Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho"
Faculdade de Ciências

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM

Rafaela de Almeida Schiavo

PRESENÇA DE *STRESS* E ANSIEDADE EM PRIMÍGESTAS NO TERCEIRO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO E NO PÓS-PARTO

Bauru
2011

Rafaela de Almeida Schiavo

PRESENÇA DE *STRESS* E ANSIEDADE EM PRIMÍGESTAS NO TERCEIRO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO E NO PÓS-PARTO

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do título de Mestre à Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" - Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, área de concentração Desenvolvimento: Comportamento e Saúde, sob a orientação da Profª. Drª. Olga Maria Piazentim Rolim Rodrigues.

Bauru
2011

Schiavo, Rafaela de Almeida.
Presença de Stress e Ansiedade em Primigestas no Terceiro Trimestre de Gestação e no Pós-parto / Rafaela de Almeida Schiavo, 2011.
139 f.

Orientador: Olga Maria Piazentin Rolim Rodrigues

Dissertação (Mestrado)–Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, 2011

1. Stress. 2. Ansiedade. 3. Depressão pós-parto. 4. Perinatal I. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências. II. Presença de Stress e Ansiedade em Primigestas no Terceiro Trimestre de Gestação e no Pós-parto.

unesp UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
CAMPUS DE BAURU
FACULDADE DE CIENCIAS DE BAURU

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE RAFAELA DE ALMEIDA SCHIAVO, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DO(A) FACULDADE DE CIENCIAS DE BAURU.

Aos 30 dias do mês de março do ano de 2011, às 10:00 horas, no(a) Anfiteatro da Pós-Graduação, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. OLGA MARIA P ROLIM RODRIGUES do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, Profa. Dra. MARIA BEATRIZ LINHARES do(a) Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento/ Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, Profa. Dra. GIMOL BENZAQUEN PEROSA do(a) Departamento de Neurologia e Psiquiatria / Faculdade de Medicina de Botucatu, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a argüição pública da DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de RAFAELA DE ALMEIDA SCHIAVO, intitulada "Presença de stress e ansiedade em primigestas no terceiro trimestre de gestação e no pós-parto". Após a exposição, a discente foi argüida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: Aprovada. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

Profa. Dra. OLGA MARIA P ROLIM RODRIGUES

Profa. Dra. MARIA BEATRIZ LINHARES

Profa. Dra. GIMOL BENZAQUEN PEROSA

Quando uma mulher engravida, inicia-se um processo psicologicamente rico e complexo, que sofrerá uma evolução a partir da gravidez, passando pelo parto, puerpério e, posteriormente, por todo o desenvolvimento do filho [...]. Uma vez mãe, uma mulher provavelmente nunca mais será a mesma de antes; uma transformação se operou nela, alterando sua condição, sua visão de si mesma, sua vida emocional, seu lugar na família e no mundo. Para cada mulher, no entanto, a vivência de maternidade é uma experiência única, muito particular.

(Eliana Macello De Felice, 2006 p.15)

A todas as mulheres, que foram mal compreendidas, neste momento tão significativos de suas vidas –a gestação, parto e puerpério.

A todos os profissionais da saúde que lutam por uma forma mais digna e humanitária de atendimento às mulheres no ciclo gravídico puerperal.

A todos os pesquisadores que se esforçam incansavelmente para que suas descobertas em relação à promoção de saúde e prevenção de doenças na gravidez, parto e puerpério sejam finalmente colocadas em prática em nosso planeta.

AGRADECIMENTOS

Deus Javé, pelo dom da vida, por toda oportunidade maravilhosa que me concedeu.

A minha família que sempre me apoiou, em especial, ao meu pai José Luiz Schiavo, que sempre me deu amor, carinho, apoio afetivo e financeiro, sempre acreditando na minha capacidade de vencer os obstáculos. A minha mãe Maximina Francisca de Almeida, por ter me gerado, criado e amado e, aos meus irmãos que sempre torceram por mim, Rafael Victor de Almeida Schiavo e Jorge Alberto de Almeida Schiavo.

Ao meu noivo Renato de Oliveira Diogo, que sempre me apoiou e acreditou no meu potencial, agradeço a ele pela compreensão das vezes que não pude lhe dar a devida atenção, pois tinha que me dedicar a escrever a dissertação, agradeço também pelas vezes que ele em suas horas de folga, se dispunha a me levar nas casas das participantes desta pesquisa para coletar os dados da segunda etapa e por todo carinho, apoio, amor e compreensão.

A minha orientadora, sendo ela, mais que isso, ela é minha mãe acadêmica, a pessoa que sempre me apoiou, ajudou, corrigiu e, de fato, aquela que me ensinou a caminhar na estrada da pesquisa, sempre indicando o certo e o errado, o como, o onde e o por que. Agradeço por ela existir e permitir que eu a admire, cada dia mais e sinta muito orgulho de ser orientada por ela.

As Professoras Doutoras Maria Beatriz Martins Linhares, Gimol Benzaquen Perosa, Flávia Helena Pereira Padovani e Sandra Leal Calais por gentilmente aceitaram fazer parte da banca de qualificação e de apresentação desta dissertação, contribuindo com seus conhecimentos enriquecendo o trabalho.

A Professora Doutora Silvana Nunes Garcia Bormio por ter me acolhido em seu grupo de estudos sobre Gravidez, parto e puerpério em 2003, onde tive o primeiro contato com o tema, o que me despertou grande interesse pela área e por ter aceitado ser orientadora em meu primeiro trabalho na área da Psicologia Perinatal.

A todas as gestantes que gentilmente aceitaram participar desta pesquisa, colaborando em responder aos instrumentos na gestação e aquelas que me receberam de portas abertas em suas residências para a coleta da segunda fase desta pesquisa.

Aos meus amigos, que sempre me apoiaram, festejaram comigo a cada vitória, foram compreensivos quando havia algum evento em que eu não podia estar presente, pois tinha que estudar, como é feliz uma pessoa que tem amigos, e mais feliz ainda aquela que tem vários, por isso agradeço: Camila Carvalho; Carlos Maiello Junior; Débora Gringo de Assunção; Glauco Cerrano Gamero; Julia Rangel Gamero; Juliana Martinez de Sousa; Josiane Keila Yamada; Márcia Cristina Schiavo; Marília Alvarenga; Rafael Aparecido De Oliveira; Rodrigo Fernandes Gonçalves; Rogério Mendes; Tatiane Ponce Quaresma.

Agradeço também pessoas queridas que me ajudaram e me apoiaram nesta jornada. Celma Regina Godoy; Christiana Gonçalves Meira de Almeida; Elisa Rachel Pisani Altafim; Mariane Fonseca; Mirian Akiko; Renata Ajub Tirelli; Sária Cristina Nogueira; Verônica Lima dos Reis.

SCHIAVO, R. A. **Presença de Stress e Ansiedade em Primigestas no Terceiro Trimestre de Gestação e no Pós-parto**. 2011. 126f. Dissertação (Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem), UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2011.

RESUMO

Introdução: O ciclo gravídico puerperal é marcado por alterações emocionais, características deste período, com possibilidade de desencadear transtornos psíquicos significativos, comprometendo a saúde materno-infantil. Entre os fatores psicológicos que, geralmente, implicam em complicação durante gestação, parto e puerpério estão o *stress* e a ansiedade vivenciados na gravidez e a depressão, no puerpério. **Objetivo**: Avaliar a ansiedade-estado e o *stress* de primigestas no terceiro trimestre de gestação e no pós-parto e averiguar ocorrência de depressão pós-parto associando-os com aspectos da gestação e cuidados com o bebê. **Método**: A pesquisa foi constituída de duas etapas. Na etapa 1 ocorreu a coleta de dados no terceiro trimestre de gestação e a etapa 2, ocorreu após 45 de nascimento do bebê. Na etapa 1 entrevistou-se 98 primigestas e aplicou-se os instrumentos IDATE (Inventário de Ansiedade Taco/Estado), ISSL (Inventário de Sintomas de Stress de Lipp) e Entrevista Inicial. Destas, 64 também participaram da etapa 2, onde aplicou-se os instrumentos IDATE, ISSL, EPDS (Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo) e Questionário a respeito do parto, nascimento e rotina de cuidados com o bebê. Os dados foram analisados usando o programa estatístico SPSS for Windows, versão 17.0. **Resultados**: Os resultados da etapa 1 indicaram que 63% das primigestas apresentam ansiedade-estado controlada e 37% alta ansiedade-estado no terceiro trimestre. Quanto ao *stress*, 22% não o manifestaram e 78% manifestaram. Das participantes, 56% estavam na Fase de Resistência, 20% na Quase Exaustão e 2% na Exaustão. Delas, 11% manifestaram sintomas físicos, 86% psicológicos e 3% físicos e psicológicos. Os resultados da etapa 2 indicam que 73% das puérperas manifestaram ansiedade-estado controlada e 27% alta ansiedade-estado.

Observou-se diferença significativa entre a ansiedade-estado manifestada no terceiro trimestre de gestação e no puerpério (t 2.36; $p<0.05$). Em relação ao stress 37.5% não manifestaram sintomas de stress e 62.5% manifestaram. Das que manifestaram, 80% estavam na Fase de Resistência e 20% Quase Exaustão. Delas, 10% manifestaram sintomas físicos, 83% sintomas psicológicos e 7% sintomas físicos e psicológicos concomitantemente. Existe diferença significativa entre o stress manifestado no terceiro trimestre e no pós-parto (t 2.20; $p<0.05$) assim como associação entre stress e ansiedade no puerpério ($p<0.05$). Quanto a manifestação de Depressão Pós-Parto (DPP) 67% não manifestaram sintomas de DPP e 33% manifestaram. Houve relação entre alta ansiedade-estado no terceiro trimestre de gestação e a manifestação de DPP ($p<0.001$), entre a alta ansiedade-estado no puerpério e a manifestação de DPP ($p<0.001$), entre o stress no terceiro trimestre e a manifestação de DPP ($p<0.001$) e a manifestação de stress no puerpério e a manifestação de DPP ($p<0.001$). **Conclusão**: A maioria das participantes apresentaram *stress* tanto na gestação como no puerpério. A Alta Ansiedade também foi observada em pelo menos um terço das participantes, nas duas avaliações conduzidas. Tais resultados parecem guardar uma estreita relação com a presença da depressão pós-parto observada no puerpério, em níveis acima do relatado na literatura, principalmente internacional, indicando relação entre ansiedade e *stress*.

Palavras-Chave: Stress; Ansiedade; Depressão pós-parto; Gestação; Puerpério.

ABSTRACT

Introduction: The puerperal period is marked by emotional changes, typical of this period, with the possibility of triggering significant mental disorders, affecting the maternal and child health. Psychological factors that usually imply a complication during pregnancy, childbirth and are experienced stress and anxiety and depression in pregnancy, postpartum. **Objective**: To evaluate the state-anxiety and stress of primipara in the third trimester of pregnancy and postpartum and to investigate the occurrence of postpartum depression by associating them with aspects of pregnancy and baby care. **Method**: The study consisted of two steps. In step 1 data collection occurred in the third trimester of pregnancy and step 2, 45 occurred after the baby's birth. In step 1 was interviewed 98 primiparous and applied the tools STAI Anxiety Inventory (Taco / State), Inventory (SSI Lipp Stress Symptoms) and the Initial Interview. Of these, 64 also participated in the second stage, where we applied the tools IDATE, SSI, EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) and the Questionnaire about labor, birth and care routine with the baby. Data were analyzed using SPSS for Windows, version 17.0. **Results**: The results of phase 1 indicated that 63% of primiparum have anxiety state-controlled and 37% high state anxiety in the third quarter. As for stress, not the 22% and 78% had expressed. Of participants, 56% were in Stage of Resistance, 20% in almost 2% at exhaustion and exhaustion. Of these, 11% had physical symptoms, 86% 3% psychological and physical and psychological. The results of step 2 indicate that 73% of the women expressed anxiety state-controlled and 27% high-anxiety state. There was a significant difference between state anxiety manifested in the third trimester of pregnancy and puerperium (t 2:36, p <0.05). Regarding the stress 37.5% had no symptoms of stress and 62.5% manifested. Of which indicated 80% were in Phase Resistance and Exhaustion Almost 20%. Of these, 10% had physical symptoms,

psychological symptoms, 83% and 7% physical and psychological symptoms concomitantly. A significant difference between stress manifested in the third quarter and in the postpartum period (t 2.20, $p < 0.05$) as well as the association between stress and anxiety in the postpartum period ($p < 0.05$). As a manifestation of Postpartum Depression (PPD) 67% had no symptoms of PPD and 33% manifested. There was a relationship between high state anxiety in the third trimester of pregnancy and the symptoms of PPD ($p < 0.001$) between the high state anxiety in postpartum and the manifestation of PPD ($p < 0.001$) between the stress in the third quarter and the manifestation of PPD ($p < 0.001$) and manifestation of postpartum stress and the manifestation of PPD ($p < 0.001$). **Conclusion**: Most participants showed much stress during pregnancy and puerperium. The High Anxiety was also observed in at least one third of participants in both evaluations conducted. These results seem to have a close relationship with the presence of postpartum depression observed in the postpartum period, at levels higher than that reported in literature, especially internationally, indicating a relationship between anxiety and stress. **Keywords:** Stress, Anxiety, Postpartum Depression, Pregnancy, Puerperium.

TABELAS

Tabela 1. Caracterização das participantes 42

Tabela 2. Indicadores de Ansiedade Traço/Estado no 3º trimestre de gestação 51

Tabela 3. Indicadores de ansiedade-estado no terceiro trimestre entre primigestas adultas e adolescentes 52

Tabela 4. Associação das variáveis da entrevista inicial e manifestação de ansiedade estado 54

Tabela 5. Indicadores de *stress* de primigestas no terceiro trimestre de gestação 55

Tabela 6. Indicador de Sintomas de *Stress* de primigestas no terceiro trimestre 55

Tabela 7. Indicadores das fases *stress* de primigestas adultas e adolescentes 56

Tabela 8. Indicadores dos sintomas de *stress* de primigestas adultas e adolescentes 56

Tabela 9. Associação das variáveis da entrevista inicial e a manifestação de *stress* no terceiro trimestre de gestação 58

Tabela 10. Associação entre *stress* e ansiedade-estado no 3º trimestre de gestação 59

Tabela 11. Indicadores de Ansiedade no puerpério 60

Tabela 12. Indicadores de ansiedade-estado no puerpério entre primigestas adultas e adolescentes 61

Tabela 13. Associação entre ansiedade-estado no terceiro trimestre de gestação e dados à respeito do parto, nascimento e rotina de cuidados com o bebê 63

Tabela 14. Associação entre ansiedade-estado no puerpério e dados a respeito do parto, nascimento e rotina de cuidados com o bebê 68

Tabela 15. Indicadores de ansiedade-estado, antes e após o parto 70

Tabela 16. Indicadores de *stress* no puerpério 71

Tabela 17. Indicadores de sintomas de *stress* no puerpério 71

Tabela 18. Indicadores de *stress* em puérperas adultas e adolescentes 72

Tabela 19. Indicadores dos sintomas de *stress* de puérperas adultas e adolescentes 72

Tabela 20. Associação entre *stress* no terceiro trimestre de gestação e dados a respeito, do parto, nascimento e rotina de cuidados com o bebê 75

Tabela 21. Associação entre *stress* no puerpério e dados a respeito, do parto, nascimento e rotina de cuidados com o bebê 79

Tabela 22. Comparação dos indicadores de *stress* na gestação e no puerpério 81

Tabela 23. Associação entre *stress* e ansiedade-estado no puerpério 81

Tabela 24. Indicadores de Depressão pós-parto 82

Tabela 25. Indicadores de depressão pós-parto entre adultas e adolescentes 82

Tabela 26. Associação entre manifestação de sintomas de depressão pós-parto e dados do Questionário 86

Tabela 27. Relacionamento entre a ansiedade-estado no terceiro trimestre de gestação e sintomas de depressão pós-parto 88

Tabela 28. Relacionamento entre a ansiedade-estado no puerpério e sintomas de depressão pós-parto 88

Tabela 29. Relacionamento entre *stress* na gestação e sintomas de DPP 89

Tabela 30. Relacionamento entre *stress* no puerpério e sintomas de DPP 90

SUMÁRIO

1. **Justificativa** 14

2. **Introdução** 16

2.1. Gestação e Puerpério 16

2.2. Ansiedade 22

2.3. Ansiedade Peri e Pós-natal 23

2.4. *Stress* 25

2.5. *Stress* Perinatal 28

2.6. Efeitos da ansiedade e do *stress* na gestação para o desenvolvimento do bebê 31

2.6.1.Efeitos da Ansiedade 31

2.6.2. Efeitos do *Stress* 34

2.7. Depressão pós-parto (DPP) e na gestação 37

3. **Objetivos** 41

4. **Método** 42

4.1. Participantes 42

4.2. Local 43

4.3. Materiais 43

4.4. Procedimentos 45

4.4.1. Para coleta de dados 45

4.4.2. Para análise de dados 47

5. **Resultados** 50

5.1. Etapa 1 50

5.2. Etapa 2 59

6. **Discussão dos resultados** 91

7. **Conclusão** 106

8. **Referências Bibliográficas** 109

ANEXO 1- Folha de resposta EPDS 122

APENDICE 1- Termo de Consentimento da Etapa 1 124

APENDICE 2- Termo de Consentimento da Etapa 2 125

APENDICE 3- Entrevista Inicial 126

APENDICE 4- Questionário sobre a história de parto, nascimento e rotina de cuidados com o bebê 127

APENDICE 5- Resultados da Entrevista Inicial 129

APENDICE 6- Resultado da aplicação do questionário referente ao parto, nascimento e rotina de cuidados com o bebê 130

APENDICE 7- Resultado dos escores da aplicação do IDATE-ESTADO antes e após o parto 132

APENDICE 8- Resultados da fase de stress, aplicação do ISSL antes e depois do parto 134

APENDICE 9- Ansiedade, Stress na gestação e Depressão pós-parto 136

APENDICE 10- Ansiedade, Stress e Depressão no pós-parto 138

1. JUSTIFICATIVA

O Ciclo Gravídico Puerperal é marcado por alterações emocionais, características deste período, com possibilidade de desencadear transtornos psíquicos significativos, comprometendo a saúde mental da mulher (SZEJER; STEWART, 1997). Tais alterações, frutos de fatores sociais e psicológicos, podem influenciar o desenvolvimento da gestação, assim como o bem-estar e saúde da mãe e do feto. Entre os fatores psicológicos que, geralmente, implicam em complicação durante gestação, parto e puerpério estão o *stress* e a ansiedade vivenciados na gravidez.

A ansiedade no período gravídico puerperal é considerada comum no processo gravídico, porém níveis de ansiedade elevados durante o mesmo e, consequentemente, a presença de *stress*, são considerados fatores de risco, aumentando a probabilidade de causar prejuízos futuros à criança (MALDONADO, 1997; LANGER, 1986; SZEJER; STEWART, 1997; SOIFER, 1992; KLAUS; KENNELL, 1993).

Correia e Linhares (2007) realizaram uma revisão de literatura sobre a ansiedade materna no período pré e pós-natal. Os resultados encontrados indicaram que os pesquisadores desta temática têm se dedicado mais às investigações referentes ao estado emocional materno no período pós-natal, avaliando os efeitos sobre o nascimento dos bebês, prematuros ou não. As autoras recomendam o delineamento de estudos que realizem comparações intragrupo permitindo a avaliação de ansiedade nos períodos pré e pós-natal. Faisal-Cury e Tedesco (2005) e Falcone et al. (2005) também identificaram que, no Brasil, há poucas pesquisas com gestantes que identifiquem o *stress* tanto no período pré-natal como no período pós-natal, o que justifica a importância deste trabalho, ainda que o foco sejam as primigestas. Tal investigação as priorizou pelo fato de que alguns autores encontraram, em seus estudos, que a ansiedade é mais acentuada em mulheres na primeira gestação, considerando-a como uma situação nova onde

ocorrem mudanças corporais, psíquicas e sociais. Nesta fase a mulher deixa o *status* de filha e esposa, passando a desempenhar o papel de mãe (SOIFER, 1980; MALDONADO, 1997; CURY; TEDESCO, 2005; FELICE, 2000; MALDONADO; CANELLA, 1988; TEDESCO, 2002). Quanto ao *stress* a literatura ainda é escassa referente ao grupo de gestantes (primigestas ou multíparas), que estão mais propensas à sua manifestação.

Pesquisas têm revelado que é no terceiro trimestre de gestação que as gestantes apresentam maior ansiedade, comparando com os anteriores, principalmente quando é a primeira gravidez (MALDONADO; DICKSTEIN, 2010; BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006). Baptista, Baptista e Torres (2006) encontraram, como resultados em uma pesquisa realizada com 44 gestantes brasileiras utilizando o Inventário de Ansiedade Traço/Estado (IDATE), que 11% das gestantes apresentaram ansiedade-estado no primeiro trimestre, 20% no segundo trimestre e 34% no terceiro trimestre. Freitas e Botega (2002), em uma pesquisa realizada com 120 gestantes adolescentes brasileiras, utilizando a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), encontraram que, 22% delas, no primeiro trimestre, 15% no segundo e, 32% no terceiro, apresentaram ansiedade.

Pesquisas internacionais também têm indicado que o *stress* é mais elevado no final da gestação, atribuindo ao nível de cortisol que aumenta progressivamente durante a gestação, alcançando níveis duas a três vezes mais altos no final da gravidez, em comparação às mulheres não grávidas (SHEA et al. 2007; HARVEY, 2002). Desta forma, é importante que trabalhos sejam realizados, principalmente em nosso país, pois há poucas pesquisas referentes aos indicadores de *stress* na gestação e sobre os efeitos do *stress* e da ansiedade sobre a grávida e o feto. Pesquisas nesta área se fazem necessárias à prevenção dos riscos de uma gravidez ansiógena e/ou estressante.

2. INTRODUÇÃO

2.1. Gestação e puerpério

A gravidez é uma trajetória que faz parte do processo normal do desenvolvimento. Neste período é esperado que a mulher apresente ansiedade em decorrência das mudanças próprias da fase e, dependendo de como esta as vivencia, ela pode apresentar níveis alterados de ansiedade. Este é um período de mudanças, sociais, psíquicas, físicas e biológicas. Todavia, a maneira como a gestante administra tais mudanças pode, também, influenciar na constituição da maternidade e na relação mãe-bebê (PICCININI; LOPES; GOMES; NARDI, 2008). A relação da gestante com seu bebê têm inicio antes da fecundação. Antes mesmo de engravidar as mulheres já imaginam como será o filho (MALDONADO; DICKSTEIN, 2010).

Muitas das expectativas das gestantes, com relação ao bebê, se dão por desconhecimento a respeito de suas características físicas e psíquicas (FELICE, 2000; GIANLUP, 2003). Na gestação a mãe atribui identidade ao bebê, conferindo-lhe expectativas e sentimentos quanto ao sexo, nome, características psicológicas e outras, além de interagir com ele, iniciando o vínculo afetivo materno-filial (PICCININI et al. 2003; SCHIAVO; BORMIO, 2008; DI PIETRO, 2010). Isto parece reverter em um investimento importante à constituição psíquica do bebê, possibilitando, ainda, o exercício precoce da maternidade (PICCININI et al. 2004; GOMES, 2005).

Alguns autores pontuam que, quando a gravidez ocorre na adolescência, esse fato pode ser considerado uma condição de risco para o desenvolvimento do bebê (AQUINO et al., 2003; LEVANDOWSKI; ANTONI; KOLLER; PICCININI, 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000; GAMA; SZWARCWALD; LEAL, 2002). Tal afirmação é baseada na informação de que o corpo da adolescente não está preparado para gestar um bebê, filhos de mães adolescentes em geral nascem abaixo do peso ou

prematuros, entre outros fatores biológicos, psicológicos e sociais que caracterizam a gestação na adolescência como um fator de risco.

É, também, no período gravídico puerperal que a saúde mental da mulher se torna mais vulnerável, principalmente em relação aos distúrbios do humor. Tais acontecimentos ocorrem, principalmente, por causa das alterações hormonais durante a gestação e pós–parto, devendo sempre ser considerados estes eventos ao se avaliar alterações psicopatológicas neste período (DEMETRIO; MINATOGAWA-CHANG, 2010).

Uma pesquisa realizada por Falcone et al. (2005) com 103 gestantes brasileiras (71 adultas e 32 adolescentes), indicou que 46% das gestantes adultas e 37% das gestantes adolescentes que participaram do estudo, apresentaram alta prevalência de transtornos afetivos. Para a coleta destas informações os pesquisadores utilizaram dois instrumentos, o Questionário de Auto-informação (*Self Reporting Questionnarie* – SRQ) que identifica distúrbios não psicóticos na comunidade e o Inventário Beck de Depressão (BDI).

Os transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério são comuns e costumam acometer, principalmente, pacientes que já tenham história de patologia psiquiátrica prévia (CAMACHO et al. 2006; BROCKINGTON, 2004; PETER et al. 1988). Silva et al. (2010) realizaram um estudo transversal com 1267 gestantes brasileiras usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) para verificar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) por meio da *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Este instrumento não avalia o patológico, mas, os transtornos mentais que não chegam ao nível psiquiátrico. Os resultados indicaram que a prevalência de transtornos mentais comuns em gestantes é de 41%. Já Faisal-Cury; Araya; Zugaib e Menezes (2010) investigaram 831 gestantes brasileiras usuárias do SUS e encontraram 34% de prevalência de TMC

entre elas.

Andersson et al. (2003) pesquisaram quais transtornos psiquiátricos são mais prevalentes em mulheres no segundo trimestre de gestação. Participaram da pesquisa 1734 gestantes suecas. Os resultados indicaram que 14,1% das participantes apresentaram algum transtorno psiquiátrico, 3,3% apresentaram depressão maior, 6,9% depressão menor e 6,6% apresentaram transtornos de ansiedade.

Um estudo realizado com 120 gestantes adolescentes brasileiras utilizando a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) e a Escala de Ideação Suicida de Beck, indicou que 23% das participantes, apresentaram ansiedade, 21% depressão e 17% ideação suicida. Observou-se, também, a associação da ideação suicida com depressão (FREITAS; BOTEGA, 2002).

A ansiedade é um dos transtornos afetivos mais identificados em mulheres gestantes (O'CONNOR; HERON; GLOVER, 2002). Uma pesquisa realizada com gestantes brasileiras por meio da Escala de Ansiedade Traço/Estado indicou prevalência de ansiedade em 65% das gestantes entrevistadas (ARAÚJO; PACHECO; PIMENTA; KAC, 2008). Outra pesquisa com o mesmo instrumento realizada com 44 gestantes brasileiras indicou que 77% apresentaram ansiedade estado-controlada, 23% baixa ansiedade-estado e 7% alta ansiedade-estado (BAPTISTA; BAPTISTA, TORRES, 2006). Já Faisal-Cury e Menezes (2007) encontraram uma prevalência de Alta Ansiedade-traço/estado de 45% em gestantes brasileiras, estes entrevistaram 432 gestantes.

Pesquisas também apontam que na gestação a ansiedade-estado apresenta índices superiores aos obtidos no puerpério (RUGULO et al. 2004; BREITKOPF et al. 2006), principalmente se a puérpera fizer parte de programas de relaxamento nesta fase (PRIMO; ANORIN, 2008).

