pós-tratamento e o follow-up de 6 meses, não concluído na ocasião.

Dois subgrupos do Grupo experimental e controle terminaram o tratamento. Os resultados mostraram que os pacientes do Grupo experimental que possuíam sintomas do stress, antes e depois do controle do stress, tiveram uma redução dos sintomas, 55% dos pacientes não tiveram sintomas de stress e o número de sujeitos que tinham os dois tipos de sintomas (físicos e psicológicos) caiu para 25%,

indicando um resultado eficiente.

Das características dos pacientes que se considera como fontes internas do stress, verificou-se que 90% dos pacientes exibiram o Padrão de Comportamento Tipo A ; 82% eram inassertivos e, 85% possuíam crenças irracionais. Somente 20% dos pacientes demonstraram um nível de ansiedade acima da média. A observação clínica deles revelou excesso ou de passividade ou de agressividade, dificuldade grande na expressão de afeto, reatividade a eventos sem grande importância e inabilidade social. Estas características poderiam talvez, estarem atuando como fontes internas de stress. Notou-se que 100% dos pacientes possuíam fontes internas do stress e somente 45% estivessem sob efeito de fontes externas do stress.

Comparou-se alguns testes de qualidade de vida de alguns pacientes tratados com a amostra de testes de pacientes ainda não tratados e, encontrou-se que o grupo experimental, após o tratamento de controle do stress, apresentou um índice de qualidade de vida bem mais alto em todos os quadrantes do teste, do que os sujeitos não tratados.

Algumas verbalizações dos pacientes antes e pós tratamento pareceram indicar uma melhora dos pacientes com relação a como eles lidam com sua afetividade (LIPP, et al 1991).

Os estudos apresentados mostram haver relação entre o stress e sintomas somáticos / psicológicos observados em algumas patologias e ainda, a necessidade de se realizar o controle do stress.

ESTRESSORES

Segundo GIRDANO e EVERLY (1979), os estímulos que levam a resposta de stress, os estressores, podem ser divididos em:

1) Estressores Psicossociais

Decorrentes da interação entre comportamento social e interpretação destes comportamentos, com base em experiências passadas e outros processos de aprendizagem abrangendo:

ADAPTAÇÃO - Mudanças excessivas que ocorrem na vida de um indivíduo e, falha na tentativa do organismo se adaptar a essas mudanças, podem contribuir para a instalação de doenças físicas e mentais

FRUSTAÇÃO - A presença de obstáculos para se atingir um objetivo, pode levar a sentimentos de frustração; as causas mais frequentes encontradas na sociedade urbana norte-americana, são a superpopulação, a discriminação, as condições econômicas e a burocracia

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

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

2) ESTRESSORES BIOLÓGICOS

Decorrentes da interação do indivíduo com estímulos do ambiente, que geralmente são estressantes pela própria natureza.

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

HABITOS NUTRICIONAIS - Certos alimentos contêm elementos que podem facilitar uma reação de stress

RUIDOS EXCESSIVOS

3) ESTRESSORES RELACIONADOS A PERSONALIDADE

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

ANSIEDADE EXCESSIVA

PADROES DE COMPORTAMENTO - Indivíduos com comportamento Tipo A (elevada necessidade de competição, premência de tempo) são mais suscetíveis a desenvolver problemas cardíacos.

FRIEDMAN e ROSENMAN (1974) classificaram os indivíduos pertencentes a dois tipos de Padrão de Comportamento, Tipo A e Tipo B, e mencionaram que indivíduos com Padrão de Comportamento Tipo A, apresentam risco maior de doenças cardiovasculares. No Tipo A é característico: a) uma sensação intensa de urgência de tempo, uma tendência a "correr contra o relógio"; b) uma personalidade agressiva e competitiva; c) uma necessidade de realização muito elevada; d) comportamento polifásico - envolvimento em tarefas múltiplas e diversas ao mesmo tempo. O Tipo B é caracterizado pela ausência destes traços, e com baixa intensidade de respostas para envolvimento com compromissos e acontecimentos. O indivíduo pertencente ao Tipo A apresenta-se em estado de comportamento que constantemente elicia uma resposta de stress e, a longo prazo, compromete o sistema cardiovascular.

LIPP et al(1991)mencionam mais algumas características: Tipo A - falar acentuadamente algumas palavras e ter dificuldades de ouvir, sem interromper; são diretos e objetivos; sentem-se culpados quando descansam e tendem a aceitar

sempre novas incumbências. Tipo B - tem um senso natural de responsabilidade, e não aspira acumular um grande número de realizações em curto período de tempo. O Tipo B costuma dedicar-se mais a planejamentos, amizades e interesses não materiais, enquanto que o Tipo A é mais voltado para o trabalho.

Em estudo realizado por LIPP et al (1990) com 100 pacientes que procuraram o Centro Psicológico de Controle do Stress, realizando uma correlação entre stress e duas fontes internas do stress -Padrão de Comportamento Tipo A e Crenças Irracionais. O estudo mostrou que 73% dos pacientes foram classificados com Tipo A contra 27% classificados como Tipo B de Comportamento. Pacientes com Padrão de Comportamento Tipo A possuíam um número maior de Crenças Irracionais.

SPIELBERGER (1979) menciona como fonte de stress o próprio desenvolvimento humano, que em cada etapa apresenta situações novas e estressantes com as quais o indivíduo precisa aprender a lidar: habilidades que a criança precisa aprender nos primeiros anos de vida, adolescência, casamento, velhice. HOMES e RAHE (1967) relacionaram problemas de saúde à mudanças significativas na vida de uma pessoa (morte do conjuge, multas ao cometer pequenas infrações, término de pagamento de empréstimo, troca de emprego, etc.). Quanto maior o número de mudanças ocorridas num espaço de um ano, na vida de uma pessoa, menor torna-se a energia adaptativa do indivíduo para enfrentar os estressores, e ocorre maior probabilidade de problemas de saúde ocorrerem.

Uma outra fonte de stress atualmente muito mencionada é a ocupação da pessoa. Relacionando a profissão de uma pessoa com o stress, PINES(1981) menciona que, nas últimas décadas,

muitos estudos demonstraram que as pessoas que se ocupam em atividades de muito stress, ou que sofreram um grande revés nas suas vidas correm, frequentemente, alto risco de doença.

STRESS OCUPACIONAL

O stress ocupacional é um estado emocional desagradável envolvendo tensão, frustração, ansiedade, exaustão emocional decorrentes de aspectos do trabalho (KYRIACOU, 1981).

ALBRECHT (1988) menciona uma união entre stress da vida particular da pessoa e o stress do trabalho, o que chamou "stress da vida"-índice total das reações emocionais de uma pessoa, a que esteja acontecendo em todas as áreas da sua vida.

Inúmeros estudos têm demonstrado a presença de stress em várias profissões, como alguns autores brasileiros: REINHOLD (1984); COVOLAN (1989); ROMANO (1989); SOARES (1990) e SILVA (1992).

O estudo realizado por REINHOLD (1984) levantou as principais fontes e sintomas de stress ocupacional do Professor I. Encontrou-se que mais da metade das professoras que participaram do estudo, consideraram a profissão muito ou muitíssimo estressante. Os estressores ocupacionais mais frequentes mencionados foram "ter classes com muitos alunos", "trabalhar com alunos desinteressados pelas atividades de classe" e "achar que alguns alunos indisciplinados ocupam demais meu tempo em prejuízo dos outros". Os sintomas relacionados, como os mais frequentes e mais intensamente sentidos se referiam a tensão e exaustão.

A pesquisa de COVOLAN (1989) investigou o stress ocupacional do Psicólogo Clínico, seus sintomas mais

frequentes, bem como as estratégias utilizadas por estes profissionais para lidar com o stress ocupacional. Os resultados obtidos através da amostragem, apontaram que 61% dos Psicólogos considerou como pouco estressante e, 32% dos sujeitos a considerou muito estressante. Os sintomas apresentados com maior frequência se referiam ao *burn-out*, ou seja, tensão, sobrecarga e cansaço relacionados à prática da atividade profissional. As fontes consideradas mais estressantes: problemas econômicos-financeiros, eventos que indicam insegurança e sentimentos que envolvem impotência e fracasso. As estratégias para lidar com o stress, mais utilizadas pelos psicólogos, referiam-se a atividades sociais, entretenimentos, atitudes mais relaxadoras, racionalização de atividades e melhora de qualidade de vida.

O estudo realizado por ROMANO (1989) investigou o stress ocupacional de Soldados da Polícia Militar. Levantou-se as fontes de stress ocupacional de Soldados da Polícia Militar e o nível de stress por elas criado. As três fontes classificadas como muito estressante foram: "Ver colega morto no cumprimento do dever", "Morte de um parceiro" e "Receber salário insuficiente". Os "eventos relacionados a sofrimento alheio; sentimento de desvalorização na profissão e à ineficiência do sistema policial carcerário" foram classificados como sendo mais estressantes, que os eventos relacionados com situações perigosas inerentes ao seu trabalho.

A pesquisa realizada por SOARES (1990) com executivos brasileiros, para verificar diferenças e similaridades entre homens e mulheres, no que se refere ao nível de stress, fontes de stress e estratégias utilizadas. Encontrou - se

através dos dados obtidos pela amostra, que 65% das mulheres e 50% dos homens possuíam um nível de stress considerável. O stress era mais proveniente de fontes internas que se referiam ao Padrão de Comportamento Tipo A e, as Crenças Irracionais. Verificou-se que na totalidade dos executivos, de ambos os sexos, possuíam características de Padrão de Comportamento Tipo A, que foi correlacionada com maior número de sintomas físicos em mulheres, porém não em homens executivos. No que se refere às Crenças Irracionais, se notou que um número maior de homens possuíam as que se referiam à "necessidade de aprovação" e "a um controle absoluto sobre todas as coisas". Foi encontrada uma correlação entre esse dado e um aumento, tanto em sintomas físicos como psicológicos, em homens, mas não em mulheres executivas. Entre as mulheres executivas, além dos estressores presentes nos homens, se verificou a presença de estressores, relacionados com a Tensão Pré-Menstrual e as atividades exercidas no lar.

SILVA (1992) investigou o stress em Bancários, numa amostra de funcionários do Banco do Brasil. Realizou um levantamento das fontes e dos níveis de stress destes bancários: apontando a frequência dos eventos estressantes relacionados a atividade bancária e os sintomas de stress mais frequentes. E ainda, a associação entre a qualidade de vida e as características psicológicas individuais, que parecem auxiliar o indivíduo a lidar com situações estressantes. A amostra constituiu - se de 60 funcionários, de ambos os sexos. Envolvendo funcionários do setor de atendimento ao público (Atendimento) e do setor de serviços internos (Suporte). Os resultados demonstraram que 77% da amostra apresentou sintomas de stress (burn-out, ou seja,

relativo a atividade profissional), e que 72% deles tinham diagnóstico recente de alguma enfermidade. Observou-se que os sintomas de stress apresentados pelos sujeitos deste estudo, assemelharam-se a sintomas manifestados em pesquisas anteriores com outras classes de profissionais. Os sintomas mais frequentes encontrados foram: desgaste físico, irritabilidade excessiva, problemas de memória, angústia, ansiedade diária, apatia, depressão ou raiva prolongada. Foram observados consideráveis índices de stress com manifestações de enfermidades psicossomáticas, as mais frequentes: doenças gastrointestinais, problemas e dores de colunas e distúrbios dermatológicos. Com relação aos funcionários do atendimento ao público, apesar de perceberem mais os estressores do ambiente de trabalho e psicossociais, apresentaram - se menos estressados que os funcionários dos serviços internos. No que diz respeito ao sexo, não se encontrou diferença significativa entre homens e mulheres. Dentre os sujeitos sob um nível elevado de stress, se observou uma co-existência dos fatores: Padrão de Comportamento Tipo A, Inassertividade, Crenças Irracionais, Estratégias Inadequadas para lidar com o stress durante a execução dos serviços e baixa qualidade de vida.

STRESS NA MULHER

Relacionando o stress ao sexo da pessoa, pode-se notar algumas ocorrências próprias de sua fisiologia humana. A nível hormonal ALBRECHT (1988) menciona que um homem sob um período de exposição de stress prolongado, ocorre uma baixa no nível do hormônio masculino principal, a testosterona, que influência diretamente no apetite sexual. Em situações que

gerem uma ansiedade prolongada (por exemplo - perda de emprego, revés financeiro), o homem pode vir a diminuir seu desejo sexual. Em mulheres que passam por um stress excessivo, o principal hormônio feminino - a progesterona, diminui extremamente, provocando uma desorientação geral do funcionamento feminino. É comum nas mulheres em condições de elevado stress sofrerem de frigidez e irregularidades menstruais. Estes problemas podem gerar dificuldades emocionais e ansiedade, tornando mais difícil suas experiências.

