

RELAÇÃO EXISTENTE ENTRE NÍVEL DE STRESS E PERFIL SOCIOECONÔMICO DE GESTANTES

Ana Paula de Camargo¹

Josiane Fernandes Lozigia Carrapato²

RESUMO

Este estudo buscou verificar se a baixa condição socioeconômica é determinante para surgimento do stress em gestantes. Nas bases teóricas se fez um panorama social, histórico e antropológico das representações da figura feminina enquanto mulher e mãe, bem como uma descrição epidemiológica das patologias psíquicas que mais acometem o gênero feminino. Ainda houve um desvelar sobre as características da gestação e do puerpério em termos físicos e psicológicos enquanto momento de maior vulnerabilidade da gestante. Posteriormente, o stress foi caracterizado enquanto patologia em suas fases e sintomas. Num segundo momento, através da aplicação de um questionário foi possível conhecer o perfil populacional das grávidas atendidas por um programa assistencial e através do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos foi identificado que a maioria delas apresenta stress, com predominância da fase de resistência e sintomas psicológicos, sendo que inúmeros fatores biopsicossociais favorecem o surgimento da doença. Desta forma, foi confirmada a hipótese central da pesquisa que pontuou que as condições financeiras e sociais precárias promovem o aumento de stress durante a gestação devido à vulnerabilidade feminina nesta fase.

Palavras-chave: Mulher. Condição Socioeconômica. Gestação. Stress. Sintomas.

1. Graduada em Psicologia pela Universidade Paulista - UNIP de Bauru. Especialista em Saúde Mental pela Universidade Sagrado Coração - USC de Bauru. Coordenadora Técnica e psicoterapeuta do CAPS I (Centro de Atenção Psicossocial) de Dois Córregos/SP. E-mail: paula.76@uol.com.br

2. Graduada em Serviço Social pela ITE. Especialista em Administração dos Serviços de Saúde Pública e Hospitalar pela UNAERP e Terapeuta de Casal e Família. Mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina da UNESP de Botucatu. Docente da graduação do Centro Universitário de Bauru – ITE para o curso de Serviço Social. Docente do curso de pós-graduação da Universidade Sagrado Coração – USC, do Instituto Passo 1 e do Centro Universitário de Bauru – ITE.

INTRODUÇÃO

Ao se fazer um panorama histórico acerca da condição social das mulheres, pode-se verificar que as representações impingidas ao gênero feminino mudaram vertiginosamente ao longo dos séculos, sendo que o mesmo ocorreu com a percepção antropológica dos indivíduos acerca da maternidade.

Mesmo diante de tantas mudanças, foi possível identificar que desde os tempos mais remotos a gestação foi considerada como um fenômeno que merecia destaque no campo da saúde humana, todavia, diante dos poucos recursos médico-científicos nas épocas mais antigas, gestar um filho representava um grande risco para a saúde materno-fetal e, conseqüentemente, para a saúde pública.

Com o avançar da história as representações sociais do ser mãe foram sendo modificadas e tais mudanças trouxeram consigo melhorias para as condições de saúde das mulheres e de seus filhos.

Diante das crescentes mudanças que as políticas públicas de saúde vêm sofrendo nas últimas décadas, felizmente, a valorização da saúde materno-infantil ganhou destaque e se tornou um dos principais indicadores a serem monitorados em nosso país, visto que neste período do desenvolvimento humano a mulher torna-se muito mais vulnerável à perda da saúde mental, a qual está atrelada às inúmeras mudanças psicofisiológicas e sociais vivenciadas durante a gravidez.

No que diz respeito à epidemiologia da saúde mental de nossa nação, segundo Andrade, Silveira e Viana (2006), os transtornos mentais são responsáveis por mais de 12% das incapacitações decorrentes de doenças, sendo que dentre as mulheres ocorrem os maiores índices de sintomatologias ansiogênicas e depressivas, especialmente quando associadas ao período reprodutivo-gestacional, ou seja, “[...] mulheres apresentam maiores taxas de prevalência de transtornos de ansiedade e do humor que homens”. (idem)

Neste sentido, podemos identificar a gestação como um período crítico de mudanças na vida das mulheres, visto que estas experimentam um período

de transição biologicamente determinado, caracterizado por mudanças metabólicas complexas, estado temporário de equilíbrio instável devido às grandes perspectivas de mudanças envolvidas nos aspectos de papel social, necessidade de novas adaptações, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos e mudança de identidade. (MALDONADO, 1989, p.19)

Sabendo-se também que o período gravídico-puerperal é um momento em que a mulher torna-se mais vulnerável ao stress, visto que vivencia uma série de mudanças corporais, sociais e de papéis, o que favorece o desencadeamento do desequilíbrio emocional da mesma, torna-se importante identificarmos quais são os principais fatores de risco que estas são expostas, uma vez que a qualidade da saúde emocional da mãe se refletirá no modo pelo qual ela construirá seus vínculos afetivos e de cuidado com o bebê vindouro. Neste sentido, o objetivo principal desta pesquisa é verificar se a baixa condição socioeconômica interfere no nível de stress da gestante.

Tomando-se por base o que coloca Sadock e Sadock (2007, p.924-925) quando destacam que em relação às mulheres “[...] suas atitudes em relação à gravidez refletem crenças profundas a respeito de todos os aspectos da reprodução”, é que se fez necessário identificarmos o perfil do grupo de gestantes de camadas populares assistidas por um programa assistencial, bem como conhecer os principais eventos estressores que estas mulheres estão expostas cotidianamente e que favorecem a perda da saúde mental das mesmas.

É válido apontar ainda que nesse momento ímpar da vida das mulheres surgem dúvidas, ansiedades, expectativas, medos, novos papéis sociais e familiares que precisam ser partilhados com todos os membros da família, sobretudo com o companheiro, para que não haja uma sobrecarga emocional da gestante; pois tais conflitos são, sem sombra de dúvidas, prejudiciais tanto para a saúde mãe como para a do feto. Assim, “[...] caso sejam instalados os transtornos psicológicos, faz-se necessária uma ação terapêutica, na qual o psicólogo pode utilizar terapia individual, de casal ou de grupo, dependendo da sintomatologia apresentada”. (MOREIRA et al, 2005, p. 124)

Deste modo, torna-se imprescindível que as mudanças corporais, sociais, relacionais e psíquicas advindas com a descoberta da gravidez sejam internalizadas e elaboradas psicologicamente para que não haja prejuízos e perdas da saúde mental desta população bastante vulnerável a inúmeros eventos estressores como baixo nível de escolaridade, renda familiar insuficiente, situação conjugal instável, grande número de filhos e de pessoas residentes em suas moradias, dependência

econômica dos parceiros e familiares devido a ausência de trabalho por parte das gestantes, ausência de apoio familiar e do parceiro, dentre vários outros.

Em suma, ao se caracterizar o perfil socioeconômico das gestantes que usufruem de programas assistenciais, bem como ao elencar os principais fatores de risco facilitadores do desencadeamento de altos índices de stress desta população, foi possível definir que a situação socioeconômica menos favorecida é fator determinante para o desencadeamento e manutenção do stress em gestantes, o que favorece a perda da saúde mental das mesmas devido a alta vulnerabilidade a que estão expostas neste período de vida e, se associadas à privações facilitarão o surgimento de transtornos mentais pré, peri e pós-natais que interfiram negativamente na saúde materno-fetal.