Entretanto, Heron et al. (2004) encontraram dados indicando que a ansiedade no período gestacional pode ser um indicativo do aparecimento, também, de ansiedade no período pós-natal ou, até mesmo, do aparecimento de depressão no pós-parto. O mesmo pode ocorrer quando a gestante apresenta depressão no período pré-natal.

Pesquisadores têm chamado a atenção para o fato de que a ansiedade pré-natal ocorre com freqüência e, muitas vezes, confunde-se ansiedade com depressão. Ressaltam que é comum haver dificuldades na avaliação da ansiedade, pois há superposição dos sintomas desta com os sintomas depressivos (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998; RIBEIRO; HONRADO; LEAL, 2004). A ansiedade e a depressão são constructos independentes, mas é reconhecida a sobreposição de sintomas, tanto do ponto de vista clínico como estatístico (RIBEIRO; HONRADO; LEAL, 2004). Os sintomas, relativamente inespecíficos que estão presentes tanto em indivíduos ansiosos como depressivos, são: humor deprimido e ansioso, insônia, desconforto ou insatisfação, irritabilidade e dificuldades de concentração. Por outro lado os sintomas específicos da ansiedade são tensão somática e hiperatividade e os da depressão são anedonia e ausência de afeto positivo (CLARK; WATSON, 1991).

O suporte social é fator protetivo no período gestacional, como forma de se prevenir sintomatologias depressivas e ansiosas na grávida (BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006; CHUNG et al. 2001), bem como a prevenção de nascimento baixo peso (HODNETT; FREDERICKS; WESTON, 2010). Maior participação do parceiro na gestação pode diminuir o *stress* (BRAJENOVIĆ-MILIĆ; DORČIĆ; KULJANIĆ; PETROVIĆ, 2010). Monk (2001) alerta que tratamento oferecido às gestantes que apresentam distúrbios do humor é importante para prevenir implicações ao desenvolvimento infantil.

É importante mencionar que os transtornos de ansiedade e do humor são

apresentados em maior freqüência por mulheres da população geral do que por homens (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006). Porém, estudiosos tem chamado a atenção para os pais. Matthey et al. (2003) destacam que pouca atenção é destinada aos pais em relação aos distúrbios do humor no período perinatal. Os autores investigaram 408 mulheres e 356 homens australianos, seis semanas após o parto do primeiro filho e identificaram que tanto as mães quanto os pais apresentaram distúrbios de humor nesta fase, devido às dificuldades adaptativas dos novos pais.

Eberhard-Gran et al. (2003) afirmam que o risco global de ansiedade é o mesmo tanto para mulheres da população geral, como para puérperas, porém, os riscos de depressão são maiores no grupo pós–parto. Wenzel, Haugen, Jackson e Brendle (2005) realizaram um estudo com 147 mulheres nos EUA, oito semanas após o parto. Os resultados indicaram que a taxa de transtorno de ansiedade generalizada é mais elevada em puérperas do que em mulheres da população geral e os transtornos de ansiedade são mais presentes em puérperas do que a depressão.

A ansiedade e depressão podem, também, surgir no puerpério em decorrência da internação após o nascimento de bebês que apresentaram alguma malformação. Entretanto, após três meses da alta hospitalar, estas mães apresentaram uma redução significativa dos sintomas de ansiedade e depressão (PEROSA; SILVEIRA; CANAVEZ, 2008).

Perosa et al. (2009) avaliaram a ansiedade de puérperas brasileiras por meio do Inventário de Ansiedade Traço/Estado (IDATE). Os resultados encontrados indicaram que mães de crianças com malformações visíveis, apresentaram escores mais elevados de ansiedade-estado do que mães de crianças eutróficas. Um dos principais temores da grávida é de que o filho nasça com alguma malformação e, quando a mulher recebe o diagnóstico de que o filho apresenta alguma anomalia, esta notícia é, em geral,

impactante (SOIFER, 1980; MALDONADO; DICKSTEIN, 2010).

Não só o nascimento de filhos com malformação são preditores de ansiedade no puerpério, mas também, o nascimento de bebês prematuros e com baixo peso podem elevar a ansiedade da puérpera. (MELNIK; CREAN; FEINSTEIN; FAIRBANKS, 2008). Padovani (2005), em uma pesquisa com 75 puérperas, onde 50 eram mães de crianças nascidas prematuras e baixo peso e 25 mães de bebês a termo, encontrou que 32% das mães de prematuros baixo peso apresentaram escores indicativos de sintomas clínicos de ansiedade do tipo estado e, 4% das mães de filhos nascidos a termo apresentaram tais indicativos.

Coates, Schaefer e Alexander (2004) apontam a importância de que a puérpera seja avaliada pelo médico e/ou profissionais da saúde em consulta pós-natal, quanto a ocorrência de possíveis distúrbios do humor tais como a ansiedade e a depressão puerperal. Para eles, esforços devem ser feitos para melhorar a detecção e tratamento da depressão pós-parto, tais como investimentos para educar mulheres sobre os seus sintomas e, ainda, como e onde estas devem procurar ajuda.

O puerpério consiste num período cronologicamente variável, de seis meses à dois anos, durante o qual se desenrolam todas as manifestações involutivas ou de recuperação da genitália materna, após o parto. Este é um período em que a mulher fica muito vulnerável à ocorrência de crises devido às profundas mudanças intra e interpessoais, desencadeada pelo parto, fato que se torna mais acentuado quando é o primeiro filho. A ansiedade e depressão reativa são comuns, pois a realidade do feto in-útero difere da realidade do recém-nascido (DE FELICE, 2000). Uma pesquisa realizada por Pinto, Padovani e Linhares (2009) com puérperas brasileiras, indicou que o menor peso ao nascimento, menor idade gestacional e maior tempo de internação do bebê na UTI-Neonatal associam-se com a ansiedade e depressão materna no puerpério.

2.2. Ansiedade

A ansiedade é um estado emocional transitório ou, dependendo do nível, uma condição do organismo humano, caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão, apreensão e aumento na atividade do sistema nervoso autônomo. Pode ser: normal, leve ou grave, prejudicial ou benéfica, episódica ou persistente, ter uma causa física ou psicológica, ocorrer sozinha ou junto com outro transtorno, afetar ou não a percepção e memória (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998).

Robert e Caroline Blanchard (1988, citado por GRAEFF, 2007) forneceram um critério de ansiedade baseado nas estratégias defensivas de animais contra predadores. Para estes, ansiedade é a emoção relacionada ao comportamento de avaliação de risco que é evocado em situações em que o perigo é incerto, seja porque o contexto é novo ou porque o estímulo do perigo esteve presente no passado, mas não está mais no meio ambiente.

A ansiedade faz parte do processo normal do desenvolvimento humano, podendo estar presente em todos os períodos do ciclo vital. Todavia, em alguns momentos da vida, a ansiedade é mais intensificada do que em outros e, dependendo do período, ela é considerada como um estado emocional esperado, tais como: mudança de emprego, espera do resultado de um concurso ou exame médico, casamento, o nascimento de um filho, entre outros. A ansiedade é uma característica biológica que acontece em momentos de medo, perigo ou tensão (GRAEFF, 2007)

A ansiedade, mesmo em níveis mais elevados, acaba tornando-se constante na vida de muitas pessoas, principalmente pela vida atribulada atual. Dependendo do grau de freqüência com que o sujeito é exposto a ansiedade, ela pode se tornar patológica. Em uma revisão de literatura realizada por Andrade; Viana e Silveira (2006) encontraram que mulheres apresentam mais transtornos de ansiedade do que homens.

Crise é uma perturbação temporária de um estado de equilíbrio, referindo-se tanto aos períodos de transição inesperados, tais como: mudanças no meio ambiente (desastre natural); na esfera sócio-afetiva (perda de uma pessoa significativa); na esfera biológica (uma doença incurável ou de difícil tratamento) e na esfera evolutiva (adolescência, menopausa etc) (CAPLAN, 1980). Langer (1986) identifica, também, os três principais períodos potenciais de crise na vida da mulher: a menarca; a gestação e o climatério (LANGER, 1986). Estas transições são marcos importante na vida das mulheres, envolvendo mudanças significativas, reorganizações e aprendizagens. Ter um filho, iniciar vida profissional, casar-se, descasar-se, aposentar-se, entrar na menopausa são exemplos de situações de transição que podem ou não ser vividas como crise (MALDONADO, 1997).

2.3. Ansiedade Peri e Pós-natal

Levine et al. (2003) concluíram, em uma revisão bibliográfica, que mulheres que sofrem de algum transtorno mental, têm maiores probabilidades de apresentarem transtornos de ansiedade durante a gravidez e pós-parto. Em geral a ansiedade não é vivenciada da mesma forma ao longo da gestação. Autores que se dedicaram ao estudo da psicologia da gravidez como Marie Langer (1986), Raquel Soifer (1992), Maria Tereza Maldonado (1997) e Myriam Szejer (1997), entre outros, classificaram os diferentes motivos pelos quais as gestantes sentem-se ansiosas ao longo dos três trimestres da gestação, sendo que cada trimestre é marcado por experiências específicas que o caracterizam. Entretanto, tais classificações não devem ser generalizadas, uma vez que há mulheres que não vivenciam ansiedades e, em outras, a ansiedade pode estar relacionada a outros fatores, devendo-se levar em consideração a singularidade de cada mulher.

Nesta divisão as características de ansiedade no primeiro trimestre estão

relacionadas a diversos fatores e, dentre eles, os mais frequentes são em relação aos próprios sintomas sentidos como desagradáveis, tais como, enjôo, vômito, sonolência, sentimentos de ambivalência pela gravidez, o não sentir os movimentos fetais (SZEJER; STEWART, 1997). O vômito e a náusea, sintomas comuns neste primeiro trimestre de gestação, podem dever-se as alterações no organismo materno decorrentes de modificações gerais e locais que induzem a uma série de adaptações fisiológicas, atribuídas aos hormônios da gravidez e a pressão mecânica devido ao aumento do útero e de outros tecidos (SOUZA et al. 2009). Além disso, podem estar relacionados a refeições inadequadas ou a aspectos psicológicos, tais como: pobre comunicação com o parceiro, pobre comunicação com o obstetra, dúvidas e informações inadequadas a respeito da gravidez, parto e saúde do feto (IATRAKIS et al. 1988; TACHIBANA et al. 2006).

No segundo trimestre a mulher já se sente mais equilibrada emocionalmente. Os conflitos iniciais se estabilizam nesta fase e a mulher se sente mais segura. Porém, a percepção dos primeiros movimentos fetais pode desencadear alto nível de ansiedade, dependendo de cada personalidade e a capacidade de tolerá-la será maior ou menor. O extremo patológico a que pode levar tal ansiedade é o aborto no quarto ou quinto mês (SOIFER, 1980).

No terceiro trimestre a ansiedade é caracterizada pela proximidade do parto, evocando o medo das dores, de que ela ou o bebê morra nesta hora, além da expectativa de mudança de rotina da vida após a chegada do bebê (SOIFER, 1980; MALDONADO, 1985; SZEJER; STEWART, 1997). É neste trimestre que as gestantes apresentam maior ansiedade, principalmente quando é a primeira gravidez. Rugolo et al. (2004) não encontraram diferenças entre a ansiedade vivenciada na gestação, por adultas e adolescentes.

Outros motivos podem gerar ansiedade durante a gestação como, por exemplo, a perda fetal anterior. Mulheres que tiveram abortamento anterior a gestação atual, apresentam maior nível de ansiedade e *stress* em relação as que não tiveram abortamento (ARMSTRONG, 2002). A ansiedade provocada pelo estado gestacional da mulher pode torná-la vulnerável ao desenvolvimento de perturbações emocionais, podendo se manifestar por pensamentos repetitivos acerca da mesma e do bebê, por alterações do humor, irritabilidade, vulnerabilidade emocional, *stress*, insônia, sintomas depressivos etc. (FALCONE et al. 2005; CONDE; FIGUEIREDO, 2003).

Uma pesquisa longitudinal realizada por Van Den Bergh (1990) com gestantes holandesas, indicou que as emoções da grávida influenciam na atividade motora do feto. O pesquisador investigou o estado de ansiedade de gestantes que iriam passar pelo ultra-som obstétrico e identificou, durante o mesmo, que os fetos das mulheres com altos níveis de ansiedade apresentaram maior atividade motora do que os fetos de gestantes com baixa ansiedade. Ele também observou, após o nascimento, que os bebês, filhos de mães que apresentaram altos níveis de ansiedade na gestação, apresentaram problemas gastrointestinais, choro freqüente e problemas temperamentais.

Entretanto, dados obtidos em uma pesquisa realizada por Sjöström, Valentin, Thelin e Marsál, (2002) diferem dos de Van der Berg (1990), indicando que a ansiedade materna não parece afetar os movimentos fetais. Todavia, Sjöström et al. (2002) reconhecem que a metodologia utilizada neste estudo foi diferente da de Van Der Berg (1990), o que pode ter levado aos resultados diferentes.

2.4. *Stress*

O *stress* é um conjunto de respostas que o organismo emite para reagir frente a algo que o despertou. Quando o organismo é exposto freqüentemente a situações que desencadeiam as reações de *stress* – os estressores – o corpo passa a trabalhar com

maior gasto de energia. Ele pode ser entendido como uma resposta fisiológica, psicológica e comportamental de um individuo que procura se adaptar e se ajustar às solicitações internas e/ou externas ao organismo (MARGIS et al. 2003).

A resposta mais característica ao *stress* é a liberação do hormônio adrenocorticotrópico (ACTH) e corticóides (cortisol em humanos e cortisona em ratos) na corrente sangüínea como resultado da ativação do eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal - HPA (GRAEFF, 2007). O hormônio do *stress* recebe o nome de cortisol, este é produzido pela glândula supra-renal e é responsável por manter os níveis da pressão sanguínea e açúcar no sangue em equilíbrio (HARVEY, 2002).

Santos e Castro (1998), em uma revisão da literatura, encontraram descrições de *stress* a partir de três conceituações distintas. A primeira é centrada no ambiente reunindo acontecimentos ou circunstâncias percebidas como ameaçadoras ou perigosas, provocando sentimentos e situações de tensão. A segunda concepção encara o *stress* como uma resposta, centrando-se nas reações das pessoas aos acontecimentos estressores e, a terceira concepção inclui acontecimentos estressores e respostas de tensão, descrevendo a relação entre a pessoa e o meio que a envolve.

Stress é um estado que é percebido como uma ameaça ao equilíbrio fisiológico do sujeito. Em geral, a resposta ao *stress* é projetada para ter uma duração limitada e as mudanças resultantes desta atividade hormonal e de neurotransmissores, são rapidamente restauradas aos níveis pré-*stress* (WEINSTOCK, 2005). Por este motivo, o *stress* foi denominado por Selye (1936, citado por SANTOS E CASTRO, 1998) como Síndrome de Adaptação Geral (SAG). No entanto, quando o *stress* é de natureza crônica e o indivíduo não consegue se adaptar a ele, pode resultar em outros distúrbios como: ansiedade, depressão, diabetes, alcoolismo, tabagismo e abuso de drogas (WEINSTOCK, 2005; CHARMANDARI et al. 2003). Mudanças importantes na vida

podem gerar respostas de *stress* nos sujeitos (MARGIS et al. 2003). Os estressores podem ser físicos e psicológicos. O *stress* pode ser causado pela ansiedade devido à mudança brusca no estilo de vida.

Em 1956, Selye (1936, citado por CAMELO; ANGERAMI, 2004) descreveu três fases do *stress*. A primeira, denominada fase de alarme, se inicia quando a pessoa se defronta com um estressor, havendo um desequilíbrio homeostático levando o organismo se prepara para "luta ou fuga". É uma reação benéfica ao organismo à medida que o prepara para a ação em situações de urgência.

Goulart Jr. e Lipp (2008) ressaltam que o problema surge quando a prontidão fisiológica não é necessária ou quando é excessiva, característica da fase seguinte, denominada de resistência. Esta ocorre quando a fase de alerta persiste, devido à longa duração ou à grande intensidade do estressor e o organismo se utiliza das reservas de energia adaptativa, na tentativa de se reequilibrar. Se a reserva de energia adaptativa é suficiente, a pessoa se recupera e sai do processo de *stress*. Porém, se o estressor exigir mais esforço de adaptação do que é possível para aquele indivíduo, então, o organismo se enfraquece e torna-se vulnerável a doenças (CAMELO; ANGERAMI, 2004; GOULART JR.; LIPP, 2008).

Por fim, Selye (1936, citado por CAMELO; ANGERAMI, 2004) descreveu a fase da exaustão, quando o organismo encontra-se esgotado pelo excesso de atividades e pelo alto consumo de energia gasto na tentativa de buscar o restabelecimento do equilíbrio homeostático. Tal fase ocorre quando a resistência da pessoa não foi suficiente para lidar com a fonte de estresse ou se houver, concomitantemente, a ocorrência de outros estressores (CAMELO; ANGERAMI, 2004; GOULART JR.; LIPP, 2008).

Lipp (2000) descreveu uma fase intermediária, entre a fase de resistência e a de

exaustão, denominada de quase-exaustão. Essa fase caracteriza-se por um enfraquecimento da pessoa que não está conseguindo adaptar-se ou resistir ao estressor, mas que ainda não tenha atingido a exaustão completa (CAMELO; ANGERAMI, 2004; GOULART JR.; LIPP, 2008; LIPP, 2000).

O *stress* pode enfraquecer o sistema imunológico, aumentando as chances de infecções como, também, pode afetar os aspectos afetivos emocionais do sujeito, favorecendo o adoecimento (MARGIS et al. 2003). O *stress* ativa os componentes centrais e periféricos do sistema nervoso, ou seja, eixo Hipotálamo – Pituitária – Adrenal (HPA) e o sistema simpático, da excitação. A capacidade de resposta adequada do sistema ao estressor é um pré-requisito fundamental para sensação de bem estar e desempenho adequado das tarefas e das interações sociais positivas. As respostas inadequadas do sistema ao *stress* podem prejudicar o crescimento e desenvolvimento do individuo e ser responsável por uma série de problemas endócrinos, metabólicos, auto-imunes e psiquiátricos (CHARMANDARI et al. 2003). O *stress* crônico durante o período do desenvolvimento do cérebro humano tem sido associado a déficits de aprendizagem e comportamentais além de distúrbios do humor, incluindo a depressão em idades mais avançadas (VAN DER HOVE et al. 2006).

2.5. *Stress* perinatal

Gestantes que são expostas por longo prazo a eventos estressores, são fortes candidatas a apresentarem riscos à sua saúde e a do feto (GLOVER, 1997). Uma das consequências é que o feto pode responder ao *stress* materno com aumento de freqüência cardíaca (DIPIETRO; COSTIGAN; GUREWITSCH, 2003) e parece existir uma relação entre a frequência cardíaca do feto e cognição, (KISILEVSKY; HAINS, 2010; BUSNEL, 2002), além disso, o *stress* materno durante a gestação aumenta o risco à pré-disposição ao desenvolvimento de doenças mentais, pois, pode provocar

perturbações na etiologia do desenvolvimento neural do feto (WATSON; MEDNICK; HUTTUNEN; WANG, 1999) e em doenças alérgicas e maior propensão à asma nos filhos de mães com altos níveis de *stress* na gestação (WRIGHT et al. 2010).

Para Busnel (1999) existem diferentes tipos de *stress* materno que podem causar efeitos no feto e sobre o recém nascido, tal como, o *stress* transmitido pela mãe por meio de sua fisiologia (pressão arterial, efeitos hormonais etc), o *stress* de origem externa (devido a drogas, fumo e alcoolismo) e, o *stress* físico (resultante de violência física a que pode ser submetida a gestante além de outros agentes como excesso de calor, infecções, febres, desnutrição e ruídos intensos).

O *stress* na gestação, em geral, está associado, aos aborrecimentos diários sentidos no inicio da gravidez e ao medo do parto em meados da gestação (BUITELAAR et al. 2003), além da violência domestica, uso de drogas, depressão, pânico (WOODS et al. 2010) e ocorrências de complicações pré-natais (COSTA, et al. 1999). Contextos sócio-econômicos estressantes são associados positivamente ao fumo durante a gravidez (WEAVER; CAMPBELL; MERMELSTEIN E WAKSCHLAG, 2008; McCORMICK et al. 1990).

Segato et al. (2009) investigaram as principais fontes de *stress* na gestação, identificando: problemas relacionados a gestação (medo do parto, de perder o bebê, de engordar demais e, a gravidez não planejada); problemas cotidianos (ruídos do ambiente, condições climáticas, transito, convívio com companheiros de trabalho, relação com público); situação econômica difícil e fatores familiares (discussão e desestruturação familiar, preocupação com filhos). Uma pesquisa realizada com 1522 gestantes norte americanas no segundo e terceiro trimestre de gestação avaliadas por meio da *Prenatal Psychosocial Profile Stress Scale*, indicou que 6% destas apresentaram *stress* elevado, 78% apresentaram *stress* baixo ou moderado e 16% não

apresentaram *stress* (WOODS et al. 2010).

Em uma investigação realizada por Entringer et al. (2010) encontraram níveis significativamente maiores de cortisol em gestantes no segundo trimestre em comparação à mulheres não grávidas. Montenegro et al. (2010) realizou um estudo com gestantes brasileiras, cujo objetivo foi de comparar o cortisol entre mulheres grávidas de alto risco e baixo risco. Os resultados indicaram que as gestantes de alto risco apresentam níveis mais elevados de cortisol na saliva do que as gestantes de baixo risco.

Schiavo e Rodrigues (2010) avaliaram, por meio do Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL), 147 gestantes brasileiras no terceiro trimestre de gestação, onde 86% eram primigestas e 61% multíparas. Os dados encontrados revelaram que 78% das primigestas e 95% das multíparas encontravam-se estressadas, ou seja, 85% das gestantes entrevistadas apresentavam algum sintoma de *stress*. Observaram, também, que a fase de *stress* mais freqüente no terceiro trimestre de gestação é a fase de resistência, com prevalência dos sintomas psicológicos. Horiguchi (2010) em um estudo com mulheres da população geral, utilizando o Inventário de Sintomas de *Stress* de Lipp em 48 mulheres não grávidas, na faixa etária entre 23 e 73 anos encontrou resultados semelhantes, mostrando que 85% das mulheres apresentaram *stress*, sendo a fase de resistência a mais frequente e prevalência de sintomas psicológicos.

Em outra pesquisa realizada por Segato et al. (2009) com gestantes brasileiras, aplicou-se a Escala de *Stress* Percebido (*Perceived Stress Scale* - PSS 14). Os dados encontrados indicaram que 93% das grávidas apresentaram níveis elevados de *stress* percebido.

O *stress* é uma resposta adaptativa que o organismo emite frente aos estímulos que o despertam e a ansiedade é um estado emocional. A ansiedade costuma surgir em decorrência de eventos estressores. O eixo HPA e o sistema nervoso simpático são

ativados pela novidade (contato com o novo, situações inesperadas) ou indícios que sinalizem que ocorrerá punição ou ausência de uma recompensa esperada (frustração), gerando, dessa forma, ansiedade antecipatória (GRAEFF, 2007). O simples contato com o novo, com situações inesperadas e desconhecidas são suficientes para disparar estados ansiosos. Tanto o *stress* como a ansiedade são estados situacionais que podem levar a transtornos e processos de adoecimentos diversos

Em uma revisão de literatura realizada por Graeff (2007), indicou que transtornos de ansiedade generalizada afetam os hormônios de *stress* -cortisol- a ansiedade antecipatória e o transtorno de ansiedade generalizada, ativa tanto o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal como o simpático-adrenal.

2.6. Efeitos da ansiedade e do *stress* durante a gestação para o desenvolvimento do bebê

No período gestacional a primigesta, passa por situações inesperadas e desconhecidas, que geram ansiedade e que podem provocar *stress*. A presença de altos níveis de ansiedade e de *stress* durante a gestação pode ser um fator de risco para o equilíbrio emocional materno e para o desenvolvimento do bebê, inclusive durante o período fetal (MYERS et al. 2003; MONK et al. 2000).

2.6.1. Efeitos da Ansiedade

O sistema neuroendócrino é um dos grandes geradores dos efeitos negativos que resultam em gravidez ansiógena. Crianças cujas mães experimentaram altos níveis de ansiedade na gravidez, apresentaram taxas elevadas de problemas emocionais e comportamentais (CONDE; FIGUEIREDO, 2003).

O'Connor et al. (2002) publicaram um estudo longitudinal onde avaliaram a ansiedade e depressão materna de mulheres inglesas em intervalos repetidos desde a gestação até o filho completar quatro anos de idade, por meio de instrumentos de auto-

relato. Avaliaram, também, após o nascimento da criança, se estas apresentavam problemas emocionais e comportamentais por meio da *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), O SDQ inclui três subescalas acerca do tipo específico de distúrbio comportamental ou emocional (problemas de conduta, problemas emocionais, hiperatividade / déficit de atenção). As crianças, cujas mães, tiveram altos níveis de ansiedade no final da gestação apresentaram problemas emocionais e comportamentais aos quatro anos de idade. No ano seguinte O'Connor, Heron, Golding e Glover (2003) publicaram dados destes mesmos participantes, agora investigando até os 81 meses de idade da criança. Os dados encontrados indicaram que as crianças, cujas mães tiveram altos níveis de ansiedade no final da gestação apresentavam problemas emocionais e comportamentais.

Fraga, Linhares, Carvalho e Martinez (2008) conduziram um estudo no Brasil verificando a relação entre ansiedade materna, avaliada com o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e indicadores de desenvolvimento de 14 crianças nascidas pré-termo aos 12 meses de idade cronológica corrigida, utilizando as Escalas *Bayley-II*. Os resultados apontaram que quanto maior o nível de ansiedade materna, mais elevado o desempenho dos bebês em tarefas cognitivas e pior em tarefas de motricidade ampla e permanência do objeto. A ansiedade materna mostrou, então, que pode ter efeito diferencial em áreas do desenvolvimento da criança, atuando como fator de risco ao desenvolvimento motor amplo e como mecanismo de proteção ao desenvolvimento cognitivo.

Brouwers, Van Baar e Pop (2001) realizaram um estudo longitudinal, onde avaliaram a ansiedade de mulheres holandesas com mais de 32 semanas de gestação por meio do *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI). Quando os filhos destas participantes tinham a idade de dois anos, os pesquisadores avaliaram o desenvolvimento destes, por

meio da *Bayley Scales of Infant Development.* Concluíram que a alta ansiedade materna durante a gravidez está associada a um atraso no desenvolvimento mental do filho aos dois anos de idade.

Alder et al. (2007) fizeram uma revisão crítica de literatura das duas últimas décadas a respeito dos trabalhos publicados referentes à ansiedade e depressão materna na gestação e suas conseqüências obstétricas, fetais e neonatais. Para os autores a literatura indica que a depressão e ansiedade gestacional associam-se com complicações obstétricas e implicações para o comportamento fetal e neonatal. No entanto, alertam para diferenças metodológicas entre os estudos, pois as pesquisas foram realizadas com mulheres que apresentavam taxas muito elevadas de depressão e ansiedade.