Com relação a menstruação, CAMARGO (1990) realizou um estudo sobre a Incidência de Sintomas de Tensão Pré-Menstrual (S.T.P.M.), em uma amostra de 103 mulheres de nível universitário de cursos de Graduação e Pós-Graduação. Os resultados demonstraram que 77,7% das mulheres declararam ter Sintomas de Tensão Pré-Menstrual (S.T.P.M.). Das oitenta mulheres que relataram ter S.T.P.M., 60% percebiam de forma leve, 31,3% percebiam de forma moderada e 8,8% percebiam de forma severa. Num total de 48% de mulheres que apresentaram maior incidência de sintomas na fase menstrual, os sintomas na fase menstrual, os sintomas dor, reação autonômica, concentração diminuída, mudança de comportamento e controle, tiveram maior valor médio nos testes aplicados, e 36% da amostra apresentaram maior incidência de sintomas na fase pré-menstrual, os sintomas retenção de água e afecção negativa tiveram maior valor médio. Os resultados, ainda mostraram que a grande maioria das mulheres que disseram ter S.T.P.M., não realizavam tratamento específico, a não ser no caso das que disseram ter S.T.P.M. severa, das quais um pouco mais de 50% realizavam algum tipo de tratamento.

Em outro estudo SOUZA (1988) investigou a incidência de stress no período Pré-Menstrual em mulheres epiléticas. Com puseram o estudo: Grupo I mulheres epiléticas (20) e Grupo II mulheres não epiléticas (20). As mulheres possuíam ciclo menstrual regular e pertenciam a nível sócio-econômico considerado baixo. Os dados como idade, estado civil e nível de escolaridade não foram limitados. As mulheres dos Grupos I e II, após passarem por avaliação médica foram testadas individualmente em dois períodos: Pré-Menstrual e Pós-Menstrual. Os resultados mostraram não haver diferença significativa entre as mulheres epiléticas e não epiléticas, no que se refere aos sintomas de stress, stress feminino e estado de ansiedade. Algumas mulheres epiléticas apresentaram o traço de ansiedade, enquanto que com mulheres não epiléticas não houve a presença desta variável. Observou-se que o traço de ansiedade permaneceu constante durante as diferentes fases do ciclo menstrual, no grupo de mulheres epiléticas. A presença de sintomas de stress e estado de ansiedade foi independente das fases do ciclo menstrual. As mulheres pareceram apresentar sintomas mais gerais de stress que necessariamente de stress feminino. Os dados encontrados sugeriram uma interação concomitante entre as variáveis: fatores ambientais e stress, traços de personalidade e níveis hormonais que predisporiam algumas mulheres a aparecimento de sintomas pré-menstruais ou ao aumento de crises epiléticas.

WITKIN-LANOIL (1985) menciona que as mulheres sob stress tornam-se deprimidas, insones, retraídas, irritáveis, pueris, assustadas, ansiosas, apáticas e distraídas. E ainda podem perder o interesse pelo sexo, os amigos e podem chegar a anorexia. Com relação a pressão sanguínea, esta pode aumen

tar ; o ritmo cardíaco dobrar; a respiração torna-se rápida e irregular; as mãos e pés ficarem frios e pegajosos; a boca ficar seca e a digestão tornar-se mais lenta.

A mulher, atualmente, vem ganhando seu espaço no mercado de trabalho e, conseqüentemente, aumentando o número de suas atribuições. SHAEVITZ (1986) mencionou sobre isto, a questão da "Síndrome da Supermulher - uma série de sintomas de stress, da natureza física, psicológica e interpessoal experimentados pela mulher à medida que ela tenta desempenhar 'perfeitamente' os papéis múltiplos e conflitantes de pessoa que trabalha fora, segue uma carreira, realiza serviços voluntários em atividades de bem-estar social, é esposa, mãe e administradora do lar".

WITKIN-LANOIL (1985) aponta alguns agravantes para a síndrome do stress feminino: o medo do fracasso, medo do sucesso e necessidade de realização. O medo do fracasso é o resultado de anos, passando-se vergonha, ou servindo de caçoada para rapazes, irmãos, pais, mães ou professores, sempre que tentava-se um desempenho público. O medo do sucesso é o resultado de anos de advertência contra ser "esperta demais", "forte demais" ou independente demais". A necessidade de realização, está dentro das pessoas. É uma expressão adulta da necessidade de conquistar algum controle sobre o meio ambiente e, solucionar alguns problemas.

A pesquisa realizada por PENTEADO (1985) com universitários homens e mulheres de nível sócio-econômico médio-alto, investigou o comportamento da mulher na sociedade. Os dados revelaram-se favoráveis à participação irrestrita da mulher no mercado de trabalho, em carreiras consideradas tradicionalmente masculinas e/ou femininas e também quanto a divisão de

tarefas domésticas entre o homem e a mulher. Favorável, também, à independência econômica da mulher e a realização profissional, aceitação e apoio no engajamento da mulher em atividades políticas. Observou-se uma necessidade de buscar apoio através do casamento, revelando uma propensão da mulher pelo casamento. Os homens, no geral, emitiram quanto as mulheres de hoje, opiniões mais positivas do que negativas, mencionando que "ela" é mais ativa e dinâmica, mais esperta, mais madura e equilibrada, e mais hábil sexualmente que antigamente. A opinião geral das mulheres quanto ao homem de hoje, mostrou-se equilibrada (negativa e positiva). A mulher que trabalha fora, avalia o homem mais negativamente que a mulher que não trabalha fora.

SHAEVITZ (1986) menciona que, ao contrário dos homens, as mulheres são psicologicamente treinadas para estarem voltadas, durante vinte e quatro horas do dia, ao que interessa ao marido e aos filhos. A mulher ao final de um dia de trabalho, aquela que tem emprego fora, ainda quer se ligar emocionalmente ao seu companheiro, conversar, compartilhar. Porém, muitos homens, se preocupam em voltar para casa, relaxarem, serem deixados sozinhos com seu jornal, noticiário de televisão ou computador, porque para ele a parte mais importante do dia acabou.

WITKIN-LANOIL (1985) sugere que as mães que trabalham fora se preocupam com a questão de estarem limitando suas famílias do tempo que lhes poderia dedicar, de modo que tentam compensá-las por isso, o que, às vezes, leva a mãe que trabalha fora a sentir-se cansada, dominada pela culpa e sem tempo algum para dedicar a si própria. As mulheres têm que lidar constantemente com as expectativas conflitivas da

sociedade, que espera que as mulheres sejam atraentes, mas não sexuais; tenham filhos, mas permaneçam infantis; que sejam afirmativas, mas não agressivas, que tenham um emprego, mas não negligenciem a família, entre outros fatores.

Como se pode notar através dos fatores citados anteriormente, a mulher vem adquirindo mais atributos e consequentemente experienciado mais situações, algumas, às vezes conflitivas. A mulher como o homem está sujeita aos efeitos do stress, porém, ela possui adicionalmente alguns fatores próprios de sua fisiologia.

SHAEVITZ (1986) aponta que o sintoma físico mais comum é a fadiga, porém, menciona outros descritos por mulheres: sensação de tontura ou fraqueza; dores de cabeça, incluindo enxaqueca; ranger de dentes; palmas das mãos suadas ou transpiração excessiva; necessidade urgente de urinar; dor ou tensão no pescoço, ombros ou costas; palpitações cardíacas ou fôlego curto; dores de estômago, diarreia, prisão de ventre, náusea; secura da boca ou garganta; erupções e outros problemas dermatológicos; espasmos musculares, tiques, tremor das mãos; irregularidades menstruais (embora o stress, talvez não seja a causa da menstruação irregular, muitas supermulheres queixam-se de aumento de tensão pré-menstrual como um dos seus principais sintomas); costume de roer as unhas; hábitos de morder os lábios.

Os sintomas psicológicos mais comuns em mulheres, são: sentir-se super tensa, sobrecarregada; sentir-se irritável ou zangada; sentir-se tensa, pressionada, ou ansiosa; sentir vontade de fugir e esconder-se de tudo e de todos; sentir-se triste ou deprimida ou descobrir-se chorando sem uma causa real, talvez com vontade de cometer suicídio; achar difícil

adormecer, ou ter insônia, ou acordar com pesadelos; achar difícil concentrar-se ou conservar a mente no que está fazendo; descobrir-se rindo nervosamente ou com dificuldade de falar; tornar-se predisposta a acidentes; perder o interesse pelo sexo; adotar comportamentos de má adaptação, tais como fumar ;aumentar o consumo de álcool, tóxicos ou comer demais. Alguns estudos têm focado especificamente o stress da mulher, como: SOARES(1990) com mulheres executivas, SOUZA (1988) mulheres epiléticas e CAMARGO (1990) sintomas de Tensão Pré-Menstrual.

GRAVIDEZ E STRESS

Considerando a gravidez como uma etapa da vida da mulher, não se pode deixar de levar em conta que esta mulher está mais sensível nesta fase (DAVIDOFF, 1983), onde estresses em potencial, podem vir a trazer consequências desagradáveis.

MALDONADO (1976) menciona que a gravidez possui algumas características de uma situação de crise, mas, no entanto, faz parte do processo natural de desenvolvimento. Envolve uma reestruturação e reajustamento - a mulher passa a ser mãe, se olha e é olhada diferente. A gravidez acarreta transformações relevantes na mulher, no homem, nos outros filhos e nas demais pessoas da família. Durante cada período de grande transformação a pessoa fica mais vulnerável, e em termos de saúde emocional a pessoa pode emergir mais fortalecida, integrada e amadurecida ou então, mais enfraquecida, confusa e desorganizada. As gestantes, geralmente, necessitam muito falar sobre expectativas, ansiedades, temores frente a gestação, parto e

que está por nascer.

Com a gravidez MAZZEI (1993) menciona que mudanças físicas podem provocar instabilidade emocional. No decorrer do primeiro trimestre, as alterações físicas ainda não são palpáveis, e pode existir então uma certa ambivalência de estar ou não grávida, e sentimentos diversos: alegria-tristeza, medo-coragem. Neste período é comum a excessiva preocupação com o aborto ou até mesmo ocorrê-lo, por ações acidentais, como exercícios físicos, fumo, bebida em demasia, ou por ações voluntárias. Neste primeiro trimestre, uma das primeiras manifestações é a hipersonia (grande necessidade de dormir). A hipersonia funciona como se o organismo se preparasse para as tensões fisiológicas adicionais aumentando a necessidade de repouso, buscando maior contato com o bebê e também tempo para reestruturar os impactos físicos e emocionais. Sintomas como náuseas e vômitos - as mudanças hormonais e metabólicas do início da gravidez favorecerão estes sintomas, e se observa que a intensidade dos sintomas varia de acordo com a tensão emocional e, de grávidas para grávidas. Outra manifestação bastante conhecida, são os chamados desejos e aversões, que consiste numa necessidade do corpo da mãe, por algum componente alimentar que esteja deficitário, e que se manifesta como desejo.

Durante a gravidez é comum o aumento de apetite, mas algumas mães podem comer excessivamente por terem a impressão que o feto a suga muito, então tentam compensar. Existem mães que se sentem culpadas por não estarem alimentando adequadamente seus bebês. Nos dois casos às vezes existem temores ligados ao medo de ter um bebê com deformação.

Com o surgimento dos movimentos fetais - segundo tri

mestre - a gravidez vai se "concretizando". A percepção dos movimentos é um processo pessoal, que também depende do estado de ansiedade e/ou receptividade da grávida com relação ao bebê. No final do sexto mês os movimentos do bebê são de acomodação. Para algumas grávidas ocorre ao mesmo tempo alegria e certa ansiedade, pois o bebê está se desenvolvendo bem. Enquanto outras, entram em crises de ansiedade por não estabelecerem uma boa relação com as alterações físicas, por exemplo: dores no baixo ventre, e identificando isto, como ameaça de perda do bebê. A ansiedade varia de mulher para mulher dependendo do nível de amadurecimento e preparo para ter um filho. A mãe pode ficar mais ansiosa, caso um dia passe sem sentir o movimento de bebê, pode achar que está acontecendo algo de ruim, e medo de morte intra-uterina.

A gravidez propicia um amadurecimento sexual, pois a mulher se sente mais mulher. O relacionamento sexual durante a gravidez deve só ser evitado sob orientação médica, caso seja uma gravidez de risco. Pode ocorrer diminuição do desejo sexual tanto na mulher quanto no homem por vários aspectos: sociais, culturais, medo de perder o bebê, medo de machucar o bebê, ou mesmo o fato da mulher estar assumindo um novo papel e estar aprofundando sua relação com seu próprio corpo.