A saúde emocional feminina: condições antropológicas e epidemiológicas

A constituição feminina vai muito além das determinações orgânicas e sociais, de modo que os aspectos psicológicos também se interrelacionam com tais aspectos e interferem na essência feminina.

Ao reportarmo-nos à condição histórica da mulher ao longo de alguns séculos, certamente, iremos nos deparar com uma concepção de subserviência e menosprezo se comparada à figura masculina construída sob a ótica do pleno exercício do poder coercitivo sobre as primeiras, o que, antropológicamente, nos dá subsídios para refletirmos e discutirmos sobre as características formadoras deste grupo social em específico, as quais trazem ainda inúmeros resquícios desta discrepância de tratamento citado, fatores que as tornam expostas a vivenciarem uma série de experiências negativas que contribuem de forma significativa para que ocorra a perda da saúde mental das mesmas.

Ao fazermos uma reflexão com mais profundidade sobre esta problemática, encontraremos inúmeros exemplos desta condição de inferiorização da figura feminina na sociedade de modo geral, fato claramente apontado pela metáfora bíblica, protagonizada por Eva, que busca ilustrar que as mulheres foram formadas a partir da costela masculina de Adão, o primogênito da criação. Contudo, cabe-nos salientar que, em momento algum, esta pontuação buscou ter um caráter crítico religioso, mas apenas chamar a atenção para a condição sócio-histórica feminina, a

qual, desde a criação, permeia todo o processo de construção identitária da mulher com incapaz, frágil e inferior ao homem.

Após este breve panorama sobre a condição antropológica feminina, nos ateremos agora aos aspectos epidemiológicos da saúde mental da mulher. Tomando por base as mudanças políticas, históricas, sociais, econômicas, culturais e tecnológicas ocorridas no mundo no último século, podemos dizer que as mesmas favoreceram a redefinição das representações sociais construídas em relação à figura feminina e suas atribuições no âmbito familiar, social e trabalhista, fenômeno que impôs a elas uma série de novos papéis que, por vezes, acabam sobrecarregando-as e, conseqüentemente, sendo fatores determinantes para o desencadeamento de transtornos emocionais e psiquiátricos nesta população. Tomando por base o que Dalgalarrondo (2000, p.22) salienta quando diz que “[...] o campo da psicopatologia inclui um grande número de fenômenos humanos especiais, associados ao que se denominou historicamente [como] doença mental [...]”, podemos destacar que a vulnerabilidade emocional feminina está intrinsecamente vinculada ao tipo de experiências a que foram expostas ao longo do desenvolvimento, o que favorece o surgimento de doenças mentais nesta população.

Em face da constante perda da saúde emocional e mental das mulheres advinda das influências de fenômenos coevos, é necessário destacarmos que “[...] os transtornos mentais representam um sério problema de saúde pública [...]”, é o que ressaltam Andrade, Silveira e Viana (2006).

Dados epidemiológicos aprontados em vários estudos acadêmicos indicam ser recente o aumento do índice de mulheres que procuram serviços de saúde na busca do restabelecimento de seu bem-estar psíquico, uma vez que a perda da qualidade de vida de modo geral está diretamente ligada ao *déficit* emocional.

É válido tornar distinto que existem grandes diferenças em termos do tipo de transtornos mentais apresentados por homens e mulheres, sendo os primeiros se mostram mais propensos aos transtornos vinculados ao uso de substâncias psicoativas e as últimas aos transtornos de humor com sintomas depressivos e ansiogênicos.

Os referidos transtornos são responsáveis por 12% do desencadeamento das incapacitações humanas patológicas, bem como por 1% do total de mortes

prematuras por suicídio ou outras degradações decorrentes da morbidade psíquica. Assim, “[...] das dez principais causas de incapacitações, cinco delas são transtornos psiquiátricos, sendo a depressão responsável por 13% das incapacitações, alcoolismo por 7,1%, esquizofrenia por 4%, transtorno bipolar por 3,3% e transtorno obsessivo-compulsivo por 2,8% [...]”, é o que diagnosticam os estudos de Lopes e Murray (1998 apud Andrade, Silveira e Viana, 2006), os quais mostram também ser muito comum a presença de co-morbidades em mulheres.

Todavia, a perda da saúde mental em mulheres igualmente apresenta seus determinantes biológicos que não podem ser desprezados, visto que a alteração dos hormônios femininos, sobretudo o estrógeno, favorece a variação do humor das mesmas ao longo dos períodos desenvolvimentais destas, o que explica os grandes índices apontados que ilustram a prevalência de transtornos de humor e ansiedade presentes neste gênero. Neste sentido, “[...] a flutuação dos hormônios gonadais teria [...] influência na modulação do sistema neuroendócrino feminino.” (ANDRADE, SILVEIRA E VIANA, 2006).

Até agora traçamos um panorama um pouco mais geral sobre a saúde mental do sexo feminino, contudo, é necessário nos determos aos aspectos formadores das características que compõem a identidade desta população no Brasil.

Rennó Júnior et al (2005, p. 574) pontuam que “[...] a preocupação com a saúde mental da mulher no Brasil sofreu mudanças nos últimos 40 anos [...]”, fenômeno que subsidia os jovens redirecionamentos conduzidos no campo da saúde pública, o que acabou possibilitando que a saúde da mulher se tornasse um indicador de metas altamente valorizado e defendido dentro do Pacto Pela Vida que trata-se de um movimento da gestão pública que busca por resultados positivos que garantam a manutenção e pleno desenvolvimento do Pacto Pela Saúde do SUS (Sistema Único de Saúde) que rege a gestão em saúde de todos os serviços oferecidos nesse campo em nosso país, o qual é composto por um conjunto de ações político-institucionais pactuadas nas três esferas de governo. Não obstante, a consecução destas metas previamente pactuadas em comum acordo entre o âmbito assistencial e de gestão, acaba sendo tolhida, infelizmente, por uma série de entraves sociais, econômicos, culturais e educacionais que dificultam o pleno sucesso em se atingir os indicadores previamente definidos, o que estende também para o campo das políticas de saúde mental.

Às vezes, o leitor pode estar se perguntando o que estas metas a serem atingidas influenciam na compreensão da dinâmica da preservação da saúde mental feminina. Esta trata-se de uma dúvida bastante pertinente e que precisa ser esclarecida; pois caso contrário poderemos incorrer no grave erro de fazermos apenas um recorte da mulher, ou seja, passamos a olhá-la sob a ótica do psicologismo, o que jamais deve passar por nossos pensamentos, uma vez que é bastante claro que a espécie humana precisa ser observada, investigada e compreendida a partir da tríade biopsicossocial.

Diante do que foi exposto, nota-se que as mulheres constituem um grupo bastante vulnerável à perda da saúde mental, visto que estão expostas a uma série de fatores determinantes do desencadeamento de alguns tipos de transtornos psiquiátricos e do humor, tais como mudança de estado civil, nível de escolaridade, número de filhos, tipo de trabalho desempenhado, alteração hormonal ocorrida ao longo da vida, sobretudo durante o período reprodutivo, cujo assunto é a pedra angular de sustento da presente pesquisa, o que será esmiuçado mais adiante, dentre vários outros fenômenos.

