

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO – PUC-SP

Jamile Santos Souza

Gestantes Hipertensas Hospitalizadas: Ansiedade, Depressão
e Modos de Enfrentamento

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO

2010

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO – PUC-SP

Jamile Santos Souza

Gestantes Hipertensas Hospitalizadas: Ansiedade, Depressão e Modos de Enfrentamento

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora
como exigência parcial para obtenção do título de
Mestre em Psicologia Clínica – Núcleo de
Psicologia Hospitalar e Psicossomática, sob
orientação da Prof. Dra. Edna M. Peters Kahhale.

SÃO PAULO

2010

Banca Examinadora

Agradecimentos

Primeiramente a Deus e a Nossa Senhora pelo dom da vida e da sabedoria que me possibilitam uma caminhada intelectual que está apenas nos seus primeiros passos.

Aos meus pais João e Rita pelo amor e dedicação incondicional, sem os quais esta etapa não seria possível. Obrigada por acreditarem em mim e por me deixarem sair do “ninho” e iniciar o vôo da minha vida, mesmo que isso tenha implicado, dentre outras coisas, uma longa distância.

Ao meu marido Cacá pelo apoio e compreensão ao longo desses anos, sempre me dando força e reerguendo, quando cansada dessa caminhada, me mostrava um potencial dentro de mim que jamais descobriria sozinha.

Às minhas amigas Thais, Lia, Alê e Danuta que acompanharam cada etapa, cada dúvida, cada angústia e cada vitória desse trabalho.

À Santa Casa de Misericórdia de São Paulo que me acolheu como aluna e hoje como profissional, onde pude conhecer pessoas que fizeram toda a diferença no meu “Ser Psicóloga”: Wilze Bruscato e Luciana Theodoro.

A todos do Núcleo de Psicologia Hospitalar/ Psicossomática da PUC, em especial a minha orientadora Edna.

Muito Obrigada!

SOUZA, J. Gestantes Hipertensas Hospitalizadas: Ansiedade, Depressão e Modo de Enfrentamento. São Paulo: PUCSP, Pós Graduação em Psicologia Clínica, Mestrado, 2010.

RESUMO

As síndromes hipertensivas gestacionais representam uma das mais importantes complicações do ciclo gravídico-puerperal e são consideradas a principal causa de mortalidade materna e perinatal do mundo, com repercussões no psiquismo feminino. **Objetivo:** avaliar em gestantes hospitalizadas por síndrome hipertensiva gestacional os níveis de ansiedade e depressão, bem como os modos de enfrentamento de problemas. **Método:** utilização da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e da Escala de Modo de Enfrentamento de Problema em 30 gestantes hospitalizadas por diagnóstico médico de síndrome hipertensiva gestacional, na enfermaria obstétrica do Hospital Prof^o. Carlos da Silva Lacaz. **Resultados:** 66,7% apresentaram sintomas ansiosos e 36,7% apresentaram sintomas depressivos. Existe correlação positiva entre a presença do sintoma ansioso e o sintoma depressivo. Em relação ao modo de enfrentamento do problema, o foco na emoção e religiosidade/ pensamento fantasioso estão relacionados à presença do sintoma ansioso. A ausência dos sintomas ansiosos e depressivos estão diretamente relacionados à presença do modo de enfrentamento com foco no problema e na busca de apoio social. **Conclusão:** as gestantes com síndrome hipertensiva gestacional que apresentam sintomas ansiosos e depressivos precisam ser estimuladas a interagir com familiares e amigos como recurso de enfrentamento. Também, torna-se necessário aos profissionais de saúde que trabalham com esta população, o incentivo a práticas com foco em comportamentos que possibilitem à gestante a aproximação do estressor e sua reavaliação a fim de estabelecer um plano de ação para enfrentar o problema da hipertensão gravídica e dos riscos maternos e fetais.

Palavras Chaves: gestação, gestação de alto risco, hipertensão, síndrome hipertensiva gestacional.

SOUZA, J. Gestantes Hipertensas Hospitalizadas: Ansiedade, Depressão e Modo de Enfrentamento. São Paulo: PUCSP, Pós Graduação em Psicologia Clínica, Mestrado, 2010.

ABSTRACT

Hypertensive disorders of pregnancy are one of the major complications of pregnancy and postpartum and are considered the first cause of maternal and perinatal mortality in the world, with repercussions on the female psyche. **Objective:** To assess pregnant women hospitalized for pregnancy hypertension syndrome levels of anxiety and depression, as well as ways of coping with problems. **Method:** Using the Hospital Anxiety and Depression Scale and Mode of Coping in 30 pregnant women hospitalized for medical diagnosis of hypertensive disorder of pregnancy at the Prof. Carlos da Silva Lacaz Hospital. **Results:** 66.7% had anxiety symptoms and 36.7% had depressive symptoms. There is positive correlation between the presence of anxiety symptoms and depressive symptoms. Regarding the mode of confronting the problem, the focus on emotion and religiosity / wishful thinking are related to the presence of anxiety symptoms. The absence of anxious and depressive symptoms are directly related to the presence of the mode of coping with focus on the problem and seeking social support. **Conclusion:** pregnant women with gestational hypertension syndrome with symptoms depression and anxiety need to be encouraged to interact with family and friends as a resource for coping. Also, it is necessary to health professionals working with this population the encouragement of practices with focus on behaviors that allow the woman to approach the stressor and its reassessment in order to establish an action plan to address the problem of hypertension of pregnancy and maternal and fetal risks.

Keywords: pregnancy, high-risk pregnancy, hypertension, hypertensive disorder of pregnancy.

SUMÁRIO

1. Introdução	12
2. Aspectos psicológicos na gestação	14
2.1 – Aspectos Psicológicos nas Etapas Gestacionais	15
3. Gestação de Alto Risco	20
4. Ansiedade e Depressão associadas à gestação de risco	25
5. Enfrentamento	29
6. Objetivos da Pesquisa	34
6.1 – Objetivo Geral	34
6.2 – Objetivos Específicos	34
7. Materiais e Método	35
7.1 – Características do estudo	35
7.2 – Sujeitos	35
7.2.1 – Critérios de inclusão	36
7.2.2 – Critérios de exclusão	36
7.3 – Instrumentos	36
7.3.1 – Questionário para caracterização da amostra	36
7.3.2 – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD)	37

7.3.3 – Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP)	37
7.4 – Procedimentos	39
7.4.1 – Seleção da amostra	39
7.4.2 – Duração e Seqüência de Aplicação dos Instrumentos	39
7.5 – Cuidados Éticos	40
7.5.1 – Parecer do Comitê de Ética	40
7.5.2 – Assinatura do termo de compromisso do pesquisador	40
7.5.3 – Assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido	40
8- Resultados	42
8.1 – Caracterização da Amostra	42
8.1.1 – Dados Sócio-demográficos	43
8.1.2 – Antecedentes Obstétricos	45
8.2 – Distribuição dos Resultados das Escalas Utilizadas	50
8.2.1 – Dados da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD)	50
8.2.2 – Dados da Escala Modo de Enfrentamento de Problema (EMEP)	56
8.3 – Matriz de Correlações	60
8.3.1 – Análise Fatorial - <i>Clusters</i>	61
9- Considerações Finais	65

Referências Bibliográficas	68
Anexos	74
Anexo I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	75
Anexo II – Questionário para Caracterização da Amostra	76
Anexo III – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão	77
Anexo IV – Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas	78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças – 10ª. revisão.

DHEG – Doença Hipertensiva Específica da Gestação

DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition.

EMEP – Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas

FEBRASGO – Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

HAC – Hipertensão Arterial Crônica

HAD – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

HEFM – Hospital Estadual de Francisco Morato

IDAT – Inventário de Ansiedade Traço-Estado

SBH – Sociedade Brasileira de Hipertensão

SHG – Síndromes Hipertensivas Gestacionais

SUS – Sistema Único de Saúde

OSS – Organização Social de Saúde

LISTA DE FIGURA

Figura 1 – Distribuição da Amostra em Faixa Etária	43
Figura 2 – Distribuição da Amostra pelo Estado Civil	43
Figura 3 – Distribuição da Escolaridade	44
Figura 4 – Distribuição de Acordo com a Ocupação	44
Figura 5 – Distribuição da Idade Gestacional	45
Figura 6 – Distribuição Número de Gestações	47
Figura 7– Presença de Internação Anterior	47
Figura 8 – Duração de Internação Atual	48
Figura 9 – Período que Recebeu o Diagnóstico da SHG	48
Figura 10 – Distribuição dos Resultados Enfrentamento Focalizado no Problema	57
Figura 11 – Distribuição dos Resultados Enfrentamento Focalizado na Emoção	58
Figura 12 – Distribuição dos Resultados Enfrentamento Focalizado na Religiosidade e Pensamentos Fantasiosos	59
Figura 13 – Distribuição dos Resultados Enfrentamento Focalizado na Busca de Suporte Social	60
Figura 14– Nuvem de Pontos Resultante do agrupamento das participantes	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos Resultados da Pontuação Escala HAD	50
Tabela 2 – Distribuição dos Resultados Presença de Sintomas Ansiosos	51
Tabela 3 – Distribuição em Níveis de Sintomas Ansiosos	52
Tabela 4 - Distribuição dos Resultados Presença de Sintomas Depressivos	52
Tabela 5 – Distribuição dos Resultados Níveis de Sintomas Depressivos	53
Tabela 6 – Relação entre Estado Civil e Sintomas Ansiosos e/ou Depressivos	54
Tabela 7- Relação entre Escolaridade e Sintomas Ansiosos e/ou Depressivos	54
Tabela 8 – Relação entre o Período que Recebeu o Diagnóstico e Presença de Sintomas Ansiosos e/ou Depressivos	55
Tabela 9 – Correlação entre os Resultados – Escala HAD X EMEP	61

1. INTRODUÇÃO

O meu interesse pelo estudo com gestantes se iniciou ainda durante a graduação, quando realizei como Trabalho de Conclusão de Curso uma monografia sobre transtornos depressivos no pós-parto. Em 2007, pude aprofundar meus conhecimentos através do Curso de Especialização em Psicologia Hospitalar na Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo no Ambulatório de Gestação de Alto Risco. Atualmente atuo como psicóloga hospitalar de uma Organização Social de Saúde (OSS)¹ atendendo em enfermarias gestantes hospitalizadas com diagnósticos diversos, na maioria de alto risco. Este projeto surgiu após levantamento bibliográfico e inquietações devido à escassa literatura acerca dos aspectos emocionais (ansiedade e depressão) das gestantes internadas, tendo em vista que a maioria dos trabalhos parece priorizar os transtornos relacionados ao período pós-parto.

Segundo o Ministério da Saúde (2001) a gestação é um fenômeno fisiológico cuja evolução acontece, na maior parte dos casos, sem anormalidades. Em contrapartida, a gestação de alto risco é aquela cuja vida ou a saúde da mãe e/ou do feto tem mais chances de ser atingida por complicações que a média das gestações.

As Síndromes Hipertensivas Gestacionais (SHG) representam uma das mais importantes complicações do ciclo gravídico-puerperal, com incidências que variam entre 5% e 10% em todo o mundo, sendo a principal causa de mortalidade materna além de responderem por 20% a 25% da mortalidade perinatal global (TEDESCO et al., 2004).

¹ Hospital Estadual Profº Carlos da Silva Lacaz, administrado pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

No Brasil, Vega, Kahhale e Zugaib (2007) em estudo retrospectivo através do Comitê de Mortalidade de São Paulo, entre os anos de 1995-1999, constataram que a hipertensão arterial foi a principal causa de óbito materno, correspondendo a 23,3% dos casos.

Além das transformações do ponto de vista fisiológico, o período gravídico-puerperal, envolve grandes mudanças psíquicas, por esta ser considerada a fase de maior prevalência de alterações emocionais na mulher. (BOTEGA; DIAS, 2002).

Mckee, Cunningham e Jankowski (2001) referem maior incidência de sintomas ansiosos e depressivos com efeitos indesejáveis e prejudiciais tanto para a saúde da mãe quanto do feto e os correlacionam a complicações obstétricas, como a síndrome hipertensiva gestacional.

Devido à alta incidência das Síndromes Hipertensivas Gestacionais e as consequências emocionais que afetam a díade mãe-bebê o objetivo do presente trabalho é avaliar em gestantes hospitalizadas com diagnóstico de síndrome hipertensiva a presença de sintomas ansiosos e depressivos, bem como os modos de enfrentamento que possam funcionar como atenuantes de alterações emocionais durante a gestação.

Os resultados encontrados nesta pesquisa podem fornecer importantes subsídios para o planejamento de programas preventivos, bem como contribuir para a reflexão dos profissionais e produção de conhecimento na área.

2. ASPECTOS PSICOLÓGICOS NA GESTAÇÃO

Antes de relacionar os aspectos emocionais frente à gestação de risco vivenciada por gestantes internadas com diagnóstico de síndrome hipertensiva gestacional, o presente item fará a revisão de literatura sobre as mudanças emocionais que normalmente ocorrem nas mulheres quando estão grávidas, mesmo sendo considerada gestação de risco normal.

Diante das mudanças e das expectativas frente à gestação, o ciclo gravídico-puerperal é descrito como um dos períodos críticos de transição do desenvolvimento psicosssexual da mulher, assim como a adolescência e o climatério, sendo todos denominados como uma “crise normativa”, segundo a concepção de Caplan (1964).

A palavra crise vem do grego *krisis*, que significa separação ou ruptura, situação na qual ocorrem alterações fisiológicas, sociais e psíquicas intensas. Durante a gestação estas mudanças, em sua maioria consideradas normais, podem se manifestar sob a forma de introversão, mudanças de humor e labilidade emocional, sendo comum a presença de sintomas ansiosos e depressivos, especialmente no primeiro e terceiro trimestre (TEDESCO, 1997; MIELNIK, 1993).

Quayle (1991, p.93) entende essa crise como:

[...] períodos previsíveis de transição no desenvolvimento psicoafetivo do indivíduo associados a situações internas ou externas, a transformação na esfera biológica ou social; o equilíbrio existente é rompido e se impõe a necessidade de buscar novas formas de adaptação e conduta.

A crise normativa proveniente da gestação implica na busca por adaptações que vão além de mudanças físicas (QUAYLE, 2005). Ao estudar os aspectos psicológicos da gravidez, Maldonado (1997) atribui como uma das características

principais da crise o fato desta se constituir como verdadeira encruzilhada psicológica. A solução elaborada por uma pessoa ao superar a crise pode ser saudável ou doentia, implicando melhora (com um novo nível de integração e amadurecimento da personalidade) ou piora (com maior grau de desintegração, desorganização ou desajustamento da personalidade). Assim, por estar num estado temporário de equilíbrio instável, em busca de novas soluções, a pessoa em crise fica mais vulnerável e acessível à ajuda.