No último trimestre da gravidez, o nível de ansiedade tende a aumentar devido a proximidade do parto, e a expectativa de como será a vida depois que seu filho nascer. Neste período às vezes, aparecem temores, como medo de morrer no parto, não ter leite suficiente, deformação dos órgãos genitais, perda da liberdade. Esses temores podem aparecer também através de sonhos.

No último mês devido às alterações físicas (peso e volume aumentado, dores nas costas, falta de ar) podem gerar sensações de aflição, angústia e nervosismo, que depende de cada mulher (MAZZEI, 1993).

Considerando alguns estudos sobre o stress pré-natal, HERRENKOHL (1986) menciona que pesquisas com animais demonstram que o stress pré-natal feminiliza e desmasculiniza o comportamento sexual de machos, e reduz a fertilidade e a fecundação em fêmeas, produzindo desordens no ciclo estrogênico; aborto espontâneo, ou hemorragia vaginal e alta mortalidade neonatal. Mecanismos do stress estão sendo investigados na troca sanguínea mãe-feto, alterações hormonais nas gonadas-pituitária-hipotálamo e adrenalina, e nas catecolaminas a nível cerebral. Em pesquisa recente, demonstrou-se que atitudes negativas da mãe durante a gravidez estão relacionadas a alta incidência de anormalidades congênitas e mortes infantis. O alto nível de stress psicossocial está relacionado com o alto índice de mortes neonatal e danos neurológicos na infância, e a um alto índice de desordens psiquiátricas quando adulto. Dados derivados de pesquisas com animais e humanos, podem ajudar a explicar a etiologia e mecanismo de indução-stress-pré-natal, reproduzindo disfunções bem como tipos de psicopatologias humanas.

Em estudo realizado com animais, SECOLI (1993) investigou os efeitos do stress pré-natal no desenvolvimento e comportamento dos descendentes. Neste estudo foram utilizadas ratas da Cepa Wistar com três meses de idade, divididas em dois grupos: Grupo Controle: Fêmeas sem qualquer manipulação durante o período gestacional e Grupo Tratado: Fêmeas expostas a modalidades de stress brando crônico imprevisível

durante a segunda e terceira semanas de gravidez. O stress provocado incluiu estímulos aversivos, como privações ocasionais de alimento e água, agrupamento das fêmeas, exposição à luz estroboscópica por período de 2-3 horas. Avaliou-se também as ninhadas, no se refere ao desenvolvimento somático e neuro-comportamental. Os resultados demonstraram que o stress causou: redução de peso das fêmeas, redução do tamanho das ninhadas, e redução da distância anu-genital dos machos, adiantamento no desdobraimento de orelhas e abertura de olhos. Na idade adulta, o stress pré-natal e a manipulação na infância, afetaram o comportamento exploratório/emocional dos animais.

Este último estudo apontou riscos do stress pré-natal, contudo estudos com humanos têm focado outros riscos para a grávida e seus filhos.

O estudo realizado por CLIFFORD; WEAVER e HAY (1989) investigou mulheres com relação aos eventos de vida, ansiedade (estado e traço) suporte social no início da gravidez, novamente no segundo trimestre da gestação e terceiro trimestre da gestação. Os dados coletados foram relativos a complicações maternas durante a gestação, dificuldades no trabalho de parto e condições da criança. Participaram do estudo 93 mulheres com média de idade de 25,5 anos, 43 primipáras e 50 multipáras, 78% eram de classe social de trabalho manuais ou de acordo com a ocupação de seus maridos. Foram utilizados três instrumentos: Lista de eventos de vida; Questionário de suporte social; Inventário traço-estado de ansiedade e Folheto informativo.

Os resultados apontaram que mulheres com partos com

complicações, tinham alta frequência de situações, acontecimentos estressantes durante a gestação e associados a efeitos, resultados negativos, quando comparado com mulheres que tiveram parto normal. Traço de ansiedade foi mais alto com mulheres que tiveram partos com complicações e, o estado ansiedade foi alto no primeiro trimestre, declinando no segundo e terceiro trimestre de gestação. As mulheres com parto normal tiveram baixo estado de ansiedade no primeiro trimestre, e um leve aumento no segundo e terceiro trimestre da gestação. Suporte Social com as mulheres com partos com complicações, se encontrou alto suporte social no primeiro trimestre e declínio nos 2o e 3o trimestre de gravidez. Mulheres com parto normal tiveram alto suporte social no 2o e declínio no 3o trimestre de gravidez.

Os dados encontrados demonstraram que a combinação dos Eventos de vida, falta de Suporte Social, Estado e Traço de Ansiedade contribuem para o resultado de uma gravidez com complicações. O stress psicossocial é um fator de uma gravidez e parto com complicações.

Um outro estudo investigou o Padrão de Comportamento materno e a relação com o comportamento de seus filhos. PARKER BARRET (1992) encontraram que mães com comportamento Tipo A têm bebês com comportamento Tipo A. Mães caracterizadas Tipo A, com personalidade marcante, dinâmicas, pouco pacientes, competitivas, tensas e com envolvimento com o trabalho, tiveram bebês que, nos três primeiros meses de vida, eram agitados, nervosos e choravam excessivamente por um período de tempo maior, quando comparados com bebês de mães Tipo B de comportamento, mais tranquilas, menos competitivas e com menor envolvimento com o trabalho.

O estudo descritivo - correlacional realizado por ALBRECHT e RANKIN (1989) buscou diagnosticar comportamentos saudáveis, níveis de ansiedade, e suporte social de mulheres grávidas, entre vinte e quarenta anos, as quais não possuíam complicações de saúde, e eram pacientes de quatro Clínicas Obstétricas particulares numa cidade metropolitana. Contudo, a amostra foi uma abordagem não probabilística, variação sócio - econômica, raça e grupos religiosos foram representados. Os três instrumentos usados para testar as hipóteses foram: Inventário Traço-Estado de Ansiedade (STAI), Questionário de Recurso Pessoal (PRQ) e Questionário Demográfico Detalhado de Comportamentos Saudáveis. Os resultados indicaram diferença não significativa entre grávidas fumantes e grávidas não fumantes, nos escores do STAI e PRQ. Correlação significativa positiva encontrou-se nas seguintes variáveis: Traço-Ansiedade com aumento da idade da grávida; Traço-Ansiedade com alto nível educacional; Traço-Ansiedade com Estado-Ansiedade; Traço - Ansiedade com anos de casamento; Traço-Ansiedade com número de filhos; Traço - Ansiedade com alto nível ocupacional; aumento da idade com suporte PRQ; mulheres caucasianas examinavam seus seios mais frequentemente; gestantes fumantes também eram as que mais bebiam. Correlação negativamente significativa: aumento-ansiedade com diminuição do suporte social; alto Traço-Ansiedade com baixo PRQ e maior consumo de álcool por dia com baixo suporte social. O estudo demonstrou que as mulheres que continuam fumando durante a gestação eram de níveis educacionais elevados. Todas tinham até o segundo ano universitário, e apenas 45% tinham completado a graduação. As grávidas trabalhavam em gerenciamento e/ou como profissional liberal.

O autor sugere que, isto tem implicações para intervenções da enfermagem, enfocando o aprendizado de modelos saudáveis e estratégias para reduzir a relação trabalho-stress durante a gestação.

COLASANTI (1980) em seu livro sobre "A Nova Mulher", aborda entre outros assuntos, a questão da mulher que trabalha fora e a tarefa de criar seus filhos, com sua própria experiência de vida. Relata momentos difíceis, os quais viveu principalmente no final de gravidez, como andar sob calor intenso, pegar ônibus lotado, organizar suas atividades de trabalho, situações estas desagradáveis. Menciona que tudo o que viveu, realmente foi importante, pois tinha a responsabilidade e a consciência que queria ser mãe e ter a filha, e também o compromisso com o trabalho. Fez a opção de trabalhar até o último mês de gravidez, e depois passou os quatro meses de licença, somente nos cuidados com a filha, e, logo após, retornou ao trabalho. Refere que é difícil sair de casa e deixar os filhos, porém, enfatiza que mesmo trabalhando fora, estará perto da filha, não na figura física mas em ser "uníssomo". Demonstra que é possível conciliar o papel de ser mãe e profissional de uma maneira mais amena.

Sem dúvida, nem todas as mulheres grávidas possuem uma compreensão clara dos estressores que necessitam enfrentar durante a gravidez e, talvez, nem todas saibam manter uma atitude positiva, ou possuam técnicas, que lhes possibilitem lidar com estes fatores estressantes. A necessidade de se investigar o stress na mulher grávida existe, não só no sentido de se avaliar quais são as fontes estressoras, mas também quanto a que efeitos têm. Além disso, seria útil in

investigar quais as técnicas mais frequentemente usadas por mulheres grávidas para lidar com o stress durante a gravidez, a fim de se organizar um trabalho de profilaxia com esta população.

O presente estudo, com mulheres grávidas que trabalham fora e donas-de-casa, em seu último trimestre de gestação, objetivou investigar se havia diferença significativa entre os dois grupos no que se refere a: incidência do stress; as principais fontes estressoras atuantes na gravidez; os sintomas psicológicos e físicos vivenciados pelas gestantes, e que estratégias eram utilizadas por elas para lidar com os sintomas apresentados. Adicionalmente, se pesquisou a correlação entre sintomas do stress, fontes estressoras e estratégias para lidar com o stress.

METODO

A amostra foi composta de quarenta (40) gestantes, entre vinte e dois a trinta e seis anos, que concordaram em participar voluntariamente deste estudo. As participantes foram divididas em dois grupos: o Grupo I - foi composto de vinte (20) gestantes - donas-de-casa, de nível de escolaridade primeiro grau (incompleto); enquanto que o Grupo II - se constituiu de vinte (20) gestantes que trabalhavam fora, de nível de escolaridade primeiro grau (incompleto e completo).

As participantes foram escolhidas de acordo com os critérios: a) terceiro trimestre da gestação (28 a 42 semanas); b) múltipara (de 1 a 4 filhos); c) casadas e/ou vivendo com companheiro; d) desenvolvimento gestacional não patológico; e) não estar ingerindo medicação, a não ser vitaminas.

CRITERIOS

a) Terceiro trimestre: por se considerar este período de intensa expectativa e preocupação, devido a proximidade do momento do parto.

b) Múltipara: priorizou-se esta condição, a fim de se investigar a relação com os filhos e, a expectativa da chegada de outro filho.

c) *Casadas e/ou vivendo com companheiro*: referiu-se a esta condição, ao fato de se considerar o relacionamento conjugal; o suporte e o compartilhar do marido/companheiro nesta fase gestacional.

d) *Desenvolvimento gestacional não patológico*: determinou-se esta questão, devido as intercorrências patológicas provocarem alterações fisiológicas e/ou psicológicas, desta maneira interferindo na análise, já que o estudo se voltou a investigar a gestação em si, e não a influência da patologia na gestação.

e) *Não estar ingerindo medicação*: considerou-se esta condição, ao fato dos medicamentos poderem provocar alterações fisiológicas e/ou psicológicas, alterando assim o funcionamento gestacional. Para este estudo, apenas a ingestão de vitaminas foi o medicamento constatado, considerando que as vitaminas não afetam e/ou provocam alterações que possam interferir no funcionamento gestacional.

MATERIAL

A bateria de testes elaborada para a coleta de dados, apresenta-se da seguinte forma:

- 1) *Dados de Identificação*
- 2) *Inventário Tipo A (LIPP, 1984)*
- 3) *Crenças Irracionais (ELLIS, 1973)*
- 4) *Inventário de Sintomas de Stress (ISS) (LIPP, 1989)*
- 5) *Levantamento de Fontes*
- 6) *Levantamento de Estratégias*

1) *Dados de Identificação*

Nesta parte se investigou a idade; idade gestacional; ingestão de medicação; desenvolvimento gestacional; estado civil; número de filhos; nível de escolaridade; renda familiar e profissão.

2) *Inventário de Padrão de Comportamento Tipo A*

O inventário conta com dez afirmações, que devem ser respondidas pela escolha: verdadeiro ou falso. Os itens foram elaborados por LIPP (1984) com base nas características do Padrão de Comportamento Tipo A, identificados por FRIEDMAN e ROSEMAN (1974), e o conjunto das respostas indica, se a pessoa possui o Padrão de Comportamento Tipo A, Tipo B ou misto dos dois. Este Inventário se refere a três traços do Padrão de Comportamento Tipo A: pressa, hostilidade e polifasia (ou seja, a habilidade de pensar ou fazer mais de uma coisa de cada vez).