Para ilustrar o sofrimento da mulher provocado pelas mudanças de sua funcionalidade em decorrência da perda da saúde mental, podemos nos apropriar dos dados epidemiológicos mencionados por Rennó Júnior et al (2005, p. 575) que destacam que “[...] as queixas psicológicas e cognitivas mais comuns são labilidade de humor (82%), ansiedade (80,5%), irritabilidade (79%), falta de energia (70,5%), baixa auto-estima (63%), impulsividade (60%), isolamento social (60%) e dificuldades de memória (59%)”.

Como vimos, são alarmantes os índices de sofrimento psíquico por parte desta população, fato que deve nos motivar no sentido de focarmos nossa atenção para a saúde mental feminina e contribuir para a melhoria da qualidade da saúde pública oferecida às mulheres, haja vista que a maior parte das que apresentam algum indício de perda da saúde mental faz uso dos órgãos públicos de saúde, uma vez que as políticas de saúde mental no país foram redirecionadas no Brasil após ser sancionada a Lei Federal nº. 10.216/2001 que tramitou por 12 anos no Congresso Nacional, a qual veio garantir legalmente as propostas da Reforma Psiquiátrica no país, bem como redirecionar a assistência em saúde mental,

migrando o tratamento do modelo hospitalocêntrico para as bases comunitárias de atenção em saúde.

Em suma, como foi possível identificar, os dados epidemiológicos descritos nos indicam uma situação alarmante no tocante à saúde psíquica da mulher mesmo após a Reforma Psiquiátrica e a adoção de novos modelos de tratamento de psicopatologias, a qual precisa ser urgentemente repensada enquanto foco de ação prioritária em saúde pública, o que deve também se estender aos profissionais atuantes no campo da saúde mental para que possam contribuir no sentido de conseguirem delinear uma terapêutica adequada que venha ao encontro das reais necessidades das mulheres contemporâneas.

Transtornos psiquiátricos na gravidez e no puerpério

Por ser a gestação um momento de extrema vulnerabilidade fisiológica e psicológica por parte das mulheres, no decorrer da mesma podem ocorrer quaisquer tipos de transtornos mentais, dentre os quais Vieira Filho (2006, p. 46) aponta os episódios depressivos, transtornos obsessivo-compulsivo, de pânico e bipolar, além da esquizofrenia.

Os transtornos psiquiátricos na gestação não tratados de forma ideal tendem a potencializar os riscos de consumo de álcool, drogas e tabaco, maior uso de medicamentos em geral, sobretudo o de psicofármacos, menor preocupação e adesão ao pré-natal, cuidados com a própria saúde e a do feto, chegando ao extremo de casos de gestantes suicidas ou que comentem infanticídios em detrimento de depressões pós-parto.

Para que se possam reduzir os danos ocasionados pelas doenças psíquicas durante a gestação, existem tratamentos disponíveis como psicoterapia individual, sistêmica, grupal, de casal, cognitivo-comportamental, além do uso de psicofármacos. Contudo,

embora não haja nenhum estudo definitivo atestando a segurança do uso dos psicofármacos na gravidez, os poucos estudos realizados não mostram evidências de teratogênese com o uso de antidepressivos. Há alguma associação entre o uso de benzodiazepínicos e risco aumentado de fenda palatina ou lábio leporino [...] (VIEIRA FILHO, 2006 apud CORÁS E SALZANO, 2006, p. 46)

Porém, não é apenas no período gravídico em que os transtornos psiquiátricos podem surgir ou serem potencializados, uma vez que eles tendem a ocorrer também nas puérperas.

Deste modo, são convencionalmente considerados transtornos psiquiátricos puerperais aqueles que se iniciam até o sexto mês após o nascimento do filho.

Os transtornos que surgem até o segundo mês após o nascimento do bebê estão diretamente relacionados à transição do estado gravídico para o puerperal, momento marcado por grandes alterações estruturais e hormonais do corpo; pois ocorre um grande esforço orgânico para que a pessoa consiga se adaptar às condições fisiológicas do pós-parto, como por exemplo, podemos citar a redução exacerbada e rápida de estrógeno nos primeiros sete dias após a mulher dar à luz ao filho.

Os transtornos depressivos e ansiosos são os mais frequentes, sendo que as mulheres que desencadeiam estes tipos de transtornos, em sua grande maioria, já os vivenciaram em algum outro momento da vida, todavia, na fase gravídico-puerperal tais possibilidades se acentuam.

Sabe-se que após o parto o risco de ocorrência de transtornos de humor permanece aumentado por pelo menos dois anos com relação às nulíparas, [contudo], a chance de uma múltipara ser internada por uma psicose nos primeiros três meses após o parto é 20 vezes maior do que em qualquer outro momento de sua vida. (VIEIRA FILHO in CORDÁS E SALZANO, 2006, p. 42, grifo nosso)

Os fatores de risco que potencializam o surgimento dos transtornos psiquiátricos são segundo Vieira Filho (2006) multivariados como história familiar de depressão ou ansiedade, história pregressa de depressão, presença de sintomas depressivos no decorrer da gestação, problemas na conjugalidade, vivência de grandes impactos negativos, dificuldades sociais, entre outros.

Faz-se necessário saber que cerca de 70% das puérperas convivem com o surgimento de sintomas disfóricos como “[...] labilidade de humor, choro imotivado, cansaço, irritabilidade, entre outros que surgem em geral entre o segundo e o quinto dia pós-parto e desaparecem espontaneamente nos dez dias seguintes [...]” (*idem*, p. 42)

Esta disforia do pós-parto também conhecida como *blues* ocorre com intensidade variada nos organismos femininos, contudo, se não findar-se até o

décimo quarto dia após o nascimento do filho poderá ser considerado como episódio depressivo. Mas, “[...] como o quadro é autolimitado, basta que a paciente seja orientada sobre este fenômeno, não havendo necessidade de medicamentos antidepressivos para seu tratamento”. (*idem*, p.42)

Por fim, estudos epidemiológicos contemporâneos demonstram que a ausência de suporte social é um fator de risco preponderantemente facilitador para o desencadeamento de transtornos psiquiátricos em grávidas e em mulheres que deram à luz recentemente.

O stress: um panorama histórico e conceitual

Ao contrário do que muitos pensam o termo ‘*stress*’ não é uma nomenclatura nova encontrada na literatura dos profissionais da saúde. Trata-se de um termo que desde 1936 foi inserido no cenário da medicina por Hans Selye, endocrinologista canadense, que transpôs tal conceito da física para a medicina, tendo sido responsável pelas primeiras pesquisas sólidas e sistematizadas sobre o referido tema.

Tal termo possui um significado bastante peculiar que foi extraído da física, o qual faz alusão à quantidade de força aplicada sobre um determinado corpo e as reações que esta lhe ocasiona. Todavia, para a psicologia a idéia expressa por este fenômeno refere-se aos sujeitos vítimas de situações novas, inesperadas ou de difícil controle que os retiram de seu estado de equilíbrio emocional, podendo ocasionar reações físicas e psíquicas negativas nos mesmos.