Segundo Szejer e Stewart (2002), para melhor se compreender o ciclo gravídico-puerperal, deve ser levada em conta a observação de diversos fatores tais como: a história pessoal da gestante, o contexto existencial dessa gravidez (estabilidade de vínculo, idade, período de infertilidade anterior, abortos espontâneos ou provocados), as características de evolução da gravidez atual, o contexto socioeconômico e o contexto assistencial.

No período gestacional ocorrem mudanças fundamentais na vida da mulher e de sua família, envolvendo a necessidade de reestruturação e reajustamento de alguns comportamentos referentes às mudanças de identidade e uma nova definição de papéis (MALDONADO, 1997). As mudanças de identidade e a redefinição de papéis dizem respeito, principalmente, à transformação do papel de filha para incorporar o papel de mãe, sendo que isso significa assumir responsabilidades, cuidados e deveres em relação à criança.

2.1 – Aspectos Psicológicos nas Etapas Gestacionais

Autores como Soifer (1992), Maldonado (1997) e Szejer e Stewart (2002) proporcionam uma compreensão da dimensão emocional do ciclo gravídico-

puerperal através de conceitos, definições e interpretações que dizem respeito ao universo do desenvolvimento feminino.

A *ambivalência afetiva* é apontada como a vivência principal da gravidez e se manifesta de diversas formas no decorrer de toda a gestação e até mesmo após o parto. Significa a existência, ao mesmo tempo, de sentimentos contraditórios: querer e não querer, aceitar e não aceitar, gostar e não gostar, estar tranqüila e aflita, firme e insegura, circunscrito por sentimentos depressivos (SOIFER, 1992). Para Bartiotti (2000) a ambivalência afetiva também pode derivar-se de dificuldades econômicas, de gestação não planejada ou indesejada ou de conflitos familiares e profissional.

Ao lado da ambivalência, ocorre a *regressão*, considerada por Szejer e Stewart (2002) um mecanismo de defesa necessário e funcional diante das situações de ansiedade que emergem no contexto da gestação, podendo trazer à tona a repetição da própria história de vida da mulher e assim prepará-la para o contato com o filho e compreensão das necessidades que o mesmo viverá.

Integra-se a esses fenômenos a *ansiedade* materna, componente que envolve toda a gestação e que, em geral, intensifica-se à medida que esta evolui, estando relacionada ao medo de complicações maternas e fetais. Suas causas são múltiplas e estão basicamente relacionadas com os diferentes momentos vivenciados pela mulher durante o ciclo gravídico como início da gestação, formação da placenta, percepção dos movimentos fetais, no início do nono mês e nos últimos dias que antecedem o parto (SOIFER, 1992, MALDONADO, 1997, SZEJER; STEWART, 2002). Para Rato (1998) a ansiedade elevada durante o pré-natal e distorções das fantasias maternas podem ser mecanismos saudáveis de ajustamento a um novo equilíbrio psicológico, e, as reações de alarme podem constituir uma espécie de tratamento de choque susceptível de contribuir para

organização da mulher face ao seu novo papel. Entretanto, se houver alguma patologia associada à gestação ou alguma intercorrência, ela pode intensificar-se e prejudicar de algum modo o processo gestacional.

Como se houvesse um preparo do organismo para as tensões fisiológicas adicionais há um aumento da necessidade de repouso. A *hipersonia* – necessidade aumentada de dormir – é um fenômeno bastante comum e considerado expressão externa da ansiedade presente durante à gravidez (SZEJER; STEWART, 2002).

Para Soifer (1992) a existência de *náuseas* e *vômitos* – comuns no início da gestação – é entendida como o resultado da ansiedade causada pela incerteza da existência ou não da gravidez, visto que esses sintomas a colocam em evidência.

O *aumento da sensibilidade, as oscilações de humor, a vulnerabilidade* também estão presentes nas gestantes em geral, uma vez que quase toda situação de transição, nos primeiros momentos de adaptação, provoca tais comportamentos. A gestante normalmente potencializa suas vivências e pode passar de uma crise de choro a um estado de euforia em pouco tempo. Szejer e Stewart (2002, p.133), a respeito do choro, formulam a seguinte hipótese:

[...] essas lágrimas expressam uma forma de depressão inexplicável para a própria mulher, já que mesmo aquelas que se dizem muito felizes de estarem grávidas, e que desejaram ardentemente essa gravidez, choram. Esse choro pode relacionar-se com a perspectiva de ter que fazer um lugar para um novo ser. Como se, para fazer esse lugar, fosse preciso, num primeiro momento, deprimir-se, tornar-se frágil, pequena, vulnerável, para permitir ao outro que adquira forças e seu próprio lugar.

O segundo trimestre do ciclo gravídico-puerperal é considerado o mais estável do ponto de vista emocional e se caracteriza pelo impacto dos primeiros movimentos fetais, sendo esta a primeira vez que a mulher sente o feto como realidade concreta dentro de si. A interpretação desses movimentos constitui uma

etapa da formação do vínculo mãe-filho e das fantasias da gestante, pois o bebê já começa a adquirir características próprias (MALDONADO, 1997).

As *alterações do desejo e do desempenho sexual* se acentuam nessa fase em decorrência das mudanças físicas. Segundo Szejer e Stewart (2002) as mulheres podem vivenciá-las como uma experiência desestabilizante e angustiante, uma vez que anunciam mudanças significativas que podem ameaçar sua auto-imagem. Por outro lado, essas alterações podem ser vivenciadas de maneira satisfatória, em que a ameaça à auto-imagem não está presente, mas sim, há uma elaboração do papel que está assumindo. De modo geral, a mulher reage de uma forma ou de outra, sendo que tais comportamentos podem ser, muitas vezes, dependentes de como o companheiro lida com essas mudanças e de como foi estabelecida a relação conjugal. O aumento da sexualidade e, até mesmo, a experimentação de orgasmo pela primeira vez podem estar relacionados ao fato da mulher se sentir mais adulta e mais feminina, com maior percepção de si, permitindo-se viver a sua sexualidade. A diminuição estaria relacionada à cisão existente culturalmente entre maternidade e sexualidade, na qual a mulher grávida é percebida como “pura” e “assexuada”, ou ao medo de que o ato sexual possa fazer mal ao feto.

No terceiro trimestre a *ansiedade* instaura-se pela proximidade do parto e pelas mudanças que a rotina do bebê trará. Segundo Maldonado (1997) os pensamentos contraditórios neste período envolvem a *ambigüidade de sentimentos* em querer ter o filho e terminar logo com a gestação, e o desejo de adiar o parto como forma de retardar a necessidade de novas adaptações com a vinda do bebê.

Também se observa à predominância de *mal estar físico*. Para Szejer e Stewart (2002) a serenidade entre mãe e feto, durante o segundo trimestre, vai se

transformando em uma incômoda acomodação: o filho sente-se apertado e a gestante sente que essa situação não durará muito mais tempo. Nesse momento o bebê passa a ser percebido de modo diferente pela gestante, colocando-a em condições de prever seu nascimento e imaginar o parto. A idéia de separação do bebê pode ser agora pensada de forma mais serena e até desejada.

É nesse período que, em geral, aparecem às *fantasias* em relação ao parto e o medo de complicações obstétricas maternas, fetais e perinatais. As percepções derivadas da crença de ser bondosa e capaz de fazer coisas boas ou, ao contrário, da crença da própria maldade e possibilidade de prejudicar a si mesmo e a outras pessoas, se deslocam para a situação de maternagem. Ter filhos sadios representa no nível emocional, ganhar um prêmio; não ter filhos, esterilidade ou infertilidade; ter filhos malformados ou doentes representa um castigo (SOIFER, 1992).

Os nove meses de gestação são percebidos como período de crise normativa do desenvolvimento, que causam profundas transformações na vida da mulher. O diagnóstico de uma enfermidade durante a gestação implica em uma possível sensação de perda da gravidez perfeita e complicações para o bebê. Nesses casos instaura-se uma crise acidental circunscrita a uma crise normativa existente, potencializando os sintomas de ansiedade e depressão, especialmente nos casos que necessitam de hospitalização (MALDONADO, 1997).

Enfim, a gravidez implica naturalmente maior vulnerabilidade e desorganização de padrões anteriores, inúmeras modificações fisiológicas e estados emocionais peculiares, o que justifica a presença de certo grau de ansiedade e depressão. No entanto, segundo Maldonado (1997), quando a maternidade gera um grau de ansiedade mais intenso, há maior probabilidade de se observarem complicações obstétricas na gravidez, parto e puerpério.

3. GESTAÇÃO DE ALTO RISCO - SHG

É conhecido que toda gestação traz em si certo risco de saúde para a gestante ou para o feto; no entanto, em um pequeno número de casos, este risco é maior, podendo trazer complicações para ambos.

O Ministério da Saúde (2001) define gestação de alto risco como aquela em que a saúde da mãe e/ou do feto tem maiores chances de sofrer complicações do que a média das gestações.

Dentre as patologias relacionadas à gestação de alto risco, as Síndromes Hipertensivas são as complicações mais frequentes na gestação e constituem a primeira causa de morte materna no Brasil (KAHHALE, ZUGAIB, 2005).

Apesar da grande importância para saúde pública, a etiologia da hipertensão que se manifesta durante a gestação permanece desconhecida. Vários fatores e teorias surgem para explicar a causa, porém a maioria sem confirmação. Atualmente, sugere-se como principal mecanismo da fisiopatologia da pré-eclâmpsia os aspectos imunológicos, a genética e a falha na invasão placentária (KAHHALE, ZUGAIB, 2005).

Entre os fatores de risco para as SHG a FEBRASGO (RUDGE; AMARAL, 2004) refere:

- Primigesta
- História familiar de pré-eclâmpsia
- História pessoal de pré-eclâmpsia prévia
- Diabetes
- Extremos de idade

- Hipertensão crônica
- Mudança de parceiro em nova gestação
- Gestação múltipla
- Raça negra

O Ministério da Saúde (2001) em lista dos fatores geradores de risco na gravidez acrescenta que baixa escolaridade e condição social insegura como características individuais desfavoráveis que podem influenciar na presença do risco gestacional.

Observa-se na literatura que do ponto de vista físico existem vários indicadores que classificam a gravidez como de alto risco, porém vem crescendo a relevância dos indicadores psicológicos voltados para a probabilidade da gestante desenvolver algum transtorno mental, como ansiedade, depressão, estresse, falta de apoio social e baixa auto-estima, como agravantes de risco. Almeida e colaboradores (1975) ampliam a definição de risco, ao relacioná-lo a agravos não só físicos, mas também psíquicos e sociais, que são considerados próprios do estado gravídico aos quais estão expostos a gestante e o feto.

A percepção do risco pelas gestantes é diferente do diagnóstico de risco fornecido pelo médico. A gestante precisa perceber o risco – e sua intensidade – a que está submetida para aderir ao tratamento e/ou cuidados propostos pelo profissional de saúde. A percepção do risco é subjetiva, multifatorial e diferente entre as gestantes normais e as de alto risco. A intensidade está, na maioria das vezes, relacionada à presença de risco para o feto mais do que para a saúde da mulher. A experiência anterior de gestação de alto risco e tempo de internação são os maiores

preditores nessa percepção (MARKOVIC; MANDERSON, 2006, STAHL; HUNDLEY, 2003, GUPTON; HEAMAN; CHEUNG, 2001).

Esses autores acrescentam que mulheres com algumas características sócio-demográficas: pobre estado nutricional, alta paridade, fumantes e baixa renda são mais propensas a ter gestação de risco e percepção do risco mais elevado; assim como, o nível de ansiedade, depressão e estresse é maior em mulheres solteiras, com baixa escolaridade, nos extremos da idade reprodutiva, negras e baixo nível sócio-econômico.

Segundo Tedesco (1997) a futura mãe, frente ao fator de risco, pressupõe complicações reais, em relação a si própria e ao seu filho, ao que está acontecendo em seu corpo, ou ao temor de ter uma criança com anormalidade, fato que implica em perda de controle em relação à gravidez e a si mesma.

Em consequência da perda de controle, o nível de ansiedade aumenta e a pessoa entra em “estado de alarme”. Esse estado de prontidão constante acarreta mudanças endócrinas e metabólicas. No início a gestante consegue reagir à situação de tensão de forma adequada, uma vez que as defesas corporais foram relativamente bem mobilizadas; porém, com a continuação da tensão, o corpo não consegue manter um estado contínuo de prontidão, as defesas corporais ficam esgotadas pela reação à tensão crônica, colaborando com uma maior vulnerabilidade a complicações obstétricas e psicogênicas. A mobilização da ansiedade desencadeia uma série de conflitos não resolvidos em relação à gestação e à maternidade (MALDONADO, 1997).

Uma das consequências em relação a estes conflitos é a satisfação e envolvimento com os cuidados médicos. Tedesco (1997) observou que os cuidados médicos especializados diminuiriam eficazmente a mortalidade materna e perinatal.

Entretanto, a morbidade relativa aos aspectos psicológicos teve acréscimo significativo: “muitos dos cuidados físicos que minimizam os efeitos dos riscos aumentam os distúrbios psicossociais” (p. 100). Fato esse que pode ser explicado pelas internações sucessivas, e por vezes prolongadas, pelo repouso no leito e outros cuidados, que possibilitam a melhoria do prognóstico clínico materno e fetal, mas que alteram profundamente o equilíbrio pessoal e as inter-relações familiares.

A evolução da medicina proporciona, dentre outros avanços na obstetrícia, maturação do feto prematuro e prevenção de parto pré-termo, entretanto é aconselhada como tratamento, a hospitalização e restrição de atividades em diferentes intensidades. A hospitalização representa para a gestante a conscientização da doença e suas conseqüências, o que gera medo em relação a si mesma e em relação ao feto, configurando-se como um evento estressante para várias gestantes devido ao sentimento de falta de controle sobre o corpo, falta de suporte familiar e limitações de atividades. O hospital funciona como fonte desencadeante de estresse, que merece atenção por seu caráter de desafio adaptativo à gestante e sua família, intensificado pela crença de ser o hospital um “lugar para morrer”. Por outro lado, também é considerado lugar de suporte proveniente da equipe e das outras gestantes, assim como pelo suporte tecnológico disponível (TEDESCO, 1997). Ou seja, a ambivalência gravídica pode ser agravada e está expressa nas contradições do processo de assistência, tratamento e evolução de gravidez de alto risco.