Em revisões de literatura observa-se, também, que altos níveis de ansiedade na gestação podem resultar em complicações obstétricas tais como; nascimento prematuro e baixo peso do bebê (CONDE; FIGUEIREDO, 2003; ARAUJO; PEREIRA; KAC, 2007). Existe uma associação entre a ansiedade materna durante a gravidez e aumento da resistência do índice da artéria uterina, o que poderia explicar as associações entre a ansiedade materna e o baixo peso ao nascer (MANCUSO et al. 2004; DIEGO et al. 2006; TEXEIRA; FISK; GLOVER, 1999). Entretanto em pesquisa realizada com gestantes brasileiras, não se encontrou associação estatística entre a manifestação de ansiedade na gestação e o nascimento prematuro e ou baixo peso (FAISAL-CURY; ARAYA; ZUGAIB; MENEZES, 2010).

Altos níveis de ansiedade na gestação pode também desencadear complicações obstétricas, pré-eclampsia e mecônio no liquido amniótico (KURKI et al. 2000; BURSTEIN et al. 1974; BHAGWANANI et al. 1997), além da depressão no período gestacional (ROSS et al. 2003) e indicativo para ansiedade e depressão puerperal (CURY; MENEZES, 2006; O'CONNOR; HERON; GLOVER, 2002; BROUWERS;

VAN BAAR; POP, 2001; ROSS et al. 2003; MEARES; GRIMWADE; WOOD, 1976). Altos níveis de ansiedade na gestação também estão associados ao desenvolvimento de asma na infância (COOKSON et al. 2009).

2.6.2. Efeitos do *Stress*

Em relação ao *stress,* Huizink et al. (2002) pesquisaram a influência deste no período pré-natal, no temperamento da criança e problemas de comportamento. Estes avaliaram o *stress* por meio do cortisol presente na saliva de primigestas holandesas, o temperamento infantil foi avaliado aos 27 meses de idade por meio do *Infant Characteristics Questionnaire* e o desenvolvimento por meio da *Bayley Scales of Developmen.* Os dados encontrados indicaram que quanto mais elevado o *stress* na gestação, maior a probabilidade da criança apresentar problemas temperamentais e comportamentais. Gutteling et al.(2005) também encontraram dados em crianças holandesas de três e oito meses de idade , de que o *stress* materno na fase pré-natal associa-se com a variação de temperamento dos bebês.

Buitelaar et al. (2003) avaliaram o *stress* de gestantes holandesas por meio de questionários e coleta de saliva para verificar a concentração de cortisol como medida endocrinológica do *stress* materno. Após o nascimento do bebê os pesquisadores avaliaram o desenvolvimento cognitivo das crianças por meio da *Bayley Scales of Infant Development* (BSID), aos três e oito meses de idade, verificando que os bebês, filhos de mulheres que apresentaram *stress* durante a gravidez, apresentaram atrasos cognitivos no desenvolvimento aos oito meses.

Davis e Sandman (2010) avaliaram cinco vezes durante a gravidez, o cortisol materno e o estado psicológico de 125 gestantes dos EUA e o desenvolvimento de seus descendentes aos três, seis e 12 meses após o parto. A exposição à concentrações elevadas de cortisol no início da gestação foi associado com uma menor taxa de

desenvolvimento durante o primeiro ano pós-parto e menor pontuação no índice de desenvolvimento mental das *Bayley Scales of Infant Development* (BSID). Níveis elevados de cortisol materno no final da gestação, entretanto, foram associados com o desenvolvimento acelerado no primeiro ano e maior pontuação nas BSID. Tais estudos indicam, portanto que o *stress* materno no período gestacional pode causar um efeito sobre o feto que dura até pelo menos meados da infância. O *stress* no período gestacional pode ser um fator na perturbação da etiologia do desenvolvimento neural, implicando em psicopatologias e transtornos afetivos já na idade adulta (WATSON; MEDNICK; HUTTUNEN; WANG, 1999; TALGE; NEAL; GLOVER, 2007).

Qualquer substância ingerida pela grávida é passada ao feto, atravessando a placenta, desta forma, as perturbações emocionais que provocam alterações neuro-hormonais, também irão repercutir sobre o estado neurofisiológico do feto (FLORIO et al. 2002). Os neuro-hormônios são lançados na corrente sanguínea e passados ao feto pelo cordão umbilical (WEINSTOCK, 2005), provocando um estado no feto, semelhante àquele sentido pela gestante (WILHEIM, 1997; BUSNEL, 1999).

A placenta tem função de barreira intermediária e mensageira ativa do "diálogo" materno-fetal, produzindo e liberando substâncias reguladoras da fisiologia. O *stress* fisiológico e patológico influencia tal função, de modo que, o estímulo de *stress* endógeno ou exógeno, estimule a secreção de Hormônio Liberador de Corticotrofina (HLC) placentário, como resposta adaptativa da placenta para fugir dessas condições adversas (FLORIO et al. 2002).

A atividade do eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal (HPA) é aumentado em mulheres grávidas. O *stress* pré-natal quando duradouro, pode provocar perturbações no HPA, o cortisol ao atravessar a placenta pode afetar o feto e perturbar o processo de desenvolvimento em curso, ocasionando, desta forma, maior vulnerabilidade à

psicopatologia em crianças e adolescentes, que foram expostos por longo prazo ao *stress* materno, no período fetal (O'CONNOR et.al. 2005; VAN DEN BERGH; MULDER; MENNES; GLOVER, 2005). Estudos indicam que gestantes expostas ao *stress* dão a luz significativamente mais cedo e a bebês com peso ao nascer, inferior à média dos nascidos de mães não expostas ao *stress* (LOBEL; DUNKEL-SCHETTER; SCRIMSHAW, 1992; WADHWA et al. 1993; HASHIM; MOAWED, 2000; AUSTIN; LEADER, 2000).

O *stress* materno na fase pré-natal pode também causar complicações obstétricas, risco de pré-eclampsia, e asfixia fetal (MYERS, 1977; TAKIUT; KAHALE, 2001). Harold et al. (2010) realizaram uma pesquisa com sujeitos dos EUA e do Reino Unido para verificar os efeitos que o *stress* pré-natal pode causar em indivíduos, filhos de mães estressadas na gravidez, analisando se as conseqüências para os seus descendentes se devem aos fatores genéticos ou ambientais. Investigaram casais que realizaram fertilização in vitro, cujo feto possuísse os gametas dos próprios pais, casais que receberam doação de espermatozóide, casais que receberam doação de ovócitos e casais que receberam doação de embrião. Os dados foram coletados por meio de questionário postal, quando as crianças já tinham a idade entre 4 à 10 anos. Os pais deveriam responder quanto a sua saúde e a da criança e as mães deveriam também responder se ocorreram complicações pré-natais e/ou *stress* pré-natal. Os resultados indicaram que os descendentes com ou sem ligação biológica com a mãe, foram significativamente relacionados com menor peso ao nascimento, prematuridade e problemas de comportamento, quando estas apresentavam *stress* na gravidez, sugerindo que a ligação entre o *stress* pré-natal, o baixo peso ao nascer, a prematuridade e problemas de comportamento, não se devem a fatores hereditários.

2.7. Depressão pós-parto (DPP) e na gestação

Pesquisas apontam que 10% a 20% das mulheres apresentam a Depressão Pós-Parto (DPP) (HANNA; JARMAN; SAVAGE, 2004; RIGHETTI; BOUSQUET; MANZANO, 2003). No Brasil, esta porcentagem é ainda mais elevada (MORAES et al. 2006; CRUZ; SIMÕES; CURY, 2005; FONSECA; SILVA; OTTA, 2010). Moraes et al. (2006) realizou um estudo com puérperas brasileiras, cujos resultados indicaram que 19% das 430 avaliadas 30 a 45 dias após o parto pela Escala de Hamilton (HAM-D), apresentaram depressão pós-parto. Outra pesquisa com puérperas brasileiras indicou que de 70 entrevistadas por meio da Escala de Edimburgo (EPDS), 37% apresentaram sintomas de depressão (CRUZ; SIMÕES; CURY, 2005) e, ainda, em outra pesquisa com puérperas brasileiras, por meio da EPDS entre a 9ª e a 12ª semana pós-parto, 28% de 261 mães entrevistadas apresentaram escores indicativos de depressão-pós-parto (FONSECA; SILVA; OTTA, 2010).

Os principais fatores de risco de depressão pós-parto são: história anterior de depressão, dificuldades financeiras, baixa escolaridade, desemprego, ausência de suporte social, dependência de substâncias, violência doméstica e não aceitação da gravidez (PEREIRA; LOVISI, 2008; MATTAR et al. 2007; MORAES et al. 2006; LANCASTER et al. 2010). O histórico de abuso sexual também é um fator de risco para manifestação da depressão pós-parto (BUIST; JANSON, 2001).

Ribeiz, Minatogawa e Tung Teng (2010) elaboraram uma tabela em que são apresentados os fatores de risco para depressão pós-parto, baseados numa revisão de literatura, os autores dividiram os fatores de risco em: Psicossociais (estressores psicossociais, eventos de vida adversos, dificuldades financeiras, dificuldade de relacionamento do casal e gestação indesejada); Biológicos (complicações na gravidez, problemas de saúde do bebê; gemelaridade, alimentação artificial do bebê e tabagismo);

Psiquiátricos e Psicológicos (transtornos do humor, transtornos de ansiedade, síndrome pré-menstrual, história de abuso sexual, história familiar de alcoolismo, depressão pós-parto/psicose pós-parto, transtorno depressivo recorrente com descontinuação da terapia antidepressiva e transtorno de personalidade dependente, de evitação ou obsessivo-compulsivo).

Todavia, a depressão pode estar presente antes do nascimento do bebê e, ainda ter relação com a presença da depressão pós parto ou com problemas apresentados pelos descendentes, pois existe maior probabilidade de que os filhos de mães que manifestaram depressão no período pré-natal apresentem problemas de comportamento anti-social na adolescência. Em uma pesquisa com 120 adolescentes britânicos e seus pais indicou que 33% dos adolescentes filhos de mães depressivas na gravidez haviam sido presos e/ou tiveram um diagnóstico do DSM-IV de transtorno de conduta e 45% tinham cometido atos violentos (HAY; PAWLBY; PERRA; SHARP, 2010). Nascimento et al. (2009) aponta que existe uma relação significativa entre a manifestação de alta ansiedade e da depressão na gestação.

Verdoux, Sutter, Glatigny-Dallay e Minisini (2002) realizaram uma pesquisa longitudinal, onde entrevistaram gestantes francesas no terceiro trimestre de gestação e após o parto aplicando a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS). Os autores verificaram que complicações obstétricas graves, ocorridas durante a gestação, aumentam as chances de a mulher desenvolver depressão no pós-parto. Os sentimentos comuns de ambivalência em relação a maternidade suscitam, também, conflitos e sentimentos de inadequação que favorecem o surgimento da depressão pós-parto. A mulher, ao não se ver enquadrada no estereótipo de instinto maternal, passa a apresentar humor deprimido pela perda da imagem idealizada de mãe (AZEVEDO; ARRAIS, 2006).

Um estudo realizado por Cox, Connor e Kendel (1982) com 105 gestantes escocesas, utilizando o *Standardised Psychiatric Interview* (SPI), durante a gravidez e, depois, no puerpério, indicou que os escores totais de depressão aumentaram após o parto, mostrando que 13 participantes apresentaram depressão pós-parto severa e 17 apresentaram depressão leve. Já em um estudo mais recente utilizando a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburg, os resultados indicaram que gestantes obtém maior pontuação nesta escala do que puérperas e a distribuição total de pontuações e sintomas individuais não diferem antes e após o parto, sugerindo desta forma que a depressão não é mais provável após o parto (EVANS et al. 2009).

A depressão no período gestacional e/ou puerperal pode, também, causar sérios prejuízos para a relação mãe-bebê e a conjugal (SCHMIDT; PICCOLOTO; MÜLLER, 2005; FRIZZO; PICCININI, 2005; RIGHETTI-VELTEMA; BOUSQUET; MANZANO, 2003).

Schwengber e Piccinini (2004) tiveram como objetivo verificar as diferenças na interação mãe-bebê, entre mães brasileiras com e sem depressão. Participaram 26 díades mãe-bebê, sendo que 11 tinham indicadores de depressão e 15 não apresentaram indicadores. Os filhos de mães com indicadores mostraram mais afeto negativo do que positivo, quando comparados com os bebês de mães sem indicadores e, as mães com indicadores de depressão, apresentaram mais apatia, menos atenção na criança, menos ternura e afeição para com seus bebês, do que as mães que não apresentaram indicadores.

Em outra pesquisa realizada por Schwengber e Piccinini (2005), analisando a interação mãe-bebê, com 18 díades, encontraram que nove das mães apresentaram indicadores de depressão, avaliada por meio do Inventário Beck de Depressão. As mães com indicadores de depressão relataram insatisfação em relação: ao desenvolvimento de

seu bebê, ao desenvolvimento do papel materno, ao apoio recebido pelo companheiro e de outras pessoas e, também, apresentaram maior *stress* no manejo do bebê, além de dificuldades financeiras.

Para Motta, Lucion e Manfro (2005), a depressão pós-parto pode influenciar negativamente o desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. O cérebro da criança tem prontidão, principalmente nos primeiros anos de vida para receber informação do meio. Estes primeiros anos são cruciais para aquisição de informações sociais, afetivas e cognitivas, ou seja, se o meio falhar ao enviar estas informações ao bebê, que é o caso muitas vezes, quando a mãe encontra-se deprimida, e não há alguém que possa exercer esta função materna, as chances de prejuízo dos processos do desenvolvimento neurobiológico e psicológico aumentam. Desta forma, é indispensável o apoio familiar, terapêutico e social, tanto para a mãe deprimida, quanto para o bebê.

Dados de revisão de literatura indicaram que a participação do pai, na qualidade do relacionamento conjugal, no cuidado com o bebê e nas tarefas da casa, pode influenciar tanto positivamente quanto negativamente no contexto de depressão pós-parto materna (SILVA; PICCININI, 2009). A presença de suporte por parte do marido apresenta efeito protetor sobre a manifestação da depressão-pós-parto (CRUZ; SIMÕES; CURY, 2005).

Analisando pesquisas já realizadas com gestantes e com puérperas, o presente trabalho pretende suprir as lacunas que ainda não foram investigadas, quanto ao *stress* e ansiedade no período gestacional e puerperal, tais como: comparação de ansiedade e *stress* apresentado entre primigestas adultas e adolescentes; avaliar o *stress* manifestado por primigestas no final da gestação e no puerpério, comparar o *stress* e a ansiedade em primigestas antes e após o nascimento do bebê e correlacionar ansiedade e *stress* gestacional e puerperal, com a manifestação de depressão pós-parto.

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar a ansiedade-estado e o *stress* de primigestas no terceiro trimestre de gestação e no pós-parto e averiguar ocorrência de depressão pós-parto, associando-os com aspectos da gestação e cuidados com o bebê.

Objetivos específicos:

- Descrever a ansiedade e o *stress* em primigestas no terceiro trimestre de gestação.
- Associar a ansiedade-estado e o *stress* em primigestas no terceiro trimestre com variáveis sociodemográficas, dados da saúde durante a gestação e expectativas com relação à mesma.
- Descrever ansiedade-estado e *stress* em puérperas.
- Verificar se há diferença de ansiedade-estado e *stress* no terceiro trimestre de gestação e no puerpério.
- Associar ansiedade-estado e *stress* em primigestas no terceiro trimestre com variáveis referentes ao parto, nascimento e cuidados com o bebê.
- Associar ansiedade-estado e *stress* em puérperas com variáveis referente ao parto, nascimento e cuidados com o bebê.
- Verificar indicadores de Depressão-pós-parto.
- Correlacionar indicadores de Depressão-pós-parto com *stress* e ansiedade-estado no terceiro trimestre e no puerpério.
- Associar os indicadores de depressão com variáveis referentes ao parto, nascimento e cuidados com o bebê.

4. MÉTODO

4.1. Participantes:

Participaram desta pesquisa, 98 primigestas usuárias do SUS (Sistema Único de Saúde). A idade das participantes variou de 15 anos a 39 anos sendo a idade média das participantes de 21 anos. Delas 42 eram adolescentes (de 15 a 20 anos incompletos) e 56 adultas (de 20 a 29 anos).

Tabela 1. Caracterização das participantes

Dados Sociodemográficos	**N=98**	**%**
Escolaridade		
Ens.Fund.Incompleto	11	12
Ens. Fund. Completo	24	24
Ens. Médio Completo	53	54
Superior Completo	10	10
Estado Civil		
União estável	67	68
Solteiras	15	15
Namorando	16	17
Condição Ativa		
Empregada	31	32
Desempregada	67	68
Ocorrência de Abortamento		
Ameaça de Aborto	10	10
Abortamento anterior	11	11
Planejamento da gravidez		
Sim	41	42
Não	56	58
Gravidez desejada		
Sim	68	69
Mais o menos	17	18
Não	13	13
Gravidez desejada pelo parceiro		
Sim	72	73
Mais ou menos	8	8
Não	18	19
Saúde antes da gestação		
Boa	92	94
Ruim	6	6
Saúde na gestação		
Boa	84	86
Ruim	14	14

4.2. Local:

Os dados foram coletados no Núcleo de Saúde Centro[1], da cidade de Bauru e na residência das participantes.

4.3. Materiais:

Entrevista Inicial

A Entrevista Inicial foi elaborada para esse estudo, contemplando informações demográficas das participantes e dados sobre a gestação e expectativas da gestante (Apêndice 3).

Para avaliação de ansiedade

Spielberger, Gorsuch e Lushene (1970) elaboraram o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de auto-aplicação para jovens e adultos (Traduzida e adaptada ao português por: Ângela Biaggio, 2003). O inventário é composto de duas escalas que objetivam avaliar conceitos distintos de ansiedade: Ansiedade-estado (A-Estado) e Ansiedade-traço (A-Traço). O Traço de Ansiedade que se refere às diferenças individuais, relativamente estáveis na propensão à ansiedade. O Estado de ansiedade refere-se á um estado emocional transitório ou condição do organismo humano que é caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão.

Neste estudo, foram selecionados e analisados apenas os itens referentes à ansiedade-estado, por permitirem melhor investigação do estado emocional da grávida em um determinado momento -terceiro trimestre e puerpério-. A análise da Ansiedade-traço foi realizada apenas para título de correlação entre (A-estado e A-traço) das participantes em geral.

Na escala do IDATE/estado, o indivíduo tem as seguintes opções de resposta: Absolutamente não, peso 1, Um pouco, peso 2, Bastante, peso 3 e Muitíssimo, peso 4.

[1] Escolheu-se o Núcleo de Saúde Centro, por ser o local onde grande parte das gestantes da cidade é encaminhada para realização do exame de ecografia, além de receber gestantes para consultas pré-natais.

Há itens nessa escala que indicam uma direção contrária à ansiedade e por isso os pesos, devem ser invertidos, ou seja, recodificados.

Os itens do IDATE também permitem medir aspectos inespecíficos que podem estar presentes em qualquer situação de *stress* (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998), tais como: agitação, insegurança, cansaço, irritabilidade, tensão, preocupação, tristeza, mal-estar generalizado.

O IDATE contém 20 afirmações que requerem que o sujeito descreva como geralmente se sente e outras 20 afirmações, para que o sujeito indique como se sente em determinado momento. O respondente deve, em cada item do instrumento, circular o número apropriado, à direita de cada afirmação na folha de respostas, conforme instruções do Manual de Aplicação.

Para avaliação de sintomas de stress

Lipp (2000) elaborou o Inventário de Sintomas de Stress (ISSL) para adultos acima de 15 anos. O inventário é composto por três quadros, cada um deles se referindo a presença dos sintomas relacionados à distância temporal (quadro 1: 24 horas; quadro 2: uma semana e quadro 3: um mês). Este instrumento pode ser aplicado em grupos de até 20 pessoas ou individualmente. O ISSL contém 15 itens para o quadro 1, sendo 12 itens relacionados a Sintomas Físicos e três itens relacionados à Sintomas Psicológicos; outros 15 itens para o quadro 2, sendo 10 itens relacionados à Sintomas Físicos e cinco itens relacionados à Sintomas Psicológicos e 23 itens para o quadro 3, sendo 12 itens relacionados à Sintomas Físicos e 11 itens relacionados à Sintomas Psicológicos. As respostas foram assinaladas pelas participantes em cada quadro, com F1 que corresponde aos Sintomas Físicos ou P1 que corresponde aos Sintomas Psicológicos. A aplicação obedeceu às instruções do Manual de Aplicação.

Questionário sobre a história do parto, nascimento e rotinas de cuidados com o bebê

Foi elaborado para este estudo, um questionário com 24 questões semi fechadas, composto por sete perguntas referentes ao parto, oito ao nascimento e nove aos cuidados com o bebê. As participantes assinalaram a alternativa correspondente a forma como ocorreu seu parto, condições de nascimento do bebê e como tem sido a rotina de cuidados com ele (Apêndice 4).

Para avaliação de Depressão Pós-Parto

Santos (1995) validou a Escala de Edimburgo para puérperas brasilienses, adaptada da Edimburgh Postnatal Depression Scale (EPDS, de COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987). A escala contém 10 afirmações que requerem que a participante descreva como se sente diante de situações do cotidiano, circulando o número apropriado à sua condição, de 0 a 3, colocados à direita de cada afirmação na folha de respostas. A pontuação para Escala de Edimburgo, adaptada por Santos, varia de um mínimo de 0 a um máximo de 30 pontos (Anexo 1).

4.4. Procedimento

4.4.1. Para coleta dos dados:

O presente projeto foi submetido ao comitê de Ética da Faculdade de Ciências, da UNESP, campus de Bauru (Processo nº614/46/01/09) e da Secretaria de Saúde de Bauru (Processo nº16522/09), cuja aprovação significou a permissão para a coleta dos dados no referido Núcleo de Saúde.

Etapa 1:

O setor de agendamento da Unidade Básica de Saúde Centro possibilitou a identificação das primigestas cuja gestação estava no início do terceiro trimestre e os dias em que estas tinham consulta marcada com o obstetra ou ecografista. Nessa

oportunidade eram convidadas a participar do projeto, e recebiam as informações pertinentes ao mesmo, sobre as atividades que seriam realizadas em cada uma das etapas. Era esclarecido sobre o sigilo das informações por elas fornecidas quando da apresentação dos dados em eventos e publicações da área, a ausência de qualquer ônus para a participação na pesquisa, assim como da manutenção dos demais serviços por ela usufruídos no SUS, em caso de desistência do projeto, o que poderia ocorrer em qualquer fase do mesmo. Redimidas todas as dúvidas e confirmado o aceite, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico para esta etapa (Apêndice 1).

As 98 participantes responderam aos instrumentos previstos na etapa 1: o IDATE; o ISSL e a Entrevista Inicial. Tais atividades ocorreram durante a espera para a consulta médica ou a realização da ultrassonografia. Ao final da aplicação estas foram informadas dos resultados dos instrumentos aplicados, IDATE e ISSL.

Para todas explicou-se a próxima etapa do presente projeto que ocorreria 45 dias após o nascimento do bebê e que a pesquisadora, de posse de telefones e endereços entraria em contato com as que concordaram em participar da Etapa 2.

Etapa 2

A partir da provável data de nascimento dos bebês das participantes, a pesquisadora ligava para saber sobre o evento para calcular o período do próximo agendamento que, de acordo com as normas do EPDS (SANTOS, 1995), deve ser aplicado após 45 dias do parto. Depois do período requerido pelo instrumento para avaliar a presença de sintomas de depressão pós-parto, o encontro foi agendado na residência de cada participante.

Nesta data, além da EPDS, foi reaplicado o IDATE e ISSL e aplicado o Questionário para captação dos dados referentes ao parto, nascimento e rotina de

cuidados com o bebê. Antes da aplicação dos instrumentos as participantes assinaram outro Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, referente especificamente à Etapa 2 (Apêndice 2).

Das 98 gestantes que participaram da primeira etapa da pesquisa, 64 (65%) participaram também da segunda. As demais (35%) não participaram desta segunda etapa por diversos motivos, tais como: falecimento do bebê após o nascimento; não aceitaram participar da segunda fase da pesquisa; detenção; mudança de cidade e/ou telefone.

4.4.2. Para análise dos dados

Os dados foram analisados usando o programa estatístico SPSS for Windows, versão 17.0, realizando-se análises estatísticas. Para as análises de diferenças (entre) grupos utilizou-se o *Teste t student independent* e para análises de diferença (dentre) grupos utilizou-se o *Teste t de student pareado*, adotando-se $p < 0.05$ como nível crítico e as análises de correlação foram: *r* Pearson (para correlacionar variáveis contínuas que atendem as condições para uma estatística paramétrica), o *p* Spearman (para correlacionar variáveis contínuas que não atendem as condições para uma estatística paramétrica) e o X^2 e *Teste F de Fisher* quando as condições do X^2 são violadas (para correlacionar variáveis categóricas), adotando-se $p < 0.05$ como nível crítico. O valor do Coeficiente de Correlação no teste X^2 é dado pelo *V* de Cramer, que é interpretado da mesma forma que o *r* de Pearson.

Tanto o teste *r* Pearson quanto o *p* Spearman permitem determinar a direção do relacionamento – se positivo, negativo ou zero. Se positivo, os valores altos em uma variável tendem a ser associados a valores altos na outra e o mesmo ocorre para os valores baixos; se negativo, os valores altos em uma variável são associados com valores baixos na outra e, se zero, indica que não existe relacionamento linear entre as

variáveis.

ENTREVISTA INICIAL

Os dados da Entrevista Inicial foram utilizados para além de caracterizar a amostra, também associá-los aos resultados obtidos por meio do ISSL e do IDATE no terceiro trimestre de gestação. As variáveis coletas pela Entrevista Inicial objetivaram obter dados sociodemográficos como: idade, estado civil, escolaridade, condição ativa, telefone; dados à respeito da saúde na gestação tais como: ameaça de aborto, abortamento anterior, saúde gestacional e dados à respeito das expectativas da gestante, como por exemplo, gravidez planejada, desejo pela gravidez, desejo do parceiro pela gravidez.

IDATE

A tabulação dos dados obtidos no IDATE foi feita a partir dos itens assinalados na folha de resposta do mesmo, de acordo com manual. A amplitude de escores possíveis para o IDATE varia de um mínimo de 20 à um máximo de 80 pontos, nas duas subescalas (A-traço e A-estado). Cada resposta das participantes foi avaliada em uma escala de até quatro pontos.

Utilizou-se, como indicativo de sintomas de Ansiedade Clínica o critério de corte de escore igual ou acima ao percentual 75, na tabela referente a população Brasileira apresentado no manual, este critério de corte para Ansiedade Clínica já foi utilizado em outros estudos (PADOVANI et al. 2004; PEROSA; SILVEIRA; CANAVEZ, 2008). As participantes que não atingiram escores acima do percentil 75 foram nomeadas de participantes com Ansiedade Controlada termo já utilizado por (BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006) e as que atingiram escores igual ou superior ao percentil 75, foram nomeadas de participantes com Alta Ansiedade.

ISSL

A tabulação dos dados foi realizada a partir das respostas das participantes que foram somadas por quadro: as respostas P (Psicológicos) e F (Físicos) separadamente, de modo que se tenham seis escores: três físicos e três psicológicos. Em seguida, somam-se os escores P + F por quadro, de modo que se tenham três escores um para cada quadro do inventário. Se qualquer dos subescores de P + F atingir o critério para o quadro pertinente, pode concluir-se que a pessoa tem *stress,* se, nas últimas 24 horas P1+F1 > 6; na última semana, P2+F2 > 3 e nos últimos 30 dias P3+F3> 8.