Contudo, “[...] a representação social do stress nem sempre corresponde à realidade [...] [pois] muitos profissionais da área da saúde utilizam o termo de modo vago para encobrir o desconhecimento do que se passa com o paciente.” (LIPP et al, 2003, p. 11, grifo nosso).

Assim, podemos dizer que com o passar do tempo o stress foi se tornando alvo de inúmeras pesquisas acadêmico-científicas, as quais se intensificaram nas últimas décadas, o que favoreceu que tal patologia se tornasse conhecida por grande parte da massa populacional, indo para além dos muros das universidades e centros de pesquisas. Todavia, esta propagação não se deu ao acaso, uma vez que o homem sentiu necessidade de explorar melhor as reações desequilibradoras

ocasionadas pelo stress, as quais segundo Lipp (2004) estão presentes nas mais variadas fases do desenvolvimento humano. E foram justamente as bases das pesquisas históricas e epidemiológicas que favoreceram a compreensão dos pormenores constituintes do processo de adoecimento através do stress e permite aos profissionais de saúde delinear terapêuticas adequadas ao seu tratamento.

Dados apontados pela PUC (Pontifícia Universidade Católica) de Campinas/SP, no ano de 1993, demonstraram que atualmente o stress está em evidência no cenário acadêmico mundial, visto que as mudanças da rotina de vida contemporânea contribuíram para a piora da qualidade de vida da população, deixando-a mais vulnerável a vivenciar situações estressoras em curtos espaços de tempo.

Silva (2004 apud Lipp et al, 2004) define o stress como sendo uma série de sintomas, tanto físicos como psicológicos que se manifestam. Porém, saber apenas isto não basta, sendo imprescindível explicitar que,

o stress é uma reação do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos, diante de situações que, de um modo ou de outro, irrite, amedrontem, excitem ou confundam, ou mesmo diante de uma situação feliz. (SILVA apud LIPP et al, 2004, p. 60)

Apesar da grande dimensão investigativa que o stress tomou nos últimos cinquenta anos, Cusatis Neto e Andrade (2004 apud Lipp et al, 2004, p.198) destacam que “a ausência de referencial bibliográfico que controle a produção de uma área do conhecimento e a divulgue torna essa produção, se escassa, igualmente isolada, restringindo o intercâmbio entre os pesquisadores e entre instituições [...]”, fato que demonstra claramente a necessidade da realização e divulgação de mais pesquisas neste campo da saúde mental.

Mesmo assim, felizmente, após várias investigações sistematizadas, notou-se a necessidade de se investir na prevenção contra o stress, o que será possível através da proposição de medidas educativas que estimulem a melhoria da qualidade de vida do homem contemporâneo.

Neste sentido, cabe aos profissionais atuantes no campo da saúde mental, incluindo o psicólogo, traçar estratégias de intervenção que tenham como objetivo principal sensibilizar os demais profissionais da saúde em geral do quanto à população sofre com esta patologia atualmente e destacar a necessidade gritante

destes profissionais efetuarem planejamentos terapêuticos que possam ir ao encontro do restabelecimento da saúde física e psíquica do homem de hoje. Assim, pode-se dizer que

[...] stress é o processo responsável pelo surgimento de um estado de ansiedade que envolve uma sequencia completa de eventos internos. O processo pode ser iniciado por estímulos externos que, se cognitivamente avaliados como ameaçadores, evocarão uma reação de ansiedade [...] [e] a intensidade e a duração dessa reação emocional serão proporcionais ao grau de ameaça que a situação impõe ao indivíduo, bem como à persistência dos estímulos que a evocam. (REZENDE NETO apud LIPP, 2004, p. 94, grifo nosso)

Nota-se, então, que se engana quem analisa e compreende o stress apenas do ponto de vista emocional ou biológico; pois estas dimensões se interrelacionam durante o curso do processo de adoecimento, haja vista que tal fenômeno engloba uma série de eventos internos, promovidos por estímulos externos que culminam em reações orgânicas, psicológicas e cognitivas, o que permite-nos partilhar do ideal explicitado pela citação acima realizada.

O modelo quadrifásico de stress de lipp

Inúmeras pesquisas realizadas nas mais variadas partes do mundo apontam que o stress em excesso pode ocasionar no ser humano reações físicas e mentais, o que prejudica diretamente sua qualidade de vida e produtividade, sobretudo quando o indivíduo é exposto a níveis de tensões elevados por longos períodos de tempo, os quais acabam ultrapassando suas barreiras de resistência.

Falar em stress é algo muito comum atualmente, contudo, compreendê-lo em sua constituição patológica requer um esforço maior, visto que esta doença que acomete milhares de pessoas ao redor de todo mundo possui características específicas, sobre as quais será discorrido neste estudo.

Inicialmente, quando Selye iniciou seus estudos sobre o stress em 1936, propôs a existência de um modelo trifásico de adoecimento emocional que foi composto pelas fases de alerta, resistência e exaustão. Após anos de estudos acadêmicos sistematizados sobre o tema, Lipp (2000) identificou uma nova fase intermediária entre a resistência e a exaustão, denominada pela pesquisadora como

quase-exaustão, sendo que tal fato permitiu que o modelo trifásico de Selye fosse suplantado pelo quadrifásico da citada estudiosa, o qual é composto das seguintes fases:

Fase do alerta: é a fase inicial da patologia, sendo esta considerada a fase positiva do stress; pois neste momento a pessoa se energiza através da alta produção de adrenalina, ocorre a preservação da sobrevivência e uma sensação de plenitude é com frequência alcançada.

Fase da resistência: nesta fase o indivíduo passa a tentar lidar com os seus eventos estressores para que possa garantir sua homeostase interna; porém se os fatores estressantes permanecerem por muito tempo e com alta intensidade, ocorre a quebra da resistência e a pessoa passa para a próxima fase denominada quase-exaustão.

Fase da quase-exaustão: aqui o processo de adoecimento humano tem início, o que acaba sendo refletido nos órgãos ou sistemas com maior vulnerabilidade genética ou adquirida, os quais passam a dar mostras de deteriorização ou complicações orgânico-funcionais, que impedem que estes continuem saudáveis. E quando não há interrupção ou remoção do evento estressor, bem como se o indivíduo não lança mão de estratégias de enfrentamento do stress acaba atingindo a fase final do stress, a exaustão.

Fase da exaustão: ocorre no momento em que as doenças de maior gravidade começam a acometer os órgãos vulneráveis, dentre os quais Lipp (2000, p.10) aponta enfartos, úlceras, psoríases, depressões, entre outras patologias orgânicas.

METODOLOGIA

A ciência tem como objetivo principal alcançar a veracidade dos fatos, tornando o conhecimento científico distinto dos demais pela sua capacidade de comprovação. Um conhecimento se torna científico quando é possível identificar as operações mentais e técnicas que possibilitam a sua verificação. Define-se método como caminho para se chegar a determinado fim, e método científico como o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento (GIL, 2006).

O objetivo geral da pesquisa é o de verificar se a condição socioeconômica baixa interfere no nível de estresse da gestante. Já os objetivos específicos são o de caracterizar o perfil socioeconômico, escolar e familiar das gestantes atendidas pelo programa institucional assistencial; elencar os principais fatores de risco facilitadores do desencadeamento de altos índices de estresse em gestantes de classes populares e identificar o percentual de gestantes com altos níveis de estresse no grupo assistido por um programa institucional assistencial, tomando por base a sintomatologia apontada pelo ISSL (Inventário de Sintomas de Stress em Adultos).