A pesquisadora lia as afirmações, e anotava as respostas (verdadeiro ou falso) emitidas pelas gestantes.

Alguns itens do Inventário:

"Faço duas ou mais coisas ao mesmo tempo (ex. ler e ver TV; falar no telefone e ler; ouvir alguém e escrever sobre outro assunto)"

"Irrito-me com as pessoas que incluem muitos detalhes em sua fala"

3) *Levantamento de Crenças Irracionais*

Este instrumento é composto de doze afirmativas, as quais a pessoa deve responder "concordo", "discordo", "não

sei". Foi elaborado com a finalidade de estudar as crenças irracionais descritas por ELLIS (1973).

As afirmações foram lidas pela pesquisadora, que também anotava as respostas emitidas pelas gestantes.

Algumas afirmativas são:

" E extremamente necessário para um ser humano ser aprovado por todos, em tudo o que faz"

" Deve-se ter um controle absoluto e perfeito sobre as coisas"

4) Inventário de Sintomas de Stress (ISS)

Este Inventário consta de sintomas agrupados em físicos e psicológicos, relacionados numa prova apresentada por LIPP (1989). O ISS permite um levantamento dos sintomas presentes, e a identificação da fase do stress em que a pessoa se encontra. Dividi-se em três quadros:

QUADRO 1 - destina-se a levantar os sintomas físicos e psicológicos, experimentados nas últimas vinte e quatro horas;

QUADRO 2 - destina-se a levantar os sintomas físicos e psicológicos, experimentados na última semana;

QUADRO 3 - destina-se a levantar os sintomas físicos e psicológicos experimentados na última semana, porém mais significativos de um stress em fase de exaustão.

O ISS possibilita diagnosticar em que fase do stress a pessoa se encontra: fase de alarme, fase de resistência, fase exaustão.

Para melhor compreensão dos itens do Inventário, as palavras usadas para designar alguns sintomas, foram modificadas. Julgou-se necessário esta adaptação em função do nível educacional da amostra. Os sintomas foram descritos com sinônimos e/ou expressões similares.

Os itens modificados foram:

- * sudorese - suor
- * mandíbula - área próxima ao queixo
- * insônia - grande dificuldade em dormir
- * taquicardia - batimento do coração acelerado
- * hiperventilação - respiração curta e rápida
- * súbito - repentino
- * motivação - vontade para fazer algo
- * dermatológico - doença de pele
- * emotiva - demonstrar emoção
- * libido - desejo sexual
- * tiques - movimento repetitivo, quando se está nervoso
- * apatia - indiferença, insensibilidade
- * ansiedade - aflição

5) Levantamento de Fontes do Stress

O Levantamento de Fontes do Stress foi elaborado com base nas informações coletadas num Estudo Piloto, realizado antes deste trabalho e, nas fontes estressoras femininas mencionadas por SHAEVITZ(1986), que se refere a diversas fontes. Contudo, para este estudo se incluiu somente as fontes referentes ao planejamento das refeições e limpeza da casa; cuidado e acompanhamento dos filhos a médicos, dentistas, psicólogos e outros. Não se incluiu as demais fontes pelo fato de

SHAEVITZ focar em seu livro, a mulher que possui dupla jornada de trabalho, ou seja, trabalha fora e administra o lar, e o referido estudo envolveu também um grupo de mulheres grávidas que não trabalhavam fora. O instrumento utilizado no presente estudo buscou investigar a existência ou não das fontes de stress, e quais são as mais estressantes para mulheres grávidas. Alguns itens do instrumento são:

" Preocupar-se com as dores do parto "

" Preocupar-se com a anestesia "

" Preocupar-se com a cirurgia - cesaria "

Os itens foram lidos pela pesquisadora e, anotadas as respostas emitidas pelas gestantes.

6) **Estratégias**

O Levantamento de Estratégias foi elaborado baseando-se no Estudo Piloto realizado e, no Levantamento de Estratégias para lidar com o Stress de GIRDANO e EVERLY (1979). Todas as estratégias mencionadas no Estudo Piloto foram incluídas no instrumento. Com relação ao Levantamento de Estratégias de GIRDANO e EVERLY foram excluídos os itens 4, 6, 11, 12, 13 e 14, os quais foram substituídos por itens do Estudo Piloto, e os demais itens sofreram modificações, voltando-se para a amostra de gestantes. O instrumento visou levantar as estratégias mais utilizadas pelas mulheres grávidas.

Alguns exemplos:

" Costumo planejar meu tempo para realizar minhas tarefas diárias "

" Costumo conversar com amigos ou familiares, quando estou preocupada "

" Realizo exercícios preparatórios para o parto "

A pesquisadora lia os itens e anotava as respostas emitidas pelas gestantes.

PROCEDIMENTO

Inicialmente, fez-se contato com profissionais responsáveis por Serviços de Assistência Médica a Mulher e médicos Obstetras. Dois Serviços de Assistência Médica a Mulher - um Serviço de Assistência Médica ligado a Prefeitura de Campinas, SP, e outro Serviço de Assistência Médica a Mulher ligado a um Hospital de Campinas, SP, se dispuseram a colaborar no Estudo. Contou-se também com o auxílio de um médico Obstetra de Limeira, SP, que atendia pacientes de convênios industriais. A pesquisadora apresentou-se aos responsáveis pelos Serviços e médicos, explicando os objetivos do Estudo. E após a autorização concedida pelos responsáveis e médicos, a pesquisadora deu início ao processo de coleta de dados.

LOCAL

Salas no próprio local de atendimento médico, com uma mesa e três cadeiras. Tanto nos Serviços de Assistência Médica, quanto no consultório médico.

A pesquisadora fez contato com as secretárias, nos locais de atendimento médico e, em conjunto com as mesmas, foram selecionadas as gestantes de cada dia do atendimento médico, então, a pesquisadora comparecia no local(a pesquisa

dora comparecia 3 a 4 dias da semana, estipulados pelos médicos responsáveis). Ocorreram dias em que a pesquisadora comparecia para as entrevistas, porém do número total de gestantes que iriam receber atendimento médico, nenhuma preenchia as especificações para esta pesquisa.

Pesquisadora e secretária do local de atendimento, primeiramente selecionavam as gestantes através dos prontuários, em cada dia marcado para o comparecimento e, realização das entrevistas. A seleção constava em separar prontuários segundo os critérios anteriormente descritos. Após a seleção dos prontuários e, seguindo a ordem de chegada das gestantes nos consultórios, estas eram encaminhadas para a sala, onde se encontrava a pesquisadora, para as entrevistas, isto antes de passarem pelo atendimento médico. Na sala, com a gestante (individualmente), a pesquisadora se apresentava e explicava a finalidade da pesquisa. A pesquisadora mencionava que era aluna do curso de Pós-Graduação da PUCCAMP e, que estava realizando uma pesquisa com gestantes. Questionava a gestante, se ela poderia responder à alguns questionários, informando que os dados seriam confidenciais, não se identificando a pessoa. Somente após a gestante concordar voluntariamente a participar, é que a pesquisadora iniciava o trabalho.

A cada teste, a pesquisadora lia os itens a gestante e, após a emissão da resposta, anotava no formulário do teste.

As entrevistas individuais tiveram um tempo médio de duração de 60 minutos.

RESULTADOS

A fim de analisar os dois grupos que fizeram parte do estudo e, verificar se havia diferença significativa entre o grupo de gestantes que trabalhava fora e grupo de gestantes donas-de-casa, em qualquer dos aspectos estudados, utilizou-se o teste T de student e o Chi quadrado para amostras não pareadas. O coeficiente de correlação de Pearson foi utilizado adicionalmente, para verificar a correlação entre sintomas do stress, fontes estressoras e estratégias para lidar com o stress. O nível de significância, $p = 0,10$, foi utilizado para as análises.

De acordo com os dados colhidos através dos testes aplicados, os resultados apurados apresentam-se desta forma:

IDADE:

As gestantes do Grupo de donas-de-casa possuíam idades de 22 a 36 anos, tendo em média 27,5 anos e, o Grupo de gestantes que trabalhava fora tinha de 23 a 36 anos e, em média 27,95 anos. Entre os dois grupos não se encontrou diferença significativa com relação as idades, ($T = 0,34$, com 38 graus de liberdade e $p = 0,73$).

RENDA FAMILIAR:

A renda familiar das gestantes, no grupo de donas-de-casa, a média foi de 2,96 salários mínimos e, no grupo de gestantes que trabalhava fora, a média foi de 3,07 salários

mínimos. A diferença não foi significativa, conforme mostra a Tabela 1.

TABELA 1 - Distribuição das gestantes quanto a renda familiar em salários mínimos.

RENDA FAMILIAR EM SALARIOS MINIMOS		
SUJEITOS	GRUPO Donas-de-casa	GRUPO Trabalha fora
1	2	2
2	3	2
3	8,32	3
4	2	6
5	3,43	3,73
6	4	1,52
7	2,60	2,73
8	0,91	1,16
9	1,97	2,33
10	2,10	1,40
11	1,05	3,50
12	1,05	2,33
13	18,67*	3,03
14	2,33	2,38
15	2,10	3,81
16	1,63	2,86
17	3,50	2,62
18	4,76	4,76
19	3,57	8,28
20	5,95	1,98
TOTAL	56,27	61,42
MEDIA	2,96	3,07

*Renda familiar era muito diferente das demais(18,67), que foi excluída dos cálculos para evitar distorções

IDADE GESTACIONAL:

As gestantes dos grupos estavam no último trimestre da gravidez, de 28 a 42 semanas. Na Tabela 2, pode-se verificar a distribuição das mesmas, de acordo com o número de semanas gestacionais. Não houve diferença significativa entre os grupos ($T=1,45$ com 38 graus de liberdade e $p = 0,15$).

TABELA 2 - Distribuição das gestantes de acordo com a idade gestacional, no intervalo de 3 semanas gestacionais

SEMANA GESTACIONAL	GRUPO Donas-de-casa	GRUPO Trabalha fora
28 ----- 31	4	8
32 ----- 35	5	8
36 ----- 42	11	4
TOTAL	20	20

NUMERO DE FILHOS:

As gestantes multiparas nos dois grupos, ficaram distribuídas da seguinte maneira: Grupo donas-de-casa - com 1 filho = 8; com 2 filhos = 8 e com 3 filhos = 4 gestantes. Grupo trabalhava fora - com 1 filho = 10; com 2 filhos = 5; com 3 filhos = 2 e com 4 filhos = 3 gestantes. Nota-se que o no Grupo de gestantes donas-de-casa não houve gestante com 4 filhos. O teste Chi quadrado, revelou não haver diferença significativa ($\chi^2 = 4,58$; com 3 graus de liberdade; $r = 0,20$) entre os grupos quanto ao número de filhos.

NIVEL DE ESCOLARIDADE:

O nível de escolaridade no Grupo de gestantes donas-de-casa foi em sua totalidade de primeiro grau incompleto. E no Grupo de gestantes que trabalhavam fora, 16 tinham primeiro grau incompleto e 4 tinham o primeiro grau completo.

PROFISSOES DAS GESTANTES QUE TRABALHAVAM FORA:

As gestantes tinham as seguintes profissões: empregada doméstica = 6 ; faxineira = 2 ; vendedora = 2 ; auxiliar de cozinha = 2; ajudante geral = 2; embaladora = 1; cabelereira = 1; auxiliar de limpeza = 1; babá = 1; demonstradora = 1; e comerciante autônoma: 1 gestante.

DADOS PSICOLÓGICOS

FASES DO STRESS:

A avaliação dos resultados obtidos pelo ISS detectou a presença do stress nos dois Grupos de gestantes. No Grupo de donas-de-casa, 16 delas encontravam-se na fase de resistência do stress, 1 na fase de exaustão e, somente 3 não apresentaram stress. Do total de sintomas deste Grupo, 75% deles eram de ordem psicológica e 25% eram de ordem física. No Grupo de gestantes que trabalhava fora, 17 estavam na fase de resistência do stress, 1 na fase de exaustão e 2 não apresentaram stress. Neste grupo, do total de sintomas apontados, 90% foram psicológicos e 10% físicos.

Observa-se que nos dois grupos a presença do stress foi muito grande na maioria das gestantes, com elevado número delas se encontrando na fase de resistência. O teste T ($T = 0,43$, com 38 graus de liberdade, $p = 0,66$), comprova estes dados, mostrando não haver diferença significativa entre os grupos.

SINTOMAS:

As gestantes que trabalhavam fora mencionaram mais sintomas do stress, num total de 411 sintomas e o grupo de donas-de-casa 331 sintomas.