Markovic e Manderson (2006) através de estudo qualitativo com 27 gestantes de alto risco hospitalizadas com diferentes diagnósticos objetivaram verificar se o impacto da percepção materno sobre o diagnóstico e hospitalização interfere na construção da identidade materna. Através de entrevista semi-estrutura foram

abordados tópicos como: história reprodutiva, expectativas sobre a gestação, conhecimento sobre o diagnóstico, preocupações sobre o diagnóstico, período da hospitalização, suporte assistencial e familiar. Neste estudo foi verificado que tanto as primíparas² quanto as multíparas não estavam preparadas para vivenciar complicações durante a gestação e que a compreensão sobre o risco do diagnóstico estava relacionada ao período gestacional em que a mulher se encontrava. Constatou-se que é súbita a transformação experienciada pela gestante entre estar grávida e ter uma gestação de alto risco, especialmente quando os sintomas são percebidos e há necessidade de hospitalização. Frente esta realidade, algumas mulheres começam a se questionar sobre o que desencadeou a desordem e o principal sentimento é o de culpa relacionada à execução de alguma atividade.

Neste sentido, faz-se necessário, além do conhecimento do risco médico, explorar a percepção do risco para as gestantes e seus indicadores psicológicos, como a presença de sintomas ansiosos e depressivos, tendo em vista que as estratégias de enfrentamento utilizadas e a adesão ao tratamento estão relacionadas ao modo como as gestantes percebem e avaliam este risco.

² Primípara: mulher que tem o primeiro parto

4. ANSIEDADE E DEPRESSÃO ASSOCIADAS À GESTAÇÃO

Durante a gravidez, observam-se diversas mudanças fisiológicas como a variação hormonal, que podem trazer mudanças orgânicas e comportamentais significativas, inclusive o desencadeamento ou exacerbação de sintomatologia depressiva e ansiosa, comum ao período gestacional (BAPTISTA; BAPTISTA; OLIVEIRA, 2004).

Muitas vezes são cobrados das gestantes comportamentos que demonstrem felicidade, afeto e cuidados para com a gestação, sendo assim, as mulheres que apresentam sintomas depressivos podem se culpar por não poderem corresponder a estas expectativas (BAPTISTA; FURQUIM, 2003).

Em relação aos sintomas depressivos na gravidez, pode-se observar que muitos destes, como: baixa concentração, irritabilidade, fadiga, mudança no apetite, insônia ou hipersonia e perda de energia, são comuns também aos sintomas gestacionais e puerperais, o que dificulta discriminar se os sintomas apresentados fazem parte de um quadro grávidico típico ou depressivo. Outro fator importante é que a maioria dos estudos de depressão em gestantes aponta a não existência de uma diferenciação da sintomatologia depressiva quando comparado a mulheres não gestantes, o que não denota um novo fenômeno psicopatológico para a gravidez (BAPTISTA; BAPTISTA, 2005).

Mesmo sendo a depressão gestacional ainda pouco estudada devido à dificuldade de se diferenciar a sintomatologia depressiva dos sintomas que ocorrem durante o período gestacional, há estudos que constataam uma frequência maior de sintomatologia depressiva no intercurso da gravidez. Em estudo realizado por Baptista, Baptista e Torres (2006), os pesquisadores encontraram um percentual de

29,5% das gestantes, vindo ao encontro da pesquisa de Alvorado e colaboradores (1993) a qual foi observada uma prevalência de 30,4% dos sintomas depressivos em gestantes chilenas. Freitas e Botega (2002) em estudo com adolescentes grávidas através da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), encontraram uma prevalência de sintomas depressivos de 20,8%, prevalência semelhante à encontrada no estudo de Falcone e colaboradores (2005) de 20,4%.

Pereira e Lovisi (2007) realizaram um levantamento de literatura sobre os fatores de risco para a depressão durante a gravidez, entre os anos de 1997 a 2007, e constataram que a prevalência da depressão durante a gravidez nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, foi mais alta que nos países desenvolvidos, respectivamente 20% e 15%, apontando como os principais fatores predisponentes: história anterior de depressão, dificuldades financeiras, baixa escolaridade, desemprego, ser solteira, ausência de suporte social, dependência de substâncias psicoativas e violência doméstica.

Para Cunningham e Zayas (2002) a depressão na gravidez e puerpério está associada a complicações obstétricas, déficit no vínculo mãe-bebê e relacionamento conjugal.

A ansiedade é entendida como sendo um componente emocional que acompanha todo o período gestacional até o momento do parto e é caracterizada por um estado de insatisfação, intranqüilidade, insegurança, incerteza e medo da experiência desconhecida. Essa ansiedade, como dito anteriormente, pode acarretar ainda em sentimentos de incompetência, transtornos do sono, tensão muscular que causam dor, tremor e inquietação (TEDESCO, 1997).

Em estudo realizado por Araújo e colaboradores (2008) com gestantes atendidas em Centro de Saúde do Rio de Janeiro, utilizando o Inventário de

Ansiedade Traço-Estado (IDAT), observou-se prevalência de 24,9%, valor próximo ao encontrado na investigação realizada por Baptista, Baptista e Torres (2006) de 29,5%. Neste estudo, não foi verificada diferença estatística entre as sintomatologias e os trimestres gestacionais. Já o estudo realizado por Freitas e Botega (2002) ao avaliarem sintomatologia ansiosa em 120 adolescentes grávidas atendidas em um serviço de pré-natal em São Paulo, utilizando a Escala HAD, observaram prevalência de ansiedade de 23,3%. Resultados semelhantes foram observados na investigação conduzida por D'el Rey e colaboradores (2000) utilizando-se da mesma escala (HAD) com 25 gestantes internadas entre 20 e 35 anos, obteve resultado parecido, com 24% dos casos com sintomas ansiosos. Vale ressaltar que as diferenças dos percentuais encontrados podem ter relação com as diferentes escalas utilizadas assim como diferentes pontos de corte.

Em estudo de revisão de literatura sobre ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal realizado por Correia e Linhares (2007) constatou-se que 63% dos estudos verificaram haver relação entre níveis de ansiedade e depressão e que a identificação destes níveis permite que medidas de intervenção precoce sejam adequadamente implementadas.

No presente estudo, será identificada em gestantes com diagnóstico de SHG, a presença de sintomatologia de ansiedade e depressão, não objetivando, portanto classificar em transtornos por não apresentar os requisitos necessários pelo DSM-IV³ ou CID-10⁴.

Na pesquisa científica as escalas são o método mais indicado para investigação destes sintomas. A finalidade é garantir que a informação coletada seja padronizada a fim ser comparada de forma confiável. Assim, torna-se possível a

³ DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition.

⁴ CID-10: Classificação Internacional de Doenças – 10ª. revisão.

elaboração de uma base para compreensão das múltiplas relações e interações destes sintomas. Ainda não existe uma escala desenhada especificamente para a detecção da ansiedade e depressão durante a gestação. Araújo, Pereira e Kac (2007) em artigo de revisão de literatura, apontam que a escala HAD além de ter sido desenvolvida para mensurar a ansiedade e depressão em pacientes hospitalares, é uma escala confiável, estatisticamente validada de critérios por meio da sensibilidade e especificidade (0,8) por isto foi a escala escolhida para ser utilizada na presente pesquisa.

Como visto anteriormente, é comum a presença de sintomas ansiosos e depressivos durante o período gestacional, muitas vezes ultrapassando o limite da normalidade (esperado) especialmente em casos de hospitalização decorrente de gestação de alto risco pela presença de hipertensão.

Devido a todos os riscos observados tanto para as gestantes quanto para o feto se faz necessário estudos que busquem identificar maneiras eficazes de enfrentar situações de risco a fim de funcionar como atenuantes dos riscos psíquicos, tais como ansiedade e depressão.

Neste estudo, as autoras referem os Modos de Enfrentamento do Problema como itens que devem ser analisados durante atendimento à gestante por acreditarem que dependendo do modo como enfrentam o problema – gestação de alto risco por SHG - apresentarão maiores ou menores índices de ansiedade e depressão.

5. ENFRENTAMENTO

Faz-se necessário, portanto, avaliar como as gestantes lidam frente situação de risco, ou seja, quais são os modos de enfrentamento de problema utilizados por elas. A seguir serão apresentadas as principais considerações sobre a revisão de literatura.

Qualquer mudança na vida gera algum nível de estresse, cujos efeitos podem ser positivos, quando melhoram o desenvolvimento da pessoa, ou negativos, quando ameaçam a capacidade do indivíduo no ambiente. A reação às mudanças varia de pessoa para pessoa e até no mesmo indivíduo, conforme o período de vida. Como visto anteriormente, sabe-se que a gestação de alto risco é considerada uma situação causadora de estresse. Segundo Holroyd e Lazarus (1982), vários estudos têm tentado desvendar como reduzir o impacto do estresse sobre o bem estar do indivíduo, mediante a compreensão das formas de enfrentamento.

Observa-se que na literatura brasileira, utiliza-se amplamente tanto o termo enfrentamento como a palavra inglesa *coping*, para se referir ao mesmo conceito, da mesma forma que as estratégias de enfrentamento também são nomeadas como estratégias de *coping*. Para este trabalho optou-se por utilizar o termo enfrentamento.

O modelo teórico de estresse e enfrentamento denominado Modelo Interativo do Estresse, define enfrentamento como:

conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, utilizados pelas pessoas com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e são avaliadas como sobrecarga ou excedendo seus recursos pessoais (FOLKMAN et. al, 1986, p.572).

De acordo com esse modelo, a seleção das respostas de enfrentamento diante de situações estressantes sofre a mediação de avaliações cognitivas. Na avaliação primária, o indivíduo analisa se a situação é potencialmente desafiadora, prejudicial ou ameaçadora. Na secundária, o indivíduo analisa seus recursos disponíveis para enfrentar a situação estressante, buscando alternativas mediante as quais a ameaça ou o dano pode ser contornado, ou recompensas podem ser obtidas. As conclusões decorrentes destas avaliações iniciais podem ser modificadas no transcorrer do processo (SEIDL; TRÓCCOLI; ZANNON, 2001, VITALINO et al., 1985).

Ainda neste modelo, a partir de procedimentos estatísticos adotados na análise fatorial, Folkman e Lazarus (1980) classificam as respostas ou estratégias de enfrentamento de acordo com suas funções, destacando como modalidades principais: *enfrentamento focalizado no problema* e *enfrentamento focalizado na emoção*.

O *enfrentamento focalizado no problema* se constrói como um esforço da pessoa, no sentido de tentar manejar ou modificar a situação que deu origem ao estresse, para controlar ou lidar com a ameaça, dano ou desafio. Ocorre então, uma aproximação do estressor, planejando soluções, solucionando-os e reavaliando-o positivamente. É um esforço no sentido de encontrar soluções práticas, como a confecção de um plano de ação ou a concentração no próximo passo a seguir (FOLKMAN; LAZARUS, 1980).

Em contrapartida o *enfrentamento focalizado na emoção* é tido como um esforço para a regulação do estado emocional que é originado a partir das situações estressantes; seu objetivo é de modificar o estado emocional da pessoa, seja num nível somático ou de sentimentos relativos à tensão. Esse tipo de enfrentamento

pode constituir-se de atitudes de afastamento ou paliativas, diante da fonte de estresse, tais como o uso de drogas, álcool, descargas emocionais e outras (FOLKMAN; LAZARUS, 1980).

Folkman e Moskowitz (2004) ressaltam a identificação de outros tipos de estratégias de enfrentamento, tais como a busca de suporte social, de informação, a religião, entre outras, que podem atuar simultaneamente no processo de enfrentamento de uma única situação. Estes autores, ao realizarem uma análise dos novos rumos para a pesquisa no campo de enfrentamento, ressaltam que uma área promissora e fértil configura-se em torno da busca de religiosidade como uma estratégia de enfrentamento, relatando que a religião pode influenciar tanto na avaliação da situação estressante como no seu enfrentamento. Assim, a prática da religião pode ser prévia à situação de estresse ou pode ser uma busca a partir dela.

Esses autores referem também que ao acreditar na presença de alguma divindade que acompanha as rotinas diárias, esta pode ser considerada tanto no papel de colaboradora na resolução das dificuldades como no papel de responsável absoluta pelo desfecho do problema, situação em que a própria pessoa passa a excluir-se de toda e qualquer responsabilidade no encaminhamento de soluções, sem esquecer que a prática da religião pode originar uma abordagem da situação sob a ótica de uma punição bem merecida, por comportamentos considerados inadequados dentro daquelas crenças religiosas.

Antoniazzi, Dell'Aglio e Bandeira (1998), enfocando diversos modelos e estudos sobre o tema, afirmam que o enfrentamento tem sido estudado também em função de seus estilos, estratégias ou como processo. Os estilos estão mais relacionados a características de personalidade do indivíduo ou aos resultados do próprio enfrentamento, enquanto as estratégias referem-se a cognições ou a

comportamentos direcionados a uma situação específica causadora de estresse. Na perspectiva de enfrentamento como processo, parte-se do princípio de que as respostas de enfrentamento apresentadas por uma pessoa podem mudar ao longo do tempo e de acordo com as exigências do contexto em que ocorre. Nessa concepção, uma pessoa pode apresentar diferentes estratégias de enfrentamento, em situações distintas (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Em coerência com a teoria de Lazarus e Folkman (1984), Pargament (1997) defende a existência de alguns pressupostos do processo de enfrentamento. Assim, reafirma a importância de considerar que os eventos são interpretados pelas pessoas de acordo com os significados que os mesmos têm para cada um. Dessa forma, o que torna uma experiência estressante, não é o evento em si, mas as avaliações que as pessoas fazem da situação, o que leva a percepção do estressor como: ameaça, dano ou desafio. Além disso, são analisados também os recursos disponíveis e responsabilidades ao lidar com a situação. Pargament (1997) assinala ainda que as pessoas possuem um sistema de orientação que representa uma forma geral de compreender e lidar com as situações e que, em momentos de crise, o processo de enfrentamento é fortemente influenciado por esse sistema. O autor defende que as pessoas lidam com os problemas da forma que é possível em determinado momento, pois as opções de enfrentamento são limitadas pela pressão dos eventos, pelos sistemas de crenças predominantes e pelas avaliações dos recursos disponíveis para enfrentá-los.

Deve-se levar em consideração que o enfrentamento é influenciado pela cultura tendo em vista poder modelar as avaliações da situação, o sistema de orientação da pessoa no mundo e as estratégias de enfrentamento que podem ser ensinadas e privilegiadas em um contexto sociocultural, em detrimento de outras.