Desenvolveu-se a pesquisa na abordagem quantitativa, com estudo exploratório e descritivo, buscando primeiramente o levantamento bibliográfico e posteriormente pesquisa de campo.

A abordagem quantitativa se utiliza de procedimentos rigorosamente empíricos, buscando o máximo de objetividade no estudo realizado, como explica Malhotra (2001, p.155) “a pesquisa quantitativa procura quantificar os dados e aplicar alguma forma de análise estatística”.

A pesquisa bibliográfica serviu para a construção do referencial teórico, pois sem conhecimento teórico do fenômeno vivenciado não há como iniciar nenhuma pesquisa científica. Conforme Gil (2002, p.44) “A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”.

A pesquisa de campo é imprescindível para conseguir soluções aos problemas do cotidiano, conforme Marconi e Lakatos (2002, p.83):

Pesquisa de campo é aquela utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese que se queira comprovar, ou, ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles.

Através da pesquisa de campo e bibliográfica buscou inicialmente explorar a questão da gravidez, a baixa condição socioeconômica e o estresse, e posteriormente com os resultados encontrados ocorreu descrição dos fenômenos encontrados.

O estudo exploratório permite ao investigador aumentar sua experiência em torno do assunto pesquisado. Já o estudo descritivo tem como objetivo principal a

descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2006)

O universo da pesquisa foi composto por 60 grávidas de renda socioeconômica baixa, com idades entre 14 e 45 anos, integrantes de um programa assistencial desenvolvido por uma instituição filantrópica do município de Dois Córregos, interior do estado de São Paulo. A amostragem foi de treze gestantes, representando 21,66% do total de mulheres atendidas pelo programa.

As técnicas para coleta de dados foram: a observação sistemática, diário de campo e entrevista com as gestantes para o preenchimento do questionário e aplicação do ISSL.

Os dados foram coletados entre os meses de julho e agosto de 2011, através de visitas nos domicílios das gestantes, sendo que durante este momento foi primeiramente aplicado de forma individual um questionário semi-estruturado elaborado pela pesquisadora (Apêndice A) com o objetivo de identificar o perfil da população investigada. Após a aplicação do referido instrumento, também foi aplicado nas participantes o ISSL – Inventário de Sintomas de Stress para Adultos com o objetivo de identificar a presença de stress nesta população, bem como as fases e sintomas predominantes entre as grávidas (Anexo A), o qual foi corrigido on line no endereço eletrônico www.casadopsicologo.com.br/testpsic, sendo que tal forma de correção foi disponibilizada pela Casa do Psicólogo onde os testes foram adquiridos. Os dados conseguidos através da aplicação de ambos os instrumentos foram correlacionados no momento da tabulação e analisados, além de terem sido colocados em planilhas do Excel para construção de gráficos que facilitassem a visualização e compreensão dos resultados que permitiram identificar que a gestação é um momento onde as mulheres mostram-se, em sua grande maioria, vulneráveis ao stress.

Para garantir a ética desta pesquisa que envolveu seres humanos, primeiramente o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da USC - Universidade do Sagrado Coração de Bauru, protocolo nº 019/11, de 02 de junho de 2011 e após aprovação foi oferecido para cada participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para ciência e assinatura, tendo sido orientadas quanto à preservação da identidade das mesmas, ausência completa de custo ou remuneração pela participação, o que caracterizou uma participação voluntária que

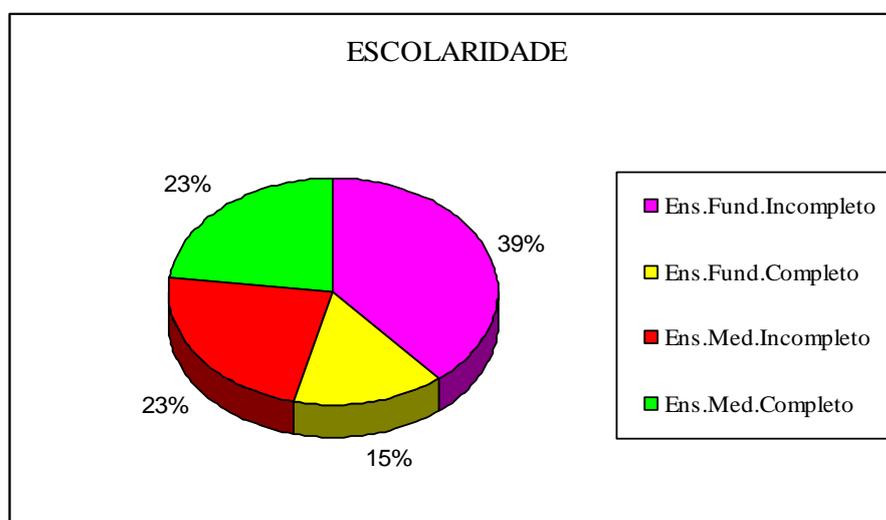
não acarretou implicações de riscos físicos, sociais e financeiros às gestantes. Foi mencionado ainda que a desistência na participação na pesquisa não acarretaria prejuízos de exclusão do grupo, tampouco de perda dos benefícios previamente estabelecidos pelo programa assistencial.

Os critérios de inclusão das gestantes na pesquisa foram às inscrições destas no referido programa assistencial, aceitação em participar da investigação, conhecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido feito em duas vias, sendo uma via destinada à participante e outra à pesquisadora. Já os critérios de exclusão foram a não aceitação de algumas mulheres em participar da pesquisa e dificuldade da pesquisadora em encontrá-las nos domicílios após várias visitas ou mudança para endereço ignorado.

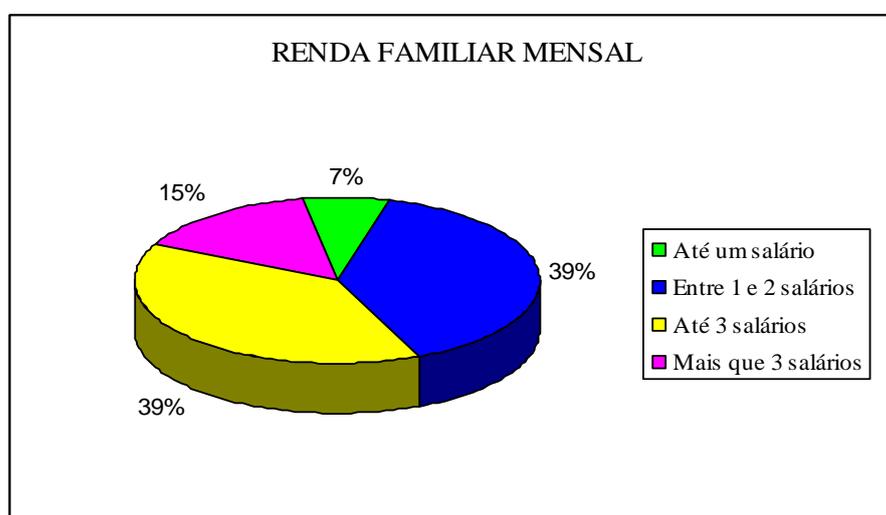
RESULTADOS

Com relação ao perfil das gestantes pesquisadas, identifica-se questões socioeconômicas, escolar e familiar que estão interrelacionadas no surgimento do stress gestacional.