EPDS

A tabulação dos dados obtidos foi feita somando os valores atribuídos pelas participantes para cada item. O critério utilizado baseou-se nos resultados de Santos (1995) que indicam que a pontuação de 12 pontos ou acima aponta para distúrbio depressivo de intensidade variável, indicando que devem ser encaminhadas ao profissional de saúde mental. As pontuações "1", "2" ou "3" (especialmente as questões de nº 9 e 10) indicam que a mulher vem experimentando pensamentos suicidas. Estes casos necessitam maior rapidez no encaminhamento.

5. RESULTADOS

Os resultados serão aqui apresentados primeiramente em relação à Etapa 1 da pesquisa obtidos dos instrumentos aplicados nas 98 participantes no terceiro trimestre da gestação e, depois, apresentar-se-á os resultados da segunda etapa, referentes aos instrumentos aplicados após o nascimento do bebê. Os dados da Etapa 2 do projeto, coletado no pós-parto, se referem às 64 primigestas que participaram da pesquisa antes e após o nascimento do bebê.

5.1. Etapa 1

Os resultados a seguir se referem ao IDATE e ao ISSL relacionados também às variáveis obtidas na entrevista inicial que dizem respeito aos dados sociodemográficos, sobre a gestação e expectativas da gestante. Do IDATE analisar-se-á, os indicadores de ansiedade traço/estado, relacionamento entre ansiedade traço/estado, diferença entre ansiedade-estado entre primigestas adultas e adolescentes e relacionamento da ansiedade/estado com os dados da entrevista inicial. Do ISSL analisar-se-á, os indicadores de *stress*, as fases do *stress* e os sintomas prevalentes do mesmo, a diferença de sintomas apresentados por primigestas adultas e adolescentes e o relacionamento da sua manifestação com os dados da entrevista inicial. Resultados detalhados do IDATE, ISSL e da Entrevista inicial estão apresentados nos Apêndices 5,7 e 8.

A Tabela 2 indica o Traço e o Estado de Ansiedade das 98 participantes obtidos por meio do Inventário de Ansiedade Traço/Estado (IDATE). Observa-se que a maioria das participantes 68% apresentou traços de ansiedade controlada no seu cotidiano, apresentando uma média na pontuação do instrumento de 38.4 (DP = 5.6), e 32% apresentaram traços de alta ansiedade com uma pontuação média de 55.9 (DP = 4.9). Dados semelhantes foram encontrados em estado de ansiedade mostrando que grande

parte das gestantes 63% encontrava-se, no momento da entrevista, com ansiedade controlada apresentando pontuação média de 38.8 (DP = 5.5), enquanto que 37% que apresentaram alta ansiedade tiveram pontuação média de 55.8 (DP = 6.4).

Tabela 2. Indicadores de Ansiedade Traço/Estado no terceiro trimestre de gestação

	Ansiedade- Traço	**Ansiedade-Estado**
Ansiedade Controlada		
Freqüência Absoluta	67	62
Freqüência Relativa	68	63
Pontuação média	38.4	38.8
Desvio Padrão	5.6	5.5
Alta-Ansiedade		
Freqüência Absoluta	31	36
Freqüência Relativa	32	37
Pontuação média	55.9	55.8
Desvio Padrão	4.9	6.4

Realizou-se o teste de correlação *r de Pearson* para analisar o relacionamento entre as variáveis, e o teste indicou que existe relacionamento positivo entre a ansiedade-traço e ansiedade-estado $p < 0.001$, apontando para que quanto mais elevado o nível de ansiedade-traço, mais elevado é o nível de ansiedade-estado no terceiro trimestre de gestação.

Considerando a idade das participantes observa-se, na Tabela 3, que 43% das participantes da pesquisa são primigestas adolescentes e, que 71% delas apresentaram ansiedade controlada e 29% alta ansiedade. A idade média das adolescentes foi de 17 anos (DP = 4). Das participantes 57% são primigestas adultas, sendo que 57% delas apresentavam ansiedade controlada e 43% alta ansiedade. A idade média das adultas foi de 25 anos (DP = 5). A pontuação média das adolescentes obtida no IDATE foi de 44.3 pontos (DP = 8.2) e a pontuação média das adultas obtida no IDATE foi de 46 pontos (DP = 11).

Tabela 3. Indicadores de ansiedade-estado no terceiro trimestre entre primigestas adultas e adolescentes

	Adulta	Adolescente
Ansiedade Controlada		
Freqüência Absoluta	32	30
Freqüência Relativa	57	71
Alta-Ansiedade		
Freqüência Absoluta	24	12
Freqüência Relativa	43	29
Total	56	42
%	57	43
Pontuação média	46	44.3
Desvio Padrão	11	8.2

A análise estatística não apontou para diferença significativa entre a ansiedade-estado manifestada por primigestas adultas e adolescentes utilizando o *teste t independente* ($t = 1.45$; $p = 0.150$).

Observa-se, na Tabela 4 que das primigestas que manifestaram ansiedade controlada no terceiro trimestre de gestação 11% tinham ensino fundamental incompleto, 27% ensino fundamental completo, 45% ensino médio completo e 16% ensino superior. Já as que manifestaram alta ansiedade 11% tinham ensino fundamental incompleto, 19% ensino fundamental completo, 69% ensino médio completo, e nenhuma tinha ensino superior. Quanto ao estado civil das primigestas 73% das que manifestaram ansiedade controlada, moravam na mesma residência que o parceiro, 11% eram solteiras e 16% estavam namorando. Já das que manifestaram alta ansiedade, 61% estavam residindo na mesma casa que o parceiro, 22% estavam solteiras e 17% namorando. Em relação a condição ativa das participantes, 29% das que manifestaram ansiedade controlada estavam empregadas e 36% das que manifestaram alta ansiedade estavam empregadas. Ao aplicar o teste X^2 encontrou-se associação entre ansiedade-estado com as variáveis da entrevista inicial que dizem respeito à escolaridade. Observou-se que, quanto maior o nível de escolaridade, menor é o nível de ansiedade-estado ($v=.30$; $p<0.05$).

Quanto a ocorrências durante a gestação, o medo de abortamento estava presente entre as que manifestaram ansiedade controlada. Delas, 5% tiveram ameaça de aborto e 8% tiveram abortamento anterior a essa gestação. Já as primigestas que manifestaram alta ansiedade 19% tiveram ameaça de aborto e 17% tiveram abortamento anterior a essa gestação. Em relação ao planejamento da gravidez, das que manifestaram ansiedade controlada 56% planejaram a gravidez e das que manifestaram alta ansiedade 17% planejaram a gravidez. Sobre o desejo da gravidez, nota-se que, das que manifestaram ansiedade controlada, 87% desejaram a gravidez, 8% desejaram mais ou menos e 5% não desejaram. Já das que manifestaram alta ansiedade, 39% desejaram a gravidez, 28% desejaram mais ou menos e 33% não desejaram. Quanto ao desejo do parceiro pela gravidez, das que manifestaram ansiedade controlada, 87% dos parceiros desejaram a gravidez, 8% desejou mais ou menos e 5% o parceiro não desejou a gravidez. Já as que manifestaram alta ansiedade, 29% o parceiro desejou a gravidez, 5% desejou mais ou menos e 24% o parceiro não desejou a gravidez. O teste X^2 apontou para a associação entre ansiedade-estado com as variáveis da entrevista inicial que dizem respeito à ameaça de aborto, gravidez planejada, gravidez desejada pela gestante e gravidez desejada pelo parceiro. A ameaça de aborto no inicio da gestação, está relacionada com elevados níveis de ansiedade-estado no terceiro trimestre ($v=.23$; $p<0.05$). O planejamento da gravidez está relacionado com a manifestação de ansiedade-estado controlada no terceiro trimestre ($v=.39$; $p<0.001$). O não desejar a gravidez pela gestante ($v=.54$; $p<0.001$) assim como o não desejo do parceiro pela gravidez ($v=.46$; $p<0.001$) estão relacionados com a manifestação de elevados níveis de ansiedade no final da gestação.

Em relação a saúde da primigesta antes da gestação 95% das que manifestaram ansiedade controlada, responderam ter boa saúde antes de engravidar e 92% das que

manifestaram alta ansiedade, responderam ter boa saúde antes da gestação. Já em relação a saúde durante a gestação, das que manifestaram ansiedade controlada, 11% não apresentaram boa saúde na gestação e das que manifestaram alta ansiedade, 19% não manifestaram boa saúde na gestação. Não encontrou-se relação entre ansiedade-estado com as variáveis da entrevista inicial que dizem respeito à saúde da gestante.

Tabela 4. Associação das variáveis da entrevista inicial e manifestação de ansiedade-estado

Categoria	**Ansiedade Controlada N=62**		**Alta Ansiedade N=36**	
Escolaridade	**Freq**	**%**	**Freq**	**%**
Ens. Fund. Incompleto	7	11	4	11
Ens. Fund. Completo	17	27	7	19
Ens. Médio Completo	28	45	25	69
Superior Completo	10	16	0	0
Estado Civil				
União Estável	45	73	22	61
Solteira	7	11	8	22
Namorando	10	16	6	17
Condição Ativa				
Empregada	18	29	13	36
Desempregada	44	71	23	64
Ocorrência de abortamento				
Ameaça de Aborto	3	5	7	19
Abortamento Anterior	5	8	6	17
Planejamento da gravidez				
Sim	35	56	6	17
Não	27	44	29	81
Gravidez Desejada				
Sim	54	87	14	39
Mais ou menos	7	11	10	28
Não	1	2	12	33
Gravidez Desejada pelo parceiro				
Sim	54	87	18	29
Mais ou Menos	5	8	3	5
Não	3	5	15	24
Saúde antes da gestação				
Boa	59	95	33	92
Ruim	3	5	3	8
Saúde na gestação				
Boa	55	89	29	81
Ruim	7	11	7	19

A Tabela 5 mostra os indicadores de *stress* em primigestas no terceiro trimestre. Nota-se que 22% das participantes não manifestaram sintomas de *stress* e 78% manifestaram. Das que apresentaram sintomas de *stress*, nenhuma estava na Fase de

Alerta, 56% estavam na Fase de Resistência, 20% na Fase de Quase Exaustão e 2% na Fase de Exaustão.

Tabela 5. Indicadores de *stress* de primigestas no terceiro trimestre de gestação

Fase de *Stress*	**Freq**	**%**
Sem *stress*	22	22
Alerta	0	0
Resistência	55	56
Quase Exaustão	19	20
Exaustão	2	2
Total com Stress	76	78

A Tabela 6 indica os Sintomas de *Stress* apresentados pelas primigestas que foram classificadas com *stress*. Nota-se que 11% das participantes apresentaram sintomas de *Stress* Físico, 86% sintomas de *Stress* Psicológico e, 3% apresentaram tanto S*tress* Físico como Psicológico concomitantemente.

Tabela 6. Indicador de Sintomas de *Stress* de primigestas no terceiro trimestre

	Freq	**%**
Sintomas Físicos	8	11
Sintomas Psicológicos	66	86
Sint. Físicos e Psicológicos	2	3
Total	76	100

A Tabela 7 apresenta os indicadores de fases de *stress* entre primigestas adultas e adolescentes e a comparação das fases de *stress* entre estes grupos. Nota-se que 27% das primigestas adultas não manifestaram *stress* e, das que manifestaram, 68% estavam na Fase de Resistência, 29% na Fase de Quase Exaustão e 2% na de Exaustão. Das primigestas adolescentes, 17% não manifestaram *stress*, 77% estavam na Fase de Resistência, 20% na Fase de Quase Exaustão e 3% na Fase de Exaustão.

Tabela 7. Indicadores das fases *stress* de primigestas adultas e adolescentes

	Adultas 56		Adolescentes 42	
Fases de *stress*	**Freq**	**%**	**Freq**	**%**
Sem *stress*	15	27	7	17
Resistência	28	68	27	77
Quase Exaustão	12	29	7	20
Exaustão	1	2	1	3
Total com *stress*	41	73	35	83

A análise estatística, utilizando o *teste t independent,* indicou (t =763; p = .447) que não existe diferença estatística significativa entre as fases de *stress* manifestado por primigestas adultas e adolescentes.

Em relação aos sintomas de *stress* nota-se, na Tabela 8, que 10% das primigestas adultas apresentaram sintomas físicos de *stress*, 88% apresentaram sintomas psicológicos e 2% apresentaram sintomas físicos e psicológicos. Das adolescentes, 11% apresentaram sintomas físicos, 86% sintomas psicológicos e 3% físico e psicológico concomitantemente.

Tabela 8. Indicadores dos sintomas de *stress* de primigestas adultas e adolescentes

	Adultas 41		Adolescentes 35	
Sintomas de *stress*	**Freq**	**%**	**Freq**	**%**
Físicos	4	10	4	11
Psicológicos	36	88	30	86
Físico e Psicológicos	1	2	1	3

Ao realizar a análise estatística *teste t independent,* não foi encontrada diferença significativa (t=1.04; p = 0.30) entre os sintomas de *stress* manifestado por primigestas adultas e adolescentes.

Observa-se, na Tabela 9 que das primigestas que não manifestaram *stress* no terceiro trimestre de gestação 9% tinham ensino fundamental incompleto, 18% ensino fundamental completo, 50% ensino médio completo e 23% ensino superior. Já as que manifestaram *stress* 12% tinham ensino fundamental incompleto, 26% ensino fundamental completo, 55% ensino médio completo, e 7% tinha ensino superior.

Quanto ao estado civil das primigestas 64% das que não manifestaram *stress*, moravam na mesma residência que o parceiro, 27% eram solteiras e 9% estavam namorando. Já das que manifestaram *stress*, 70% estavam residiam na mesma casa que o parceiro, 12% estavam solteiras e 18% namorando. Em relação a condição ativa das participantes, 27% das que não manifestaram *stress* estavam empregadas e 33% das que manifestaram *stress* estavam empregadas.

Quanto a ocorrência de abortamento, nota-se que das que não manifestaram *stress* 5% tiveram ameaça de aborto e 9% tiveram abortamento anterior a essa gestação. Já as primigestas que manifestaram *stress* 12% tiveram ameaça de aborto e 12% tiveram abortamento anterior a essa gestação. Em relação ao planejamento da gravidez, das que não manifestaram *stress,* 45% não planejaram a gravidez e das que manifestaram *stress,* 62% não planejaram a gravidez. Sobre o desejo da gravidez, nota-se que, das que não manifestaram *stress,* 82% desejaram a gravidez, 18% desejaram mais ou menos e 8% não desejaram. Já das que manifestaram *stress,* 68% desejaram a gravidez, 17% desejaram mais ou menos e 17% não desejaram. Quanto ao desejo do parceiro pela gravidez, das que não manifestaram *stress* 91% dos parceiros desejaram a gravidez, 5% desejou mais ou menos e 5% o parceiro não desejou a gravidez. Já as que manifestaram *stress*, 68% o parceiro desejou a gravidez, 9% desejou mais ou menos e 22% o parceiro não desejou.

Em relação a saúde da primigesta antes da gestação, 95% das que não manifestaram *stress,* responderam ter boa saúde antes de engravidar e 93% das que manifestaram *stress,* responderam ter boa saúde antes da gestação. Já em relação a saúde durante a gestação, das que não manifestaram *stress,* 9% não apresentaram boa saúde na gestação e das que manifestaram *stress,* 16% não manifestaram boa saúde na gestação.

Tabela 9. Associação das variáveis da entrevista inicial e a manifestação de *stress* no terceiro trimestre de gestação

Categoria	**Sem *Stress* N = 22**		**Com *Stress* N= 76**	
Escolaridade	**Freq**	**%**	**Freq**	**%**
Ens. Fund. Incompleto	2	9	9	12
Ens. Fund. Completo	4	18	20	26
Ens. Médio Completo	11	50	42	55
Superior Completo	5	23	5	7
Estado Civil				
União Estável	14	64	53	70
Solteira	6	27	9	12
Namorando	2	9	14	18
Condição Ativa				
Empregada	6	27	25	33
Desempregada	16	73	51	67
Ocorrência de abortamento				
Ameaça de Aborto	1	5	9	12
Abortamento Anterior	2	9	9	12
Planejamento da gravidez				
Sim	12	55	29	38
Não	10	45	47	62
Gravidez Desejada				
Sim	18	82	50	66
Mais ou menos	4	18	13	17
Não	0	0	13	17
Gravidez Desejada pelo parceiro				
Sim	20	91	52	68
Mais ou Menos	1	5	7	9
Não	1	5	17	22
Saúde antes da gestação				
Boa	21	95	71	93
Ruim	1	5	5	7
Saúde na gestação				
Boa	20	91	64	84
Ruim	2	9	12	16

Ao aplicar o teste X^2 encontrou-se associação de *stress* com as variáveis da entrevista inicial apenas nas que dizem respeito à Estado Civil com a Fase de Resistência (v=.24; $p < 0.05$) e ter passado por Ameaça de Aborto com a Fase de Quase Exaustão (v =.35; $p < 0.05$).

A Tabela 10 indica a associação entre *o stress* manifestado no terceiro trimestre de gestação e ansiedade-estado. Observa-se que 32% das que manifestaram ansiedade controlada no terceiro trimestre, não manifestaram *stress* no final da gestação, 68% das que manifestaram ansiedade controlada, manifestaram *stress* no final da gestação. Já 6%

das que manifestaram alta-ansiedade estado, não manifestaram stress, e 94% das que manifestaram alta-ansiedade estado, manifestaram *stress*.

Tabela 10. Associação entre ansiedade-estado e *stress* no terceiro trimestre de gestação

	Ansiedade-estado Controlada		**Alta Ansiedade-estado**	
	Freq	**%**	**Freq**	**%**
Sem *stress*	20	32	2	6
Com *stress*	42	68	34	94
Total	62	100	36	100

O teste X^2 indicou que existe associação entre ansiedade-estado e a manifestação de *stress* no terceiro trimestre de gestação (X^2 = 9.32; v= 0.30; p = 0.002), significando que, quanto mais elevado o nível de ansiedade no final da gestação, maior probabilidade da gestante também manifestar *stress*.

5.2. Etapa 2

Nesta segunda etapa da pesquisa apresentaremos os dados obtidos no puerpério, dos instrumentos aplicados 45 dias após o nascimento do bebê.

Os resultados a seguir se referem ao IDATE, ao ISSL e EPDS. A partir dos resultados do IDATE analisar-se-á os indicadores de ansiedade-estado no puerpério, se há diferença entre ansiedade-estado entre puérperas adultas e adolescentes e se há diferença entre ansiedade-estado no terceiro trimestre de gestação e no puerpério. Relacionar-se-á, também, a ansiedade-estado no terceiro trimestre de gestação e no puerpério com os dados do Questionário sobre o parto, nascimento e rotina de cuidados com o bebê.

Dos resultados do ISSL analisar-se-á: os indicadores de *stress*, as fases e os sintomas prevalentes do mesmo no puerpério; a diferença da manifestação de *stress* apresentados por puérperas adultas e adolescentes e diferença de *stress* manifestado no terceiro trimestre de gestação e puerpério. Relacionar-se-á, ainda, a manifestação do

stress no terceiro trimestre de gestação e no puerpério com os dados do Questionário sobre o parto, nascimento e rotina de cuidados com o bebê. Enfim, correlacionar-se-á os resultados do *stress* e de ansiedade manifestados no puerpério.

Da EPDS analisar-se-á os indicadores de DPP (depressão pós-parto), a diferença da manifestação da DPP entre primigestas adultas e adolescentes e o relacionamento da sua manifestação com os dados do Questionário sobre o parto, nascimento e rotina de cuidados com o bebê. Correlacionar-se-á os resultados da EPDS com os resultados do IDATE e do ISSL obtidos no terceiro trimestre de gestação e no puerpério. Resultados detalhados do IDATE, ISSL, EPDS e do Questionário estão apresentados nos Apêndices 6, 9 e 10.

A Tabela 11 apresenta os indicadores de ansiedade-estado no puerpério. Nota-se que 73% das puérperas apresentaram ansiedade controlada, com pontuação média de 36 (DP = 6) e 27% das puérperas manifestaram alta ansiedade com uma pontuação média de 54 (DP = 5). A pontuação média de puérperas no IDATE/Estado foi de 41 pontos (DP = 10).

Tabela 11. Indicadores de Ansiedade no puerpério

	Ansiedade-Estado			
	Freqüência	**%**	**Pontuação Média**	**Desvio Padrão**
Ansiedade Controlada	47	73	36	6
Alta Ansiedade	17	27	54	5
Total	64	100	41	10

A Tabela 12 indica que 76% das puérperas adolescentes desta pesquisa se-encontravam com Ansiedade Controlada, e 24% foram classificadas no estado de alta-ansiedade estado. A pontuação média obtida no IDATE das adolescentes foi de 40 (DP = 8). Das adultas 72% apresentaram ansiedade controlada no puerpério e 28% alta ansiedade estado, com pontuação média de 42 pontos (DP = 11). A análise estatística

teste t independente, o resultado revelou que não existe diferença significativa entre a ansiedade manifestada por puérperas adolescentes e adultas (t = 50; p = 0.62).

Tabela 12. Indicadores de ansiedade-estado no puerpério entre primigestas adultas e adolescentes

	Adulta	**Adolescente**
Ansiedade Controlada		
Freqüência Absoluta	28	19
Freqüência Relativa	72	76
Alta-Ansiedade		
Freqüência Absoluta	11	6
Freqüência Relativa	28	24
Total	39	25
%	61	39
Pontuação média	42	40
Desvio Padrão	11	8

A Tabela 13 apresenta a associação entre ansiedade-estado no terceiro trimestre de gestação, e as variáveis do questionário referente ao parto, nascimento e rotina de cuidados com o bebê. Nota-se que 40% das participantes que manifestaram ansiedade-estado controlada no terceiro trimestre de gestação tiveram parto vaginal, 58% cesárea e 2% fórceps. Já as participantes que manifestaram alta-ansiedade estado no terceiro trimestre, 62% tiveram parto vaginal, 29% cesárea e 9% fórceps.

Das participantes que realizaram cesárea 24% das que manifestaram ansiedade controlada, a marcaram antecipadamente, e das que manifestaram alta-ansiedade estado, 17% a marcaram antecipadamente. Nota-se que das que manifestaram ansiedade controlada, 54% o tempo de trabalho de parto durou até seis horas, 23% de seis a 12 horas e 23% acima de 12 horas. Já as que manifestaram alta-ansiedade estado, 33% tiveram o tempo de duração do trabalho de parto de até seis horas, 29% de seis a 12 horas e 38% acima de 12 horas. Em relação a problemas durante o parto, das que manifestaram ansiedade estado controlada no terceiro trimestre de gestação, 14% tiveram alguma problema no parto e, das que manifestaram alta-ansiedade estado no final da gestação, 29% tiveram algum problema no parto. Quanto ao nascimento das

mulheres que apresentaram ansiedade-estado controlada, 14% tiveram parto prematuro e das que manifestaram alta-ansiedade estado, 14% tiveram parto prematuro.

Em relação as participantes que manifestaram ansiedade estado controlada no final da gestação, 5% precisaram ficar internadas além do tempo normal no hospital após o parto, e das que manifestaram alta ansiedade estado, 9% ficaram internadas. E em relação a internação do bebê, dos filhos de mulheres que manifestaram ansiedade estado controlada no terceiro trimestre de gestação, 9% precisaram ficar internados após o nascimento, e dos filhos das participantes que manifestaram alta ansiedade estado, 14% precisaram ficar internados após o nascimento. Quanto a necessidade do bebê precisar ficar na incubadora, 5% dos filhos das participantes que manifestaram ansiedade estado controlada precisaram ficar na incubadora e 5% dos filhos das participantes que manifestaram alta ansiedade estado, precisaram ir para incubadora. Observa-se que das participantes que apresentaram ansiedade estado controlada, 5% tiveram bebês com o peso inferior a 2.5Kg e das que manifestaram alta ansiedade estado, 9% tiveram bebês com o peso inferior a 2.5Kg.

Das participantes que manifestaram ansiedade estado controlada, 40% alimentavam o seu bebê no dia da entrevista apenas no seio, 42% no seio e na mamadeira e 19% apenas na mamadeira. Das que manifestaram alta-ansiedade estado, 33% alimentavam o seu bebê apenas no seio no dia da entrevista, 48% no seio e na mamadeira e 19% apenas na mamadeira.

Quanto aos sentimentos de segurança nos primeiros cuidados com o bebê, as participantes que manifestaram ansiedade estado controlada, 47% relataram sentimentos de inseguranças e das que manifestaram alta-ansiedade estado, 52% relataram sentimentos de insegurança nos primeiros cuidados. Em relação aos sentimentos quanto a tarefa de ser mãe, das que manifestaram ansiedade estado controlada, 72% consideram

essa uma tarefa positiva, 14% considera essa uma tarefa negativa e 14% consideram tanto uma tarefa positiva como negativa. Das que manifestaram alta ansiedade estado, 57% consideram uma tarefa positiva, 14% consideram uma tarefa negativa e 29% consideram uma tarefa tanto positiva quanto negativa.

Em relação a como as participantes consideram seu bebê na maior parte do tempo, das que manifestaram ansiedade controlada, 77% atribuíram características positivas ao seu bebê, tais como: alegre, saudável, calmo e tranqüilo, 2% atribuíram qualidades negativas para o bebê, tais como; chorão, bravo, doente e inquieto e 21% atribuíram qualidades tanto negativas quanto positivas para o bebê. Das participantes que manifestaram alta-ansiedade estado, 48% atribuíram características positivas para seu bebê, 24% características negativas e 29% atribuíram características tanto positivas como negativas. E, por fim, em relação a com quem o bebê fica a maior parte do tempo, das participantes que manifestaram ansiedade controlada no final da gestação, 91% responderam que o bebê fica com elas mesmas, e das que manifestaram alta ansiedade estado no final da gestação, 95% responderam que o bebê passa a maior parte do tempo com elas mesmas.

Tabela 13. Associação entre ansiedade-estado no terceiro trimestre de gestação e dados a respeito do parto, nascimento e rotina de cuidados com o bebê

Itens do Questionário	**Ansiedade Controlada N= 43**		**Alta Ansiedade N= 21**		**Total**
Parto	Freq	%	Freq	%	
Vaginal	17	40	13	62	30
Cesárea	25	58	6	29	31
Fóceps	1	2	2	9	3
Cesárea marcada					
Sim	6	24	1	17	7
Não	19	76	5	83	24
Duração do Trabalho de Parto					
Até 6 horas	23	54	7	33	30
De 6 a 12 horas	10	23	6	29	16
Acima de 12 horas	10	23	8	38	18
Problemas no parto					
Sim	6	14	6	29	12
Não	37	86	15	71	52

Tabela 13. Associação entre ansiedade-estado no terceiro trimestre de gestação e dados a respeito do parto, nascimento e rotina de cuidados com o bebê

Itens do Questionário	**Ansiedade Controlada N= 43**		**Alta Ansiedade N= 21**		**Total**
	Freq	%	Freq	%	
Nascimento					
A termo	37	86	18	86	55
Prematuro	6	14	3	14	9
Internação da mãe					
Sim	2	5	2	9	4
Não	41	95	19	90	60
Internação do bebê					
Sim	4	9	3	14	7
Não	39	91	18	86	57
Bebê precisou ficar na incubadora?					
Sim	2	5	1	5	3
Não	41	95	20	95	61
Peso do bebê no nascimento					
Acima de 2.5Kg	41	95	19	90	60
Abaixo de 2.5kg	2	5	2	9	4
Alimentação do bebê					
Seio	17	40	7	33	24
Seio e mamadeira	18	42	10	48	28
Mamadeira	8	19	4	19	12
Sentimento de segurança nos primeiros cuidados					
Segurança	23	54	10	48	33
Insegurança	20	47	11	52	31
Considera a tarefa de ser mãe					
Positiva	31	72	12	57	43
Negativa	6	14	3	14	9
Positiva e Negativa	6	14	6	29	12
Considera o bebê na maior parte do tempo					
Qualidades positivas	33	77	10	48	43
Qualidades negativas	1	2	5	24	6
Qualidades positivas e negativas	9	21	6	29	15
Com quem o bebê fica a maior parte do tempo					
Com a Mãe	39	91	20	95	59
Outra pessoa	4	9	1	5	5

A análise de correlação do *teste* X^2 entre a ansiedade-estado no terceiro trimestre de gestação e informações sobre parto, nascimento e rotina de cuidados com o bebê, indicou que apenas a variável "*Como a mãe considera o bebê na maior parte do tempo*" apresentou associação ($v=.38$; $p < 0.05$), a alta ansiedade está associada a atribuição de características negativas das mães aos bebês como: chorão, inquieto, doente, triste ou bravo.