De acordo com Roesch e Weiner (2001), mudanças nos indicadores de saúde somática ou psicológica podem resultar da forma de enfrentamento adotada, sendo citados: redução das reações psicológicas ou bioquímicas; o retorno às atividades pré-estresse; a manutenção de uma auto-avaliação positiva e redução nos níveis de ansiedade e depressão. O que reforça a importância da avaliação destas estratégias em diferentes situações clínicas.

Sendo assim, torna-se importante identificar a forma com que as gestantes internadas com diagnóstico de Síndrome Hipertensiva Gestacional enfrentam a situação, pois como visto, não é a situação em si a principal causadora de possíveis níveis elevados de ansiedade e depressão, mas a maneira como essas gestantes interpretam o fato. Portanto, a situação de SHG não é, por si só, responsável por maiores índices de ansiedade e depressão, mas provavelmente, estes resultados vão estar relacionados ao modo como enfrentam o problema.

6- OBJETIVOS DA PESQUISA

6.1 – Objetivo Geral

- Investigar ansiedade, depressão e modos de enfrentamento de problemas em gestantes hipertensas hospitalizadas.

6.2 – Objetivos Específicos

- a) Identificar ansiedade e depressão em gestantes hipertensas hospitalizadas.
- b) Identificar os mecanismos de enfrentamento utilizados por gestantes hipertensas hospitalizadas.
- c) Correlacionar ansiedade e depressão com os modos de enfrentamento de problemas utilizados por gestantes hipertensas hospitalizadas.
- d) Correlacionar às variáveis sócio-demográficas à ansiedade, depressão e modos de enfrentamento.

7- MATERIAL E MÉTODO

7.1- Características do Estudo

O estudo caracteriza-se como uma pesquisa quantitativa que busca identificar os sintomas ansiosos e depressivos em gestantes hospitalizadas com diagnóstico de síndrome hipertensiva e correlacioná-los com os modos de enfrentamento utilizados por esta população.

A pesquisa quantitativa investiga fatos com variáveis pré-determinadas submetidas à mensuração e os resultados obtidos são expressos numericamente (APPOLINÁRIO, 2004). Assim, para Souza e Pitanguy (2006, p.77), “a força da pesquisa quantitativa se esteia na reprodutibilidade/confiabilidade (*reliability*)”.

7.2- Sujeitos

Fizeram parte da amostra 30 mulheres com diagnóstico de síndrome hipertensiva gestacional, hospitalizadas na enfermaria obstétrica do Hospital Prof^o Carlos da Silva Lacaz. Essa quantidade foi considerada adequada para uma pesquisa quantitativa por ter possibilitado correlações estatísticas e aprofundamento da análise de dados.

7.2.1 – Critérios de Inclusão

- Gestantes hospitalizadas há mais de 24 horas;
- Gestantes com faixa etária entre 20 e 30 anos;
- Gestantes com diagnóstico de Síndrome Hipertensiva Gestacional – realizado pelos médicos responsáveis da enfermaria; e
- Gestantes que aceitem participar do estudo mediante o termo de consentimento informado.

7.2.2 – Critérios de Exclusão

- Gestantes que estejam em trabalho de parto;
- Gestantes com dificuldade de contato verbal;
- Gestantes com doenças psiquiátricas incapacitantes.

7.3 – Instrumentos

Após o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I), foram aplicados os seguintes instrumentos:

7.3.1 – Questionário para Caracterização da Amostra (ANEXO II): elaborado pela própria pesquisadora, contendo informações sobre dados sociodemográficos (nome, idade, ocupação, escolaridade e estado civil) e antecedentes obstétricos

(idade gestacional, diagnóstico médico, histórico obstétrico, tempo de internação, internações anteriores e acompanhamento pré-natal).

7.3.2 – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - HAD (ANEXO III) – validada no Brasil por Botega e colaboradores (1998), foi desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983) para ser aplicada a usuários de serviços não-psiquiátricos de hospital geral ou da atenção primária. É um instrumento auto-aplicável utilizado para medir sintomas de ansiedade e depressão, com 14 questões do tipo múltipla escolha. Compõe-se de duas sub-escalas, com sete itens cada, uma para ansiedade (HAD-A; itens ímpares) e outra para depressão (HAD-D; itens pares).

Cada item do instrumento tem uma pontuação de zero a três e a soma total fornece pontuação até 21 em cada sub-escala. Considera-se ansiedade e/ou depressão, valores obtidos maiores ou iguais a oito. Assim como, considera-se distúrbio misto de ansiedade e depressão quando a pontuação supracitada é obtida nas duas sub-escalas. Esse ponto de corte (ou seja, a partir de 8 pontos) propiciou na validação brasileira boa sensibilidade e boa especificidade tanto na sub-escala de ansiedade (74% e 74,2%, respectivamente), quanto na de depressão (85,7% e 72,4%, respectivamente) (BOTEGA et al., 1998).

Vale ressaltar que este instrumento não se propõe a diagnosticar transtornos ansiosos ou transtornos depressivos, conforme classificação no CID-10 e/ou DSM IV. O objetivo restringe-se a levantar sintomas ansiosos e depressivos.

7.3.3 – Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas – EMEP (ANEXO IV) - Versão adaptada e validada para população brasileira por Gimenez e Queiroz (1997) e estrutura fatorial investigada por Seidl, Tróccoli e Zannon (2001).

A EMEP é uma escala do tipo *likert* em que as respostas são descritas através de 5 pontos de escolha que variam entre 1(nunca faço isso) e 5 (sempre faço isso). A escala é composta por 45 itens e engloba pensamentos e ações apresentados diante de um evento estressor específico, distribuídos em quatro fatores, podendo prevalecer mais de uma forma de enfrentamento (SEIDEL, TROCCOLI, ZANNON, 2001):

- **Fator 1:** Enfrentamento focalizado no problema (Itens: 1, 3, 10, 14, 15, 16, 17, 19, 24, 28, 30, 32, 33, 36, 39, 40, 42, 45) - estratégias cognitivas e comportamentais que representam condutas de aproximações ao estressor voltadas para seu manejo ou solução.
- **Fator 2:** Enfrentamento focalizado na emoção (itens: 2, 5, 11, 12, 13, 18, 20, 22, 23, 25, 29, 34, 35, 37, 38) - estratégias cognitivas e comportamentais que representam comportamentos de esquiva ou negação, expressão de emoções negativas, irrealistas voltadas para solução mágica de problema, auto-culpa e ou culpabilização dos outros.
- **Fator 3:** Religiosidade e pensamento fantasioso (itens: 6, 8, 21, 26, 27, 41, 44) - composto por pensamento e comportamento que representam o enfrentamento do problema por meio da manutenção da fé e da esperança, ou de pensamentos fantasiosos.
- **Fator 4:** Busca de suporte social (itens: 4, 7, 9, 31, 43) - envolve a busca de apoio instrumental, emocional ou de caráter informativo.

A análise dos fatores 1, 2, 3 e 4 é realizada através da média aritmética dos escores obtidos em cada item (SEIDEL; TROCCOLI; ZANNON, 2001).

7.4 - Procedimentos

7.4.1- Seleção da Amostra: inicialmente foram consultados os prontuários das gestantes internadas na Instituição para identificar a presença do diagnóstico médico de síndrome hipertensiva gestacional. Em seguida, essas gestantes, individualmente, foram convidadas pela pesquisadora a participar de forma voluntária e informadas dos objetivos, duração e necessidade de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Embora os instrumentos da pesquisa sejam auto-aplicáveis, todos foram respondidos a partir do diálogo entre a pesquisadora e as gestantes, com intuito de melhor entendimento dessa vivência sobre os itens pesquisados, assim como, possibilitar a inclusão de participantes com baixo nível de escolaridade.

7.4.2 – Duração e Seqüência de Aplicação dos Instrumentos: o tempo aproximado de aplicação dos instrumentos foi de aproximadamente trinta minutos (30) em cada sujeito da pesquisa. Após o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os instrumentos foram aplicados na seqüência a seguir:

- a) Questionário para Caracterização da Amostra (ANEXO II)
- b) Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (ANEXO III)
- c) Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (ANEXO IV)

7.5 – Cuidados Éticos

7.5.1 - Parecer do Comitê de Ética: o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, respeitando a legislação em vigor do Conselho Nacional em Saúde/CONEP - Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, conforme resolução nº:196/96. Aprovado na reunião ordinária do Comitê de Ética e Pesquisa da ISCMSP, realizada no dia 29/04/2009. Protocolo COEP/ISCMSP 95/09.

7.5.2 - Assinatura do termo de compromisso do pesquisador: comprometendo-se à: atender os deveres institucionais básicos de honestidade, sinceridade, competência e da discricção; pesquisar adequada e independentemente, além de buscar aprimorar e promover o respeito à sua profissão; não fazer pesquisa que possa causar riscos não justificados às pessoas envolvidas; não violar as normas do consentimento informado; comunicar ao possível sujeito todas as informações necessárias para um adequado consentimento informado; propiciar ao sujeito oportunidade e encorajamento para fazer perguntas; excluir a possibilidade de engano injustificado, influência indevida e intimidação e obter de cada possível sujeito um documento assinado como evidências do consentimento informado.

7.5.3 - Assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido: informa aos participantes da pesquisa sobre as garantias de acesso às informações sobre os procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas a respeito da liberdade para retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo à

continuidade da assistência na instituição hospitalar. Também salvaguardará a confidencialidade, sigilo e privacidade em caso de futuras publicações. Todas as informações receberam vocabulário simples e claro, o sujeito precisou assiná-lo para poder participar da pesquisa.

Os dados da pesquisa estarão disponíveis para os participantes que desejarem retornar ao hospital para conhecimento dos resultados e discussão dos mesmos com a pesquisadora.

A aplicação dos instrumentos foi incorporada à assistência oferecida às gestantes internadas. Caso, durante a aplicação a gestante apresentasse mobilização ou qualquer mal estar detectado pela pesquisadora, a aplicação seria interrompida e se prestaria assistência no sentido de tranquilizar a gestante (com escuta livre, relaxamento ou o que for mais conveniente ao caso). A aplicação seria retomada em outro dia ou horário, depois de se avaliar as condições da gestante para falar sobre os temas das escalas.

8- RESULTADOS E DISCUSSÃO

8.1- Caracterização da Amostra

Os resultados aqui descritos foram obtidos pelas respostas espontâneas dadas pelas 30 participantes ao questionário para caracterização da amostra e as escalas utilizadas.

Há algumas restrições quanto ao uso de porcentagem, quando calculada em bases pequenas e amostras desiguais, pois pode-se ter uma visão distorcida da realidade, se perder de vista este limite da amostra. Apesar de estar ciente dessas limitações, esta foi a maneira escolhida para apresentar os dados para melhor visualização e para que o leitor possa ter melhor compreensão sobre os resultados deste trabalho.

Quanto à exposição dos dados obtidos, estes são apresentados e discutidos na seguinte ordem:

Primeiramente, é feita a caracterização da população que fez parte deste estudo através dos dados sócio-demográficos e os antecedentes obstétricos.

Em um segundo momento são apresentados e discutidos os resultados obtidos através das duas escalas utilizadas: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e Escala de Modo de Enfrentamento de Problemas.

Após essas apresentações, é feita a correlação entre os resultados das escalas utilizadas, assim como, a apresentação dos agrupamentos das respostas semelhantes.

8.1.1- Dados Sócio-demográficos

Foram verificados os seguintes dados sociodemográficos: idade, estado civil, escolaridade e ocupação.

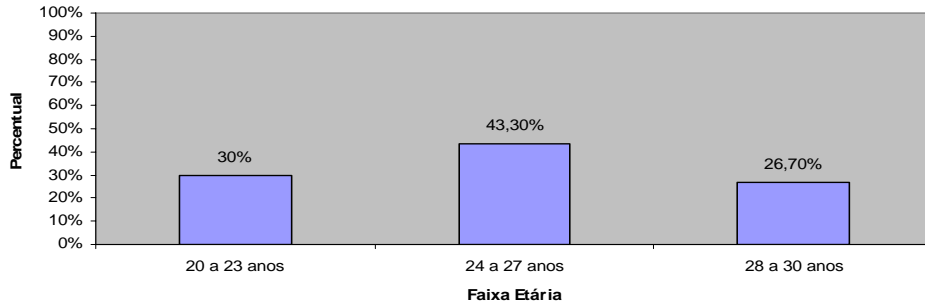


Figura 1: Distribuição da Amostra em Faixa Etária

As participantes que fizeram parte deste estudo estavam, em sua maioria entre 24 e 27 anos, idades que, segundo o Ministério da Saúde (2001), não pertenceriam a um grupo de risco gestacional. Neste estudo, a incidência de Síndromes Hipertensivas Gestacionais em mulheres em idade reprodutiva sem risco potencial pode estar relacionada ao fato de que o Hospital HEFM é referência em Gestaçã de alto risco.

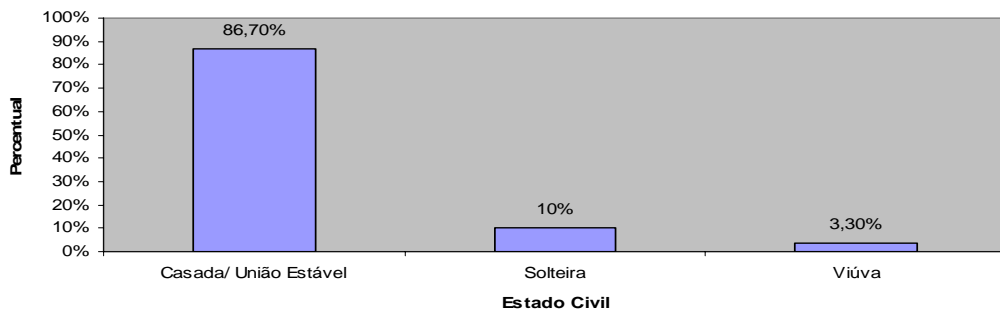


Figura 2: Distribuição da Amostra pelo Estado Civil

Em relação ao estado civil, houve nítida predominância de gestantes que referem ser casadas ou constituem uma união estável, totalizando 86,7%, enquanto que 13,3% são solteiras.