Ambos os grupos, apresentaram mais sintomas psicológicos que físicos, sendo que o grupo de gestantes que trabalhava fora, apresentou ainda mais sintomas psicológicos que o grupo de donas-de-casa. O teste T mostra que a diferença foi significativa ($T = 1,97$, com 38 graus de liberdade e $p = 0,05$).

Entre os Grupos não houve diferença significativa no que se refere aos sintomas físicos ($T = 0,81$, com 38 graus de liberdade e $p = 0,42$).

SINTOMAS PSICOLÓGICOS E FÍSICOS

NO GRUPO QUE TRABALHA FORA

As gestantes deste grupo apontaram uma média de 20,55 sintomas do stress, com uma dispersão de 3 a 32 sintomas, indicando a falta de uniformidade quanto ao número de sintomas apontados. Adicionalmente, encontrou-se predominância dos sintomas psicológicos, uma vez que 18 gestantes possuíam mais sintomas deste tipo. A diferença foi muito significativa ($T = 3,52$, com 38 graus de liberdade e $p = 0,001$) entre os sintomas físicos e psicológicos .

SINTOMAS PSICOLÓGICOS E FÍSICOS

NO GRUPO DONAS-DE-CASA

O grupo de gestantes donas-de-casa apontou em média 16,55 sintomas do stress, sendo a dispersão de 4 a 35 sintomas, o que demonstrou uma ausência de uniformidade quanto aos sintomas apontados. O grupo teve mais sintomas psicológicos que físicos, sendo que 15 gestantes possuíam mais este tipo de sintoma. A diferença foi significativa ($T = 1,74$, com 38 graus de liberdade e $p = 0,08$) entre os sintomas físicos e psicológicos.

SINTOMAS PSICOLÓGICOS

Com o Grupo de gestantes que trabalhava fora os 4 sintomas psicológicos mais frequentes foram: 1) Diminuição da libido; 2) Pensar constantemente num só assunto; - Irritabilidade excessiva; 3) Sensibilidade emotiva excessiva; 4) Irritabilidade sem causa aparente.

O grupo de gestantes donas-de-casa apontou como os 4 sintomas psicológicos mais frequentes: 1) Irritabilidade excessiva; 2) Sensibilidade emotiva excessiva; - Diminuição da libido; - Cansaço excessivo; 3) Pensar constantemente num só assunto; - Hipersensibilidade emotiva; 4) Irritabilidade sem causa aparente; - Angústia/Ansiedade diária.

As gestantes sem stress, não apontaram o sintoma - Angústia/ansiedade diária.

SINTOMAS FÍSICOS

Os sintomas físicos mais frequentemente mencionados pelo grupo de gestantes que trabalhava fora foram: 1) Sensação de desgaste físico constante; - Cansaço constante e Insônia; 2) Dificuldades sexuais; 3) Tontura / Sensação de estar flutuando; 4) Hiperventilação.

Com o grupo de gestantes donas-de-casa, os 4 sintomas mais frequentes foram: 1) Insônia; 2) Sensação de desgaste físico constante; Cansaço constante; 3) Aumento da sudorese; Dificuldades sexuais; 4) Mudanças de apetite.

Os sintomas psicológicos menos mencionados pelo grupo de gestantes que trabalhava fora foram: 1) Pesadelos; 2) Aumento súbito de motivação. No grupo de gestantes donas-de-casa foram: 1) Vontade súbita de iniciar novos projetos; Pensar/Falar constantemente num só assunto; 2) Entusiasmo

Os sintomas físicos menos mencionados pelo grupo de gestantes que trabalhava fora foram: 1) Mãos (pés) frios; Hipertensão arterial súbita e passageira;- Hipertensão arterial; - Ulcera; 2) Taquicardia; - Aparecimento de problemas dermatológicos; -Diarréia frequente; - Problemas dermatológicos prolongados. No grupo de gestantes donas-de-casa os sintomas foram: 1) Hipertensão arterial súbita e passageira; 2) Diarréia passageira; - Hipertensão arterial; - Problemas dermatológicos prolongados.

Observou-se que, nos dois Grupos, houve uma certa concordância em apontar os sintomas, tanto os mais frequentes quanto os menos frequentes.

PADRÃO DE COMPORTAMENTO TIPO A:

No Grupo de donas-de-casa, 19 gestantes apresentaram Padrão de Comportamento Tipo A e, apenas 1 gestante foi classificada como possuindo o Padrão de Comportamento Tipo B. No Grupo de gestantes que trabalhava fora, todas apresentaram Padrão de Comportamento Tipo A. Deste modo, do total da amostra, apenas 1 foi classificada como possuindo o Tipo B de Padrão de Comportamento.

CRENÇAS IRRACIONAIS

Observou-se no Grupo de donas-de-casa em sua totalidade, elas possuíam crenças irracionais, e no Grupo de gestantes que trabalhava fora, apenas 2 gestantes não possuíam crenças irracionais.

Dentre as 12 crenças que compunham o teste, as 4 mais

frequentes, no grupo de gestantes *donas-de-casa* foram: 1) As desgraças do ser humano são causadas por pessoas e/ou eventos externos; - As pessoas sempre precisam de alguém mais forte do que elas próprias para se apoiar; - Deve-se ter um controle absoluto e perfeito sobre as coisas. 2) 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; 3) Certos atos são terríveis e pecaminosos, e, por isso, devem ser severamente punidos; 4) Se alguma coisa pode ser perigosa ou amedrontadora, deve-se ficar extremamente perturbado por isso.

No grupo que *trabalhava fora* as 4 crenças mais frequentes foram: 1) Deve-se ser absolutamente competente, inteligente e merecedor de todo o respeito; 2) Certos atos são terríveis e pecaminosos, e, por isso, devem ser severamente punidos. 3) Deve-se ter um controle absoluto e perfeito sobre as coisas. 4) Se alguma coisa pode ser perigosa ou amedrontadora, deve-se ficar extremamente perturbado por isso; - As pessoas sempre precisam de alguém mais forte do que elas próprias para se apoiar.

As gestantes dos dois grupos apontaram crenças em comum, porém a frequência referida a cada crença, é que diferenciou os grupos.

As crenças menos frequentes, no grupo de gestantes *donas de-casa* foram: 1) A felicidade humana pode ser adquirida através da inércia e inação; 2) Porque algo afetou fortemente a vida de alguém um dia, vai continuar a afetá-la indefinidamente; 3) É extremamente necessário para um ser

humano ser aprovado por todos, em tudo o que faz. 4) É mais fácil evitar do que enfrentar as dificuldades da vida e as próprias responsabilidades; - Não se tem, praticamente, nenhum controle sobre as próprias emoções; - Não se pode controlar as emoções que certos eventos nos causam.

No grupo que trabalhava fora, as 4 crenças menos frequentes foram: 1) Porque algo afetou fortemente a vida de alguém um dia, vai continuar a afetá-lo indefinidamente; 2) A felicidade humana pode ser adquirida através da inércia e inação; 3) É extremamente necessário para um ser humano ser aprovado por todos, em tudo o que faz; - As desgraças do ser humano são causadas por pessoas e/ou eventos externos; 4) É mais fácil evitar do que enfrentar as dificuldades da vida e as próprias responsabilidades; - Não se tem, praticamente, nenhum controle sobre as próprias emoções; - Não se pode controlar as emoções que certos eventos nos causam.

Verificou-se não haver diferença significativa entre os os grupos ($T = 0,08$, com 38 graus de liberdade e $p = 0,94$). No que se refere as crenças mais frequentes como as menos frequentes, elas foram semelhantes nos dois Grupos.

FONTES ESTRESSORAS

Na análise das respostas dadas ao questionário com 21 itens usado para investigar as fontes estressoras, que mais afetam a mulher grávida, se verificou no grupo que trabalhava fora a média 12 fontes estressoras e, no grupo de donas-de casa a média de 8,4 fontes estressoras. A Tabela 3 apresenta o número de fontes estressoras em cada Grupo.

Tabela 3 -Número de Fontes Estressoras no Grupo de gestantes donas-de-casa e no Grupo que trabalhava fora

GRUPO/SUJEITOS Donas-de-casa	Nº de fontes estressoras	GRUPO/SUJEITOS Trabalha fora	Nº de fontes estressoras
1	11	1	3
2	4	2	8
3	7	3	13
4	4	4	15
5	14	5	15
6	8	6	11
7	4	7	15
8	8	8	8
9	8	9	8
10	4	10	13
11	8	11	11
12	6	12	13
13	11	13	14
14	13	14	16
15	14	15	18
16	8	16	17
17	9	17	15
18	11	18	10
19	11	19	8
20	5	20	9
TOTAL	168	TOTAL	240
MEDIA	8,4	MEDIA	12

A Tabela 3 mostra que o grupo de gestantes que trabalha fora apresentou um número maior de fontes estressoras. O Teste T confirma haver uma diferença muito significativa entre os dois Grupos, ($T = 3,17$, com 38 graus de liberdade e $p = 0,003$).

A fim de verificar se havia uma correlação entre o número de sintomas de stress e de fontes estressoras para cada gestante, calculou-se o coeficiente de correlação entre variáveis. Verificou-se tal correlação no Grupo de gestantes que trabalhava fora ($r = 0,7454$ e $p = 0,0002$), e não se encontrou correlação significativa com as donas-de-casa ($r = 0,3407$ e $p = 0,14$).

As 4 fontes mais mencionadas pelo grupo que trabalhava fora foram: 1) Verificar a presença de sintomas como: insônia,

medo, ansiedade, irritação, fadiga, depressão, alienação e outros ; Preocupar-se com o nascimento de um bebê saudável; Preocupar-se com a situação financeira; 2) Ter dificuldades com a aceitação desta gravidez; 3) Ter dificuldades no relacionamento com o marido/companheiro;- Preocupar - se com as dores do parto; 4) Acompanhar filhos a médicos, dentistas, psicólogos e outros.

No grupo de *donas-de-casa*, as 4 fontes mais frequentes foram: 1) Preocupar-se com o nascimento de um bebê saudável; 2) Verificar a presença de sintomas como insônia, medo, ansiedade, irritação, fadiga, depressão, alienação e outros; 3) Preocupar-se com a situação financeira; 4) Verificar a presença de sintomas como: enjoô, tontura, vômito, dores no corpo, falta de apetite, taquicardia, pressão arterial alterada e outros.

Observa-se que, algumas fontes estressoras se repetem, porém a frequência referida as mesmas é diferente.

As fontes *menos frequentes*, no grupo que *trabalhava fora* foram: 1) Ter dificuldades com a aceitação da gravidez pelos outros filhos; 2) Preparar as refeições;-Ter risco de aborto; Ter que reduzir suas atividades; 3) Ter dificuldades no relacionamento com familiares; 4) Executar a limpeza da casa; Ter sobrecarga de trabalho.

No grupo de *donas-de-casa* , as *menos frequentes* foram: 1) Ter sobrecarga de trabalho; Ter dificuldades com a aceitação da gravidez pelos outros filhos; 2)Ter risco de aborto; Preocupar-se com a estética corporal; 3) Ter dificuldades no relacionamento com o marido/companheiro; - Ter dificuldades com a aceitação desta gravidez; 4) Ter dificuldades no relacionamento com familiares; - Preocupar-se com a anestesia;

Ter tido dificuldades no trabalho; - Ter que reduzir suas atividades;- Observar alterações no comportamento sexual do marido/companheiro;-Acompanhar filhos a médicos,dentistas, psicólogos e outros.

Verificou-se que entre as fontes estressoras menos apontadas pelas gestantes, apenas algumas estão presentes nos dois Grupos.

ESTRATEGIAS UTILIZADAS

As estratégias utilizadas pelas gestantes para lidar com o stress foram semelhantes, não havendo diferença significativa entre as mesmas ($T = 0,37$, com 38 graus de liberdade e $p = 0,7$). A média de estratégias usadas pelo grupo de gestantes donas-de-casa foi de 6,65 e, com o grupo que trabalhava fora foi de 6,95 estratégias. A Tabela 4 apresenta o número de estratégias utilizadas pelas gestantes.