A Tabela 14 apresenta a associação entre ansiedade-estado no puerpério e as variáveis do questionário referente ao parto, nascimento e rotina de cuidados com o bebê. Nota-se que 34% das participantes que manifestaram ansiedade-estado controlada no puerpério tiveram parto vaginal, 60% cesárea e 6% fórceps. Já as participantes que manifestaram alta-ansiedade estado no puerpério, 82% tiveram parto vaginal, 18% cesárea e nenhum nascimento fórceps.

Das participantes que realizaram cesárea, 25% das que manifestaram ansiedade estado controlada, a marcaram antecipadamente, e das que manifestaram alta ansiedade estado, nenhuma a marcou antecipadamente. Nota-se que, das que manifestaram ansiedade estado controlada, 49% o tempo de trabalho de parto durou até seis horas, 23% de seis a 12 horas e 28% acima de 12 horas. Já as que manifestaram alta-ansiedade estado, 41% tiveram o tempo de duração do trabalho de parto de até seis horas, 29% de seis a 12 horas e 29% acima de 12 horas. Em relação a problemas durante o parto, das que manifestaram ansiedade estado controlada no puerpério, 21% tiveram alguma problema no parto e das que manifestaram alta ansiedade estado, 12% tiveram algum problema no parto.

Das participantes que manifestaram ansiedade controlada no puerpério, 98% ficaram em alojamento conjunto, ou seja, ficaram no mesmo quarto que o bebê, e das que manifestaram alta ansiedade estado, 71% ficaram no mesmo quarto que o bebê no hospital. Das que ficaram no mesmo quarto em que o bebê e manifestaram ansiedade estado controlada, 9% ficaram no mesmo quarto por até 12 horas e 91% acima de 12 horas no mesmo quarto em que o bebê, e as que manifestaram alta ansiedade estado, 35% ficaram no mesmo quarto em que o bebê por até três horas, e 65% por mais de 12 horas no mesmo quarto em que o bebê.

Quanto ao nascimento dos filhos das participantes que apresentaram ansiedade estado controlada, 13% tiveram parto prematuro e das que manifestaram alta ansiedade estado, 18% tiveram parto prematuro.

Em relação as participantes que manifestaram ansiedade estado controlada no puerpério, 9% precisaram ficar internadas além do tempo normal no hospital após o parto e, das que manifestaram alta ansiedade estado, nenhuma precisou ficar internada. Sobre a internação do bebê, dos filhos de mulheres que manifestaram ansiedade estado controlada no puerpério, 9% precisaram ficar internados após o nascimento e, dos filhos das participantes que manifestaram alta ansiedade estado, 18% precisaram ficar internados após o nascimento. Quanto a necessidade de o bebê precisar ficar na incubadora, 4% dos filhos das participantes que manifestaram ansiedade controlada precisaram ficar na incubadora e 6% dos filhos das participantes que manifestaram alta ansiedade estado, precisaram ir para incubadora. Observa-se que das participantes que apresentaram ansiedade estado controlada, 6% tiveram bebês com o peso inferior a 2.5Kg e das que manifestaram alta ansiedade estado, 6% tiveram bebês com o peso inferior a 2.5Kg.

Das participantes que manifestaram ansiedade estado controlada, 45% alimentavam o seu bebê no dia da entrevista apenas no seio, 40% no seio e na mamadeira e 15% apenas na mamadeira. Das que manifestaram alta ansiedade estado, 18% alimentavam o seu bebê apenas no seio no dia da entrevista, 53% no seio e na mamadeira e 29% apenas na mamadeira.

Quanto aos sentimentos de segurança nos primeiros cuidados com o bebê, as participantes que manifestaram ansiedade estado controlada, 45% relataram sentimentos de inseguranças e das que manifestaram alta ansiedade estado, 59% relataram sentimentos de insegurança nos primeiros cuidados. Em relação aos sentimentos quanto

a tarefa de ser mãe, das que manifestaram ansiedade estado controlada, 68% consideram essa uma tarefa positiva, 17% considera essa uma tarefa negativa e 15% consideram tanto uma tarefa positiva como negativa. Das que manifestaram alta ansiedade estado, 65% consideram uma tarefa positiva, 6% consideram uma tarefa negativa e 29% consideram uma tarefa tanto positiva quanto negativa.

Em relação a como as participantes consideram seu bebê a maior parte do tempo, das que manifestaram ansiedade estado controlada, 68% atribuíram características positivas ao seu bebê, tais como: alegre, saudável, calmo, tranqüilo, 6% atribuíram qualidades negativas para o bebê, tais como; chorão, bravo, doente e 26% atribuíram qualidades tanto negativas quanto positivas para o bebê. As participantes que manifestaram alta ansiedade estado, 65% atribuíram características positivas para seu bebê, 18% características negativas e 18% atribuíram características tanto positivas como negativas.

Quanto ao receber ajuda nos cuidados com a casa, as participantes que manifestaram ansiedade estado controlada, 81% receberam ajuda nos cuidados com a casa, sendo que 58% receberam ajuda de apenas uma pessoa e 42% receberam ajuda de mais do que uma pessoa. Das que manifestaram alta ansiedade estado, 47% receberam ajuda nos cuidados com a casa, sendo que 87% receberam ajuda de uma pessoa e 13% ajuda de mais do que uma pessoa.

Tabela 14. Associação entre ansiedade-estado no puerpério e dados a respeito do parto, nascimento e cuidados com o bebê.

Itens do Questionário	**Ansiedade Controlada N= 47**		**Alta Ansiedade N= 17**		**Total**
Parto	Freq	%	Freq	%	
Vaginal	16	34	14	82	30
Cesárea	28	60	3	18	31
Fóceps	3	6	0	0	3
Cesárea marcada					
Sim	7	25	0	0	7
Não	21	75	3	100	24
Duração do Trabalho de Parto					
Até 6 horas	23	49	7	41	30
De 6 a 12 horas	11	23	5	29	1
Acima de 12 horas	13	28	5	29	18
Problemas no parto					
Sim	10	21	2	12	12
Não	37	79	15	88	52
Bebê ficou no mesmo quarto que a mãe					
Sim	46	98	12	71	58
Não	1	2	5	29	6
Quanto tempo mãe/bebê ficou no mesmo quarto					
Até 3 horas	0	0	6	35	6
Até 12 horas	4	9	0	0	4
Acima de 12 horas	43	91	11	65	54
Nascimento					
A termo	41	87	14	82	55
Prematuro	6	13	3	18	9
Internação da mãe					
Sim	4	9	0	0	4
Não	43	91	17	100	60
Internação do bebê					
Sim	4	9	3	18	7
Não	43	91	14	82	57
Bebê precisou ficar na incubadora?					
Sim	2	4	1	6	3
Não	45	69	16	94	61
Peso do bebê no nascimento					
Acima de 2.5Kg	44	94	16	94	60
Abaixo de 2.5kg	3	6	1	6	4
Alimentação do bebê					
Seio	21	45	3	18	24
Seio e mamadeira	19	40	9	53	28
Mamadeira	7	15	5	29	12
Sentimento de segurança nos primeiros cuidados					
Segurança	26	55	7	41	33
Insegurança	21	45	10	59	31
Considera a tarefa de ser mãe					
Positiva	32	68	11	65	53
Negativa	8	17	1	6	9
Positiva e Negativa	7	15	5	29	12
Considera o bebê na maior parte do tempo					
Qualidades positivas	32	68	11	65	43
Qualidades negativas	3	6	3	18	6
Qualidades positivas e negativas	12	26	3	18	15

Tabela 14. Associação entre ansiedade-estado no puerpério e dados a respeito do parto, nascimento e cuidados com o bebê

Itens do Questionário	Ansiedade Controlada N= 47		Alta Ansiedade N= 17		Total
	Freq	%	Freq	%	
Recebeu ajuda nos cuidados com a casa					
Sim	38	81	8	47	46
Não	9	19	9	53	18
Se sim, de quantas pessoas recebeu ajuda					
Uma pessoa	22	58	7	87	29
Mais do que uma pessoa	16	42	1	13	17
Recebeu ajuda nos primeiros cuidados com o bebê					
Sim	41	87	11	65	52
Não	6	13	6	35	12
Se sim, de quantas pessoas recebeu ajuda					
Uma pessoa	20	49	7	64	27
Mais do que uma pessoa	21	51	4	36	25
Com quem o bebê fica a maior parte do tempo					
Com a Mãe	42	89	17	100	59
Outra pessoa	5	11	0	0	5

Em relação ao receber ajuda nos primeiros cuidados com o bebê, das que manifestaram ansiedade estado controlada no puerpério, 87% receberam ajuda, sendo que 49% receberam ajuda de uma pessoa e 51% receberam ajuda de mais do que uma pessoa, e das que manifestaram alta ansiedade estado, 65% receberam ajuda, sendo que 64% receberam ajuda de apenas uma pessoa e 36% receberam ajuda de mais do que uma pessoa. E, por fim, em relação a com quem o bebê fica a maior parte do tempo, das participantes que manifestaram ansiedade estado controlada no puerpério, 89% responderam que o bebê ficam com elas mesmas a maior parte do tempo, e das que manifestaram alta ansiedade estado, 100% responderam que o bebê passa a maior parte do tempo com elas mesmas.

A análise estatística X^2 indicou que existe relação entre a ansiedade estado controlada no puerpério e o ter realizado a cirurgia cesariana (v=.43; $p < 0.05$); alta ansiedade no puerpério e o não ter ficado no mesmo quarto que o bebê após o nascimento (v=.41; $p < 0.05$); alta ansiedade no puerpério e o ter ficado no máximo por três horas no mesmo quarto que o bebê no hospital (v=.48; $p < 0.05$) e, ansiedade

controlada no puerpério e o ter recebido ajuda nos cuidados com as tarefas domésticas (v=.33; $p < 0.05$).

Comparando o desempenho das participantes no IDATE nos dois momentos, antes e depois do parto, observa-se, na Tabela 15, que 67% apresentaram ansiedade controlada no terceiro trimestre de gestação, obtendo pontuação média de 37 pontos (DP = 5) e 33% apresentaram alta ansiedade, obtendo pontuação média de 54 (DP = 6). A pontuação média do conjunto das participantes, no terceiro trimestre de gestação, no IDATE foi de 44 pontos (DP = 11).

Tabela 15. Indicadores de Ansiedade-estado antes e após o parto.

Ansiedade-estado	**Freqüência**	**Porcentagem**	**Pontuação média**	**Desvio Padrão**	**Pontuação Média A-estado**
Gestação					
Ansiedade Controlada	43	67	37	5	$\overline{X} = 44$ DP = 11
Alta Ansiedade	21	33	54	6	
Puerpério					
Ansiedade Controlada	47	73	36	6	$\overline{X} = 41$ DP = 10
Alta Ansiedade	17	27	54	6	

Na segunda aplicação do IDATE, no puerpério, das participantes, 73% apresentaram ansiedade estado controlada, com pontuação média no IDATE de 36 (DP = 6) e, 27% manifestaram alta ansiedade estado com pontuação média de 54 (DP = 6). A pontuação média geral das participantes no puerpério foi de 41 pontos (DP = 10). A análise estatística (*teste t pareado)* indicou que existe diferença significativa entre a ansiedade manifestada por mulheres no terceiro trimestre de gestação e no puerpério (t = 2.36; p =0.021), apontando para maior ansiedade no último trimestre da gestação do que no puerpério.

Os dados a seguir se referem aos obtidos da aplicação do ISSL. A Tabela 16 apresenta os indicadores de *Stress* no puerpério. Observa-se que 37,5% não apresentaram *stress* e, das que apresentaram, 80% estavam na Fase de Resistência.

Tabela 16. Indicadores de *stress* no puerpério

Fase de *Stress*	**Freq**	**%**
Sem *stress*	24	37,5
Com *stress*	40	62.5
Alerta	0	0
Resistência	32	80
Quase Exaustão	8	20
Exaustão	0	0
Total	64	100

A Tabela 17 indica que, das que manifestaram sintomas de *stress*, 10% manifestaram sintomas físicos, 83% sintomas psicológicos e 7% manifestaram sintomas físicos e psicológicos.

Tabela 17. Indicadores de sintomas de *stress* no puerpério

	Freq.	**%**
Sintomas Físicos	4	10
Sintomas Psicológicos	33	83
Sintomas Físicos e psicológicos	3	7
Total	40	100

Observa-se, na Tabela 18, que 54% das puérperas adultas manifestaram *stress* no pós-parto e, delas, 81% estavam na Fase de Resistência e 19% na Fase de Quase Exaustão. Das adolescentes, 76% manifestaram *stress* no puerpério e, delas, 79% estavam na Fase de Resistência e 21% na Fase de Quase Exaustão.

Tabela 18. Indicadores de *stress* em puérperas adultas e adolescentes

Fases de *stress*	**Adultas**		**Adolescentes**	
	Freq	**%**	**Freq**	**%**
Sem *stress*	18	46	6	24
Com *stress*	21	54	19	76
Total geral	39	100	25	100
Resistência	17	81	15	79
Quase Exaustão	4	19	4	21
Exaustão	0	0	0	0

O *teste t independente* indicou que não existe diferença estatisticamente significativa (t = 1.77; p = 0.08) entre o *stress* manifestado por puérperas adultas e adolescentes, entretanto, nota-se que existe uma tendência, já que o valor de p foi próximo à 0.05.

Observa-se, na Tabela 19, que 5% das puérperas adultas que manifestaram *stress* apresentaram sintomas físicos, 86% manifestaram sintomas psicológicos e 9% manifestaram sintomas físicos e psicológicos. Das adolescentes que manifestaram *stress* no puerpério, 16% manifestaram sintomas de *stress* físico, 79% sintomas de *stress* psicológico e 5% manifestaram sintomas de *stress* físico e psicológico.

Tabela 19. Indicadores dos sintomas de *stress* de puérperas adultas e adolescentes

	Adultas N=21		**Adolescentes N=19**	
Fases de *stress*	**Freq**	**%**	**Freq**	**%**
Físicos	1	5	3	16
Psicológico	18	86	15	79
Físico e psicológico	2	9	1	5

O *teste t independente* indicou que não existe diferença estatisticamente significativa (t = 1.30; p = 0.20) entre os sintomas de *stress* manifestado por puérperas adolescentes e adultas.

A Tabela 20 apresenta a associação entre *stress* no terceiro trimestre de gestação e as variáveis do questionário referente ao parto, nascimento e rotina de cuidados com o

bebê. Nota-se que 25% das participantes que não manifestaram *stress* no terceiro trimestre de gestação, tiveram parto vaginal, 69% cesárea e 6% fórceps. Já as participantes que manifestaram *stress* no terceiro trimestre 54% tiveram parto vaginal, 42% cesárea e 4% fórceps. Das participantes que realizaram cesárea, 18% das que não manifestaram *stress,* a marcaram antecipadamente e das que manifestaram *stress,* 25% a marcaram antecipadamente. Nota-se que das que não manifestaram *stress,* 69% o tempo de trabalho de parto durou até seis horas, 19% de seis a 12 horas e 12% acima de 12 horas. Já as que manifestaram *stress,* 40% tiveram o tempo de duração do trabalho de parto de até seis horas, 27% de seis a 12 horas e 33% acima de 12 horas. Em relação a problemas durante o parto das que não manifestaram *stress* no terceiro trimestre de gestação, 13% tiveram alguma problema no parto e das que manifestaram *stress* no final da gestação, 21% tiveram algum problema no parto.

Quanto ao nascimento, das participantes que não apresentaram *stress,* 6% tiveram parto prematuro e das que manifestaram *stress,* 17% tiveram parto prematuro.

Em relação as participantes que não manifestaram *stress* no final da gestação, 6% precisaram ficar internadas além do tempo normal no hospital após o parto, e das que manifestaram *stress,* 6% ficaram internadas. Sobre a internação do bebê, dos filhos de mulheres que não manifestaram *stress* no terceiro trimestre de gestação, 13% precisaram ficar internados após o nascimento, e dos filhos das participantes que manifestaram *stress,* 10% precisaram ficar internados após o nascimento. Quanto a necessidade de o bebê precisar ficar na incubadora, 6% dos filhos das participantes que não manifestaram *stress* precisaram ficar na incubadora e 4% dos filhos das participantes que manifestaram *stress,* precisaram ficar para incubadora. Observa-se que das participantes que não apresentaram *stress,* 6% tiveram bebês com o peso inferior a 2.5Kg e das que manifestaram *stress,* 6% tiveram bebês com o peso inferior a 2.5Kg.

Das participantes que não manifestaram *stress,* 50% alimentavam o seu bebê no dia da entrevista apenas no seio, 31% no seio e na mamadeira e 19% apenas na mamadeira. Das que manifestaram *stress,* 33% alimentavam o seu bebê apenas no seio no dia da entrevista, 48% no seio e na mamadeira e 19% apenas na mamadeira.

Quanto aos sentimentos de segurança nos primeiros cuidados com o bebê, as participantes que não manifestaram *stress,* 38% relataram sentimentos de inseguranças e das que manifestaram *stress,* 52% relataram sentimentos de insegurança nos primeiros cuidados. Em relação os sentimentos quanto à tarefa de ser mãe, das que não manifestaram *stress,* 62% consideram essa uma tarefa positiva, 19% considera essa uma tarefa negativa e 19% consideram tanto uma tarefa positiva como negativa. Das que manifestaram *stress,* 69% consideram uma tarefa positiva, 12% consideram uma tarefa negativa e 19% consideram uma tarefa tanto positiva quanto negativa.

Em relação a como as participantes consideram seu bebê a maior parte do tempo, das que não manifestaram *stress,* 87% atribuíram características positivas ao seu bebê, tais como: alegre, saudável, calmo, tranqüilo, nenhuma atribuiu qualidades negativas para o bebê, tais como; chorão, bravo, doente e 13% atribuíram qualidades tanto negativas quanto positivas para o bebê. As participantes que manifestaram *stress,* 60% atribuíram características positivas para seu bebê, 13% características negativas e 27% atribuíram características tanto positivas como negativas. E, por fim, em relação a com quem o bebê fica a maior parte do tempo, das participantes que não manifestaram *stress* no final da gestação, 88% responderam que o bebê fica com elas mesmas, e das que manifestaram *stress* no final da gestação, 94% responderam que o bebê passa a maior parte do tempo com elas mesmas.

Tabela 20. Associação entre *stress* no terceiro trimestre de gestação e dados a respeito do parto, nascimento e cuidados com o bebê

Itens do Questionário	**Sem Stress N= 16**		**Com Stress N = 48**		**Total**
Parto	Freq	%	Freq	%	
Vaginal	4	25	26	54	30
Cesárea	11	69	20	42	31
Fóceps	1	6	2	4	3
Cesárea marcada					
Sim	2	18	5	25	7
Não	9	82	15	75	24
Duração do Trabalho de Parto					
Até 6 horas	11	69	19	40	30
De 6 a 12 horas	3	19	13	27	16
Acima de 12 horas	2	12	16	33	18
Problemas no parto					
Sim	2	13	10	21	12
Não	14	87	38	79	52
Nascimento					
A termo	15	94	40	83	55
Prematuro	1	6	8	17	9
Internação da mãe					
Sim	1	6	3	6	4
Não	15	94	45	94	60
Internação do bebê					
Sim	2	13	5	10	7
Não	14	88	43	90	57
Bebê precisou ficar na incubadora?					
Sim	1	6	2	4	3
Não	15	94	46	96	61
Peso do bebê no nascimento					
Acima de 2.5Kg	15	94	45	94	60
Abaixo de 2.5kg	1	6	3	6	4
Alimentação do bebê					
Seio	8	50	16	33	24
Seio e mamadeira	5	31	23	48	28
Mamadeira	3	19	9	19	12
Sentimento de segurança nos primeiros cuidados					
Segurança	10	62	23	48	33
Insegurança	6	38	25	52	31
Considera a tarefa de ser mãe					
Positiva	10	62	33	69	43
Negativa	3	19	6	12	9
Positiva e Negativa	3	19	9	19	12
Considera o bebê na maior parte do tempo					
Qualidades positivas	14	87	29	60	43
Qualidades negativas	0	0	6	13	6
Qualidades positivas e negativas	2	13	13	27	15
Com quem o bebê fica a maior parte do tempo					
Com a Mãe	14	88	45	94	59
Outra pessoa	2	12	3	6	5

Uma análise de correlação foi feita entre o *stress* manifestado no terceiro trimestre de gestação e o Questionário sobre parto, nascimento e rotina de cuidados com o bebê, utilizando o *teste* X^2. O resultado do teste indicou que não existe associação entre o ter manifestado ou não *stress* no final da gestação com os dados coletados no Questionário sobre parto, nascimento e rotina de cuidados com o bebê.

A Tabela 21 apresenta a associação entre *stress* no puerpério e as variáveis do questionário referente ao parto, nascimento e rotina de cuidados com o bebê. Nota-se que 38% das participantes que não manifestaram *stress* no puerpério tiveram parto vaginal, 58% cesárea e 4% fórceps. Já as participantes que manifestaram *stress* no puerpério, 53% tiveram parto vaginal, 42% cesárea e para 5% o nascimento foi a fórceps. Das participantes que realizaram cesárea, 21% das que não manifestaram *stress,* a marcaram antecipadamente, e das que manifestaram *stress,* 24% a marcou antecipadamente. Nota-se que das que não manifestaram *stress,* 54% o tempo de trabalho de parto durou até seis horas, 29% de seis a 12 horas e 17% acima de 12 horas. Já as que manifestaram *stress,* 42% tiveram o tempo de duração do trabalho de parto de até seis horas, 23% de seis a 12 horas e 35% acima de 12 horas. Em relação a problemas durante o parto das que não manifestaram *stress* no puerpério, 17% tiveram alguma problema no parto e das que manifestaram *stress,* 20% tiveram algum problema no parto.

Das participantes que não manifestaram *stress* no puerpério, 100% ficaram em alojamento conjunto, ou seja, ficaram no mesmo quarto que o bebê, e das que manifestaram *stress,* 85% ficaram no mesmo quarto em que o bebê no hospital. Das que ficaram no mesmo quarto em que o bebê e não manifestaram *stress,* 8% ficaram no mesmo quarto por até 12 horas, e 92% acima de 12 horas no mesmo quarto em que o bebê, e as que manifestaram *stress,* 15% ficaram no mesmo quarto em que o bebê por

até três horas, 5% por até 12 horas e 80% por mais de 12 horas no mesmo quarto em que o bebê. Quanto ao nascimento dos filhos das participantes que não apresentaram *stress,* 4% tiveram parto prematuro e das que manifestaram *stress,* 20% tiveram parto prematuro.

Em relação as participantes que não manifestaram *stress* no puerpério, nenhuma participante, precisou ficar internadas além do tempo normal no hospital após o parto, e das que manifestaram *stress,* 10% precisaram ficar internada. E em relação a internação do bebê, dos filhos de mulheres que não manifestaram *stress* no puerpério, 4% precisaram ficar internados após o nascimento, e dos filhos das participantes que manifestaram *stress,* 15% precisaram ficar internados após o nascimento. Quanto a necessidade de o bebê precisar ficar na incubadora, nenhum dos filhos das participantes que não manifestaram *stress,* precisaram ficar na incubadora e 8% dos filhos das participantes que manifestaram *stress,* precisaram ir para incubadora. Observa-se que das participantes que não apresentaram *stress,* 4% tiveram bebês com o peso inferior a 2.5Kg e das que manifestaram *stres,s* 8% tiveram bebês com o peso inferior a 2.5Kg.

Das participantes que não manifestaram *stress,* 42% alimentavam o seu bebê no dia da entrevista apenas no seio, 42% no seio e na mamadeira e 16% apenas na mamadeira. Das que manifestaram *stress,* 35% alimentavam o seu bebê apenas no seio no dia da entrevista, 45% no seio e na mamadeira e 20% apenas na mamadeira.

Quanto aos sentimentos de segurança nos primeiros cuidados com o bebê, as participantes que não manifestaram *stress,* 38% relataram sentimentos de inseguranças e das que manifestaram *stress,* 55% relataram sentimentos de insegurança nos primeiros cuidados. Em relação aos sentimentos quanto a tarefa de ser mãe, das que não manifestaram *stress,* 66% consideram essa uma tarefa positiva, 17% consideram essa uma tarefa negativa e 17% consideram tanto uma tarefa positiva como negativa. Das

que manifestaram *stress,* 67% consideram uma tarefa positiva, 13% consideram uma tarefa negativa e 20% consideram uma tarefa tanto positiva quanto negativa.

Os relatos sobre como as participantes consideravam seu bebê a maior parte do tempo, das que não manifestaram *stress,* 75% atribuíram características positivas ao seu bebê, tais como: alegre, saudável, calmo, tranqüilo, 4% atribuíram qualidades negativas para o bebê, tais como; chorão, bravo, doente e 21% atribuíram qualidades tanto negativas quanto positivas para o bebê. As participantes que manifestaram *stress,* 62% atribuíram características positivas para seu bebê, 13% características negativas e 25% atribuíram características tanto positivas como negativas.

Quanto ao receber ajuda nos cuidados com a casa, as participantes que não manifestaram *stress,* 83% receberam ajuda nos cuidados com a casa, sendo que 45 % receberam ajuda de apenas uma pessoa e 55% receberam ajuda de mais do que uma pessoa. Das que manifestaram *stress,* 65% receberam ajuda nos cuidados com a casa, sendo que 77% receberam ajuda de uma pessoa e 23% mais do que uma pessoa. Em relação ao receber ajuda nos primeiros cuidados com o bebê, das que não manifestaram *stress* no puerpério, 83% receberam ajuda, sendo, que, 50% receberam ajuda de uma pessoa e 50% receberam ajuda de mais do que uma pessoa, e das que manifestaram *stress,* 80% receberam ajuda, sendo, que, 53% receberam ajuda de apenas uma pessoa e 47% receberam ajuda de mais do que uma pessoa. Finalmente, em relação a com quem o bebê fica a maior parte do tempo, das participantes que não manifestaram *stress* no puerpério, 87% responderam que o bebê fica com elas mesmas e das que manifestaram *stress,* 95% responderam que o bebê passa a maior parte do tempo com elas mesmas.