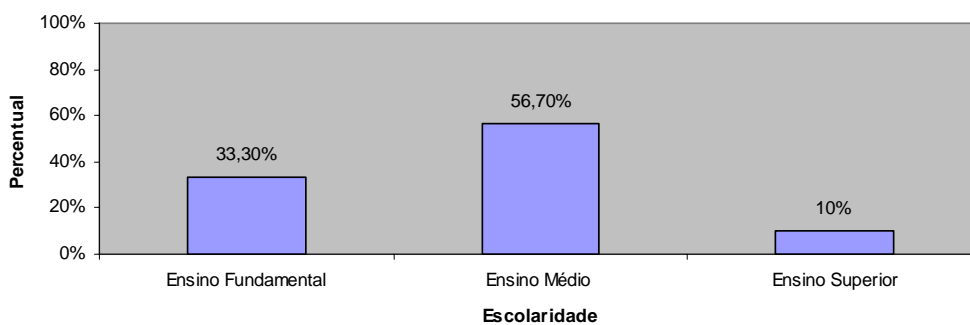


Figura 3: Distribuição da Escolaridade

Quanto à escolaridade, nenhuma participante referiu ser analfabeta, 33,3% tinham o ensino fundamental, 56,7% o ensino médio e 10% o ensino superior.

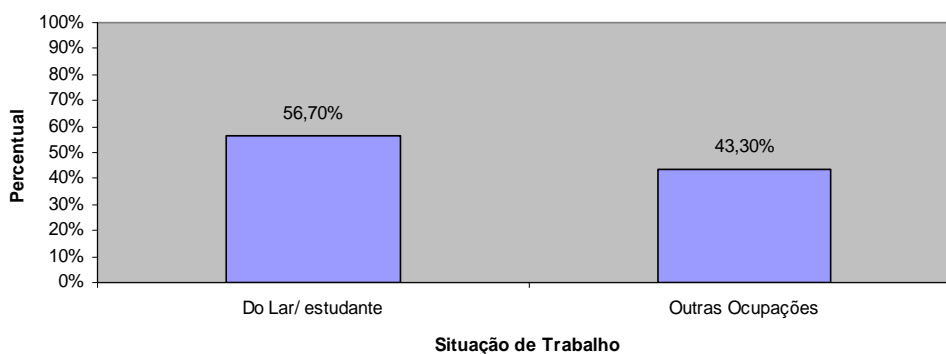


Figura 4: Distribuição de acordo com a Ocupação

Em relação à ocupação, 56,7% das participantes eram donas de casa ou estavam estudando, enquanto que 43,3% referiram algum tipo de trabalho remunerado.

O que podemos observar que as participantes desta pesquisas são, predominantemente, compostas de gestantes entre 24 a 27 anos, donas de casa, com relacionamento estável e com segundo grau. Em relação às características sócio-demográficas sugeridas pelo Ministério da Saúde (2001) observa-se baixo fator de risco nesta população.

8.1.2- Antecedentes Obstétricos

Foram verificados os seguintes antecedentes obstétricos e dados obstétricos atuais: idade gestacional, número de gestações, período que recebeu o diagnóstico e internação anterior.

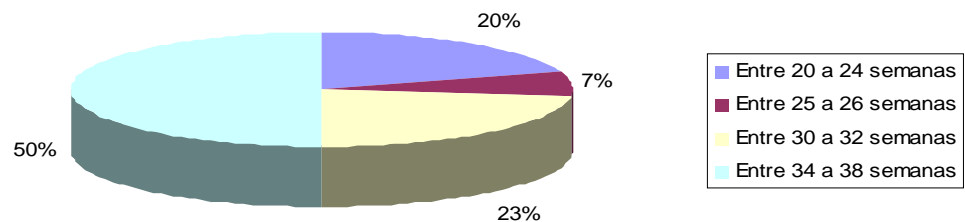


Figura 5: Distribuição da Idade Gestacional

Quanto à idade gestacional, a literatura refere que o terceiro trimestre gestacional é considerado o mais propenso a desencadear sintomas psíquicos como ansiedade e depressão, pela proximidade do parto e por todas as mudanças que a vinda do bebê trará. O segundo trimestre, por outro lado, é considerado o mais estável do ponto de vista emocional (MALDONADO, 1997). Entretanto, frente a uma gestação de risco, em particular por SHG, observa-se que a percepção do risco está fortemente relacionada à probabilidade do sucesso fetal e que gestantes com

menor tempo de gestação geralmente apresentam sintomas psíquicos mais elevados.

Sendo assim, na Figura 5, as categorias foram agrupadas em relação à probabilidade de sucesso fetal. No período da realização da entrevista, 50% estavam entre 34 a 38 semanas, seguida das participantes entre 30 a 32 semanas (23%). Estes dados demonstram que a maioria das gestantes estava menos propensa a desenvolver distúrbios psíquicos, especialmente sintomas ansiosos e depressivos, se comparadas às gestantes com menos semanas gestacionais. Sendo assim, gestantes entre 20 a 24 semanas (20%) apresentaram maior probabilidade de distúrbios psíquicos tendo em vista ser pequena a chance de sobrevivência caso o bebê venha a nascer prematuro. O parto prematuro é muitas vezes necessário por conta de complicações relacionadas aos quadros das SHG – especialmente pré-eclâmpsia/ eclâmpsia - que também põe em risco a vida da gestante.

O 3º trimestre, em qualquer gestação, é considerado um período de aumento de sintomas psíquicos em decorrência da proximidade do parto e mudanças pessoais e familiares que a vinda do bebê trarão. No caso de gestação de risco por SHG este período indica maior probabilidade de sucesso fetal e pode influenciar positivamente na redução de sintomas ansiosos e depressivos. Porém, esse quadro poderá não ser observado nas gestantes com SHG que se encontrem hospitalizadas devido às conseqüências psíquicas da hospitalização citadas na revisão de literatura.

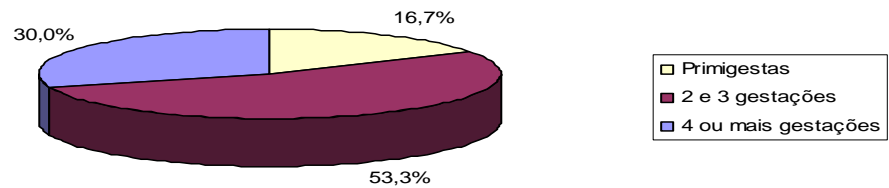


Figura 6: Distribuição do Número de Gestação

A maioria das gestantes (83,3%) estava na segunda ou mais gestações, enquanto que 16,7% - equivalente a 5 participantes – eram primigestas. De acordo com a literatura consultada (RUDGE; AMARAL, 2004) ser primigesta é considerada um fator de risco. Entretanto, pode ser que dentre as multíparas, exista algumas em que a presente gestação tenha sido com novo parceiro, fator também considerado de risco para as SHG. Porém, vale ressaltar a importância de se avaliar, em futuras pesquisas, não só a troca de parceiro como condição de risco, mas também avaliar o risco psíquico, ou seja, como a mulher vivenciou/ experienciou a gestação e o quanto este fator pode ter influenciado no desenvolvimento de SHG.



Figura 7: Presença de Internação Anterior

Podemos verificar no gráfico acima que a grande maioria das gestantes não teve, durante esta gestação, internação anterior relacionada ao diagnóstico das SHG, totalizando 89,7%. As 10,3%, que possuíam internação anterior, eram múltíparas, e referiram ter se internado mais de uma ou duas vezes por complicações relacionadas as SHG.

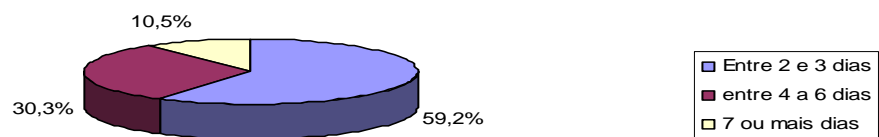


Figura 8: Duração da Internação Atual

Em relação à duração da internação, no momento da entrevista com as gestantes, observa-se que mais da metade encontra-se entre o segundo e o terceiro dia de internação, totalizando 59,2%.

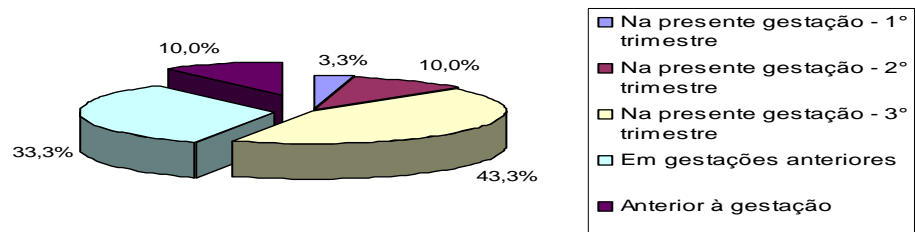


Figura 9: Período que Recebeu o Diagnóstico da SHG

Podemos verificar na figura acima que 56,6% da população receberam o diagnóstico durante a presente gestação, sendo que 43,3% receberam no terceiro trimestre gestacional; 10% no segundo e 3,3% no primeiro trimestre. Observa-se também que 33,3% receberam o diagnóstico em gestações anteriores e 10% anterior à gestação - diagnóstico de hipertensão arterial crônica. Pode-se inferir que as gestantes que receberam o diagnóstico no terceiro trimestre são consideradas menos grave, tanto do ponto de vista psíquico quanto físico, do que as que receberam no primeiro e segundo trimestre e que, provavelmente, a que recebeu no primeiro trimestre tinha diagnóstico de hipertensão arterial crônica (HAC) não diagnosticado. Quanto ao não diagnóstico, possa ser que dentre as que receberam o diagnóstico de Hipertensão durante a gestação estas já sofressem com hipertensão crônica, porém, por não ter acesso a uma política pública de saúde adequada nunca foram diagnosticada.

Em relação aos antecedentes obstétricos, de uma forma geral, esta população foi composta, principalmente de gestantes multíparas, entre 30 a 38 semanas, sem internação anterior, com dois a três dias de internação e que recebeu o diagnóstico da SHG na presente gestação, mais especificamente, no terceiro trimestre. Estes dados sugerem presença menos intensa do sintoma depressivo devido ao provável sucesso fetal, somado à utilização de medicamentos para estabilização da pressão que interferem no humor. Em relação aos sintomas ansiosos, podem ser mais intensos por estarem relacionados à necessidade de internação por diagnóstico de risco gestacional.

8.2- Distribuição dos Resultados das Escalas Utilizadas

8.2.1- Dados da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD)

Zigmond; Snait (1983). Validada no Brasil por Botega et al. (1998)

Para análise dos dados foi utilizada nota de corte igual ou superior a oito para a presença do sintoma analisado, conforme sugerido e validado no Brasil por Botega.

Tabela 1: Distribuição dos Resultados da Pontuação Escala HAD

Escala HAD- Ansiedade

Pontuação	Sujeito Frequência	Porcentagem
3	1	3,3%
5	4	13%
6	2	13%
7	3	6,7%
8	1	10%
9	4	3,3%
10	3	13,3%
11	3	10%
12	3	10%
13	2	10%
14	2	6,7%
15	2	6,7%
Total	30	100%

Escala HAD - Depressão

Pontuação	Sujeito Frequência	Porcentagem
0	2	6,7%
2	6	20%
3	3	10%
4	1	3,3%
5	1	3,3%
7	6	20%
8	2	6,7%
9	1	3,3%
10	6	20%
11	2	6,7%
Total	30	100%

O que se observa na tabela acima e que a menor pontuação no HAD-ansiedade foi de 3 e a maior de 15 pontos. Enquanto que no HAD – depressão variou entre 0 e 11 pontos.

Devido a essa grande variação na pontuação, além da nota de corte sugerida por Botega (1998), foi criada uma subdivisão que representa nível de intensidade em relação à presença do sintoma analisado.

Tabela 2: Distribuição dos Resultados Presença de Sintomas Ansiosos

	Sujeitos/ Frequência	Porcentagem
Sem Ansiedade	10	33,3%
Com Ansiedade	20	66,7%
Total	30	100%

Com relação à presença do sintoma ansioso, de acordo com a nota de corte sugerida por Botega (1998), a Tabela 2 mostra que 66,7% possuem ansiedade e 33,3% não apresenta.

Observa-se, na revisão de literatura que Botega (2002) utilizando a escala HAD em gestantes adolescentes atendidas em um serviço de pré-natal, encontrou prevalência de ansiedade de 23,3%. Resultados semelhantes foram obtidos por D'el Rey e colaboradores (2000), que utilizando a escala HAD, em gestantes hospitalizadas entre 20 e 35 anos, obteve 24% com presença de sintomas ansiosos.

Provavelmente maiores índices de ansiedade foram encontrados na presente pesquisa pelo fato de serem gestantes de risco por síndrome hipertensiva gestacional que, segundo alguns autores, possibilitam maior percepção de risco por está relacionado não só ao risco materno, mas também ao fetal. Outros fatores que influenciam essa percepção são o tempo de internação e histórico de gestação anterior de risco (MARKOVIC; MANDELSON, 2006; STAHL; HUNDLEY, 2003, GUPTON; HEAMAN; GHEUNG, 2001).

Segundo Tedesco (1997), a hospitalização representa para a gestante a conscientização da doença e suas consêquências, somado ao fato de ficar longe da família, filhos e outras responsabilidades.

Tabela 3: Distribuição em Níveis de Sintomas Ansiosos

	Sujeitos/ Frequência	Porcentagem
Com ansiedade- leve (entre 8 e 9 pontos)	5	16,7%
Com ansiedade- moderada (entre 10 a 15 pontos)	15	50%
Total	20	66,7%

A Tabela 3 subdivide as participantes com presença de sintomas ansiosos em dois níveis de intensidade. Ansiedade leve, correspondendo a 16,7% e ansiedade moderada, 50% das participantes. Como não teve nenhuma participante com pontuação entre 16 e 21 pontos, não foi estabelecido nível de ansiedade considerado severo. Esses dados estão de acordo com a literatura ao afirma ser esperado certo grau de ansiedade em toda gestação. Essa ansiedade indica que a gestante sabe dos riscos que ela e o bebê correm (contato adequado com a realidade).

Tabela 4: Distribuição dos Resultados Presença de Sintomas Depressivos

	Sujeitos/ Frequência	Porcentagem
Sem depressão	19	63,3%
Com depressão	11	36,7%
Total	30	100%

Com relação à presença de sintoma depressivo, 36,7% apresentam depressão, enquanto que 63,3% não apresentam pontuação para este diagnóstico.

Observa-se que o percentual da presença do sintoma depressivo está próximo ao encontrado na literatura que varia entre 20% a 30% o percentual de depressão em gestantes (PEREIRA; LOVISI, 2007, BAPTISTA; TORRES, 2006, FREITAS; BOTEGA, 2002).

Índices semelhantes ao encontrado na literatura podem estar relacionados com a utilização de medicações que podem interferir no humor, enquanto tratamento das SHG, a fim de estabilizar os níveis pressóricos e evitar maiores complicações e evolução para pré-eclâmpsia/ eclâmpsia. Sendo assim, aproximam-se aos índices de sintomas depressivos encontrados em gestantes de uma forma geral.