Tabela 4 - Número de estratégias apontadas pelo Grupo de gestantes donas-de-casa e Grupo que trabalhava fora

GRUPO/SUJEITOS Donas-de-casa	Nº/estratégias utilizadas	GRUPO/SUJEITOS Trabalha fora	Nº/estratégias utilizadas
1	8	1	11
2	11	2	9
3	7	3	2
4	6	4	9
5	7	5	3
6	8	6	3
7	4	7	10
8	3	8	8
9	8	9	10
10	6	10	5
11	5	11	7
12	6	12	7
13	8	13	12
14	6	14	3
15	7	15	6
16	3	16	7
17	9	17	7
18	3	18	5
19	10	19	9
20	8	20	6
TOTAL	133	TOTAL	139
MEDIA	6,65	MEDIA	6,95

A fim de verificar, se havia correlação entre os sintomas do stress e as estratégias utilizadas para com ele lidar, calculou-se o coeficiente de correlação. Encontrou-se no grupo de gestantes que trabalhava fora, uma correlação significativa entre sintomas do stress e número de estratégias usadas ($r = -0,4225$ e $p = 0,06$). Porém, no grupo de donas-de-casa não se verificou correlação significativa entre as variáveis ($r = -0,1534$ e $p = 0,51$).

As 4 estratégias mais frequentes, no grupo de gestantes donas-de-casa foram: 1) Realização do Pré-natal; 2) Minha família me dá apoio; 3) Quando estou preocupada, tento pensar em algo positivo; 4) Divido sensações, emoções, ansiedades com meu marido/companheiro.

No grupo que trabalhava fora as estratégias mais frequentes foram: 1) Realizo Pré-natal; 2) Quando estou preocupada, tento pensar em algo positivo; 3) Minha família me dá apoio; 4) Divido sensações, emoções, ansiedades com meu marido/companheiro; - Quando estou preocupada, "converso" com o bebê.

As 4 estratégias mais apontadas pelos dois grupos se repetiram entre eles, o grupo de gestantes que trabalhava fora se referiu a uma estratégia a mais, na quarta classificação apontada de acordo com a frequência mencionada.

As estratégias menos frequentes, no grupo de donas-de-casa foram: 1) Participo de algum grupo social ou de atividade, fora de minha família, que se reúne, pelo menos, uma vez por mês; - Pratico alguma forma de relaxamento profundo (ioga, meditação e outros); - Realizo exercícios preparatórios para o parto; 2) Exerço habitualmente um passatempo como: fazer crochê, ouvir música, passear, andar, pintar, costurar e outros; 3) Faço alguma coisa da qual realmente gosto e que é

só para o meu próprio benefício, pelo menos uma vez por semana; - Quando estou preocupada, "converso" com o bebê;

4) Em minha casa tenho um lugar onde posso me recolher para relaxar ou ficar sozinha.

No que trabalhava fora, as estratégias menos frequentes foram: 1) Realizo exercícios preparatórios para o parto; 2)Pratico alguma forma de relaxamento profundo (ioga, meditação e outros); 3) Participo de algum grupo social ou de atividade, fora de minha família, que se reúne, pelos menos, uma vez por mês; 4)Exerço habitualmente um passatempo como: fazer crochê, ouvir música, passear, andar, pintar, costurar e outros ; Faço três refeições saudáveis e balanceadas diariamente.

As estratégias menos apontadas pelas gestantes dos dois grupos foram comuns, porém o grupo de gestantes donas-de-casa apontaram três estratégias a mais, de acordo com a frequência referida por elas.

Nota-se que os grupos de gestantes convergem na maneira de lidar com o stress, como se observou na comparação da frequência de estratégias apresentadas por elas.

DISCUSSÃO

O presente estudo com gestantes que trabalhavam fora e gestantes donas-de-casa, comparou os grupos para detectar se havia diferença significativa, no que se refere ao nível de stress, às fontes estressoras e às estratégias utilizadas. Adicionalmente, investigou-se a correlação entre os sintomas, fontes e estratégias utilizadas.

A faixa etária dos grupos pode ser considerada, como uma etapa da vida adulta, caracterizada pela existência de muitos planos e objetivos a serem atingidos, tanto a nível de realização familiar quanto profissional, o que talvez, tenha se constituido uma fonte de stress adicional para os grupos.

A classe sócio-econômica detectada, representa uma camada da sociedade brasileira considerada de baixa renda. As profissões das gestantes que trabalhavam fora, em sua maioria, eram ocupações operacionais não qualificadas, mais típicas da classe salarial, onde os salários na maior parte oscilam de acordo com o salário mínimo. Contudo, a renda familiar deste grupo, foi um pouco mais elevada que as donas-de-casa, uma vez que as gestantes que trabalhavam fora tinham adicionalmente, o salário do marido/companheiro, que integrava a renda familiar.

As gestantes possuíam o primeiro grau incompleto de escolaridade, em quase toda a sua totalidade. Este dado justi

fica também, o fato de terem um nível sócio-econômico considerado baixo.

O nível sócio-econômico e o de escolaridade, poderiam ter contribuído para o stress encontrado nos grupos, já que alguns dos recursos básicos do próprio ambiente ou da própria pessoa para enfrentar e lidar com o stress, dificilmente estariam disponíveis para elas. De acordo com FOLKMAN, SCHAEFER e LAZARUS (1979) os recursos utilitários, como monetários, treinamentos para enfrentar o stress, etc., e acesso a assistência médica, legal e profissional em geral; favorecem uma saúde satisfatória, com mais energia e força de ânimo para enfrentar situações estressantes. Recursos estes, de difícil acesso à população de baixa renda. Embora as gestantes fossem assistidas por médicos, a qualidade dos Serviços de Assistência Médica da Rede Pública, ainda não podem ser considerados satisfatórios.

O dado encontrado, que as gestantes do grupo que trabalhava fora, tinham mais filhos, pode sugerir que, justamente por terem uma família mais numerosa, tenham mais necessidade em trabalhar, para complementar a renda familiar.

O stress detectado nos grupos ficou concentrado na fase de resistência, demonstrando que realmente o stress esteve presente de modo contínuo, durante a gestação das mulheres desta amostra. Sabe-se que durante a fase de resistência, o organismo, sob a ação do agente estressor, tenta manter a homeostase, enquanto uma constante hiperatividade córtico-supra-renal e um gasto de energia excessivo ocorrem, a fim de outras funções do corpo sejam mantidas (SELYE, 1965). Portanto, o fato de que estas gestantes se encontravam nesta fase, poderia prejudicar o desenvolvimento saudável da gestação.

O dado verificado, que as gestantes apresentaram mais sintomas psicológicos, pode ser devido, que a mulher nesta etapa da vida, esteja mais sensível, em processo de reestruturação e reajustamento, instável emocionalmente como menciona MALDONADO (1976) e MAZZEI (1993). Neste caso, estariam naturalmente mais suscetíveis a tensão, a pressão, a ansiedade, expectativas, medos e outros fatores internos que podem funcionar como fontes estressoras, do mesmo modo que possuir o Padrão de Comportamento Tipo A ou ter Crenças Irracionais (ELLIS, 1973) funcionariam.

O Padrão de Comportamento Tipo A, segundo FRIEDMAN e ROSENMAN (1974) e LIPP et al (1990) elicia constantemente uma resposta de stress, e a longo prazo compromete o sistema cardiovascular, além de poder provocar outras patologias.

O estudo de PARKER e BARRET (1992) abordou esse Padrão de Comportamento Tipo A, e realmente encontrou que as mães com esse Padrão tiveram filhos, que nos três primeiros meses de vida se apresentaram agitados, nervosos e choravam excessivamente quando comparado com filhos de mães com Padrão de Comportamento Tipo B.

Uma vez que os dois grupos apresentaram o Padrão de Comportamento Tipo A, não se pode relacionar este Padrão de Comportamento com o fato de se trabalhar fora ou não, mas sim com as características individuais de cada uma ou com a gestação em si. Provavelmente, este Padrão de Comportamento Tipo A, funciona como uma fonte de stress para essas gestantes. Contudo sugere-se mais pesquisas sobre Tipo A de Comportamento na gestação.

Pode - se considerar também como fonte estressora, as crenças irracionais adquiridas durante o desenvolvimento.

LIPP et al (1990) apontaram que o nível de stress experimentado pelo individuo, em uma situação específica, depende em grande parte, da interpretação que é dado ao evento, isto é das crenças que se tem quanto àquela situação. O presente estudo demonstrou que a maior parte das gestantes, apresentou alta frequência de crenças irracionais.

Considerando que as gestantes apontaram muitas crenças irracionais e, a maioria possuía o Padrão de Comportamento Tipo A, este fato pode demonstrar uma certa propensão ao stress. LIPP et al (1990) investigaram pacientes que procuraram o Centro Psicológico de Controle do Stress, e detectaram que 73% deles possuíam o Padrão de Comportamento Tipo A e, adicionalmente, estes pacientes tinham um número maior de crenças irracionais.

Os grupos apontaram crenças em comum, tanto as mais frequentes quanto as menos frequentes, porém a frequência apontada a cada crença foi um dado que diferenciou os grupos. ELLIS (1973) menciona que a situação em si, não torna a pessoa irritada ou tensa, mas é o que a pessoa pensa, como interpreta, suas crenças sobre o acontecido que causa a reação, o comportamento.

Observou-se que realmente as crenças irracionais estão presentes nos grupos, e talvez a interpretação dada a certas situações, e expectativas com o parto, as condições do feto, e outras possam se tornar preocupantes fontes de stress.

De acordo com as fontes estressoras apontadas pelos grupos, se encontrou que o grupo que trabalhava fora, apontou mais fontes estressoras que o grupo de gestantes donas-de casa, e adicionalmente, apresentaram mais sintomas do stress. Nota-se que este grupo que trabalhava fora, utilizava o mesmo

número de estratégias que o grupo de donas-de-casa. Era mesmo de se esperar que tivessem mais sintomas, pois tinham estratégias iguais e mais fontes de stress.

As ocupações das mulheres que trabalhavam fora, talvez, se constituíssem em mais fontes de stress. Segundo KYRIACOU (1981) o stress ocupacional é um estado emocional desagradável, que envolve tensão, frustração, ansiedade, exaustão emocional, decorrentes de aspectos do trabalho. Alguns estudos brasileiros confirmaram este dado com alguns profissionais, como as pesquisas de REINHOLD (1984); COVOLAN (1989); ROMANO (1989); SOARES (1990) e SILVA (1992).

Ambos os grupos de gestantes, apontaram fontes estressoras em comum, porém o grupo que trabalhava fora mencionou algumas fontes estressoras diferentes, dentre as quatro mais frequentes.

A fonte "Ter dificuldades com a aceitação desta gravidez", um fato interessante, uma vez que estas gestantes eram multipáras e, já tinham passado por esta experiência, talvez essas dificuldades com a aceitação da gravidez, possa ter relação com a situação familiar em que se encontravam, seja financeira ou emocional, porém este estudo não possui dados suficientes para inferir no resultado obtido.

Uma outra fonte estressora diferente, mencionada pelo grupo de gestantes que trabalhava fora, foi "Ter dificuldades no relacionamento com o marido/companheiro", um dado importante a se questionar, de que ordem seriam essas dificuldades. Os dados coletados não permitem esta análise, e outras pesquisas deveriam investigar este dado.

A fonte estressora "Preocupar-se com as dores do parto", não foi uma das quatro fontes mais frequentes no grupo de

gestantes donas-de-casa, mas foi uma das mais frequentes no que trabalhava fora. Essa preocupação com as dores do parto, talvez possa ter alguma relação com o nível de ansiedade, já que as gestantes que trabalhavam fora tinham mais sintomas do stress.

O estudo de CLIFFORD; WEAVER e HAY (1989) encontrou entre outros dados, que o traço de ansiedade foi mais elevado, em mulheres com partos com complicações, que em mulheres com parto normal.

Uma outra fonte "Acompanhar filhos à médicos, dentistas, psicólogos e outros", foi uma das mais frequentes no grupo que trabalhava fora, talvez, por trabalharem fora tenham pouco tempo para acompanhar seus filhos nas consultas, então, possam sentir-se culpadas por não conseguirem dar a atenção necessária a seus filhos, e/ou realmente esta atribuição lhes promovam esta preocupação. WITKIN-LANOIL (1985) menciona que as mães que trabalham fora, preocupam-se com a questão de estarem limitando suas famílias do tempo que lhes poderia dedicar, de modo que tentam compensá-las por isso, o que, às vezes, leva essa mãe a sentir-se cansada, dominada pela culpa e sem tempo para dedicar a si própria. Contudo, o presente estudo, não objetivou averiguar esta afirmação.

O grupo de gestantes donas-de-casa teve uma única fonte estressora diferente do grupo que trabalhava fora, dentre as quatro mais frequentes, a fonte " Verificar a presença de sintomas como: enjoô, tontura, vômito, dores no corpo, falta de apetite, taquicardia, pressão arterial alterada e outros". Embora estes sintomas sejam típicos de várias patologias e, também sintomas da gravidez, o verificar tê-los foi considerado como uma fonte estressora por estas mulheres.