A escolaridade é fundamental no desenvolvimento de todo ser humano, sendo imprescindível à constituição de vínculos, planejamento familiar, enfrentamento de problemas biopsicossociais, enfim, influencia diretamente na gravidez.



A pesquisa demonstrou que 39% das gestantes apresentam baixo nível de escolaridade, as quais não concluíram sequer o Ensino Fundamental. Das participantes, apenas 15% conseguiu concluir o nível fundamental. Das 46% que iniciaram o Ensino Médio, apenas 23% conseguiu concluí-lo. Foi possível identificar com estes percentuais que o baixo nível de escolaridade mostrou-se como fator preponderante para o desencadeamento e manutenção do stress, visto que a baixa escolaridade dificulta o acesso a bons empregos e, conseqüentemente, bens e recursos necessários para a manutenção da qualidade de vida e da gestação. Isto pode ser comprovado também pelo fato da única gestante que não apresentou stress possuir o Ensino Médio completo.

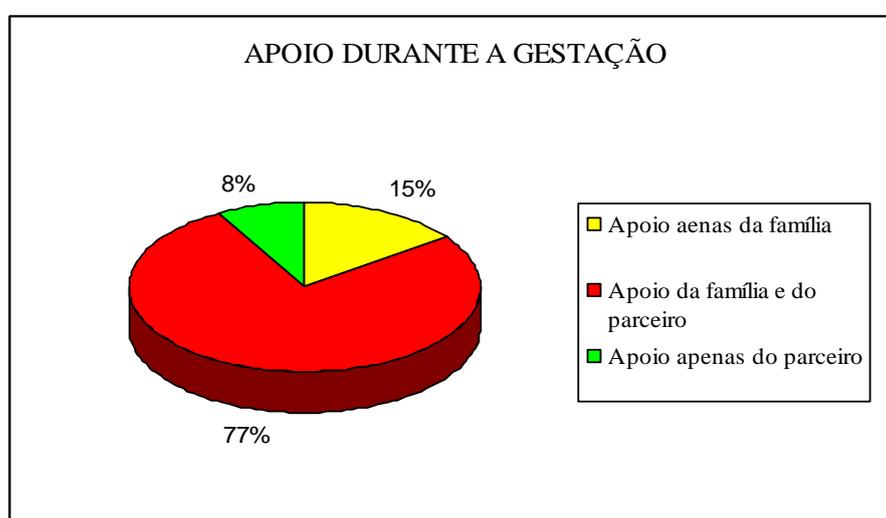


Os baixos salários se patentearam como ponto de sustento do stress, visto que 78% destacaram viver com renda entre um e três salários mínimos, havendo 8% que parece estar na linha da miséria; pois afirmam viver com renda de até um salário mínimo para pagar todos os encargos familiares e cuidar adequadamente da gravidez. Contudo, foram encontradas pessoas com rendas superiores a três salários, mas que se dividida entre o número elevado de membros da família, reduz em muito a renda *per capita* e, conseqüentemente, a possibilidade da aquisição de bens necessários.

Dentre os dados constituintes do perfil populacional das gestantes de baixa renda integrantes do programa assistencial faz-se necessário indicar que o acometimento pelo stress durante a gravidez independe da idade, uma vez que o

mesmo foi encontrado em faixas etárias bastante distintas. A grande maioria das participantes é oriunda de Dois Córregos, cidade onde o programa assistencial está instalado, mas há um percentil considerável de 15% de migrantes de outros estados que vem, juntamente com seus companheiros, para o trabalho nas lavouras de café ou de cana-de-açúcar.

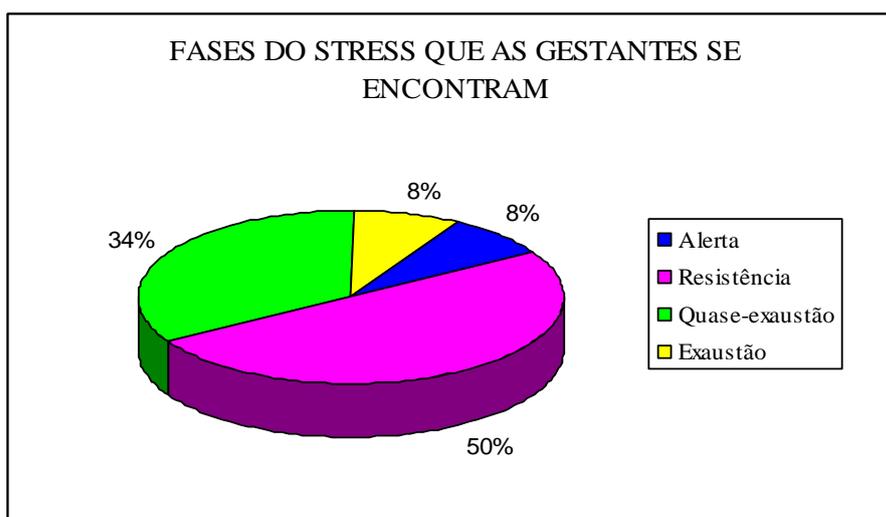
A família possui um papel fundamental no desenvolvimento biopsicossocial dos indivíduos, apresentando algumas funções primordiais, as quais podem ser agrupadas em três categorias que estão intimamente relacionadas: funções biológicas (sobrevivência do indivíduo), psicológicas e sociais (OSÓRIO, 1996).



Dados encontrados revelam que um grande percentual de 77% das grávidas possui apoio tanto do parceiro quanto da família, fato que favorece que o stress não se instale enquanto patologia, visto que ter um referencial neste momento tão vulnerável da vida é imprescindível. Outros 15% aponta ter apoio apenas da família, o que revela indiretamente que dos 31% das gestantes solteiras, 16% possui o apoio do pai da criança, mesmo ainda que não tenham oficializado uma união com a gestante. E apenas 8% relatam ter apoio apenas do parceiro, visto que estas são gestantes advindas de outros estados e aqui estão alocadas sem familiares, apenas com o companheiro e outros possíveis filhos. Neste sentido, pode-se notar que a ausência de apoio completo das pessoas com que a gestante estabelece vínculos afetivos é fator desencadeante para o stress, bem como para a manutenção da patologia, visto que este momento traz em si mudanças grandiosas que precisam

ser transpassadas pelas gestantes com total segurança, ou seja, o acolhimento é uma ação preponderante para diminuição dos níveis de stress durante o período gravídico.

Dentre as fases do stress, a resistência e quase-exaustão aparecem como predominantes, com 50% e 34%, respectivamente, conforme figura a seguir.



Verificou-se ainda prevalência dos sintomas psicológicos de 92% que suplantou avassaladoramente os 8% indicados pela ocorrência dos sintomas físicos, conforme demonstrado pelo gráfico abaixo.