Tabela 5: Distribuição dos Resultados Níveis de Sintomas Depressivos

	Sujeitos/ Frequência	Porcentagem
Com depressão- leve (entre 8 e 9 pontos)	3	10,0%
Com depressão- moderada (entre 10 e 11 pontos)	8	26,7%
Total	11	36,7%

A Tabela 5 subdivide as participantes entre presença de sintomas depressivos em dois níveis de intensidade. Depressão leve, correspondendo a 10,0% e depressão moderada, 26,7% das participantes.

A seguir serão feitas algumas considerações ao relacionar a presença de sintomas ansiosos e/ ou depressivos a dados sociodemográficos e antecedentes obstétricos.

Tabela 6: Relação entre Estado Civil e Sintomas Ansiosos e/ou Depressivos

	Ansiedade	Depressão	Ansiedade e Depressão	Sem sintoma
União Estável	26,7%	3,3%	36,7%	20%
Solteira	3,3%	-	-	10%

Observa-se que a presença de sintomas ansiosos se faz presente tanto nas solteiras quanto nas que referem união estável. Por outro lado, a ausência dos sintomas depressivos é exclusiva das solteiras.

Entretanto, devido ao pequeno número de participantes e à predominância (86,7%) de mulheres que referem possuir união estável, fica difícil afirmar se os níveis de ansiedade e/ou depressão sofrem influência desse fator. Porém, sabe-se, que muito mais importante que o estado civil é o vínculo social e de apoio que essas gestantes referem possuir, características que deverão ser investigadas em futuras pesquisas com essa população.

Tabela 7: Relação entre Escolaridade e Sintomas Ansiosos e/ou Depressivos

	Ansiedade	Depressão	Ansiedade e Depressão	Sem Sintomas
Ensino Fundamental	13,3%	3,3%	6,7%	10%
Ensino Médio	13,3%	-	26,7%	16,7%
Ensino Superior	3,3%	-	3,3%	3,3%

Semelhantes considerações são feitas em relação à escolaridade tendo em vista predominar gestantes com ensino médio (56,7%) e com ensino superior (10%).

Enquanto a literatura traz que a baixa escolaridade pode ser um fator preditivo para SHG, sabe-se que, atualmente, é cada vez mais freqüente mulheres alfabetizadas e com maior número de anos de estudo - característica encontrada na presente população - podendo, portanto, o nível de escolaridade não ser considerado um fator de risco para SHG. Entretanto, esta hipótese só poderia ser verificada se fosse constante o percentual de participantes entre as escolaridades.

Tabela 8: Relação entre Período do Diagnóstico e Presença de Sintomas Ansiosos e/ou Depressivos.

	Ansiedade	Depressão	Ansiedade e Depressão	Sem Sintoma
2° trimestre	10%	-	-	-
3° trimestre	10%	-	16,7%	16,7%
Diagnosticado em gestações anteriores	10%	3,3%	13,3%	10%
Diagnóstico não relacionado à gestação (HAC)	-	-	3,3%	3,3%

Em relação às variáveis observa-se que a presença do sintoma ansioso isolado é o dobro entre as mulheres que receberam o diagnóstico na presente gestação se comparado as que receberam em outras gestações ou mesmo, anterior as gestações (tinham o diagnóstico de hipertensão arterial crônica), fato que pode estar relacionado a esta ser uma situação nova experienciada pelas gestantes e ainda não possuir mecanismos de enfrentamento para lidar com a situação

Por outro lado, são bastantes próximos os percentuais se comparados à presença dos sintomas ansiosos e depressivos em relação aos períodos supracitados

assim como também não se vê relação significativa com a presença do sintoma depressivo isolado. Fato que pode sugerir que a presença dos sintomas sofre mais influência da experiência subjetiva experienciada pela gestante do que o período em que recebeu o diagnóstico.

Observa-se que ao relacionar os antecedentes obstétricos e os dados sociodemográficos aos índices de ansiedade e depressão da presente população, não foi possível fazer considerações conclusivas. Seja porque a população é pequena e com características próprias (faixa etária entre 20 e 30 anos, predominante união estável e no 2º ou 3º grau), ou porque, provavelmente, o que possa influenciar esses dados esteja relacionado à percepção do risco vivenciada pela gestante e seu modo de enfrentamento do problema. Itens que serão analisados a seguir.

8.2.2 – Dados da Escala Modo de Enfrentamento de Problemas (EMEP)

Seidl, E. M. F.; Tróccoli, B. T.; Zannon, C. M. L. C. (2001)

A Escala de Modo de Enfrentamento de Problema objetiva identificar qual o fator mais utilizado para enfrentar uma determinada situação, podendo predominar mais de uma forma de enfrentamento. Para melhor análise dos dados, além da leitura convencional da escala – citada acima - foi realizada uma leitura individualizada de cada item analisado; ou seja, como variou as respostas de cada item entre os sujeitos.

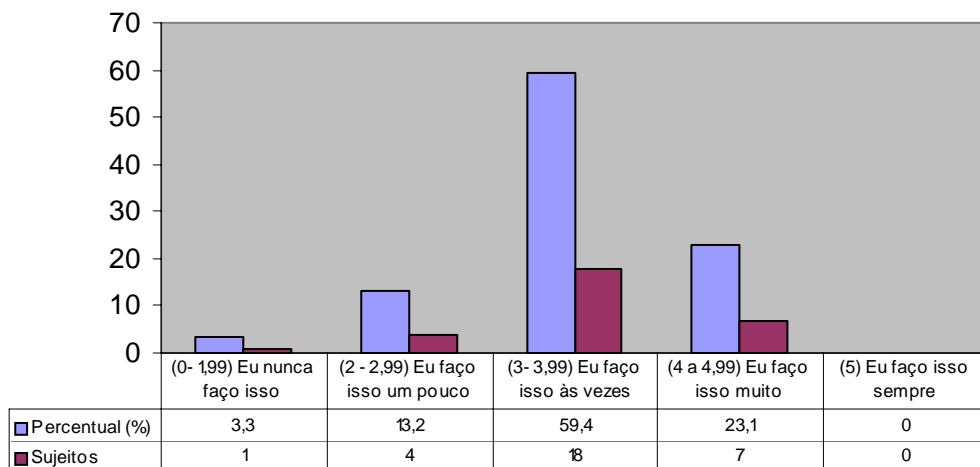


Figura 10: Distribuição dos Resultados Enfrentamento Focalizado no Problema

Em relação ao enfrentamento focalizado no problema, a maioria das participantes, 59,4% utiliza a categoria “ Eu faço isso às vezes” e 23,3% utiliza “Eu faço isso muito”.

Segundo Folkman e Lazarus (1980) fazer uso do enfrentamento focalizado no problema sugere uma atitude proativa frente ao mesmo, no sentido de manejar ou modificar a situação que deu origem ao problema. Sendo assim, esses dados sugerem que as participantes provavelmente conhecem os riscos da SHG para ela e para o bebê e procuram modificar e encontrar soluções para reduzi-los. O fato de estarem internadas já indica atitude frente à redução de riscos, pois o hospital possibilita cuidados médicos especializados, mesmo que isto implique o afastamento da casa, dos filhos e outras ocupações.

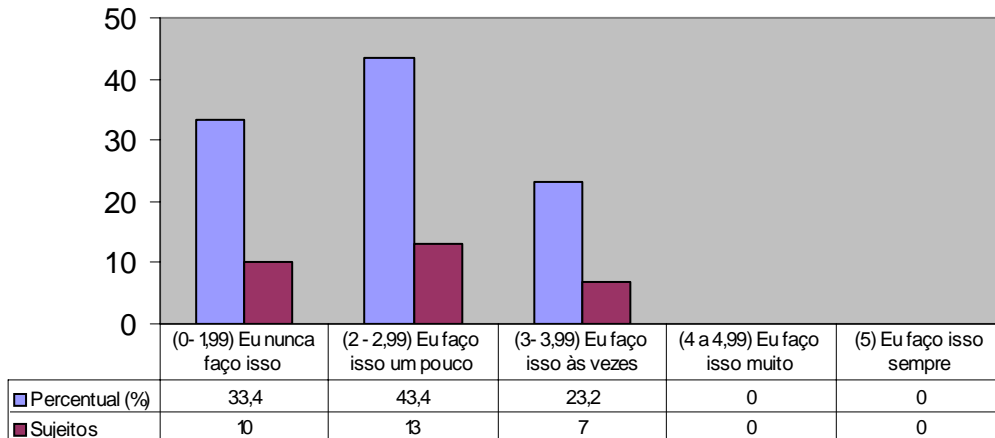


Figura 11: Distribuição dos Resultados Enfrentamento Focalizado na Emoção

O enfrentamento focalizado na emoção constitui-se de atitudes de afastamento, de fuga e paliativas frente ao problema -utilização de álcool, drogas lícitas e ilícitas, descargas emocionais, entre outras (FOLKMAN; LAZARUS, 1980). Sendo assim, a sua utilização está relacionada a modo de enfrentamento pouco saudável, pois ao invés de encarar o problema de frente, posterga-o.

Na Figura 11, observa-se que a maioria das participantes pouco ou nunca utiliza o enfrentamento focalizado na emoção, totalizando 76,8%. Esses dados podem estar relacionado ao fato de que por estarem grávidas já existe, na maioria das vezes, uma redução dos comportamentos considerados de risco. Sendo gestantes de alto risco, soma-se o fato do risco materno e fetal serem mais elevados, situações que intensificam cuidados mais ativos como hospitalização, busca de informação e adesão ao tratamento.

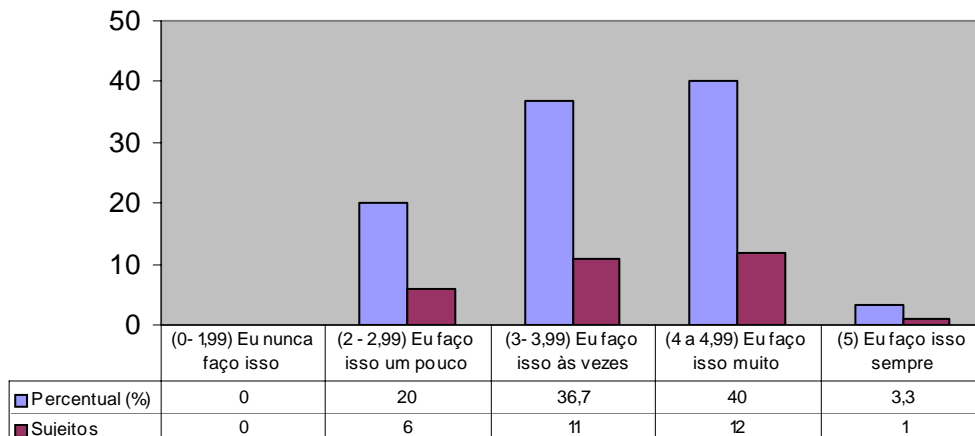


Figura 12: Distribuição dos Resultados Enfrentamento Focalizado na Religiosidade e Pensamento Fantasioso

Em relação ao enfrentamento focalizado na religiosidade e no pensamento fantasioso, Folkman e Moskowitz (2004) referem que a religião pode tanto estar relacionada ao papel de colaboradora na resolução dos problemas quanto ser considerada responsável absoluta pelo desfecho do mesmo – pensamento fantasioso. Sendo assim, a interpretação dos dados da figura acima vai depender de outras variáveis, como por exemplo, a presença do sintoma ansioso e/ ou depressivo. Caso o foco na religião seja diretamente proporcional à presença desses sintomas é porque este modo de enfrentamento está sendo utilizado de maneira mais fantasiosa em que a gestante espera resolução de problema sem participar ativamente do processo.

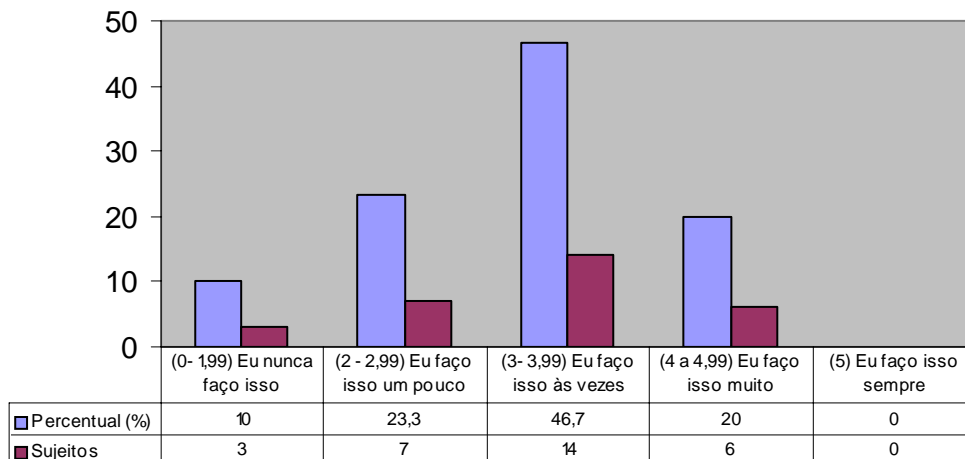


Figura 13: Distribuição dos Resultados Enfrentamento Focalizado na Busca de Suporte Social

Na Figura 13, observa-se que 66,7% das participantes utilizam foco na busca de suporte social. Pode-se inferir que esse enfrentamento seja inversamente proporcional à presença de sintomas psíquicos tendo em vista que a presença de apoio neste momento pode facilitar o período de hospitalização e adesão ao tratamento.

8.3 – Matriz de Correlações

A Tabela 9, a seguir, apresenta a matriz de correlações dos Fatores analisados: ansiedade, depressão, foco no problema, foco na emoção, foco na religião/fantasia e foco no suporte social.

Tabela 9: Correlação entre os Resultados - Escala HAD X EMEP

		Ansiedade	Depressão
Ansiedade	Pearson Correlation Sig. (1 – tailed) N	1 , 30	,414* 0,12 30
Depressão	Pearson Correlation Sig. (1 – tailed) N	,414* ,012 30	1 , 30
Focal no Problema	Pearson Correlation Sig. (1 – tailed) N	-0,16 ,466 30	-1,61 ,198 30
Focal na Emoção	Pearson Correlation Sig. (1 – tailed) N	,363* ,024 30	,256 ,086 30
Focal. Religião/ Fantasia	Pearson Correlation Sig. (1 – tailed) N	,312* ,047 30	-,023 ,453 30
Busca de Suporte Social	Pearson Correlation Sig. (1 – tailed) N	-,126 ,254 30	-2,64 ,079 30

* Correlation is significant at the 0.05 level (1 – tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (1 – tailed).