O quadro sintomático poderia ser indicador do nível de stress encontrado nestas gestantes. LIPP(1984) aponta alguns sintomas físicos, além dos psicológicos, como: aumento da sudorese; nó no estômago; hiperacidez estomacal; tensão muscular; taquicardia; hipertensão; aperto da mandíbula e ranger de dentes; hiperatividade; esfriar as mãos devido a constrição de vasos sanguíneos e náuseas, como sintomas detectados por pessoas sob um stress mais intenso. Era esperado que estes sintomas, interferissem muito mais na vida de uma mulher que sai de casa e, passa o dia trabalhando, que na vida de outras gestantes que passam o dia em casa. Contudo, o grupo que trabalha fora, não teve esta fonte como uma das quatro das mais frequentes. Talvez, a mulher que não trabalhe fora concentre mais atenção em si própria e se preocupe mais com tais desconfortos. Pode ser que as que trabalhem fora, se voltem para outros assuntos e, não se concentrem tanto neste tipo de sintoma.

Um dado interessante a se mencionar, é que o grupo que trabalhava fora apontou as fontes "Prepara as refeições" e "Executar a limpeza da casa", como uma das fontes estressoras menos estressantes, adicionalmente, estas fontes não foram mencionadas pelo grupo de donas-de-casa, como as quatro menos estressantes. Talvez, as atividades relacionadas ao lar, funcionem como algo positivo para as gestantes que trabalham fora, já que estas gestantes passam a maior parte do tempo fora de casa, porém este dado deveria ser pesquisado em outros trabalhos.

O nível de stress encontrado nas gestantes foi alto, isto demonstra que o stress deve ser tratado na gestação. O fato de trabalhar fora pareceu aumentar a frequência dos sin

tomas do stress e das fontes estressoras, uma vez que as gestantes que trabalhavam fora possuíam mais sintomas do stress, principalmente psicológicos e, mais fontes estressoras do que as donas-de-casa.

Os sintomas psicológicos mais apontados nos dois grupos foram "Diminuição da libido"; "Pensar constantemente num só assunto"; "Irritabilidade excessiva"; "Sensibilidade emotiva excessiva"; "Irritabilidade sem causa aparente", quanto a esses sintomas, se questiona, se são especificamente da gravidez ou sintomas do stress.

A amostra do presente estudo, apontou alguns dos sintomas do stress, e adicionalmente, SHAEVITZ (1986) menciona alguns sintomas psicológicos mais frequentemente descritos por mulheres, devido ao stress excessivo, como: sentir-se irritável ou zangada; sentir-se triste ou deprimida ou descobrir-se chorando sem causa real, talvez com vontade de cometer suicídio e perder o interesse pelo sexo. O sintoma físico mais comum em mulheres segundo SHAEVITZ (1986) é a fadiga, e o referido estudo detectou que este sintoma esteve presente nas gestantes, na forma de sensação de desgaste físico. Embora estes sintomas tanto possam fazer parte da gestação, quanto da síndrome do stress, a presença de crenças irracionais e o Padrão de Comportamento Tipo A nos grupos, bem como as fontes estressoras detectadas, seriam indicadores de um quadro de stress.

O grupo de gestantes donas-de-casa apontou o sintoma "Angústia/ansiedade diária", como um dos quatro mais frequentes, adicionalmente, é interessante notar que as gestantes que não apresentaram stress, não mencionaram este sintoma, este dado poderia ser melhor investigado em outros estudos.

Encontrou-se que as gestantes em sua maioria, se encontravam na fase de resistência, uma fase onde a pessoa está dispendendo energia, além das normais para lidar com a vida. Para qualquer pessoa isto é preocupante, e principalmente para a mulher grávida, pois seria prejudicial, uma vez que a gestante necessita manter equilíbrio para si e para o feto.

Uma vez identificado o nível de stress desta amostra, tornou-se importante analisar se realmente, as estratégias utilizadas para lidar com o stress estavam sendo suficientes. Verificou-se que os grupos possuíam estratégias comuns para lidar com o stress e, apontaram em média o mesmo número de estratégias.

O grupo que trabalhava fora apontou a estratégia, "Quando estou preocupada, "converso" com o bebê", como uma das quatro mais frequentemente utilizadas, que não foi mencionada no grupo de donas-de-casa como as mais utilizadas. Esta estratégia, talvez, possa parecer um momento de relaxamento e maior interação mãe-feto, contudo os dados coletados não permitem confirmar esta hipótese, mas seria interessante que pesquisas fossem realizadas nesta área.

Pode-se sugerir que as estratégias mais utilizadas voltam-se para cuidados com a saúde da mãe e feto - "Realizo Pré Natal"; apoio familiar - "Minha família me dá apoio"; - uma tentativa de reestruturar o pensamento - "Quando estou preocupada, tento pensar em algo positivo" e, um suporte e participação do marido/companheiro na gestação - "Divido sensações, emoções, ansiedades com meu marido/companheiro".

As estratégias menos utilizadas foram relativas a prática de relaxamento; exercícios preparatórios para o parto; hábitos alimentares saudáveis e "hobbies", que são justamente

alguns dos pilares do controle de stress proposto por LIPP (1984), que elaborou um modelo de controle de stress, baseado em quatro pilares -aspectos psicológicos;exercícios físicos; relaxamento e alimentação.

O estudo realizado por CLIFFORD; WEAVER e HAY (1989) aponta a importância dos eventos de vida; o suporte social e o estado e traço de ansiedade para uma gravidez saudável e, um parto sem complicações. Adicionalmente, mencionam que o stress psicossocial é um fator conveniente para uma gravidez e parto com complicações. Este estudo também apontou a necessidade de programa profilático com gestantes.

A pesquisa realizada por ALBRECHT e RANKIN (1989) investigou comportamentos saudáveis, níveis de ansiedade, e suporte social com mulheres grávidas e, sugeriu que o aprendizado de modelos saudáveis e estratégias para reduzir a relação trabalho-stress durante a gestação, seria importante para uma gravidez sem complicações.

É possível que a utilização de estratégias adequadas por parte das gestantes, possa reduzir os sintomas do stress, como em outras populações (LIPP et al 1991). No entanto, a amostra do presente estudo foi pequena, para se inferir e afirmar que os sintomas apontados sejam devido a utilização inadequada ou insuficiente de estratégias, outras pesquisas devem ser realizadas com gestantes para estudar esta possibilidade.

Um dado interessante, o relacionamento com o marido/companheiro, merece também ser mais investigado, uma vez que dificuldades no relacionamento com o marido/companheiro foi uma das fontes estressoras mais frequentes no grupo que trabalhavam fora, e por outro lado, esta fonte não foi menciona

da pelas gestantes que não apresentaram stress. Adicionalmente, a estratégia "Divido sensações, emoções, ansiedades com meu marido/companheiro", foi uma das mais frequentemente utilizadas por ambos os grupos, pode-se sugerir que a participação e o suporte do parceiro, seja uma maneira de lidar com o stress.

Enfatizando a importância de uma gravidez saudável e, da utilização de estratégias do stress adequadas para promover uma boa qualidade de vida, recomenda-se o desenvolvimento e aplicação de modelo de controle de stress específico para gestantes, que aborde aspectos psicológicos, exercícios físicos, relaxamento, hábitos alimentares e o relacionamento com o marido/companheiro .

A crença geral na sociedade, é que a gravidez seja um período de felicidades, expectativas agradáveis e bem estar. O presente estudo, no entanto, apresentou uma amostra de gestantes bastante comprometida , com uma alta incidência de sintomas. E se esta amostra é de fato representativa da população de gestantes, então, mais ainda se tornaria necessário, que técnicas do controle do stress fossem sistematicamente ensinadas antes e durante a gestação, a fim de que este período possa de fato corresponder a visão popular de felicidade e bem estar.

CONCLUSÃO

Este estudo identificou um nível de stress bastante pronunciado nas gestantes de ambos os grupos, com 82,5% delas se encontrando na fase de resistência. Os sintomas mais frequentemente mencionados eram de base psicológica revelando muita ansiedade, angústia, irritabilidade, auto dúvidas e hipersensibilidade emotiva.

Observou-se que as gestantes que trabalhavam fora não só possuíam fontes de stress mais numerosas do que as outras, mas também tinham mais sintomas de stress que as participantes donas-de-casa. Este resultado seria previsível considerando-se que as gestantes, independentemente de trabalharem fora ou não, utilizavam-se das mesmas estratégias de manejo de tensão.

As dificuldades no relacionamento com o marido ou com o companheiro, foram mencionadas mais frequentemente pelas gestantes que trabalhavam fora como uma fonte importante de stress.

Os dados obtidos levam a concluir que programas de controle do stress devam ser implantados, tanto a nível de profilaxia como em termos de tratamento, quando necessário, para que gestantes tenham a oportunidade de aprender a lidar com as tensões do dia a dia e com aquelas típicas da gravidez. O objetivo primordial é assegurar a estas mulheres grávidas uma melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, pre

vinir que os bebês venham a ter problemas cuja ontogênese é o stress excessivo. Estes programas devem ser para todas as gestantes, mas principalmente para as que trabalham fora e, devem englobar exercícios físicos adequados, hábitos alimentares anti-stress e técnicas de relaxamento. Adicionalmente, especial atenção deve ser dada aos aspectos psicológicos e aqueles ligados ao relacionamento afetivo com o marido ou companheiro, uma vez que a gestação envolve mulher, marido, filhos e familiares em um processo de mudança e reestruturação para a chegada de mais um membro na família. Este processo pode ser, em si próprio bastante estressante e, mais ainda o parece ser, quando a gestante se encontra dividida entre as atividades do lar e atribuições profissionais. Note-se que as mulheres estudadas não possuíam uma carreira em si, eram de classe sócio econômica baixa e desempenhavam funções muito mal remuneradas. Estudos futuros deveriam focar a gestante de nível educacional mais elevado, que possui uma carreira, a fim de verificar se os resultados do presente estudo se aplicam também a elas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ALBRECHT, k. (1988). *O Gerente e o Estresse faça o estresse trabalhar por você*. Publicado em 1979 por SIMON e SCHUSTER. Trad. José Ricardo Brandão Azevedo, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor LTDA.
- ALBRECHT, S. A. e RANKIN, M. (1989). Anxiety levels, health behaviors, and support systems of pregnant women. *Matern Child Nurs. J. Spring. 18* (1) : 49 - 60.
- CAMARGO, D.A. de (1990). *Incidência de Sintomas de Tensão Pré - Menstrual (S.T.P.M.) em uma amostra de Mulheres Brasileiras*. Dissertação de Mestrado, Pontificia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP).
- CLIFFORD, E.; WEAVER, S.M. e HAY, D. M. (1989). *Stress and Pregnancy Complications: A Prospective Study*. In: *Stress and Tension Control - Stress Management 3*. Ed. F.J. MacGuigan, Wesley E. Sime and J. Macdonald Wallace. New York: Plenum Press.
- CANNON, W.B. (1953). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*. Boston: Charles T. Brandford Comp.
- COLASANTI, M. (1980). *A Nova Mulher*. Rio de Janeiro: Ed. Nórdica.

- COVOLAN, M.A. (1989). *O stress ocupacional do psicólogo Clínico: seus sintomas, suas fontes e estratégias utilizadas para controlá-lo*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCAMP).
- DAVIDOFF, L.L. (1983). *Introdução à Psicologia*. New York, MacGraw Hill Inc., 1976. Trad. Auripheto Berrance Simões, Maria da graça Lustosa, revisão técnica Antônio Gomes Pena, São Paulo: MacGraw Hill do Brasil.
- ELLIS, A. (1973). *Humanistic Psychology: the rational emotive Approach*. New York: Julian.
- ELLIS, A. (1973). *Reason and Emotion Psychotherapy*, N.Y.: Lyle Stuart.
- EVERLY, G. e ROSENFELD, R. (1981). *The nature and treatment of the stress response*. New York and London: Plenum Press.
- FERREIRA, A.B. de H. (1976). *Pequeno Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira S.A. 11a. Ed.
- FOLKMAN, S.; SCHAEFER, C. e LAZARUS, R.S. (1979). *Cognitive processes as mediators of stress and coping*. In: HAMILTON, U. e WABURTON (Eds). *Human Stress and Cognition: an Information Processing Approach*, New York: John Wiley e Sons, 265 - 298.
- FRIEDMAN, M. e ROSENMAN, R. (1974). *Type A behavior and your heart*. New York: Alfred A. Knopf.
- GIRDANO, D.A. e EVERLY, G.S. (1979). *Controlling stress and tension: a holistic approach*. Englewood: Cliffs, Prentice Hall.