Tabela 21. Associação entre *stress* no puerpério e dados a respeito do parto, nascimento e cuidados com o bebê

Itens do Questionário	**Sem Stress N= 24**		**Com Stress N= 40**		**Total**
Parto	Freq	%	Freq	%	
Vaginal	9	38	21	53	30
Cesárea	14	58	17	42	31
Fóceps	1	4	2	5	3
Cesárea marcada					
Sim	3	21	4	24	7
Não	11	79	13	76	24
Duração do Trabalho de Parto					
Até 6 horas	13	54	17	42	30
De 6 a 12 horas	7	29	9	23	16
Acima de 12 horas	4	17	14	35	18
Problemas no parto					
Sim	4	17	8	20	12
Não	20	83	32	80	52
Bebê ficou no mesmo quarto que a mãe					
Sim	24	100	34	85	58
Não	0	0	6	15	6
Quanto tempo mãe/bebê ficou no mesmo quarto					
Até 3 horas	0	0	6	15	6
Até 12 horas	2	8	2	5	4
Acima de 12 horas	22	92	32	80	54
Nascimento					
A termo	23	96	32	80	55
Prematuro	1	4	8	20	9
Internação da mãe					
Sim	0	0	4	10	4
Não	24	100	36	90	60
Internação do bebê					
Sim	1	4	6	15	7
Não	23	96	34	85	57
Bebê precisou ficar na incubadora?					
Sim	0	0	3	8	3
Não	24	100	37	92	61
Peso do bebê no nascimento					
Acima de 2.5Kg	23	96	37	92	60
Abaixo de 2.5kg	1	4	3	8	4
Alimentação do bebê					
Seio	10	42	14	35	24
Seio e mamadeira	10	42	18	45	28
Mamadeira	4	16	8	20	12
Sentimento de segurança nos primeiros cuidados					
Segurança	15	62	18	45	33
Insegurança	9	38	22	55	31
Considera a tarefa de ser mãe					
Positiva	16	66	27	67	43
Negativa	4	17	5	13	9
Positiva e Negativa	4	17	8	20	12
Considera o bebê na maior parte do tempo					
Qualidades positivas	18	75	25	62	43
Qualidades negativas	1	4	5	13	6
Qualidades positivas e negativas	5	21	10	25	15

Tabela 21. Associação entre *stress* no puerpério e dados a respeito do parto, nascimento e cuidados com o bebê

Itens do Questionário	Sem Stress N= 24		Com Stress N= 40		Total
	Freq	%	Freq	%	
Recebeu ajuda nos cuidados com a casa					
Sim	20	83	26	65	46
Não	4	17	14	35	18
Se sim, de quantas pessoas recebeu ajuda					
Uma pessoa	9	45	20	77	29
Mais do que uma pessoa	11	55	6	23	17
Recebeu ajuda nos primeiros cuidados com o bebê					
Sim	20	83	32	80	52
Não	4	17	8	20	12
Se sim, de quantas pessoas recebeu ajuda					
Uma pessoa	10	50	17	53	27
Mais do que uma pessoa	10	50	15	47	25
Com quem o bebê fica a maior parte do tempo					
Com a Mãe	21	87	38	95	59
Outra pessoa	3	13	2	5	5

Ao associar os dados das fases de *stress* coletados no puerpério e aspectos do questionário, por meio da análise estatística do X^2, os resultados indicaram que, existe relacionamento estatístico entre: o *stress* na Fase de Resistência e o não ter apresentado problemas no parto ($v = .31$; $p < 0.05$); o *stress* na Fase de Resistência e o nascimento prematuro ($v = .30$; $p < 0.05$) e, ainda, o *stress* na Fase de Quase Exaustão e a necessidade de o bebê ter ficado na incubadora após o nascimento ($v = .37$; $p < 0.05$).

Nota-se que, na Tabela 22, que das mulheres que participaram das duas fases da pesquisa, 75% manifestaram *stress* na gestação e, delas 73% estavam na Fase de Resistência, 25% na Fase de Quase Exaustão e 2% na Fase de Exaustão. No puerpério observamos que 62% das participantes manifestaram *stress* e, delas, 80% estavam na Fase de Resistência e 20% na Fase de Quase Exaustão.

Realizou-se o *teste t pareado* que indicou que existe diferença estatística significativa entre o *stress* manifestado pelas participantes na gestação e no puerpério ($t = 2.20$; $p < 0.03$), onde o número de participantes com *stress* diminui após o nascimento do bebê.

Tabela 22. Comparação dos Indicadores de *stress* na gestação e no puerpério

	Gestação		Puerpério	
	Freq.	**%**	**Freq**	**%**
Sem *stress*	16	25	24	37
Com *stress*	48	75	40	63
Total geral	64	100	64	100
Resistência	35	73	32	80
Quase exaustão	12	25	8	20
Exaustão	1	2	0	0

A Tabela 23 indica que 47% das puérperas que não apresentaram *stress*, apresentavam ansiedade controlada, 12% das que não manifestaram *stress*, apresentaram alta ansiedade estado, 53% das que foram classificadas com *stress*, manifestaram ansiedade estado controlada, e 88% das que manifestaram *stress*, manifestaram também alta ansiedade estado.

O *teste* X^2 indicou que existe correlação entre a alta ansiedade-estado e a manifestação de *stress* no puerpério (X^2 = 6.54; v = 0.32; p = 0.01), onde quanto mais elevado o nível de ansiedade, maior a probabilidade da puérpera também manifestar *stress*.

Tabela 23. Associação entre *stress* e ansiedade-estado no puerpério

	Ansiedade-estado Controlada		Alta Ansiedade-estado	
	Freq	**%**	**Freq**	**%**
Sem *stress*	22	47	2	12
Com *stress*	25	53	15	88
Total	47	100	17	100

Apresentar-se-á, agora, os dados obtidos da aplicação da EPDS (Escala de Depressão-pós-parto de Edimburgo). A Tabela 24 apresenta os indicadores de DPP. Nota-se que, 67% das puérperas que participaram desta pesquisa não manifestaram sintomas de depressão pós-parto. A pontuação média destas na EPDS foi de 5.5 (DP = 3) e, 33% das participantes manifestaram sintomas de depressão pós-parto, com pontuação média na EPDS de 16 (DP = 4).

Tabela 24. Indicadores de Depressão pós-parto

	Freq.	%	Pontuação Média	Desvio padrão
Sem DPP	43	67	5.5	3
Com DPP	21	33	16	4

Observa-se, na Tabela 25, que das 39 participantes adultas da pesquisa, 67% não manifestaram sintomas de depressão pós-parto. A pontuação média na EPDS foi de 5.3 (DP = 3) e 33% das adultas manifestaram sintomas de depressão pós-parto, com pontuação média de 16 (DP = 4). A pontuação média de todas as puérperas adultas na EPDS foi de 8.9 (DP = 6).

Tabela 25. Indicadores de depressão pós-parto entre adultas e adolescentes

	Adulta	Adolescente
Sem Depressão-pós-parto		
Freqüência Absoluta	26	17
Freqüência Relativa	67	68
Pontuação média na EPDS	5.3	5.8
Desvio Padrão	3	3
Com Depressão-pós-parto		
Freqüência Absoluta	13	8
Freqüência Relativa	33	32
Pontuação média na EPDS	16	16.5
Desvio Padrão	4	4
Total	39	25
%	100	100
Pontuação média total	8.9	9.7
Desvio padrão	6	6

Das 25 adolescentes participantes da pesquisa, 68% não manifestaram sintomas de depressão pós-parto. A pontuação média na EPDS foi de 5.8 (DP = 3) e, 32% das adolescentes manifestaram sintomas de depressão pós-parto com pontuação média de 16.5 (DP = 4). A pontuação média de todas as puérperas adolescentes na EPDS foi de 9.7 (DP = 6).

O *teste t independente* indicou que não existe diferença estatística (t =0.47; p = 0.64) na manifestação de sintomas de depressão pós-parto entre primíparas adultas e adolescentes.

A Tabela 26 apresenta a associação entre Depressão-pós-parto e as variáveis do questionário referente ao parto, nascimento e rotina de cuidados com o bebê. Nota-se que 40% das participantes que não manifestaram depressão-pós-parto, tiveram parto vaginal, 53% cesárea e 7% fórceps. Já as participantes que manifestaram depressão-pós-parto, 62% tiveram parto vaginal, 38% cesárea e para nenhuma o parto foi a fórceps.

Das participantes que realizaram cesáreas, 26% das que não manifestaram depressão-pós-parto, a marcaram antecipadamente, e das que manifestaram depressão-pós-parto 12% a marcou antecipadamente.Nota-se que, das que não manifestaram depressão-pós-parto, 53% o tempo de trabalho de parto durou até seis horas, 26% de seis a 12 horas e 21% acima de 12 horas. Já as que manifestaram depressão-pós-parto, 33% tiveram o tempo de duração do trabalho de parto de até seis horas, 24% de seis a 12 horas e 43% acima de 12 horas. Em relação a problemas durante o parto, das que não manifestaram depressão-pós-parto, 28% tiveram alguma problema no parto e das que manifestaram depressão-pós-parto, 10% tiveram algum problema no parto.

Das participantes que não manifestaram depressão-pós-parto, 98% ficaram em alojamento conjunto, ou seja, ficaram no mesmo quarto em que o bebê, e das que manifestaram depressão-pós-parto, 76% ficaram no mesmo quarto em que o bebê no hospital. Das que ficaram no mesmo quarto em que o bebê e não manifestaram depressão-pós-parto, 9% ficaram no mesmo quarto por até 12 horas e 91% acima de 12 horas, e as que manifestaram depressão-pós-parto, 29% ficaram no mesmo quarto em que o bebê por até três horas, nenhuma por até 12 horas e 71% por mais de 12 horas. Quanto ao nascimento dos filhos das participantes que não apresentaram depressão-pós-

parto, 12% tiveram parto prematuro e das que manifestaram depressão-pós-parto, 19% tiveram parto prematuro.

Em relação as participantes que não manifestaram depressão-pós-parto, 5% precisou ficar internadas além do tempo normal no hospital após o parto, e das que manifestaram depressão-pós-parto, 10% precisaram ficar internada. Sobre a internação do bebê, dos filhos de mulheres que não manifestaram depressão-pós-parto, 7% precisaram ficar internados após o nascimento, e dos filhos das participantes que manifestaram depressão pós-parto, 19% precisaram ficar internados após o nascimento. Quanto a necessidade de o bebê precisar ficar na incubadora, 2% dos filhos das participantes que não manifestaram depressão-pós-parto, precisaram ficar na incubadora e 10% dos filhos das participantes que manifestaram depressão-pós-parto, precisaram ir para incubadora. Observa-se que das participantes que não apresentaram depressão-pós-parto, 7% tiveram bebês com o peso inferior a 2.5Kg e das que manifestaram depressão-pós-parto, 5% tiveram bebês com o peso inferior a 2.5Kg.

Das participantes que não manifestaram depressão-pós-parto, 42% alimentavam o seu bebê no dia da entrevista apenas no seio, 42% no seio e na mamadeira e 16% apenas na mamadeira. Das que manifestaram depressão-pós-parto, 28% alimentavam o seu bebê apenas no seio no dia da entrevista, 48% no seio e na mamadeira e 24% apenas na mamadeira.

Quanto aos sentimentos de segurança nos primeiros cuidados com o bebê, as participantes que não manifestaram depressão-pós-parto, 44% relataram sentimentos de inseguranças e das que manifestaram depressão-pós-parto, 57% relataram sentimentos de insegurança nos primeiros cuidados. Em relação aos sentimentos quanto a tarefa de ser mãe das que não manifestaram depressão-pós-parto, 70% consideram essa uma tarefa positiva, 14% consideram essa uma tarefa negativa e 16% consideram tanto uma

tarefa, tanto positiva como negativa. Das que manifestaram depressão-pós-parto, 62% consideram uma tarefa positiva, 14% consideram uma tarefa negativa e 24% consideram uma tarefa, tanto positiva quanto negativa.

Em relação a como as participantes consideram seu bebê a maior parte do tempo, das que não manifestaram depressão-pós-parto, 70% atribuíram características positivas ao seu bebê, tais como: alegre, saudável, calmo, tranqüilo, 5% atribuíram qualidades negativas para o bebê, tais como; chorão, bravo, doente e 26% atribuíram qualidades tanto negativas quanto positivas para o bebê. As participantes que manifestaram depressão-pós-parto, 62% atribuíram características positivas para seu bebê, 19% características negativas e 19% atribuíram características tanto positivas como negativas.

Quanto ao receber ajuda nos cuidados com a casa, as participantes que não manifestaram depressão-pós-parto, 79% receberam ajuda, sendo que 53% receberam ajuda de uma pessoa, e 47% receberam ajuda de mais do que uma pessoa. Das que manifestaram depressão-pós-parto, 57% receberam ajuda, sendo que, 92% receberam ajuda de uma pessoa e 8% mais do que uma pessoa. Em relação ao receber ajuda nos primeiros cuidados com o bebê, das que não manifestaram depressão-pós-parto, 84% receberam ajuda, sendo que, 42% receberam ajuda de uma pessoa e 58% receberam ajuda de mais do que uma pessoa, e das que manifestaram depressão-pós-parto, 76% receberam ajuda, sendo que, 81% receberam ajuda de uma pessoa e 19% receberam ajuda de mais do que uma pessoa. Finalmente, em relação a com quem o bebê fica a maior parte do tempo, das participantes que não manifestaram depressão-pós-parto, 91% responderam que o bebê fica com elas mesmas, e das que manifestaram depressão-pós-parto, 95% responderam que o bebê passa a maior parte do tempo com elas mesmas.

Tabela 26. Associação entre manifestação de sintomas de depressão pós-parto e dados do Questionário

Itens do Questionário	Sem Depressão-pós-parto N= 43		Com Depressão-pós-parto N= 21		Total
Parto	Freq	%	Freq	%	
Vaginal	17	40	13	62	30
Cesárea	23	53	8	38	31
Fóceps	3	7	0	0	3
Cesárea marcada					
Sim	6	26	1	12	7
Não	17	74	7	88	24
Duração do Trabalho de Parto					
Até 6 horas	23	53	7	33	30
De 6 a 12 horas	11	26	5	24	16
Acima de 12 horas	9	21	9	43	18
Problemas no parto					
Sim	12	28	2	10	14
Não	31	72	19	90	50
Bebê ficou no mesmo quarto que a mãe					
Sim	42	98	16	76	58
Não	1	2	5	24	6
Quanto tempo mãe/bebê ficou no mesmo quarto					
Até 3 horas	0	0	6	29	6
Até 12 horas	4	9	0	0	4
Acima de 12 horas	39	91	15	71	54
Nascimento					
A termo	38	88	17	81	55
Prematuro	5	12	4	19	9
Internação da mãe					
Sim	2	5	2	10	4
Não	41	95	19	90	60
Internação do bebê					
Sim	3	7	4	19	7
Não	40	93	17	81	57
Bebê precisou ficar na incubadora?					
Sim	1	2	2	10	3
Não	42	98	19	90	61
Peso do bebê no nascimento					
Acima de 2.5Kg	40	93	20	95	60
Abaixo de 2.5kg	3	7	1	5	4
Alimentação do bebê					
Seio	18	42	6	28	24
Seio e mamadeira	18	42	10	48	28
Mamadeira	7	16	5	24	12
Sentimento de segurança nos primeiros cuidados					
Segurança	24	56	9	43	33
Insegurança	19	44	12	57	31
Considera a tarefa de ser mãe					
Positiva	30	70	13	62	43
Negativa	6	14	3	14	9
Positiva e Negativa	7	16	5	24	12
Considera o bebê na maior parte do tempo					
Qualidades positivas	30	70	13	62	43
Qualidades negativas	2	5	4	19	6
Qualidades positivas e negativas	11	26	4	19	15

Tabela 26. Associação entre manifestação de sintomas de depressão pós-parto e dados do Questionário

Itens do Questionário	Sem Depressão-pós-parto N= 43		Com Depressão-pós-parto N= 21		Total
	Freq	%	Freq	%	
Considera o bebê na maior parte do tempo					
Qualidades positivas	30	70	13	62	43
Qualidades negativas	2	5	4	19	6
Qualidades positivas e negativas	11	26	4	19	15
Recebeu ajuda nos cuidados com a casa					
Sim	34	79	12	57	46
Não	9	21	9	43	18
Se sim, de quantas pessoas recebeu ajuda					
Uma pessoa	18	53	11	92	29
Mais do que uma pessoa	16	47	1	8	17
Recebeu ajuda nos primeiros cuidados com o bebê					
Sim	36	84	16	76	52
Não	7	16	5	24	12
Se sim, de quantas pessoas recebeu ajuda					
Uma pessoa	15	42	13	81	28
Mais do que uma pessoa	21	58	3	19	25
Com quem o bebê fica a maior parte do tempo					
Com a Mãe	39	91	20	95	59
Outra pessoa	4	9	1	5	5

Ao realizar-se o *teste* X^2, o resultado indicou que existe correlação entre: o não ter ficado no mesmo quarto em que o bebê no hospital (v =.35; p <0.05) e o ter ficado por no máximo três horas no mesmo quarto em que o bebê (v=.41; p < 0.05), com a manifestação de sintomas de depressão pós-parto. Por outro lado, o ter recebido ajuda de mais de uma pessoa nos primeiros cuidados com o bebê (v=.037; p < 0.05) e o ter recebido ajuda de mais de uma pessoa nas tarefas domésticas (v=.35; p < 0.05), teve correlação com a não manifestação de sintomas de depressão pós-parto.

Observa-se, na Tabela 27, que 77% das primigestas que apresentaram ansiedade estado controlada no terceiro trimestre, não manifestaram sintomas de depressão pós-parto, enquanto que 23% destas manifestaram sintomas de depressão pós-parto. Das participantes, 48% das que manifestaram alta ansiedade estado no final da gestação, não manifestaram sintomas de depressão pós-parto e 52% das que apresentaram alta ansiedade estado no final da gestação, manifestaram sintomas de depressão pós-parto.

A análise estatística, *teste r Pearson* indicou que existe correlação positiva entre a ansiedade-estado no terceiro trimestre e a manifestação de sintomas de depressão pós-parto (r =.39; p < 0.001), onde quanto mais elevado os escores obtidos no IDATE no final da gestação, mais elevado os escores obtidos na EPDS no puerpério.

Tabela 27. Relacionamento entre a ansiedade-estado no terceiro trimestre de gestação e sintomas de depressão pós-parto

	Ansiedade Controlada		**Alta Ansiedade**	
	Freq	**%**	**Freq**	**%**
Sem DPP	33	77	10	48
Com DPP	10	23	11	52
Total	43	100	21	100

Observa-se, na Tabela 28, que 83% das puérperas que manifestaram ansiedade estado controlada no puerpério, não manifestaram sintomas de depressão pós-parto, e que 17% das que manifestaram ansiedade estado controlada, manifestaram sintomas de depressão pós-parto. Das participantes, 24% das que apresentaram alta ansiedade estado no puerpério, não manifestaram depressão pós-pato, e 76% das que manifestaram alta ansiedade-estado no puerpério, manifestaram sintomas de depressão pós-parto.

O *teste r,* de Pearson, indicou que existe correlação positiva entre a ansiedade-estado no puerpério e a manifestação de sintomas de depressão pós-parto (r =.77; p < 0.001), onde quanto mais elevado os escores obtidos no IDATE no puerpério, mais elevado os escores obtidos na EPDS.

Tabela 28. Relacionamento entre a ansiedade-estado no puerpério e sintomas de depressão pós-parto

	Ansiedade Controlada		**Alta Ansiedade**	
	Freq	**%**	**Freq**	**%**
Sem DPP	39	83	4	24
Com DPP	8	17	13	76
Total	47	100	17	100

Nota-se, na Tabela 29, que das participantes que não manifestaram *stress* na gestação, 94% não manifestaram depressão-pós-parto, 60% das que estavam na Fase de Resistência, não manifestaram depressão pós-parto e 58% das que estavam na Fase de Quase Exaustão não manifestaram depressão pós-parto, 6% das que não manifestaram *stress* no terceiro trimestre de gestação, manifestaram sintomas de depressão pós-parto, 40% das que estavam na Fase de Resistência, manifestaram depressão pós-parto, 42% das que estavam na Fase de Quase Exaustão manifestaram sintomas de depressão pós-parto e 100% das que estavam na Fase de Exaustão, manifestaram sintomas de depressão pós-parto.

O teste *p* Spearman indicou que, existe correlação positiva ($P = 0.45$; $p < 0.001$) entre os sintomas de *stress* apresentados na gestação e os sintomas de depressão pós-parto, onde quanto mais elevada a fase de *stress* em que a primigesta se encontra no final da gestação, mais elevada é a pontuação no inventário da EPDS.

Tabela 29. Relacionamento entre *stress* na gestação e sintomas de depressão pós-parto

	Sem Depressão-pós-parto		**Com Depressão-pós-parto**	
	Freq	**%**	**Freq**	**%**
Sem Stress	15	94	1	6
Resistência	21	60	14	40
Quase Exaustão	7	58	5	42
Exaustão	0	0	1	100

Na Tabela 30 observa-se que das participantes que não manifestaram *stress* no puerpério, 92% não manifestaram depressão-pós-parto, 59% das que estavam na Fase de Resistência, não manifestaram depressão pós-parto e 25% das que estavam na Fase de Quase Exaustão, não manifestaram depressão pós-parto, 8% das que não manifestaram *stress* no puerpério, manifestaram sintomas de depressão pós-parto, 41% das que estavam na Fase de Resistência, manifestaram depressão pós-parto e 75% das

que estavam na Fase de Quase Exaustão, manifestaram sintomas de depressão pós-parto.

Tabela 30. Relacionamento entre *stress* no puerpério e sintomas de depressão pós-parto

	Sem Depressão-pós-parto		**Com Depressão-pós-parto**	
	Freq	**%**	**Freq**	**%**
Sem Stress	22	92	2	8
Resistência	19	59	13	41
Quase Exaustão	2	25	6	75
Exaustão	0	0	0	0

O teste *p* Spearman indicou que existe correlação positiva entre os sintomas de *stress* apresentados no puerpério e os sintomas de depressão pós-parto ($P = 0.60$; $p < 0.001$), onde quanto mais elevada a fase de *stress* em puérperas, mais elevada é a pontuação no inventário da EPDS.

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados serão discutidos iniciando pelos obtidos na primeira etapa da pesquisa em relação à aplicação do IDATE em primigestas no terceiro trimestre e, em seguida, os resultados da aplicação do ISSL no terceiro trimestre.

Os resultados indicam que a ansiedade-estado das participantes desta pesquisa é semelhante à ansiedade-traço, ou seja, em geral, mulheres que apresentam ansiedade-estado controlada, geralmente apresentam ansiedade-traço controlada, e as que apresentaram alta ansiedade-estado, isto é, ansiedade clínica, geralmente são mulheres altamente ansiosas. Faisal-Cury e Menezes (2007) também encontraram semelhança entre Ansiedade-traço/estado das gestantes de seu estudo. Entretanto, a percepção do estado ansioso da gestante, pode alterar a percepção de seu traço, isto é, o estar ansiosa pode levar a gestante a responder que geralmente se sente assim.

Quanto aos indicadores de ansiedade-estado na gestação, observou-se que a maioria das participantes apresenta ansiedade-estado controlada, isso não quer dizer que estas participantes não apresentem ansiedade, mas que não a manifestaram em nível clínico. Delas, 37% foram classificadas com alta ansiedade-estado, uma porcentagem inferior da encontrada por Faisal-Cury e Menezes (2007), com prevalência de 45% de alta ansiedade-estado no final da gestação. Todavia, os dados confirmam que há um número relevante de mulheres, usuárias do SUS, que apresentam condição de risco para sua saúde e a do bebê. Pesquisadores têm alertado que a manifestação de alta ansiedade na gestação pode trazer consequências, não só para gestante/puérpera, como também para o feto/bebê (CONDE; FIGUEIREDO, 2003; O'CONNOR et al. 2002; O'CONNOR; HERON; GOLDING; GLOVER, 2003; FRAGA; LINHARES; CARVALHO; MARTINEZ, 2008; ROSS et al. 2003; CURY; MENEZES, 2006; O'CONNOR; HERON; GLOVER, 2002; BROUWERS; VAN BAAR; POP, 2001;

ROSS et al. 2003; MEARES; GRIMWADE; WOOD, 1976).

Os resultados também indicaram que não existe diferença estatística significativa entre a ansiedade-estado manifestado por primigestas adultas e adolescentes no terceiro trimestre, ou seja, tanto primigestas adultas como adolescentes, apresentam semelhante estado de ansiedade no final da gestação, não existindo um grupo (adolescentes/adultas) de maior ou menor risco decorrente de uma gravidez ansiógena. Rugolo et al. (2004) também apontam que não existe diferença entre a ansiedade vivenciada na gestação por adultas e adolescentes.

Quanto ao relacionamento entre a ansiedade-estado e as variáveis da entrevista inicial, observou-se que há algumas variáveis consideradas de risco para a manifestação de alta ansiedade na gestação e, entre elas, o ter passado por abortamento anterior, o que está de acordo com a literatura da área (ARMSTRONG, 2002; FAISAL-CURY; MRNEZES, 2007; FAISAL-CURY; MENEZES; ARAYA E ZUGAIBY, 2009). O ter passado pela experiência de ameaça de aborto, pode ser considerado um fator de risco para a manifestação de alta ansiedade-estado no final da gravidez. Faisal-Cury; Menezes; Araya e Zugaiby, (2009) encontraram associação entre complicações durante a gestação e a manifestação de sintomatologias ansiosas na gravidez.

Encontrou-se, também, relacionamento entre a ansiedade estado no final da gravidez e o nível de escolaridade, o ter passado por ameaça de aborto, o planejamento da gravidez, o desejo da mulher pela gravidez e o desejo do parceiro pela gravidez. Em relação à escolaridade, quanto maior o nível de instrução da gestante menor a probabilidade desta manifestar alta ansiedade-estado, em geral mulheres com maior escolaridade também buscam mais informações quanto gestação, têm melhores rendas, o que pode ser um fator protetivo. Investigações ainda devem ser realizadas nesta área, para um melhor entendimento do porque níveis elevados de escolaridade pode ser fator

protetivo contra a alta ansiedade na gestação. Faisal-Cury; Menezes; Araya e Zugaiby (2009) e Faisal-Cury e Menezes (2007) também encontraram associação entre o nível de escolaridade da gestante e a manifestação de sintomatologias ansiosas, quanto menos anos de escolaridade, maior a pontuação no IDATE.

O não planejamento da gravidez, o não desejo da gestante e/ou de seu parceiro, podem também ser considerados como fatores de risco para a manifestação de alta ansiedade-estado no terceiro trimestre de gestação. Considerando a variável falta de planejamento da gravidez, muitos podem ser os fatores desencadeantes de ansiedade que são, na maioria, subjetivos. Cada mulher apresenta medos e angústias muito particulares referentes aos eventos de sua vida que não podem ser generalizados para outras mulheres. Desta forma, o não ter planejado a gravidez pode ser atribuído a uma variedade de motivos subjetivos, seja por que está sem emprego, seja por que não é casada ou por dificuldades financeiras, entre tantos outros motivos, que, dependendo da intensidade e importância dada por cada uma, pode levar ao elevado estado ansioso no final da gravidez. Baptista; Baptista e Torres (2006) também encontraram em suas pesquisas, o não planejamento da gravidez como um fator de risco para alta ansiedade e depressão na gestação.