O que podemos observar na tabela acima e que existe uma correlação positiva entre os participantes da presente pesquisa que apresentam sintomas ansiosos, com a utilização do modo de enfrentamento focalizado na emoção e na religiosidade/pensamento fantasioso.

Em relação à presença de sintoma depressivo, observa-se, nesta amostra, que o mesmo está relacionado à presença do sintoma ansioso e, por outro lado, não existe correlação significativa entre a presença de sintomas depressivo e o uso de modo de enfrentamento de problema.

8.3.1 Análise Fatorial: *Cluster*

A análise fatorial agrupa as participantes pela semelhança das respostas obtidas. Do ponto de vista conceitual, à luz de uma definição genérica, *cluster* é um grupo de pessoas, animais, vegetais, coisas, atividades, etc., que guardam semelhanças entre si e que variam conjuntamente. O conceito sugere a idéia de

junção, união, agregação, integração. Cada ponto da figura 10 representa um indivíduo da pesquisa com determinado grau de ansiedade, depressão, foco no problema, foco na emoção, foco na religião/fantasia e foco no suporte social. Os “clusters” foram definidos em função das semelhanças e correspondências dessas variáveis entre os indivíduos da amostra. Ou seja, cada agrupamento, ou *cluster*, representa um conjunto de indivíduos com graus próximos das variáveis citadas. Essa análise dos fatores resultou em três grupos de gestantes que receberam a nomeação de: “Vida Tranquila”; “Vida Difícil” e “Vida Está Ruim Mais Está Bom”.

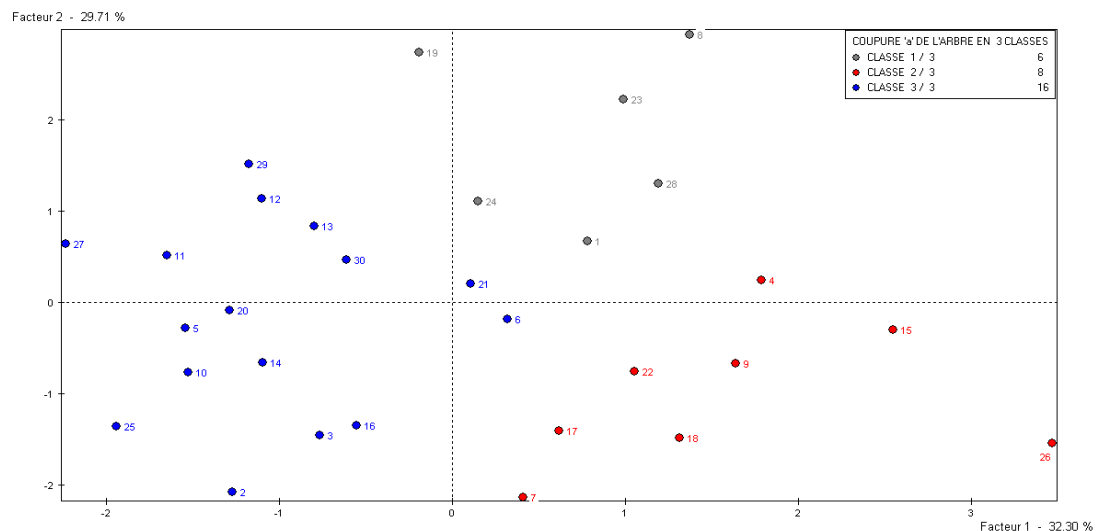


Figura 14: Nuvem de Pontos Resultante do agrupamento das participantes

Cor verde: “Vida tranquila” (N= 6 sujeitos)

Cor vermelha: “Vida difícil” (N= 8 sujeitos)

Cor azul: “Está ruim mais está bom” (N=16 sujeitos)

Grupo 1: “Vida Tranquila”, todas as participantes não apresentam sintomas depressivos nem ansiosos. Em relação aos modos de enfrentamento de problema, observa-se que não se utilizam do foco na emoção, pouco fazem uso do foco na religiosidade/ pensamento fantasioso e busca de suporte social e referem que algumas vezes se utilizam de modos de enfrentamento focalizado no problema. De uma forma geral são gestantes que estão bem e por isso pouco se utilizam de outras formas de enfrentamento além da focalizada no problema.

Grupo 2: “Vida difícil”, todas as participantes apresentam sintomas ansiosos e depressivos. Em relação à presença de sintomas depressivos, observa-se maior severidade deste grupo se comparado ao grupo “Está ruim mais está bom”. Elas se utilizam um pouco do foco na emoção e da busca de suporte social e, algumas vezes, se utilizam do foco no problema e religiosidade/ pensamento fantasioso. Provavelmente a utilização do foco na religiosidade está associada à maneira pouco ativa em que gestantes passam a se excluir de toda e qualquer responsabilidade frente ao problema. Pode-se inferir que o enfrentamento com foco no problema sofre influência negativa quando utilizado junto ao enfrentamento com foco na religiosidade sobre perspectiva do pensamento fantasioso.

Grupo 3: “Está ruim mais está bom”, são participantes que possuem sintomas ansiosos mais leves e não apresentam sintomas depressivos. Utilizam bastante o modo de enfrentamento focalizado na religiosidade/ pensamento fantasioso e algumas vezes utilizam o foco no problema e busca de suporte social. Neste grupo, pouco se utiliza o modo de enfrentamento focalizado na emoção. O que se observa, portanto, é que a utilização da religiosidade está mais relacionada com a presença do sintoma

ansioso do que com o depressivo. E que a busca de suporte social influencia positivamente ao se relacionar o foco na religião com o foco no problema.

9- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados anteriormente apresentados e nos objetivos desta pesquisa, pode-se concluir que:

- a) A prevalência de ansiedade e depressão nas participantes é de 66,7% e 36,7%, respectivamente. Esses dados podem ser maiores do que os encontrados na literatura não só porque as participantes têm o diagnóstico de SHG, mas também porque se encontram hospitalizadas e nos primeiros dias de internação. Certo nível de ansiedade pode ser considerado saudável, pois, indicam que elas têm noção da gravidade do problema e dos riscos que ela e o bebê se encontram.
- b) Todas as gestantes utilizam em menor ou maior grau os modos de enfrentamento de problema focados no problema, emoção, religião/fantasia e apoio social. Observa-se que a verificação do modo de enfrentamento utilizado é de fundamental importância para se pensar na assistência dessas mulheres.
- c) Quando se relaciona os modos de enfrentamento com os sintomas ansiosos e depressivos, observa-se:
 - o foco na emoção e na religiosidade com predomínio do pensamento fantasioso são diretamente proporcionais à presença dos sintomas ansiosos;
 - os sintomas depressivos parecem não sofrer influência dos modos de enfrentamento focalizados na emoção e no pensamento fantasioso, fato que parece estar mais relacionado à utilização de medicamentos (que influenciam no humor) do que a não relação com esses modos de enfrentamento;

- sintomas depressivos e os ansiosos fortemente correlacionados; todas as pacientes que possuem sintomas depressivos, também possuem os sintomas ansiosos;

- a ausência dos sintomas ansiosos e dos depressivos estão relacionados ao modo de enfrentamento focado no problema e na busca de suporte social;

- a ausência dos sintomas ansiosos e dos depressivos possuem relação inversa com os modos de enfrentamento focalizados na emoção e no pensamento fantasioso.

- d) Ao correlacionar as variáveis sócio demográficas e antecedentes obstétricos aos sintomas ansiosos, depressivos e modo de enfrentamento observou-se que não foi possível fazer generalizações a respeito desses dados pelo fato das participantes desta pesquisa ter características próprias. A maioria é gestante entre 24 e 27 anos, dona de casa, com relacionamento estável, com segundo grau, multípara, entre 30-38 semanas, sem internação anterior, com dois a três dias de internação e recebeu o diagnóstico da SHG na presente gestação. Nesse sentido, para melhor relação com essas variáveis, futuras pesquisas deverão abranger distribuição igualitária entre os níveis de cada variável. O que se pode observar, entretanto, é que mais importante que avaliar o “estado civil” é a avaliação do nível de apoio social que ela recebe; ou seja, como está o relacionamento dela com o companheiro e com a família. Considerações semelhantes são feitas ao se considerar outras variáveis que a literatura também refere como de maior propensão para o risco, como ocupação, idade e número de gestação. Verifica-se, portanto, a importância de não só avaliar os riscos físicos, mas também os considerados “psíquicos”, como, por exemplo, o significado desse risco/ SHG para a gestante.

Tais conclusões sugerem a importância de outros estudos sobre as relações entre as variáveis estudadas para fornecer subsídios para os profissionais de saúde que trabalham com gestantes hospitalizadas com síndrome hipertensiva gestacional.

Porém, a presente pesquisa demonstra a importância de relacionar a prática da assistência a essa população com atividades que tenham como foco o maior conhecimento do diagnóstico, prognóstico e maneiras de reduzir o dano – adesão ao tratamento. Esses comportamentos – foco no problema - possibilitam à gestante aproximação com o estressor e sua reavaliação, possibilitando confecção de plano de ação para reduzir os danos. Esse plano de ação pode estar relacionado com o modo de enfrentamento focalizado na busca de suporte social, pois, sendo a hospitalização necessária, é preciso delegar funções e responsabilidades de casa, filho e trabalho que tiveram que ficar para trás.

Acredito que esta pesquisa seja o início de um novo direcionamento de trabalho a ser realizado com essas gestantes hospitalizadas com o intuito de possibilitar práticas que incentivem o modo de enfrentamento com foco no problema e busca de suporte social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALDWIN, C. M. **Stress, coping and development: na intergrative perspective.** London: the Gilford, 1994.

ALMEIDA, P. A. M. et al. Identification and evaluation of clinical factors in high-risk pregnancies. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 9, n. 3, 1975.

ALVORADO, R.R. et. al. Cuadros Depressivos Durante El Embarazo y Fatactores Asociados. **Revista Clínica de Obstetrícia e Ginecologia**, vol. 58, nº.2, p. 135-141, 1993.

ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**, Natal, vol. 3, p.1-15, 1998.

APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico.** São Paulo: Atlas; 2004.

ARAÚJO, D. M. R.; PACHECO, A. H. D. N.; PIMENTA, A. M.; KAC, G. Prevalência e fatores associados em uma coorte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Saúde Pública Infantil**, Recife, vol.8, nº3, p.333-340, 2008.

ARAÚJO, M. R. D.; PEREIRA, N. L.; KAC, G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática de litaratura. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.23, nº4, p.747-756, 2007.

BAPTISTA, S. D. B.; BAPTISTA, M. N. Avaliação de depressão em gestantes de alto risco em grupo de acompanhamento. **Interação em psicologia**, nº9. vol. 1, 2005.

BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D; OLIVEIRA, M. G. Depressão e Gênero: por que as mulheres deprimem mais que os homens? In: BAPTISTA, M. N. (org). **Suicídio e depressão: atualizações.** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2004.

BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; TORRES, E. C. R. Associação entre Suporte Social, Depressão e Ansiedade em Gestantes. **Rev. de Psic. da Vetor Editora**, vol.7, n.1, p.39-48, 2006.

BAPTISTA, A. S.; FURQUIM, P. M. Enfermaria de Obstetrícia. In: BAPTISTA, M. N.; DIAS, R. R. **Psicologia Hospitalar: Teoria, Aplicações e Casos Clínicos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

BARTIOTTI, M. R. M. B. **Parto Pré-Termo: Vivências Maternas Durante o Processo de Gestação**. Dissertação (Mestrado). Pontifca Universidade Católica, São Paulo, 2000.

BLOCH, M.; ROTENBERG, N.; KOREN, D.; KLEIN, E. Risk Factors Associated With the Development of Postpartum Mood Disorders. **J Affect Bisord**, n.88, vol.1, p. 9-18, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. **Gestante de Alto Risco: sistemas estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestantes.pdf>> Acesso em: 05 janeiro 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré- Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual%20Puerperio%202006.pdf>> Acesso em: 09 março 2009.

BORTOLOTTO, M. R. F., BORTOLOTTO, L. A., ZUGAIB, M. Hipertensão e Gravidez: fisiopatologia. **Rev.Hipertensão**, n.11, vol 1, p.4-8, 2008.

BOTEGA, N. J.; DIAS, M. K. Gravidez e Puerpério. In: BOTEGA, N.J. **Práticas Psiquiátricas no Hospital Geral**. Editora Artmed: Porto Alegre, 2002. p.285-297.

BOTEGA, N. J.; PONDÉ, M. P.; MEDEIROS, P.; LIMA, M. G.; GUERREIRO, C. A.M. Validação da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) em Pacientes Epilépticos Ambulatoriais. **J. Bras Psiq.** n.47, p. 285-289, 1998.

CAPLAN, G. **Principles of Preventive Psychiatry**. London: Tavistock, 1964

CORREIA, L. L.; LINHARES, M. B. M. Ansiedade Materna nos Períodos Pré- e Pós-Natal: Revisão de Literatura. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, vol.15, nº4, 2007.

CUNNINGHAM, M.; ZAYAS, L. H. Reducing Depression im Pregnancy: designing multimodal interventions. **Social Work**, n. 47, vol.2, p. 114-123, 2002.

D'EL REY, G. J. F.; QUAYLE, J.; LÚCIA, M. C. S.; ZUGAIB, M. Aspectos Cognitivos relacionados ao aparecimento de transtornos de humor em gestantes internadas. **Revista Ginecologia e Obstetrícia**, vol. 11, nº3, p. 181-185, 2000.

FALCONE, V. M.; MADER, C. V. N.; NASCIMENTO, C. F. L.; SANTOS, J. M. M.; NÓBREGA, F. J. Atuação Multiprofissional e saúde mental de gestantes. **Revista de saúde pública**, vol.39, nº4, 2005.

FARIA, J. B.; SEILD, E. M. F. Religiosidade e enfrentamento em contexto de saúde e doença: revisão de literatura. **Psicologia, reflexão e crítica**, n18, vol 3, p. 381-389, 2005.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. An Analysis of coping un middle-aged community sample. **Journal of Health and Social Behavior**, (21), 219-239, 1980.

FOLKMAN, S; LAZARUS, R.S; GRUEN, R.J; DELONGIS. Appraisal, coping, helth status, and psychological symptoms. **Journal of personality and social psychology**, (3), 571-79, 1986.

FOLKMAN, S; MOSKOWITZ, J. T. Coping: Pitfalls and promise. **Annual Rewiew of Psychology**, (55), 745-74, 2004.