A instabilidade emocional gerada por medos, dúvidas e inseguranças, sobretudo nas mulheres que estão grávidas pela primeira vez, promovem o sofrimento psíquico das mesmas; pois evidenciam conviver com sentimentos negativos, sendo que os quatro principais encontrados foram tristeza e irritação com 70%, ansiedade com 61% e desânimo com 53%, os quais estão associados às mudanças gerais que a mulher precisa internalizar nesta fase, sendo que algumas não apresentam capacidade emocional para lidar com as mudanças biopsicossociais, o que foi detectado num percentual significativo de gestantes que revelaram que seus relacionamentos familiares e conjugais pioraram devido às mudanças gestacionais, sentindo menos atraentes, com baixa autoestima e com dificuldades sexuais, fatores que confirmam a hipótese de que as gestantes tem sua autoimagem negativamente modificada no período gestacional, diante das inúmeras mudanças sofridas nesta fase.

Não foi encontrada nenhuma discrepância no percentual de planejamento gestacional, sendo que 50% relatam ter planejado a gravidez e os outros 50% não o fez, todavia, não foi identificado que o planejamento da gestação e a presença de um número menor de filhos reduzem ou impedem o surgimento do stress durante a gravidez.

Outro dado do perfil populacional que favorece o stress é a vivência de situações cotidianas permeadas por violência, sendo que a verbal apareceu com 53%, a física com 39% e a sexual com 8%, geralmente praticadas por ex-companheiros ou companheiros atuais que fazem uso de substâncias psicoativas como álcool e outras drogas, de modo que tais agressões nunca foram denunciadas principalmente pela dependência que as gestantes apresentam destes agressores. Um dado inesperado foi que uma das grávidas revelou que sua gestação foi fruto de um estupro, o que denota que a violência é uma constante na realidade da grande maioria das gestantes de baixa renda.

Verificou-se que 31% das pesquisadas fazem uso de substâncias psicoativas lícitas, ilícitas e psicofármacos, dentre as quais algumas relataram já fazer uso antes de engravidar e outras revelaram que tal prática é uma forma de enfrentamento das mudanças e do sofrimento psicológico advindo com a gravidez.

Em linhas gerais, todos os dados elencados favoreceram a elucidação do problema proposto que foi a investigação do fato de que ter uma condição

socioeconômica inferior interfere decisivamente para o aumento do nível de stress durante a gestação das mulheres assistidas por um programa assistencial, o que foi confirmado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tomando por base o objetivo principal desta pesquisa quantitativa que é investigar o nível de estresse em gestantes participantes de um programa assistencial, bem como nos baseando nos referenciais teóricos e nos dados conseguidos com a tabulação dos dados obtidos com a entrevista e com a aplicação do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp em gestantes, foi possível conhecermos uma série de elementos constituintes do perfil populacional das gestantes investigadas que são fatores determinantes para o desencadeamento e promoção do stress, sendo que foi revelado pela pesquisa que 92% das grávidas apresentam o stress.

Os dados estatísticos obtidos com a pesquisa revelaram presença de altos índices de stress nas grávidas, o que está diretamente interrelacionados ao aumento significativo da vulnerabilidade biopsicossocial das mulheres durante a gestação, bem como ao fato de pertencerem a uma classe menos favorecida, o que confirma a hipótese de que a condição socioeconômica interfere diretamente no desencadeamento e manutenção do stress; pois isto dificulta a obtenção de uma boa qualidade de vida, o que inclui o bem estar psíquico.

As condições precárias das moradias localizadas nas periferias do município, além do dispêndio financeiro com aluguel ou financiamento de casa própria potencializam o stress, bem como o cansaço físico pra chegar ao centro da cidade para resolver algumas situações também. Fatores como número acentuado de indivíduos por residências, sobretudo crianças, dificuldade do convívio com as diferenças favorecem imensamente o sofrimento psíquico das gestantes.

O baixo nível de escolaridade também se mostrou um fator preponderante para a sustentação da referida patologia; pois favorece a dependência financeira exclusiva dos companheiros por parte das gestantes, uma vez que a ausência de atividades laborais remuneradas pelas mesmas tolhe o exercício da autonomia de forma global e estimula a realização excessiva de afazeres domésticos, o que

aumenta a sobrecarga do cuidado. Foi verificado também que a pouca escolaridade favorece o encontro de trabalhos geralmente braçais que promovem o dispêndio exagerado de energia durante a gravidez, potencializando o aumento do stress. Em relação ao nível de escolarização, a hipótese levantada de que o grau de escolaridade interfere na redução do número de gestações/filhos, bem como no planejamento da gravidez foi refutada, visto que mesmo as participantes com maior nível escolar têm número acentuado de filhos e alguns não foram planejados.

Dados revelados com a pesquisa demonstraram que a associação dos fatores como não provimento das próprias necessidades, dependência financeira de outras pessoas e aumento acentuado de gastos com a gestação é algo fortemente desencadeador do stress.

A instabilidade e efemeridade das relações conjugais e a diminuição cada vez maior da idade com que as mulheres engravidam e assumem papéis de esposas se revelam como eventos extremamente estressores, o que confirma que as gestantes vivenciam mudanças de papéis sociais de forma conflituosa neste período, visto que passa a incorporar também o papel de mãe.

O recebimento de apoio familiar e do parceiro mostrou-se como fontes de redução do stress gestacional, o que confirma a suposição de que ambos são determinantes para que não haja o desencadeamento e conseqüente aumento do nível de stress em mulheres durante o período gravídico. A participação da família e do parceiro na rotina de exames pré-natais possibilita mais segurança diante das verificações de que a saúde materno-fetal está garantida. A ausência de atividades de lazer e a presença de doenças crônicas por parte das gestantes aumentam as possibilidades da ocorrência do stress e a mudança gradativa de fase.

É necessário apontar por fim que a pesquisa também identificou que alguns fatores não são determinantes para a ocorrência do stress, dentre os quais estão ser migrante, tipo de moradia, fazer parte de minorias étnicas, a ordem da gestação atual, bem como já terem sofrido abortos, pois mesmo as que nunca tiveram abortos mostram-se estressadas.

Tendo em vista que o aumento do stress gestacional ocorre principalmente devido vulnerabilidade biopsicossocial e baixo nível socioeconômico, sugerimos que é possível enfrentar essa situação com acompanhamento intersetorial e interdisciplinar da mulher no período da gestação e puerpério. Assim a gestante

receberá apoio necessário das diversas políticas sociais, ou seja, saúde, assistência social, lazer, entre outras para viabilização de gestação mais confortável e com menos stress.

REFERÊNCIAS

ABDO, C.H.N. ; GUARIGLIA FILHO, J.E.F. A Mulher e sua Sexualidade. In: CORDÁS, T.A. ; SALZANO, F.T. (Ed.) **Saúde Mental da Mulher**. São Paulo: Atheneu, 2006, p. 229-264.

ALVES, G.L.B. **A Consciência e o Stress**. Curitiba: Editora Souza, 2000.

AMORIN, V.C.O. ; PEIXOTO, D.F. Da psicoembriologia ao puerpério: sensibilização à relação mãe-bebê. **Pesquisa Psicológica**, 2007. Disponível em www.pesquisapsicologica.pro.br/pub01/daniele.html Acesso em 31 maio 2011.

ANDRADE, L.H.S.G. ; SILVEIRA, C.M ; VIANA, M.C. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.33, n.2, p.43-54, 2006.

BENZONI, P. E. et al. Tipologia das pesquisas sobre stress no Brasil. In: LIPP, M.E.N. **O stress no Brasil: pesquisas avançadas**. Campinas: Papirus, 2004, p. 205-213.