Desejar a gravidez é diferente de planejá-la, a diferença está em que o planejar significa que foi programada ou era um fato que, se real, seria bem vindo. O desejo é que ela quis a gravidez depois do fato, com ou sem planejamento. Muitas mulheres que planejam a gravidez também a desejam, mas nem sempre uma gravidez não planejada significa que a mulher não desejava ficar grávida. As mulheres que não desejavam a gravidez conseqüentemente manifestaram maior nível de ansiedade do que as que desejaram. O desejo do parceiro pela gravidez também teve influência na relação com a alta ansiedade-estado manifestada pelas primigestas, assim como ter o apoio do parceiro

parece ser um fator protetivo contra a manifestação de alta ansiedade-estado na gestação. Pesquisas apontam que o suporte social é fator protetivo no período gestacional, como forma de se prevenir sintomatologias depressivas e ansiosas na grávida (BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006; CHUNG et al. 2001).

Outros estudos apontam variáveis como a situação ocupacional (FAISAL-CURY; MENEZES; ARAYA E ZUGAIBY, 2009) e o estado civil (FAISAL-CURY; MENESZES, 2007) relacionados à Ansiedade-estado no final da gravidez, dados não confirmados no presente estudo. Na presente pesquisa não se encontrou, também, associação entre a alta ansiedade na gestação e a variável saúde anterior a gestação. Pesquisas apontam que mulheres que apresentaram problemas de saúde mental anterior a gestação são fortes candidatas a apresentarem transtornos na gestação (LEVINE, et al. 2003; FAISAL-CURY; MENEZES; ARAYA E ZUGAIBY, 2009). No presente estudo a informação foi coletada com uma questão geral sobre a saúde, sem especificar mais ou utilizar um instrumento que avalie pontualmente a saúde mental da gestante, prejudicando a informação.

Os resultados em relação ao *stress* indicaram que a maioria (78%) das gestantes no terceiro trimestre manifestaram sintomas de *stress*, sendo que a fase mais freqüente foi a de Resistência, com prevalência de sintomas psicológicos. Entretanto, mais pesquisas devem ser realizadas com gestantes em estudos com grupos controle, pois dados semelhantes foram encontrados em mulheres da população geral (HORIGUCHI, 2010).

Os resultados do índice de *stress* encontrado nesta pesquisa vão de encontro com outros trabalhos (SEGATO et al. 2009; WOODS et al. 2010) que apresentaram porcentagens também elevadas de mulheres com *stress* na gestação. Em alguns casos, os níveis de *stress* eram duas a três vezes mais elevados em comparação a mulheres não

grávidas (SHEA et al. 2007; HARVEY, 2002), no final da gestação.

Na presente pesquisa ainda que a maioria das gestantes foram classificada com *stress*, não se pode afirmar que represente risco para a sua saúde ou para a do bebê, já que a maioria foi classificada na Fase de Resistência, uma fase inicial do *stress.* A minoria das participantes foi classificada em fases mais avançadas como a Fase de Quase Exaustão e a de Exaustão.

É recente o uso do ISSL para avaliar o *stress* em gestantes. A maioria dos estudos sobre o *stress* na gestação foram realizados a partir da coleta de saliva da gestante para avaliar o nível de cortisol presente, correlacionando-o com variáveis diversas, que foram associados aos altos níveis de *stress* em gestantes. Estudos associando o nível de cortisol e a aplicação do ISSL com gestantes podem validar as duas medidas, correlacionando-as com variáveis sociodemográficas, por exemplo.

No final da gestação a manifestação do *stress* pode ser um sinal positivo e não negativo, dependendo do nível de *stress*, avaliado pelo ISSL e pelo nível de cortisol presente no organismo, pois a mulher está para entrar em uma nova fase do seu desenvolvimento, vai deixar de exercer apenas o papel de filha e passar a desempenhar, também, o papel de mãe. Esta situação nova pode ser considerada um evento estressor, que não necessariamente deve ser considerado como um fator ruim. Os temores em relação ao parto, o medo de que ela ou o bebê morra no parto, preocupações financeiras, conjugais, de rede de apoio, em relação ao corpo, entre vários outros motivos que são subjetivos para cada gestante, são fatores que podem gerar na grávida certo nível de *stress*, principalmente se for a primeira gravidez, onde tudo ainda é novidade.

Mais pesquisas em relação ao *stress* na gestação devem ser realizadas em nosso país, utilizando o ISSL, investigando, também, as gestantes que apresentam *stress* no ultimo trimestre, atribuem tal fato. Existem trabalhos que levantam pontos que podem

levar grávidas a apresentarem transtornos do humor e de ansiedade (MALDONADO, 1997; LANGER, 1986; SZEJER; STEWART, 1997; SOIFER, 1992; KLAUS; KENNELL, 1993; FALCONE et al. 2005; O'CONNOR; HERON; GLOVER, 2002; ANDERSSON et al. 2003). Todavia, ainda há poucos trabalhos que investiguem quais seriam os possíveis eventos estressores durante a gestação, tal como o trabalho de Segato et al. (2009), Woods et al. (2010) e Buitellaar et al. (2003).

Há que se ressaltar que há poucos estudos nacionais, na área da Psicologia, que investigam o *stress* gestacional, como na literatura estrangeira. Esta tem apontado os prejuízos que o *stress* pode causar na mãe, no feto e, provavelmente, ao longo do ciclo vital do sujeito que foi exposto na vida uterina ao *stress* materno.

Outro fator, não controlado no presente estudo, foi a renda ou classificação social das participantes. As mesmas eram, em sua maioria, de classe baixa, característica das usuárias do SUS. Os resultados das pesquisas de Woods et al. (2010) e Segato et al. (2009) indicaram que a menor renda está associada a manifestação de alta ansiedade e depressão tanto na gestação como no puerpério assim como as nacionais de Faisal-Cury, Menezes, Araya e Zugaiby (2009) e Faisal- Cury e Menezes (2007).

Os resultados indicaram também que não houve diferença estatística significativa entre o *stress* manifestado por primigestas adultas e adolescentes nem no que diz respeito a suas fases e nem o que diz respeito aos seus sintomas.

Ao verificar o relacionamento do *stress* no terceiro trimestre com as variáveis da entrevista inicial, observou-se um relacionamento estatístico entre ser casada e manifestar *stress* na Fase de Resistência e ter passado por ameaça de aborto e manifestar *stress* na Fase de Quase Exaustão. O fato de existir associação entre o estado civil e a manifestação de *stress*, pode ser explicado, pois como a maioria das participantes têm união estável com o parceiro e a maioria manifestou sintomas de *stress* na Fase de

Resistência, logo a relação estatística indicou que existe relacionamento entre estas variáveis. Entre ter passado por ameaça de aborto e apresentar *stress* em Fase de Quase Exaustão observou-se relação estatisticamente significativa. Ter passado por ameaça de aborto é um fator de risco para a manifestação de elevados níveis de *stress* no final da gestação o que indica a necessidade de cuidados psicológicos com essa população.

Foi observado, também, que existe relação entre o *stress* e a ansiedade-estado no final da gestação, onde, quanto mais elevado o nível de ansiedade maior a probabilidade de a gestante também manifestar *stress*. Isso ocorre, pois, a ansiedade costuma surgir em decorrência de eventos estressores. A alta ansiedade ativa o eixo HPA e o sistema nervoso simpático, afetando os hormônios de *stress* –cortisol (GRAEFF, 2007).

Considerando os resultados encontrados na segunda etapa desta pesquisa, serão analisados inicialmente os dados da segunda aplicação do IDATE e do ISSL, correlacionados com os dados da primeira aplicação e com dados do questionário de cuidados com o bebê. Em seguida, serão discutidos os resultados obtidos por meio da aplicação da EPDS.

Quanto a ansiedade-estado no puerpério, observamos que a maioria das participantes foram classificadas com ansiedade-estado controlada e uma pequena parcela manifestou alta ansiedade-estado no puerpério. Não se observou, diferença estatística significativa entre a ansiedade-estado manifestada por puérperas adolescentes e adultas. Ambas apresentaram pontuação média no IDATE/estado semelhantes.

Quando a ansiedade-estado no final da gestação foi relacionada com os resultados do Questionário referente ao parto, nascimento e rotina de cuidados com o bebê observou-se que, algumas variáveis consideradas de risco para gestantes que manifestam alta ansiedade na gestação, tais como nascimento prematuro e baixo peso (CONDE; FIGUEIREDO, 2003; ARAUJO; PEREIRA; KAC, 2007) não foram

encontrados associações para a população estudada. Tais dados, entretanto, são confirmados por Faisal-Cury, Menezes, Araya e Zagaib (2010) que investigaram 831 gestantes brasileiras usuárias do SUS e, das que manifestaram alta ansiedade, apenas um terço destas tiveram parto prematuro e/ou nascimento do filho abaixo do peso. Entretanto é importante destacar que o número de participantes desse trabalho é bem inferior ao número de participantes da pesquisa de Faisal-Cury, Menezes, Araya e Zagaib (2010).

Na presente pesquisa observou-se relação entre a presença de alta ansiedade-estado no final da gestação e como a puérpera considera seu filho na maior parte do tempo. Estas responderam que seus filhos apresentam mais características negativas tais como, bebê chorão, doente, bravo, triste. Este dado confirma achados da literatura que indica que bebês filhos de mulheres que apresentaram altos níveis de ansiedade na gestação apresentam problemas temperamentais, gastrointestinais e de choro freqüente (CONDE; FIGUEIREDO, 2003; VAN DEN BERGH, 1990).

Já em relação a ansiedade-estado no puerpério relacionada as variáveis do Questionário referente ao parto, nascimento e rotina de cuidados com o bebê, observou-se que o ter passado por cirurgia cesariana está relacionada a manifestação de ansiedade-estado controlada no puerpério. Tal resultado pode estar associado ao fato da cesárea ser a via de nascimento mais divulgado atualmente, em detrimento do parto natural, cercado por informações equivocadas como excesso de sofrimento para a mulher.

O Brasil apresenta altos índices de cesáreas, o que leva ao alto número de nascimentos realizados por meio desta cirurgia, mesmo em hospitais públicos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que o número de cesáreas não deve ultrapassar a 15%, mas no país, segundo o Datasus (2007) esta cirurgia chega a índices

de 95% ultrapassando muito o aceito pela OMS. Este fato dificulta pesquisas de associação entre o tipo de parto e outras variáveis, pois não há como estudar este relacionamento quando a maioria dos nascimentos em nosso país é realizado por meio de intervenção cirúrgica, ainda que sem indicação obstétrica para tal intervenção. Uma pesquisa realizada por Faisal-Cury e Menezes, (2006) sobre os fatores associados a preferência por cesariana com mulheres brasileiras que já haviam passado pela experiência do parto, encontrou resultados que indicaram que a motivação para o parto cesáreo está associada a influência com o tipo e grau de satisfação com o parto prévio. Todavia, em uma pesquisa realizada por Tedesco et al. (2004) onde investigaram a preferência de 40 primigestas brasileiras sobre a via de parto, os resultados indicaram que 90% delas tinham preferência por parto via vaginal.

Neste estudo observou-se que o ter passado pela experiência de parto normal não foi um fator protetivo contra a alta ansiedade no puerpério, mas o contrário disso. Outra explicação para este fato pode ser por que, muitas vezes o parto vaginal é considerado uma violência da imposição do inesperado, das interferências obstétricas desnecessárias que inibem o desencadeamento natural do parto, que passa a ser sinônimo de patologia, intervenção médica, transformando-se em experiência de terror, impotência e dor. Desta forma não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como a melhor forma de dar a luz, sem medo, risco ou dor (DINIZ, 2005).

Almeida e Oliveira (2005) investigaram os fatores causadores de *stress* no processo de parturição junto a 42 puérperas que relataram como fatores de *stress* no parto normal, relacionada ao ambiente: falta de privacidade; banheiro coletivo; na assistência; no toque vaginal e epsiorrafia. Quanto à fisiologia da parturição relataram: contração uterina, fadiga, dor na região lombar e sacral e a necessidade de repouso.

Observou-se, também, que o não ter ficado no mesmo quarto que o bebê ou ter ficado por até três horas no mesmo quarto são fatores relacionados a manifestação de alta ansiedade-estado no puerpério. Os bebês desta pesquisa que não ficaram no mesmo quarto que a mãe, em geral, foram em decorrência de nascimento prematuro, ou de alguma outra intercorrência obstétrica no parto que impossibilitou ambos de ficaram em alojamento conjunto, seja porque a mãe precisou ficar internada para observação, seja porque o bebê precisou ficar internado. Perosa (2009), Padovani (2005) e Melnik, Crean, Feinstein, e Fairbanks (2008) pesquisando mulheres que tiveram bebês com condições de risco e, por isso, precisaram ficar internados e/ou separados de suas mães, observaram que elas apresentaram níveis elevados de ansiedade.

Para Klaus e Kennell (1993) a separação mãe/bebê nas primeiras horas após o nascimento pode trazer conseqüências para essa díade. Para eles existe um período denominado "período sensitivo materno", que é onde floresce o apego. Se o bebê é separado de sua mãe, nos primeiros minutos, horas ou dias de vida, isso pode alterar o comportamento subseqüente da mãe com aquele bebê.

O ter recebido ajuda nos cuidados com a casa foi um fator protetivo, para a não manifestação de alta ansiedade-estado no puerpério. A rede de apoio parece importante nessa fase, pois, a experiência da maternidade traz muitas mudanças e a rede de apoio social favorece a responsividade materna, principalmente nas condições estressantes. O fato da mulher saber que tem pessoas dispostas a ajudá-la tem um impacto positivo (RAPOPORT; PICCININI, 2006).

A comparação da ansiedade-estado manifestada antes e após o parto indicou diferença estatística significativa entre esses dois momentos, sendo que no puerpério a ansiedade-estado diminui. Estes dados vão de encontro com os dados já encontrados em outros trabalhos (RUGULO et al. 2004; BREITKOPF et al. 2006).

Em relação ao *stress* manifestado no puerpério, notamos que a maioria das puérperas se encontrava estressada, na Fase de Resistência e com prevalência de sintomas psicológicos. Pesquisas em relação ao *stress* no puerpério são escassas. Encontramos um grande número de trabalhos referentes ao *stress* na gestação, mas há poucas pesquisas em relação aos *stress* no puerpério, o que torna importante que pesquisadores deem atenção também a esse aspecto da saúde mental da mulher, nesta fase da vida. Há publicações a respeito dos distúrbios do humor, de ansiedade e depressão, mas em relação ao *stress* ainda falta muito que ser investigado nesta fase do ciclo pós-natal.

Os resultados indicaram, também, que não existe diferença estatística entre o *stress* manifestado por puérperas adolescentes e adultas. Ambas manifestaram, em sua maioria, *stress* no puerpério na Fase de Resistência com prevalência de sintoma psicológico.

Ao relacionar o resultado da aplicação do ISSL em primigestas no terceiro trimestre de gestação com as variáveis do Questionário referente ao parto, nascimento e rotina de cuidados com o bebê, não se encontrou nenhum relacionamento entre as variáveis analisadas. Tal fato contraria vários estudos cujos resultados indicam que existe um relacionamento entre a manifestação de *stress* na gestação e o nascimento prematuro e baixo peso (LOBEL; DUNKEL-SCHETTER; SCRIMSHAW, 1992; WADHWA et al. 1993; HASHIM; MOAWED, 2000) e, também,, complicações obstétricas no parto e na gestação (MYERS, 1977; TAKIUT; KAHHALE, 2001; COSTA et al. 1999). Uma possível explicação para essa divergência de resultados pode ser o instrumento utilizado para avaliar o *stress* ou, ainda, o número de participantes da amostra. Embora a maioria das participantes tenha manifestado *stress* no final da gestação, grande porcentagem estava na Fase de Resistência que é uma fase inicial do

stress, provavelmente um quadro fácil de reverter se o *stress* era causado por questões ligadas ao nascimento do bebê. Outra possível explicação, é o fato de que a maioria das participantes tinham o apoio do parceiro, confirmando os dados de Jô Kay et al, (2010) que sugerem que o apoio do parceiro pode modificar os efeitos do *stress* sobre o risco de parto prematuro. Estes investigaram 1027 nascimentos prematuros e 1282 nascimentos a termo, em mulheres norte americanas, onde a probabilidade maior de nascimentos prematuros ocorreu no grupo de mulheres que não tinham apoio do parceiro.

Quando analisamos o relacionamento do *stress* manifestado no puerpério com os dados do questionário, notamos que existe relacionamento entre a ocorrência de problemas no parto, nascimento prematuro e necessidade de o bebê ir para incubadora com a manifestação de *stress* no puerpério. Podemos, desta forma, pensar que intercorrências negativas no parto e nascimento são fatores de risco para manifestação de *stress* no período puerperal.

Quanto a comparação entre o *stress* manifestado antes e após o parto, os resultados revelam diferença estatisticamente significativa entre eles, nota-se que no terceiro trimestre de gestação as mulheres manifestaram mais sintomas de *stress* do que no puerpério.

Mesmo que no puerpério a frequencia de mulheres que manifestam *stress* seja inferior à das mulheres que a manifestaram na gestação, ainda assim, tem-se que mais da metade delas encontram-se estressadas (62,5%). Desta forma, faz se importante que pesquisas sejam realizadas para entender os possíveis motivos pelos quais puérperas manifestam *stress*.

Os resultados também indicaram que existe uma relação entre a ansiedade-estado e manifestação de *stress* no puerpério. Quanto mais elevada a ansiedade da

puérpera maior a probabilidade dela também manifestar *stress*, o que pode ser atribuído ao fato de que a alta ansiedade afeta os hormônios do *stress* (GRAEFF, 2007).

Em relação a manifestação de sintomas de depressão pós-parto (DPP), observa-se que os dados confirmam os achados em pesquisas realizadas no Brasil. Os dados de indicadores de DPP no mundo apontam que de 10% a 20% das mulheres manifestam sintomas de DPP (HANNA; JARMAN; SAVAGE, 2004; RIGHETTI; BOUSQUET; MANZANO, 2003) entretanto, no Brasil, esta porcentagem é mais elevada (MORAES et al. 2006; CRUZ; SIMÕES; CURY, 2005; FONSECA; SILVA; OTTA, 2010) e, nesta pesquisa os dados mostram que 33% das participantes manifestaram sintomas de DPP, o que é um dado muito preocupante, visto a gravidade desta doença. Os dados, porém, não indicaram diferença estatística significativa entre puérperas adolescentes e adultas, ambas manifestando probabilidade semelhante de manifestar ou não os sintomas de DPP.

Pereira, Lovisi, Lima e Legay (2010) realizaram uma pesquisa com 125 gestantes adolescentes avaliando sintomas de depressão na gestação por meio do *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI; versão 2.1) e os resultados indicaram que uma a cada sete gestantes adolescentes manifestam sintomas de DPP, o que corresponde a uma prevalência de 14% de adolescentes que manifestam tais sintomas, um índice menor do que os obtidos neste estudo. Pereira et al. (2010) consideram que este transtorno psiquiátrico é comum entre adolescentes grávidas.

Estudos têm apontado que a manifestação de sintomas depressivos na gestação é, também, um indicativo de manifestação de sintomas depressivo no puerpério (PEREIRA; LOVISI, 2008; MATTAR et al. 2007; MORAES et al. 2006; LANCASTER et al. 2010). Desta forma, é preciso que mais pesquisas sejam realizadas para avaliar a

manifestação de sintomas de depressão em mulheres tanto na gestação como no puerpério.

Quando as variáveis do Questionário foram correlacionadas com a EPDS, observamos que o não ter ficado no mesmo quarto que o bebê ou ter ficado por até três horas no mesmo quarto é um fator de risco para que a mulher manifeste DPP. Por outro lado, o receber ajuda nos primeiros cuidados com o bebê e com as tarefas domésticas são fatores protetivos contra a manifestação de DPP. Se o bebê é separado de sua mãe nos primeiros minutos, horas ou dias de vida, isso pode alterar o comportamento subseqüente da mãe, não só com o bebê, como também à respeito de sua capacidade de maternar (KLAUS; KENNELL, 1993), o que pode levar a DPP.

A rede de apoio nesta fase mostrou-se importante, uma vez que, nesta pesquisa, grande parte das participantes recebeu apoio nos cuidados com o bebê e com a casa, principalmente de suas mães e de seus parceiros, pessoa significativas neste momento. Pesquisas apontam que ter uma rede de apoio, incluindo o apoio do parceiro é fator protetivo contra manifestação de DPP (CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CURY, 2005; SILVA; PICCININI, 2009).

Cruz; Simões e Faisal-Cury (2005), não encontraram associação entre as variáveis: tipo de parto, nascimento prematuro, baixo peso e aleitamento materno quanto a manifestação de DPP, assim como nesta pesquisa.

Observou-se, neste estudo, que a alta ansiedade-estado na gestação é um fator de risco para manifestação de DPP, o que está de acordo com a literatura da área que encontraram relação entre a manifestação de alta ansiedade na gestação e a manifestação de DPP (CURY; MENEZES, 2006; O'CONNOR; HERON; GLOVER, 2002; BROUWERS; VAN BAAR; POP, 2001; ROSS et al. 2003; MEARES; GRIMWADE; WOOD, 1976; BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006). Faisal-Cury e

Menezes (2007) também apontaram a grande freqüência de alta ansiedade na gestação e concomitantemente a manifestação de sintomas depressivos na gestação.

Os dados apontaram que a alta ansiedade no puerpério está relacionada a manifestação de DPP. Resultados de associação entre ansiedade puerperal e manifestação de sintomatologias depressivas no puerpério também foram encontrados por MecMahon et al. (2001). Uma possível explicação é que mesmo que a ansiedade e a depressão sejam constructos independentes, existe ainda uma sobreposição de sintomas, tanto do ponto de vista clínico como estatístico (RIBEIRO; HONRADO; LEAL, 2004), enquanto que existem sintomas específicos para ansiedade e depressão, os sintomas menos discriminativos nas duas dimensões tais como, a dificuldade em relaxar, tensão nervosa, irritabilidade e agitação foram denominados pelos autores de *stress*.

Outro fato observado foi que mulheres que manifestaram DPP também manifestaram alta ansiedade tanto na gestação quanto no puerpério. Ansiedade no período gestacional pode ser um indicativo para ansiedade no período puerperal e ou até mesmo depressão neste período (HERON et al. 2004).

Consequentemente encontrou-se resultados que apontaram que manifestar *stress* na gestação, também está ligado ao manifestar *stress* no puerpério, principalmente para aquelas que manifestaram alta ansiedade nos dois momentos, aumentando assim o risco de manifestar sintomas de depressão pós-parto. Margis et al. (2003) explica que se a resposta do *stress* gerar ativação fisiológica frequente e duradoura, pode provocar um esgotamento dos recursos do indivíduo expondo-o a surgimento de transtorno psicofisiológico diversos, predispondo ao aparecimento de ansiedade, depressão e outros transtornos mentais.

7. CONCLUSÃO

A presente pesquisa teve o objetivo de avaliar a ansiedade-estado e o s*tress* de primigestas no terceiro trimestre de gestação e no pós-parto e averiguar ocorrência de depressão pós-parto, correlacionando-os com variáveis obtidas na entrevista inicial, coletada na gestação e no questionário de cuidados com o bebê, obtidos no puerpério.

Os resultados apontaram para a presença de ansiedade, na maioria a controlada, mas com a presença da alta ansiedade-estado no terceiro trimestre de gestação e no puerpério, ainda que em menor escala. As variáveis que apresentaram relação com a ansiedade foram escolaridade, ter passado por ameaça de aborto, planejamento da gravidez, desejo da mulher e do parceiro pela gravidez , como ela considera o bebê na maior parte do tempo, o não ter ficado no mesmo quarto que o bebê e o não ter uma boa rede de apoio no período puerperal.

A prevalência de *stress* no terceiro trimestre de gestação como no puerpério foi elevada, também em uma frequência menor neste último, principalmente na fase de Resistência com prevalência de sintomas psicológicos. Entre as variáveis estudadas houve correlação com estado civil e o ter passado por ameaça de aborto, ter ocorrido problemas no parto, nascimento prematuro e a necessidade de o bebê ter ficado na incubadora. Os dados apontam para uma relação entre o ter manifestado alta ansiedade na gestação com a manifestação de *stress* no puerpério.

Observou-se, ainda, uma alta prevalência de DPP, na a mostra estudada e correlação com as variáveis: quando a puérpera, por algum motivo, não pode ficar no mesmo quarto que o bebê no hospital e quanto havia deficiência na rede de apoio.

Analisando a ocorrência da ansiedade, stress na gestação e no puerpério constatou-se que a manifestação de sintomas de DPP foi mais frequente nas participantes que, nas duas fases, apresentaram altos níveis de ansiedade e fases mais

críticas de *stress.* Os resultados obtidos, ainda que com uma amostra modesta, apontam para a necessidade de políticas públicas que monitorem a saúde mental de gestantes e de mães no primeiro ano de vida do bebê, aumentando a probabilidade de desenvolvimento sadio de seus filhos.

Sabe-se que a maternidade é um período potencial para o desenvolvimento de crise, mas o sistema de saúde tem negligenciado este fato. O ideário de que a maternidade é uma fase "linda e maravilhosa" na vida das mulheres, incentivado fortemente pela mídia, reforçando um aspecto cultural, pode ser um dos fatores que contribuem para o pouco investimento da área da saúde, colocando em risco a saúde da gestante e a do bebê. Muitas são mal compreendidas pela equipe que a atende, onde muitas vezes não dispõem de tempo hábil para um atendimento clínico mais atencioso e humanitário.

Não há, aqui, uma intenção de patologizar a gravidez, todavia, a gravidez se apresenta mais com uma cara de patologia do que de saúde, em especial o parto, uma vez que os nascimentos ocorrem geralmente em hospitais, pleno de intervenções médicas.

Portanto, é importante que o atendimento à gestante ganhe nova atenção. O ciclo gravídico puerperal é marcado por alterações emocionais características desse período, no entanto, há possibilidade de desencadear transtornos psíquicos significativos comprometendo a saúde mental da mulher. A fase de gestação é um período potencial para o desenvolvimento de crise e a literatura tem apontado para uma porcentagem considerável de mulheres que apresentam transtornos psiquiátricos nesta fase do desenvolvimento. Espera-se, portanto, que o sistema de saúde ofereça acompanhamento psicológico à grávida como forma de prevenção e promoção de saúde mental.

Organizar programas de atenção à gestante poderia minimizar a ansiedade e o

stress da grávida proporcionando qualidade de vida neste período e no puerpério, diminuindo o aparecimento da depressão pós-parto. Os programas de atenção à gestante têm entre seus objetivos o informar a gestante, familiares ou casais grávidos, quanto aos aspectos biopsicossociais da gestação, parto e puerpério, além de proporcionar um espaço para que os integrantes possam partilhar sua experiência gestacional, suas angústias, dúvidas, necessidades etc.