- HERRENKOHL, L.R. (1986). Prenatal stress disrupts reproductive behavior and physiology in offspring. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 474 120 -128.
- HOLMES, T.H. e RAHE, R.K. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal Psychosomatic, Research*, 4 :189-194.
- KOBASA, S.C.; HILKER, R. e MADDI, S.R. (1979). Who stays Healthy under stress? *Journal of Occupational Medicine*, 21 (9).
- KYRIACOU, C. (1981). Social support and occupational stress among school-teachers. *Educational Studies*, 7 (1): 55-60.
- LIPP, M.N. (1984). Stress e suas implicações. *Estudos de Psicologia*, 1 (3 e 4): 5 - 19.
- LIPP, M.N. (1989). Atitudes Parentais e o Desenvolvimento de Resistência ao Estresse. *Psicologia- Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, 4 , (1/2) : 91 - 96.
- LIPP, M.N. (1989). *Controle do Stress: Manual do Curso*. Centro do Controle do Stress, Campinas, São Paulo.
- LIPP, M.N.; SILVA NERY, M.J.G. da; CURCIO, M.A.C. e PERREIRA, M.R.P. (1990). A relação entre stress, padrão Tipo A de comportamento e crenças irracionais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília/DF, 6 (3): 309 - 323.
- LIPP, M.N.; ROMANO, A.S.P.F.; COVOLAN, M.A. e SILVA NERY, M.J.G. da (1990). *Como enfrentar o stress*. São Paulo: Icone, Campinas: Universidade Estadual de Campinas 3a. Ed.

- LIPP, M.N. et al(1991). O valor do controle do stress como terapêutica da hipertensão arterial. In: Maurício Knobel (Ed.) *PSICOSSOMATICA*, Campinas: Ed. UNICAMP (NEP).
- LIPP, M..N. et al (1991). *Estudo Experimental de 2 condições de Tratamento médico-psicológico a pessoa portadora de Psoríase*. Campinas: UNICAMP (NEP).
- MALDONADO, M.T. (1976). *Psicologia da Gravidez-Parto e Puerpério*. Petrópolis: Ed. Vozes.
- MAZZEI, J.M.D.C.(1993). Gravidez: Reestruturação de uma Existência. *Insight Psicoterapia*, maio, 12 - 16.
- PARKER, S.J. e BARRETT, D.E.(1992). Maternal Type A behavior during pregnancy, neonatal crying, and early infant temperament; Do Type A women have Type A babies? *Pediatrics*, 89 (3), march.
- PENTEADO, L.C.P.(1985). *O comportamento da mulher na sociedade atual: uma investigação sobre as opiniões e atitudes das pessoas frente ao tema*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP).
- PINES, M.(1981). *Excerpts from: psychological hardiner. Stress Mangement*, Time Life Films, USA.
- REINHOLD, H.H.(1984). *Fontes e sintonas de stress ocupacional do Professor I*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP).

- ROMANO, A.S.P.F. (1989). *Levantamento das fontes de stress Ocupacional de soldados da Polícia Militar e o nível de stress por elas criado: uma proposta de um programa de curso de controle do stress específico para a Polícia Militar*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP).
- SECOLI, S.R. (1993). *Estresse: Os efeitos do estresse pré-natal no desenvolvimento e comportamento dos descendentes*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).
- SELYE, H. (1965). *Stress. A tensão da vida*. Trad. de Frederico Branco, 2a. Ed., São Paulo: Ibrasa.
- SHAEVITZ, M.H. (1986). *Síndrome da Supermulher*. Trad. de Ruy Jungnann, 2a. Ed., Rio de Janeiro: Ed. Record.
- SILVA, A.C. deA. (1992). *Estresse em Bancários: Qualidade de vida: Estresse e Estressores Presentes em uma Amostra de Funcionários do Banco do Brasil*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP).
- SPIELBERGER, C. (1979). *Understanding stress and anxiety*. New York: Harper e Row Publishers.
- SOARES, D.S.M. (1990). *O stress do executivo brasileiro: diferenças e similaridades entre homens e mulheres*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP).

SOUZA, E.A.P. (1988). *Incidência de stress no período Pré Menstrual em Mulheres Epilépticas*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCAMP).

WITKIN-LANOIL, G.A. (1985). *A síndrome do stress feminino*. Rio de Janeiro: Ed. Imago.

ANEXOS

ANEXO A

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nº DA ENTREVISTA: _____

DATA: ____ / ____ / ____

INICIAIS (FACULTATIVO): (_____)

IDADE: (_____)

MÊS DE GESTAÇÃO: (_____)

TOMA ALGUM TIPO DE MEDICAÇÃO?

SIM () QUAIS? (_____)

NÃO ()

TEM ALGUM TIPO DE DOENÇA?

SIM () QUAL? (_____)

NÃO ()

DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ:

NORMAL ()

COMPLICAÇÕES () QUAIS? (_____)

NÚMERO DE FILHOS: (_____)

ESTADO CIVIL: (_____)

RENDA FAMILIAR: (_____)

PROFISSÃO: (_____)

PERSONALIDADE TIPO A

FAÇA UM CÍRCULO NAS RESPOSTAS QUE PAREÇAM DESCREVÊ-LA:

	VERDADEIRO	FALSO
1. DOU ÊNFASE A PALAVRAS-CHAVE QUANDO FALO ("SIM, SIM", "EVIDENTEMENTE", ETC.)	Δ	Δ
2. SINTO UM VAGO DESCONFORTO OU REMORSO QUANDO NÃO ESTOU FAZENDO NADA	Δ	Δ
3. FICO TRANQUILO SE TIVER QUE ESPERAR POR ALGUÉM ATRASADO	Δ	Δ
4. FAÇO DUAS OU MAIS COISAS AO MESMO TEMPO (EXEMPLO: LER E VER TV; FALAR AO TELEFONE E LER; OUVIR ALGUÉM E ESCREVER SOBRE OUTRO ASSUNTO)	Δ	Δ
5. QUANDO VOU A UM ESCRITÓRIO ESTRANHO, AO SAIR LEMBRO OS DETALHES DA DECORAÇÃO	Δ	Δ
6. SOU MUITO RÁPIDO(A) NO MEU PENSAMENTO E AÇÕES	Δ	Δ
7. IRRITO-ME COM AS PESSOAS QUE INCLUEM MUITOS DETALHES EM SUA FALA	Δ	Δ
8. QUANDO ESTOU PENSANDO EM UM PROJETO, EXCLUO TODOS OS OUTROS DA MINHA MENTE	Δ	Δ
9. APROVEITO CADA MOMENTO DO MEU DIA PARA FAZER ALGO	Δ	Δ
10. TENHO PACIÊNCIA COM GENTE QUE DIRIGE DEVAGAR NA MINHA FRENTE	Δ	Δ

LEVANTAMENTO DE CRENÇAS IRRACIONAIS

VOCÊ VAI LER ABAIXO DOZE FRASES. COLOQUE NA COLUNA O QUE EXPRESSE MAIS DE PERTO A SUA PRÓPRIA OPINIÃO EM RELAÇÃO A CADA UMA DAS FRASES.

	C	D	N
	O	I	Ã
	N	S	O
	O	O	
	R	R	S
	D	D	E
	O	O	I
1. É EXTREMAMENTE NECESSÁRIO PARA UM SER HUMANO SER APROVADO POR TODOS, 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 MERE CEDOR 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	()	()	()

INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS (ISS)

QUADRO 1

a) MARQUE COM UM F1 OS SINTOMAS QUE TEM EXPERIMENTADO NAS ÚLTIMAS 24 HORAS

- | | |
|--|------------|
| | F 1 |
| 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. HIPERVENTILAÇÃO | () |
| 10. TAQUICARDIA | () |
| 11. HIPERTENSÃO ARTERIAL SÚBITA E PASSAGEIRA | () |
| 12. MUDANÇA DE APETITE | () |
| SOME 1(UM) PONTO PARA CADA F1 QUE ASSINALOU | () → F1 |

b) MARQUE COM UM P1 OS SINTOMAS QUE TEM EXPERIMENTADO NAS ÚLTIMAS 24 HORAS

- | | |
|--|------------|
| | P 1 |
| 13. AUMENTO SÚBITO DE MOTIVAÇÃO | () |
| 14. ENTUSIASMO SÚBITO | () |
| 15. VONTADE SÚBITA DE INICIAR NOVOS PROJETOS | () |
| SOME 1(UM) PONTO PARA CADA P1 QUE ASSINALOU | () → P1 |

QUADRO 2

a) MARQUE COM F2 OS SINTOMAS QUE TEM EXPERIMENTADO NA ÚLTIMA SEMANA

- | | |
|---|------------|
| | F 2 |
| 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(UM) PONTO PARA CADA F2 QUE ASSINALOU | () → F2 |

b) MARQUE COM UM P2 OS SINTOMAS QUE TEM EXPERIMENTADO NA ÚLTIMA SEMANA

- | | |
|---|------------|
| | P 2 |
| 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(UM) PONTO PARA CADA P2 QUE ASSINALOU | () → P2 |

+

QUADRO 3

a) MARQUE COM UM F3 OS SINTOMAS QUE TEM EXPERIMENTADO NA ÚLTIMA SEMANA

- | | |
|---|----------|
| | F 3 |
| 1. DIARRÉIA FREQUENTE | () |
| 2. DIFICULDADES SEXUAIS | () |
| 3. INSÔNIA | () |
| 4. NÁUSEA | () |
| 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. DIFICULDADES CARDÍACAS | () |
| SOME 1(UM) PONTO PARA CADA F3 QUE ASSINALOU | () → F3 |

b) MARQUE COM UM P3 OS SINTOMAS QUE TEM EXPERIMENTADO NA ÚLTIMA SEMANA

- | | |
|--|----------|
| | P 3 |
| 13. IMPOSSIBILIDADE DE TRABALHAR | () |
| 14. PESADELOS | () |
| 15. SENSÇÃO 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 1(UM) PONTO PARA CADA P3 QUE ASSINALOU | () → P3 |

+

LEVANTAMENTO DE FONTES

LEIA OS ITENS ABAIXO E INDIQUE SE ESTES OCORRERAM OU OCORREM 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?		CAUSOU/CAUSA TENSÃO?
	SIM	NÃO	
1. EXECUTAR A LIMPEZA DA CASA	()	()	()
2. PREPARAR AS REFEIÇÕES	()	()	()
3. TER DIFICULDADES NO RELACIONAMENTO COM O MARIDO/COM PANHEIRO	()	()	()
4. TER DIFICULDADES NO RELACIONAMENTO COM FAMILIARES	()	()	()
5. TER DIFICULDADES COM A ACEITAÇÃO DESTA GRAVIDEZ ...	()	()	()
6. VERIFICAR A PRESENÇA DE SINTOMAS COMO: ENJÔO, TON TURA, VÔMITO, DORES NO CORPO, FALTA DE APETITE, TÁ QUICARDIA, PRESSÃO ARTERIAL ALTERADA E OUTROS	()	()	()
7. VERIFICAR A PRESENÇA DE SINTOMAS COMO: INSÔNIA, MEDO, ANSIEDADE, IRRITAÇÃO, 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, ETC.) NOS TRÊS PRIMEIROS ME- SES DE VIDA	()	()	()
13. PREOCUPAR-SE COM O NASCIMENTO DE UM BEBÊ SAUDÁVEL	()	()	()
14. TER SOBRECARGA DE TRABALHO	()	()	()
15. TER TIDO DIFICULDADES NO TRABALHO	()	()	()
16. PREOCUPAR-SE COM A ESTÉTICA CORPORAL	()	()	()
17. PREOCUPAR-SE COM A SITUAÇÃO FINANCEIRA	()	()	()
18. TER QUE REDUZIR SUAS ATIVIDADES	()	()	()
19. TER DIFICULDADES COM A ACEITAÇÃO DA GRAVIDEZ PELOS OUTROS FILHOS	()	()	()
20. OBSERVAR ALTERAÇÕES NO COMPORTAMENTO SEXUAL DO MA- RIDO/COMPANHEIRO	()	()	()
21. ACOMPANHAR FILHOS A MÉDICOS, DENTISTAS, PSICÓLOGOS E OUTROS	()	()	()

ESTRATÉGIAS

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 DE 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. REALIZAO PRÉ-NATAL	()	()
7. FAÇO TRÊS REFEIÇÕES SAUDÁVEIS E BALANCEADAS DIARIAMENTE	()	()
8. FAÇO ALGUMA 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, TENDO PENSAR EM ALGO POSITIVO	()	()
14. QUANDO ESTOU PREOCUPADA, "CONVERSO" COM O BEBÊ	()	()