BRASILIANO, S. ; BUCARETCHI, H.A. Há uma Psicologia da Mulher? In: CORDÁS, T.A. ; SALZANO, F.T. (Ed.) **Saúde Mental da Mulher**. São Paulo: Atheneu, 2006, p. 1-11.

COUTO, E.R. et al. Quality of life, depression and anxiety among pregnant women with previous adverse pregnancy outcomes. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v.127, n.4, p.185-189, jul/2009.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

DOMINGUES, M.H.M.S. ; MENEZES, J.H.C.F. Principais mudanças corporais percebidas por gestantes adolescentes assistidas em serviços públicos de saúde de Goiânia. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.17, n.2, p. 185-194, abr./jun.2004.

GAVIRIA, S.A. Estrés prenatal y su relación con los trastornos del neurodesarrollo y del comportamiento. **Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde**, Santiago, n.1, 2005. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-503358>. Acesso em 17 jun.2011.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 4ª edição. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

LIPP, M.E.N. (Org.) **O stress está dentro de você**. 5.ed. São Paulo: Contexto, 2003.

LOVISI, G.M. ; PEREIRA, P.K. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.35, n. 4, p. 144-153, 2008.

MALAGRIS, L. E. N. ; LIPP, M. E. N. In: _____. **O stress no Brasil: pesquisas avançadas**. Campinas: Papirus, 2004, p. 215-222.

MALDONADO, M.T.P. **Psicologia da gravidez**. 10 ed. Petrópolis: Vozes, 1989.

MALHOTRA, N.K. **Pesquisa de Marketing**: uma orientação aplicada. 3ª ed. Porto Alegre: Booknam, 2001.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa**. 5ª edição. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

MOREIRA, S.N.T. Estresse e função reprodutiva feminina. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.5, n.1, p. 119-125, jan./mar.2005.

MULHER. In: FERREIRA, A. B. H. **Miniaurélio Século XXI: o minidicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

NETO, E.T.S. et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.17, n.2, p.107-119, abr./jun.2008.

NOVO, D. P ; SEVASTANO, H. Aspectos psicológicos da gestante sob o ponto de vista da teoria do Núcleo do Eu. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.15, n.1, p.101-110, fev.1981.

OSÓRIO, L. C. **Família hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

REZENDE NETO, A. Gerenciamento do stress: controle da ansiedade e das alterações fisiológicas. In: LIPP, M. E. N. **O stress no Brasil: pesquisas avançadas**. Campinas: Papirus, 2004, p. 93-104.

ROSAND, G.B. et al. Partner relationship satisfaction and maternal emotional distress in early pregnancy. **BMC Public Health**, Estados Unidos, n.11, mar.2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3063829/?tool=pubmed> Acesso em 12 jul.2011.

SILVA, E. A. T. Controle do stress, estado emocional materno e condições de nascimento da criança. In: LIPP, M. E. N. **O stress no Brasil: pesquisas avançadas**. Campinas: Papirus, 2004, p. 59-70.

SADOCK, B. J. ; SADOCK, V. A. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

UNIVERSIDADE SAGRADO CORAÇÃO. **Guia para normalização de trabalhos acadêmicos**. Bauru,SP: [s.n.], 2010, 90p.

VIEIRA FILHO, A. H. G. Transtornos Mentais na Gestação e Puerpério. In: CORDÁS, T. A.; SALZANO, F. T. (Ed.) **Saúde Mental da Mulher**. São Paulo: Atheneu, 2006, p.41-47.

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

ABSTRACT

This study sought to determine whether the low socioeconomic status is crucial to the emergence of stress in pregnant women. In the theoretical scenario became a social, historical and anthropological representations of the female figure as a woman and mother, and was made an epidemiological description of psychiatric diseases that most affect the female gender. Although there was an unveiling of the characteristics of pregnancy and postpartum in physical and psychological while the moment of greatest vulnerability of pregnant women. Then the stress was characterized as a disease in its stages and symptoms. Secondly, by applying a questionnaire was possible to know the population profile of pregnant women served by an assistance program and the Stress Symptom Inventory for Adults was identified that most of them presents stress, with a predominance of the phase of resistance and symptoms psychological, and numerous biopsychosocial factors favoring the emergence of the disease. This has confirmed the central hypothesis of the research pointed out that the precarious financial and social conditions promote the increase of stress during pregnancy due to women's vulnerability in this phase.

KEYWORDS: Women; Pregnancy; Socioeconomic Status; Stress; Symptoms.

APÊNDICE – QUESTIONÁRIO DO PERFIL POPULACIONAL

QUESTIONÁRIO APLICADO NO PROJETO DE PESQUISA INTITULADO: “A RELAÇÃO EXISTENTE ENTRE NÍVEL DE STRESS E O PERFIL SOCIOECONÔMICO DE GESTANTES PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA ASSISTENCIAL” REALIZADO PELA PESQUISADORA ANA PAULA DE CAMARGO, ALUNA DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL DA UNIVERSIDADE SAGRADO CORAÇÃO.

Data da aplicação: ____/____/____ Questionário nº. _____

Idade: _____ anos

Mês de gestação que participante se encontra:

Cidade e estado de origem:

Tipo de residência atual: () própria () alugada () outros .

Tipo: _____

Localização da moradia: () zona rural () zona urbana () centro () periferia

Nº. de pessoas que vivem na residência:

Etnia:

Escolaridade:

Estado civil:

Nº. de casamentos (uniões estáveis): _____

Gestação nº. _____ Desejada? () sim () não

Nº. de filhos vivos: _____

Nº. de abortos (se houver): _____

Trabalha? () sim () não. Onde?

Renda mensal aproximada da família:

Quem é o principal provedor?

Já foi vítima de violência (sexual, verbal ou física) por parte do cônjuge (companheiro) em algum período da vida? () sim () não.
Qual(is)? _____

Tem apoio familiar e do companheiro durante a gestação?

() de ninguém () apenas da família () apenas do companheiro () de ambos

Faz pré-natal atualmente? () sim () não

Fez pré-natal dos filhos anteriores (se houverem)? () sim todos () sim alguns () não

Já fez ou faz uso de alguma das seguintes substâncias durante a gestação atual ou anterior? () álcool () tabaco () maconha () cocaína () crack () medicamentos psiquiátricos

Possui alguma(s) doença(s) crônica(s)? () sim () não () não sabe. Se sim, qual(is)? _____

Seu relacionamento familiar (sobretudo com o companheiro) após a descoberta da gravidez está: () ótimo () bom () regular () ruim () péssimo

Ao longo do dia, qual o tipo de experiência emocional mais vivencia após ter engravidado? () tristeza () ansiedade () irritação () alegria () desânimo () baixa auto-estima () motivação

Pratica atividades de lazer? () sim () não.
Quais? _____

O seu relacionamento com o parceiro (emocional/sexual) mudou após a gestação? () sim para melhor () sim para pior () não mudou

Sente-se menos atraente após ter engravidado? (auto-imagem) () sim () não

Percebe estar mais frágil emocionalmente após a descoberta da gravidez? () sim () não.

Qual(is) seu(s) maior(res) medo(s) com relação a gestação e à chegada do filho?