FREITAS, G. V. S.; BOTEGA, N. J. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. **Revista da Associação Médica Brasileira**, vol. 48, nº3, p.1-10, 2002.

GIMENES, M. G. G.; QUEIROZ, B. Diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. In: GIMENES, M. G. G.; FÁVEO, M. H. (org). **A mulher e o câncer**. Campinas: Editorial Psy, 1997. p.171-195.

GOUVEIA, V. V.; CHAVES, S. S. S.; OLIVEIRA, I. C. P.; DIAS, M. R.; GOUVEIA, R. S. V.; ANDRADE, P. R. A utilização do QSG-12 na população geral: estudo de sua validade de construto. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 19 (3), 241-248, 2003.

HOLROYD, K. A; LARARUS, R. Stress, coping and somatic adaptation. In: GOLDBERGER, L.; BREZNITZ, S. **Handbook of stress: theoretical and clinical aspects**. London: Collier Macmillan, 1982.

KAHHALE, S; ZUGAIB, M. Hipertensão Arterial na Gravidez. In: NOBRE, F.; SERRANO JR. **TRATADO DE CARDIOLOGIA**. SOCESP. São Paulo: Editora Manule, 2005, p.524-540.

LAZARUS, R. S; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Spring, 1984.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da Gravidez: parto e puerpério**. São Paulo: Saraiva, 1997.

MCKEE, D. M.; CUNNINGHAM, M.; JANKOWSKI, K. R. B. Health-related functional status in pregnancy; relationship to depression and support in a multiethnic population. **Obstetrics & Gynecology**, New York, v. 97, n.6, p.998-993, 2001.

MIELNIK, I. **Mãe, pai e filhos encontros e desencontros**. São Paulo: Hucitc; 1993.

[NHBPEP] Report of National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. **Am J Obstet Gynecol**, 183(1):S1-S22, 2000.

NETTO, H. C. Ostetrícia Básica. In: VASCONCELOS, J. J. A., editor. **Pré-eclâmpsia: doença hipertensiva vascular crônica**. São Paulo: Atheneu, 2004. p.247-257, 365-370.

PARGAMENT, K. I. **The psychology of religion and coping: theory, research, practice**. New York: The Guilford, 1997.

PERAÇOLI, J. C. ; PARPINELLI, M. A . Síndromes Hipertensivas da Gestação: identificação de casos graves. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. n. 27, vol 10, p.627-634, 2005.

PUCHEU, S.; CONSOLI, S. M.; D'AUZAC, C.; FRANÇAIS, P.; ISAAD, B. Do Health Causal Atributions and Coping Strategies Act as Moderators of Quality of Life in Peritoneal Dialysis Patients? **Journal of Psychosomatic Research**, Manchester, v.56, p.317-322, 2004.

QUAYLE, J. Gestantes de alto risco: a atuação do psicólogo. In: CURY, S. M. (org.) **A prática psicológica e sua interface com as doenças**. Casa do psicólogo: São Paulo, 2005.

QUAYLE, J. Alterações emocionais da gravidez. In: ZUGAIB, M.; SANCOVSKI, M. (Ed.). **O pré-natal**. São Paulo: Atheneu, 1991. p.133.

RATO, P. I. Ansiedades perinatais em mulheres com gravidez de risco e em mulheres com gravidez normal. **Análise Psicológica**, n.3, vol. 16, pg. 405-413, 1998.

ROESCH, S. C.; WEINER, B. A Meta-Analitic Rewiew of Coping with Illness: do Causal Atributions Matter? **Journal of Psychosomatic Research**. Manchester, v.50, p.205-219, 2001.

RUDGE, M. V. C.; AMARAL, M. J., ed. **Diabete e hipertensão na gravidez: manual de orientação**. FEBRASGO. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, v.3, 2004.

RYAN, D.; MILIS, L.; MISRI, N. - Depression during pregnancy. **Canadian Family Physician**. nº 51, p. 1087-1093, 2005.

SANTOS, B. **Maternidade Ameaçada: Vivências psíquicas em gestante de alto risco**. 2005. Dissertação (Mestrado). Pontifica Universidade Católica, São Paulo, 2005.

SEIDL, E. M. F.; TROCCOLI, B. T.; ZANNON, C. M. L. C. Análise Fatorial de uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. **Teoria e Pesquisa**, vol.17, n.3, p.225-234, 2001.

SIBAI, B.M. Diagnosis and Management of Gestational Hypertension and Preeclampsia. **The American College of Obstetricians and Gynecologists**, vol.102, n.1, 2003.

SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 6.ed. Porto Alegre: Artes Médicas,1992.

SOUZA, N. A.; PITANGUY, J. (org) **Saúde, corpo e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2006.

SZEJER, M.; STEWART, R. **Nove Meses na Vida da Mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

TEDESCO, R. P.; PARPINELLI, M. A.; AMARAL, E.; SURITA, F. G. C.; CECATTI, J. G. Hipertensão Arterial Crônica na Gestação: consenso e controvérsias. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, vol. 2, n. 13, p.161-171, 2004.

TEDESCO, J. J A. Aspectos Emocionais da Gravidez de Alto Risco. In: TEDESCO, J. J A., ZUGAYB, M. e QUAYLE, J.; **Obstetrícia e Psicossomática**. São Paulo, Atheneu, 1997.

VEGA, E. P.; KAHHALE, S.; ZUGAIB, M. **Maternal Mortality Due to Arterial Hypertension im São Paulo City (1995-1999)**. Clinics, p.679-684, vol. 62, n.6, 2007.

VITALINO, P.P.,RUSSO, J., CARR, J. E., MAIURO, R.D., BECKER, J. The ways of coping checklist: revision and psychometric properties. **Multivariables Behavioral Research**, p. 3-26, vol. 20, 1985.

[WHO] World Health Organization. **World Health Report 2005 - make every mother and child count**. 2005. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2005/en/index.html>> Acesso em: 20 abr 2009.

ZIGMOND, A.S.; SNAITH, R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Acta Psychiatr Scand**, n. 67, p.361-370, 1983.

ANEXOS

- I- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- II- Questionário para Caracterização da Amostra
- III- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
- IV- Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Serviço de Psicologia Hospitalar do Hospital Estadual Prof^o Carlos da Silva Lacaz, na responsabilidade da pesquisadora *Jamile Santos Souza*, está realizando uma pesquisa, que não inclui medicamentos ou qualquer outra forma de intervenção sobre os participantes, denominada: *Gestantes Hipertensas: ansiedade, depressão e modos de enfrentamento*, e que se destina a investigar a incidência de ansiedade e depressão em gestantes hipertensas, assim como, os modos de enfrentamento de problemas utilizados. Ao aceitar participar deste estudo, a participante será abordada pela pesquisadora que realizará entrevistas e lhe fornecerá questionários de avaliação, que constam de itens que não implicam em risco, e que podem ser respondidos em cerca de 30 minutos.

As participantes têm a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e abandonar o estudo, sem que isto lhes traga qualquer prejuízo quanto ao seu tratamento na Instituição.

Os dados obtidos serão mantidos em lugar seguro, codificados e a identificação só será realizada pelos pesquisadores. Caso o material venha a ser utilizado para publicação científica ou atividades didáticas, não serão utilizados nomes que possam vir a identifica-los, estando garantidos a confidencialidade, o sigilo e a privacidade conforme resolução nº 196 de 10 de Outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.

As pessoas que aceitem participar da pesquisa podem receber respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida acerca dos assuntos a ela relacionados. Os pesquisadores estão à disposição no telefone (11) 44894471, no Serviço de Psicologia Hospitalar do Hospital Estadual Prof^o Carlos da Silva Lacaz.

Declaro que li as informações e recebi todos os esclarecimentos necessários junto à pesquisadora e concordo em participar do estudo. Recebi uma via deste documento, que ficará em meu poder.

Data: São Paulo ____ de _____ de 2009.

Nome do participante: _____ RG: _____

Assinatura: _____

Assinatura do pesquisador: _____

ANEXO II

QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nome:
Idade:
Ocupação:
Escolaridade: () 1º grau () 2º grau () 3º grau / Completo () Incompleto ()
Estado civil: () solteira () casada () separada () viúva () união estável
Cor: () negra () parda () branca

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Tempo de gestação:			
Primigesta: ()	Gestações:	Abortos:	Filhos:
Diagnóstico das Síndromes Hipertensivas Gestacionais (SHG):			
() Hipertensão Arterial Crônica (HAC)			
() Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG)			
() Pré-eclâmpsia/eclâmpsia			
() Hipertensão Crônica com DHEG superajuntada			
Internações anteriores: () sim () não nº _____		Tempo de Internação Atual: ____ dias	
Período em que recebeu o diagnóstico:		Acompanhamento Pré-natal:	
() na presente gestação - () 1º, () 2º ou () 3º trimestre		() sim () não	
() em gestações anteriores		* Em caso de resposta positiva, quantas consultas: _____	
() anterior à gestação			

Outros:

ANEXO III

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO –HAD

Zigmond; Snait (1983). Validada no Brasil por Botega et al. (1998)

Nome:.....

Por Favor, leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na **última semana**.

Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Vale mais a sua resposta espontânea.

1) Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 () A maior parte do tempo
2 () Boa parte do tempo
1 () De vez em quando
0 () Nunca

2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
1 () Não tanto quanto antes
2 () Só um pouco
3 () Já não sinto mais prazer em nada

3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 () Sim, e de um jeito muito forte
2 () Sim, mas não tão forte
1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
0 () Não sinto nada disso

4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
1 () Atualmente um pouco menos
2 () Atualmente bem menos
3 () Não consigo mais

5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo
2 () Boa parte do tempo
1 () De vez em quando
0 () Raramente

6) Eu me sinto alegre:

- 3 () Nunca
2 () Poucas vezes
1 () Muitas vezes
0 () A maior parte do tempo

7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- 0 () Sim, quase sempre
1 () Muitas vezes
2 () Poucas vezes
3 () Nunca

8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 3 () Quase sempre
2 () Muitas vezes
1 () De vez em quando
0 () Nunca

9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- 0 () Nunca
1 () De vez em quando
2 () Muitas vezes
3 () Quase sempre

10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 () Completamente
2 () Não estou mais me cuidando como deveria
1 () Talvez não tanto quanto antes
0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
2 () Bastante
1 () Um pouco
0 () Não me sinto assim

12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
1 () Um pouco menos do que antes
2 () Bem menos do que antes
3 () Quase nunca

13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 () A quase todo momento
2 () Várias vezes
1 () De vez em quando
0 () Não sinto isso

14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- 0 () Quase sempre
1 () Várias vezes
2 () Poucas vezes
3 () Quase nunca

ANEXO IV

ESCALA DE MODOS DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS

Seidl, E. M. F.; Tróccoli, B. T.; Zannon, C. M. L. C. (2001)

As pessoas reagem de diferentes maneiras a situações difíceis ou estressantes. Para responder a este questionário, pense sobre como você está lidando com a sua enfermidade, neste momento do seu tratamento. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar o problema desta condição de saúde, no momento atual.

Veja um exemplo: **Eu estou buscando ajuda profissional para enfrentar o meu problema de saúde**

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

Você deve assinalar a alternativa que corresponde melhor ao que você está fazendo quanto à busca de ajuda profissional para enfrentar o seu problema de saúde. Se você não está buscando ajuda profissional, marque com um X ou um círculo o número 1 (nunca faço isso); se você está buscando sempre esse tipo de ajuda, marque o número 5 (eu faço isso sempre). Se a sua busca de ajuda profissional é diferente dessas duas opções, marque 2, 3 ou 4, conforme ela está ocorrendo.

Não há respostas certas ou erradas. O que importa é como você está lidando com a situação. Pedimos que você responda a todas as questões, não deixando nenhuma em branco.

Muito obrigado pela sua participação!

Registro: _____	Nome do paciente: _____	Data de nascimento: ____/____/____	Idade: _____
Escolaridade: _____	Profissão: _____		
Procedência: _____			

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

1. Eu levo em conta o lado positivo das coisas.

1 2 3 4 5

2. Eu me culpo.

1 2 3 4 5

3. Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação.

1 2 3 4 5

4. Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo.

1 2 3 4 5

5. Procuro um culpado para a situação.

1 2 3 4 5

6. Espero que um milagre aconteça.

1 2 3 4 5

7. Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite.

1 2 3 4 5

8. Eu rezo/ oro.

1 2 3 4 5

9. Converso com alguém sobre como estou me sentindo.

1 2 3 4 5

10. Eu insisto e luto pelo que eu quero.

1 2 3 4 5

11. Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo.

1 2 3 4 5

12. Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer.

1 2 3 4 5

13. Desconto em outras pessoas.

1 2 3 4 5

14. Encontro diferentes soluções para o meu problema.

1 2 3 4 5

15. Tento ser uma pessoa mais forte e otimista.

1 2 3 4 5

16. Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida.

1 2 3 4 5

17. Eu me concentro nas coisas boas da minha vida.

1 2 3 4 5

18. Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto.

1 2 3 4 5

19. Aceito a simpatia e a compreensão de alguém.

1 2 3 4 5

20. Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema.

1 2 3 4 5

21. Pratico mais a religião desde que tenho esse problema.

1 2 3 4 5

22. Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim.

1 2 3 4 5

23. Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema.

1 2 3 4 5

24. Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido.

1 2 3 4 5

25. Eu acho que as pessoas foram injustas comigo.

1 2 3 4 5

26. Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou.

1 2 3 4 5

27. Tento esquecer o problema todo.

1 2 3 4 5

28. Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente.

1 2 3 4 5

29. Eu culpo os outros.

1 2 3 4 5

30. Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores.

1 2 3 4 5

31. Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema.

1 2 3 4 5

32. Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia.

1 2 3 4 5

33. Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo.

1 2 3 4 5

34. Procuro me afastar das pessoas em geral.

1 2 3 4 5

35. Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer.

1 2 3 4 5

36. Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez.

1 2 3 4 5

37. Descubro quem mais é ou foi responsável.

1 2 3 4 5

38. Penso em coisas fantásticas ou irrealis (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor.

1 2 3 4 5

39. Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela.

1 2 3 4 5

40. Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui.

1 2 3 4 5

41. Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo.

1 2 3 4 5

42. Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo.

1 2 3 4 5

43. Converso com alguém para obter informações sobre a situação.

1 2 3 4 5

44. Eu me apego à minha fé para superar esta situação.

1 2 3 4 5

45. Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em abertas várias saídas para o problema.

1 2 3 4 5

- Você tem feito alguma outra coisa para enfrentar ou lidar com a sua enfermidade?