Iniciativas ainda incipientes têm surgido com programas que são comumente chamados de Cursos para Gestante, de Psicoprofilaxia, de Pré-natal Psicológico, de Preparação para o Parto, entre outros nomes, ministrados por profissionais da saúde. Medidas de prevenção como o oferecimento de programas de atenção e apoio psicossocial poderiam minimizar os problemas decorrentes de *stress* durante a gravidez e puerpério, contribuindo para uma vivência mais saudável da gestação e pós-parto, prevenindo perturbações obstétricas e patológicas, para a mãe e para o bebê.

8. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

AQUINO, E. M. L et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cad Saúde Pública**. v.19, supl 2, p.S377-S388, 2003.

ALDER, J et al. Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical of the literature. **J. Matern. Fetal Neonatal Med**. v.20, n.3, p.189-209, mar. 2007.

ALMEIDA, N. A. M; OLIVEIRA, V. C. Estresse no processo de parturição. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.7, n.1, p.87-94. 2005.

ANDERSSON, L et al. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. **Am. J. Obstet. Gynecol**. v.189, n.1, p.148-154, jul 2003.

ANDRADE, L. H. S. G; GONRENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Rev. Psiq. Clin**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 285-290, nov/dez. 1998.

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

ARAUJO, D. M. R; PEREIRA, N.L; KAC, G.. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma visão sistemática da literatura. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.747-756, abr. 2007.

ARMSTRONG, D. S. Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after perinatal loss. **Journal of Nursing Scholarship** , v.34, n.4, p. 339-345, 2002.

AUSTIN, M. P; LEADER, L. Maternal stress and obstetric and infant outcomes: epidemiological findings and neuroendocrine mechanisms. **Aust N Z J Obstet Gynaecol**, v.40, n.3, p. 331-337, 2000.

AZEVEDO, K. R; ARRAIS, A. R. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.19, n.2, p. 269-276, 2006.

BHAGWANANI, S. G et al. Relationship between prenatal anxiety and perinatal outcome in nulliparous women: a prospective study. **Journal of the National Medical Association**, v.89, n.2, p.93-98, 1997.

BAPTISTA, M. N; BAPTISTA, A. S. D; TORRES, E. C. R. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. **PSIC Revista de Psicologia,** Vetor Editora, Campinas, v.7, n.1, p.39-48, jan/jun. 2006.

BRAJENOVIĆ-MILIĆ, B; DORČIĆ, T. M; KULJANIĆ, K; PETROVIĆ, O. Stress and anxiety in relation to amniocenteses: do women who perceive their partners to be more involved in pregnancy feel less stressed and anxious? **Croat Med J.** v.51, n.2, p. 137-143, apr 2010.

BREITKOPF, C. R et al. Os sintomas de ansiedade durante a gestação e pós-parto. J. **Obstet. Gynaecol. Psychosom**. v.27, n.3, p.157-162, set. 2006.

BROUWERS, E. P. M; VAN BAAR, A. L; POP, V. J. M. Maternal anxiety during pregnancy and subsequent infant development. **Infant Behavior & Development**, v.24, n.1, p. 95-106, 2001.

BROCKINGTON, I. Postpartum psychiatric disorders. **The Lancet**, v.363, p303-310, jan 24, 2004.

BUIST, A; JANSON, H. Childhood sexual abuse, parenting and postpartum depression –a 3-year follow-up study. **Child Abuse & Neglect**, v.25, p. 909-921, 2001.

BUITELAAR, J. K., et al. Prenatal stress and cognitive development and temperament in infants. **Neurobiology of Aging**, v.24, n.1, p. S53-S60, 2003.

BURSTEIN, I et al. Anxiety, pregnancy, labor, and the neonate. **Am. J. Obstet. Gynecol**, v.118, n.2, p. 195- 199, 1974.

BUSNEL, M. C. Os efeitos do stress materno sobre o feto e o recém-nascido. In: WILHEIM, J. (Org). **Relação mãe-feto visão atual das neurociências**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 58-70.

BUSNEL, M. C. A sensorialidade do feto e do recém-nascido. In: WILHEIM, J. (Org). **Relação mãe-feto visão atual das neurociências**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p.13-30.

CAMACHO, R. S et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v33, n.02, p.92-102, 2006.

CAMELO, S. H. H; ANGERAMI, E. L.S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12. n.1, p.14-21, jan-feb. 2004.

CAMPOS, R. C. Processo gravídico, parto e prematuridade: Uma discussão teórica do ponto de vista do psicólogo**. Análise Psicológica,** v.1, n.18, p.15-35, 2000.

CAPLAN, G. **Princípios de psiquiatria preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

CHARMANDARI, E et al. Pediatric stress: Hormonal mediators and human development. **Hormone Research**, v.59, n.4, p.161-179, 2003.

CHUNG, T. K. H et al. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. **Psychosomatic Medicine**, v.63, p.830-834, 2001.

CLARK, L. A; WATSON, D. Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implication. **Journal of Abnormal Psychology**, v.100, n.03, p.316-336, 1991.

COATES, A. O; SCHAEFER, C. A; ALEXANDER, J. L. Detection of postpartum Depression and anxiety in a large health Plan. **Journal of Behavioral Health Services & Research**, v.31, n.2, p.117-133, 2004.

CONDE, A; FIGUEIREDO, B. Ansiedade na gravidez: fatores de risco e implicações para a saúde e bem estar da mãe. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo v. 24, n. 3, p.197-209, 2003. Disponível em: https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4217. Acessado em 28 de janeiro de 2011.

COOKSON, H et al. Mothers' anxiety during pregnancy associated with asthma in ther children. **J. Allergy Clin. Immunol**, v.123, n.4, p. 847-853e11, apr. 2009.

CORREIA, L. L; LINHARES, M. B. M. Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: revisão da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.4, p.677- 683, jul/ago. 2007.

COSTA, D et al. Variations in stress levels over the course of pregnancy: factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy- specific stress. **Journal Psychosomatic Research** , v.47, n.6, p.609-621, 1999.

CORREIA, L. L; CARVALHO, A. E. V; LINHARES, M. B. M. Conteúdos verbais expressos por mães de bebês prematuros com sintomas emocionais clínicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n.1, p.64-70, Jan-Feb. 2008.

COX, J. L; CONNOR, J. L. C. Y; KENDELL, R. E. Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. **Brit. J. Psychiat**, v.140, p.11-117, 1982.

COX, J. L; HOLDEN, J. M; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **British Journal of Psychiatry**, v.150, p.782-786, 1987.

CRUZ, E. B.S; SIMÕES, G. L; CURY, A. F. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.27, n.4, p.181-188, 2005.

DAVIS, E. P; SANDMAN, C. A. The timing of prenatal exposure to maternal cortisol and psychosocial stress is associated with human infant cognitive development, **Child Development**, v.81, n.1, p.131-148, jan. 2010.

DE FELICE, E. M. **A psicodinâmica do puerpério**. São Paulo: Vetor, 2000.

DEMETRIO, F. N; MINATOGAWA-CHANG, T. M. Hormônios sexuais e sistema nervoso central. In: VASCONCELOS, A. A. J; TENG, C. T. (Org). **Psiquiatria Perinatal**: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Atheneu, 2010. cap.1, p.1-16.

DIEGO, M. A et al. Maternal psychological distress, prenatal cortisou and fetal weigth. **Psychosomatic Medicine**, v.68, n.5, p.747-753, 2006.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.627-635, jul/set 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413 81232005000300019&script=sci_arttex t&tlng=ES Acessado em 28 de Janeiro de 2011.

DIPIETRO, J. A; COSTIGAN, K. A; GUREWITSCH, E. Fetal response to induced maternal stress. **Early Human Development**, v.74, n.2, p.125-138, nov 2003.

DIPIETRO, J. A. Psychological and psychophysiological considerations regarding the maternal-fetal relationship. **Infant and Child Development**, v.19, p.27-38, 2010.

DUARTE, D; HÜBNER, M. M. C. Ansiedade, bruxismo e aprendizagem: uma análise comparativa em alunos da 7ª série do ensino fundamental. **Psicologia: Teoria e Prática**, v.1, n.2, p.43-52, 1999.

EBERHARD-GRAN, M et al. A comparison of anxiety and depressive symptomatology in postpartum and non-postpartum mothers. **Soc. Psychiatry. Psychiatr. Epidemiol**, v.38, p.551-556, 2003.

ENTRINGER, S et al. Attenuation of maternal psychophysiological stress responses and the maternal cortisol awakening response over the course of human pregnancy. **PubMed Central**, v13, n.3, p.258-268, may 2010.

EVANS, J et al. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. **BMJ**, v.323 p. 257-260, 15 may 2009.

FAISAL-CURY, A; TEDESCO, J. J de A. Características psicológicas da primigestação. **Psicologia em Estudo,** Maringá**,** v. 10, n. 3, p. 383-391, set/dez. 2005.

FAISAL-CURY, A; MENEZES, P. R. Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 171-178, mar. 2006.

FAISAL-CURY, A; MENEZES, P. Fatores associados à preferência por cesariana. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.2, p.226-232, 2006.

FAISAL-CURY, A; MENEZES, P. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. **Arch. Womens Ment Health**, v.10, p.25-32, 2007.

FAISAL-CURY, A; MENEZES, P; ARAYA, R; ZUGAIB, M. Common mental disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo-Brasil. **Arch. Womens Ment Health**, v.12, p.335-343 2009.

FAISAL-CURY, A; MENEZES, P; ARAYA,R; ZAGAIB,M. Common mental disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo, Brazil: depression and anxiety during pregnancy. **Arch Womens Ment Health,** v.12, n.5, p.335-343, oct. 2009.

FALCONE, V. M. et.al. Atuação Multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 612-618, ago. 2005.

FELICE, E. M. **A psicodinâmica do puerpério.** São Paulo: Vetor, 2000.

FLORIO, P et al. Placental stress factors and maternal-fetal adaptive response. **Endocrine**, v.19, n.1, p. 91-102, oct. 2002.

FONSECA, V. R. J. M; SILVA, G. A; OTTA, E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.4, p.738-746, abr. 2010.

FRAGA, D.A.; LINHARES, M.B.M.; CARVALHO, A.E.V.; MARTINEZ, F.E. Desenvolvimento de bebês prematuros relacionado a variáveis neonatais e maternas. **Psicologia em Estudo, Maringá,** v. 13, n. 2, p. 335-344, abr./jun. 2008.

FREITAS, G.. V. S; BOTEGA, N. J. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 245-249, jul/set. 2002.

FRIZZO, G. B; PICCININI, C. A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.10, n.1, p.47-55, jan/abr. 2005.

GAMA, S. G. N; SZWARCWALD, C. L; Leal, M. C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. **Cad Saúde Pública**, v.18, p.153-61, 2002.

GIANLUPI, A. G.. F. **Tornar-se mãe:** a maternidade da gestação ao primeiro ano de vida do bebê. Porto Alegre: Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Tese de Doutorado, 2003.

GLOVER, V. Maternal stress or anxiety in pregnancy and emotional development of the child. **British Journal of Psychiatric**, v.171, n.2, p. 105-106, 1997.

GOMES, A. G; GUEDES, C. R. A preparação para o parto como prevenção primária com grupos de sala de espera: a experiência de trabalho interprofissional. **Rev. Psic. Hospitalar**, São Paulo, v.2, n.2, p.0-0, dez 2002. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid =S167774092004000200005&lng=pt&nrm=iso>.ISSN 1677-7409. Acessado em 28 de janeiro de 2011.

GOMES, A. G; PICCININI, C. A. A ultra-sonografia obstétrica e a relação materno-fetal em situações de normalidade e anormalidade fetal. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 22, n. 4, p.381-393, out/dez. 2005.

GOULART JUNIOR, E; LIPP, M. E. N. Estresse entre professoras do ensino fundamental de escolas públicas estaduais. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.13, n.4, p.847-857, out/dez. 2008.

GRAEFF, F. G.. Ansiedade, pânico e o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.29, sup.01, p.s3-s6, mai. 2007.

GUTTELING, B. M et al. The effects of prenatal stress on temperament and problem behavior of 27-month-old toddlers. **European Child & Adolescent Psychiatric**, v.14, n.1, p. 41-51, 2005.

HANNA, B; JARMAN, H; SAVAGE, S. The clinical application of three screening tools for recognizina post-partum depression. **International Journal of Nursing Practice**, v.10, n.2, p.72-79, 2004.

HAROLD, G. T et al. The links between prenatal stress and offspring development and psychopathology: disentangling environmental and inherited influences. **Psychol. Med**, v.40, n.2, p.335-345, 2010.

HARVEY, E. **Depressão pós-parto**: esclarecendo suas dúvidas.São Paulo: Ágora, 2002.

HASHIN, T. J; MOAWED, S. A. The relation of low birth weight to psychosocial stress and maternal anthropometric measurements. **Saudi Medical Journal**, v.21, n7, p.649-654, 2000.

HAY, D. F; PAWLBY, S; PERRA, C. S.W. O; SHARP, D. Mothers' antenatal depression and their children's antisocial outcomes. **Child Development**, v.81, n.1, p. 149-165, fev. 2010.

HERON, J et al. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. **J. Affect. Disord**, v.80, n.1, p. 65-73 may 2004.

HODNETT, E. D; FREDERICKS, S; WESTON, J. Support during pregnancy for women at increased risk of low birth weight babies. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n.9, 2010.

HORIGUCHI, A. S et al. Avaliação do nível de stress em mulheres no início, intermédio e na vida adulta avançada. In: Congresso Brasileiro de Psicologia Ciência e Profissão, 3., 2010, São Paulo. **Anais eletrônicos Congresso Brasileiro de Psicologia Ciência e Profissão.** São Paulo, 2010. Disponível em: http://www.cienciaeprofissao.com.br/III/anais/detalhe.cfm?idTrabalho=9825. Acesso em 16 nov. 2010.

HUIZINK, A. C et al. Psychological measures of prenatal stress as predictors of infant temperament. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatric**, v. 41, n. 9, p.1078-1085, 2002.

IATRAKIS, G. M et al. Vomiting and náusea in the first 12 weeks of pregnancy. **Psychother Psychosom**, v.49, n.1, p.22-24, 1988.

JO KAY, C et al. Paternal support and preterm birth, and the moderation of effects of chronic stress: a study in Los Angeles County Mothers. **Arch. Womens Ment Health**, v.13, p.327-338, 2010.

KISILEVSKY, B. S; HAINS, S. M. J. Exploring the relationship between fetal heart rate and cognation. **Infant and Child Development**, v.19, p. 60-75, 2010.

KLAUS, M. H; KENNELL, J. H. **Pais/bebê**: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KURKI, T et al. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. **Obstetrics & Gynecology**, v.95, n.4, p.487- 490, april 2000.

LANCASTER, C. A et al. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. **Am. J. Obstet. Gynecol**. v.202, n.1, p.5-14, jan. 2010.

LANGER, M. **Maternidade e sexo**: estudo psicanalítico e psicossomático. 2ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

LEVANDOWSKI, D. C; ANTONI, C.; KOLLER, S.H. PICCININI, C.A. Paternidade na adolescência e os fatores de risco e de proteção para a violência na interação pai-criança. **Interação.** v.07, n.13, p.77-100, 2002.

LEVINE, R. E et al. Anxiety disorders during pregnancy and postpartum. **American Journal of Perinatology**, v.20, n.5, p.239-248, 2003.

LIPP, M. N. **Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

LOBEL, M; DUNKEL-SCHETTER, C, SCRIMSHAW, S. C. M. Prenatal maternal stress and prematurity: A prospective study of socioeconomically disadvantaged women. **Health Psychology**, v.11, n.1, p.32-40, 1992.

MAGALHAES, A C et al. CRF receptor 1 regulates anxiety behavior via sensitization of 05-HT2 receptor signaling. **Nature Neurocience**. v.13, p.622-629. 2010.

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

MALDONADO, M. T; CANELLA. P. **A relação médico-cliente em ginecologia e obstetrícia**. 2ª ed. São Paulo: Roca, 1988.

MALDONADO, M. T; DICKSTEIN, J. **Nós estamos grávidos**. São Paulo: Integrare, 2010.

MANCUSO, R.A et al. Maternal prenatal anxiety and corticotropin- releasing hormone associated with timing of delivery. **Psychosomatic Medicine**, v.66, n.5, p.762-769, 2004.

MARGIS, R et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Rev. Psiquiatria. RS**, v.25, n (suplemento 1), p.65-74, Abr 2003.

MATTAR, R et al. A violência domestica como indicador de risco no rastreamento de depressão pós-parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.29, n.9, p.470-477, 2007.

MATTHEY, S et al. Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? **J. Affect. Disord**, Sydney-Australia, v.74, n.2, p.139-147, apr 2003.

McCORMICK, M. C et al. Factors associated with smoking in low-income pregnant women: relationship to birth weight, stressful life events, social support, health behaviors and mental distress. **Journal. Clinical. Epidemiology**, v.43, n.5, p.441-448, 1990.

McMAHON, C et al. Postnatal depression, anxiety and unsettled infant behaviour. **Australian and new Zealand Journal of Psychiatric**, n.35, p.581-588. 2001.

MEARES, R; GRIMWADE, J; WOOD, C. A possible relationship between anxiety in pregnancy and puerperal depression. **Journal of Psychosomatic Research** , v.20, n.6, p.605-610, 1976.

MELNYK, B. M; CREAN, H. F; FEINSTEIN, N. F; FAIRBANKS, E. Maternal anxiety and depression following a premature infants' discharge from the NICU: Explanatory effects of the COPE program. **Nurs Res**., v.57, n.6, p.383-394, nov. 2008.

Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira: construindo uma agenda nacional**. Brasília –DF, 2000.

MONTENEGRO, A. C. P et al. Evaluation of levels of cortisol in saliva using electro-chemical luminescence in low-risk and high-risk pregnancies. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.10, n.1, p.69-74, jan/mar 2010.

MONK, C et al. Effects of women's stress-elicited physiological activity and chronic anxiety on fetal heart rate. **Developmental and Behavioral Pediatrics**. USA, v.24, n.1, p.32-38, feb 2003.

MONK, C. Stress and mood disorders during pregnancy: implications for child development. **Psychiatric Quarterly**, v.72, n.4, p.347- 357, 2001.

MONK, C et al. Maternal stress responses and anxiety during pregnancy: effects on fetal heart rate. **Developmental Psychobiology**, v.36, n.1, p.67-77, 2000.

MORAES, I. G. S et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.1, p.65-70, 2006.

MOTTA, M. G; LUCION, A.B; MANFRO, G. G. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento biológico e psicológico da criança. **Revista de Psiquiatria**, v.27, n.2, p.165-176, mai/ago. 2005.

MYERS, R. E. Production of fetal asphyxia by maternal psychological stress**. Pav. J. Biol. Sci**, v.12, n.1, p.51-62, jan/mar. 1977.

NASCIMENTO, S. R. C, et al. Fatores de risco para depressão na gestação. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**. v.11, n2, p.18-23, 2009.

O'CONNOR, T. G; HERON, J; CLOVER, V. Antenatal Anxiety Predicts Child Behavioral/Emotional Problems Independently of Postnatal Depression. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 41, n. 12, p. 1470-1477, Dec. 2002.

O'CONNOR, T. G et al. Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years: Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. **The British Journal of Psychiatry**, v.180, n.6. p.502-508, june. 2002.

O'CONNOR, T. G; HERON, J; GOLDING, J; GLOVER, V. Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 44, n.7, p.1025-1036, oct. 2003.

O'CONNOR, T. G et al. Prenatal anxiety predicts individual differences in cortisol in pre-adolescent children. **Biological Psychiatric**, v.58, n.3, p.211-217, aug 2005.

PADOVANI, F. H. P. **Indicadores emocionais de ansiedade, disforia e depressão e verbalizações materna acerca do bebê, da amamentação e da maternidade em mães de bebês nascidos pré-termo de muito baixo peso, durante a hospitalização do bebê e após a alta comparadas a mães de bebês nascidos a termo**. São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP – Dep. de Psicologia e Educação, 2005.

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

PEREIRA, P. K; LOVISI, G. M; LIMA, L. A; LEGAY, L. F. Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez, em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. **Revista de psiquiatria Clínica.** São Paulo, v.37, n.5,p.216222,2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000500006. Acessado em 28 de janeiro de 2011.

PEROSA, G. B; SILVEIRA, F. C. P; CANAVEZ, I. C. Ansiedade e depressão de mães de recém-nascidos com malformações visíveis. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.24, n.1, p.29-36, jan-mar. 2008.

PEROSA, G. B et al. Sintomas depressivos e ansiosos em mães de recém-nascidos com e sem malformações. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.31, n.9, p.433-439, 2009.

PETER, J et al. Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth: a prospective study of prevalence, incidence, course and nature. **British Journal of Psychiatric**, v.152, p. 799-806, 1988.

PICCININI, C. A et al. O bebê imaginário e as expectativas quanto ao futuro do filho em gestantes adolescentes e adultas. **Interação**, São Paulo, v.8, n.16, p.81-108, dez. 2003.

PICCININI, C. A et al. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. **Revista Psicologia Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.20, n.3, p.223-232, set/dez. 2004.

PICCININI, C. A; LOPES, R. S; GOMES, A. G; NARDI, T. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.13, n.1, p.63-72, mar. 2008.

PINTO, I. D; PADOVANI, F. H.P; LINHARES, M. B. M. Ansiedade e depressão materna e relatos sobre o bebê prematuro. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.25, n.1, p 75-83, jan/mar. 2009.

PRIMO, C.C; AMORIN, M.H.C. Efeitos do relaxamento na ansiedade e nos níveis de IGA salivar de puérperas. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v.16, n1, p.36-41, jan/fev 2008.

RAPOPORT, A; PICCININI, C. A. Apoio social e experiência da maternidade. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. São Paulo, v.16, n.1, p.85-96, abr 2006.

Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSA. **Indicadores e dados básicos para a saúde - 2007** (IDB-2007). Tema do ano: nascimentos no Brasil. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/tema.pdf. Acessado em 28 de janeiro de 2011.

RIBEIRO, J. L. P; HONRADO, A; LEAL, I. Contribuições para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. **Psicologia, Saúde & Doença**, v.5, n.2, p.229-239, 2004.

RIBEIZ, S. R. I; MINATOGAWA-CHANG, T. M; TUNG TENG, C. Depressão pós-parto. In: VASCONCELOS, A. A. J; TUNG TENG, C. (Org.). **Psiquiatria perinatal**: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Atheneu, 2010. cap.6, p.89-105.

RIGHETTI, V. M; BOUSQUET, A; MANZANO, J. Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18 month-old-infant. **European Child and Adolescent Psychiatry**, v.12, n.2, p.75-83, 2003.

ROSS, L.E et al. Measurement issues in postpartum depression part 1: anxiety as a feature of postpartum depression. **Archives of women's Mental Health**, Austria, v.6, n.1, p.51-57, feb. 2003.

RUGOLO, L. M. S. S et al. Sentimentos e percepções de puérperas com relação à assistência prestada pelo serviço materno-infantil de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.** Recife, v.4, n.4, p.23-433, 2004. Disponível

em: http://www.Scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000400012. Acessado em 28 de Janeiro de 2011.

SANTOS, A. M; CASTRO, J. J. Stress. **Análise Psicológica**, v.4, n.16, p.675-690, 1998.

SANTOS, M. F. S. **Depressão no pós-parto:** validação da escala de Edimburgo em puérperas brasilienses. 1995. 119 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Instituto de Psicologia, UNB, Brasília, 1995.

SILVA, R. A et al. Transtornos mentais comuns e autoestima na gestação: prevalência e fatores associados. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.26, n.9, p.1832-1838, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000900016 Acessado em 28 de janeiro de 2011.

SHEA, A. K et al. The effect of depression, anxiety and early life trauma on the cortisol awakening response during pregnancy: preliminary results. P**sychoneuroendocrinology**, v.32, n. 8-10, p.1013-1020, sep/nov 2007.

SCHIAVO, R. A; BORMIO, S. N. G. A primigesta e o sexo do bebê: um estudo exploratório. **Revista Perspectiva**, Erexim, v.32, n.120, p.93-103, Dez 2008.

SCHIAVO, R. A; RODRIGUES, O. M. P. R. Indicadores de stress na gestação. In: Congresso de stress da ISMA-BR, 10., 2010, Porto Alegre. **Anais do 10° Congresso de Stress da ISMA-BR, 12º Fórum Inter. de Qual. de Vida no Trabalho, 2° Enc. Nac. de Qual. de Vida na Segur. Públ., 2° Enc. Nac. de Qual. de Vida no Serv. Públ**. Porto Alegre: ISMA, 2010. 1 CD-ROM. Disponível em:http://www.ismabrasil.com.br/tpls/163.asp?idCadastro=332&idPg=803&mAb=n. Acesso em 16 nov. 2010.

SCHMIDT, E. B; PICCOLOTO, N. M; MÜLLER, M. C. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psico-USF**, v.10, n.1, p.61-68, jan/jun. 2005.

SCHWENGBER, D. D. S; PICCININI, C. A. Depressão maternal e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.20, n.3, p.233-240, sep/dec. 2004.

SCHWENGBER, D. D. S; PICCININI, C. A. A experiencia da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê. **Estudo de Psicologia**, Campinas, v.22, n.2, p.146-153, abr/jun. 2005.

SEGATO, L et al. Ocorrência e controle do estresse em gestantes sedentárias e fisicamente ativas. **Revista da educação Física/UEM**, Maringá, v.20, n.1, p.121-129, 1.trim. 2009.

SEVASTANO, H; PEREIRA NOVO, D. Aspectos psicológicos da gestante sob o ponto de vista da teoria do núcleo do eu. **Rev. Saúde. Públ**, São Paulo, v.15, n.1, p.101-110, fev. 1981.

SILVA, M. R; PICCININI, C. A. Paternidade no contexto da depressão pós-parto materna: revisando a literatura. **Estudos de Psicologia**, v.14, n.1, p.05-12, jan-abr. 2009.

SJÖSTRÖM, K; VALENTIN, T. T; MARSÁL, K. Maternal anxiety in late pregnancy: effect on fetal movements and fetal heart rate. **Early Human Development**. v.67, n.1-2, p.87-100, apr. 2002.

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

SPIELBERGER, C. D; GORSUCH, R. L; LUSHENE, R. E. **Inventário de ansiedade traço-estado (IDATE)**. Tradução e adaptação BIAGGIO, A. 2.ed. Rio de Janeiro: CEPA, 2003.

SOUZA, I. C et al. Alterações corporais e psíquicas durante a gestação. **Webartigos**. 28/03/2009. Disponível em: http://www.webartigos.com/articles/16067/1/ALTERACOESCORPORAIS-E PSIQUICAS-DURANTE-A-GESTACAO/pagina1.html. Acessado em 28 de janeiro de 2011.

SZEJER, M; STEWART, R. **Nove meses na vida da mulher**: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

TACHIBANA, M et al. Hiperemese gravídica: estudo de caso dos aspectos psicológicos presentes na gestante. **Psicologia Hospitalar**. São Paulo, v.04, n.02, p.1-22, ago. 2006.

TAKIUT, N. H; KAHHALE, S. Estresse e pré-eclampsia. v.42, n.2, p.88-89, abr/jun 2001.

TALGE, N. M; NEAL, C; GLOVER, V. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment : how and why? **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 48, n. 3-4, p. 245-261, mar/apr 2007.

TEDESCO, J. J de A. **A grávida**: suas indagações e as dúvidas do obstetra. São Paulo: Atheneu, 2002.

TEDESCO, R. P et al. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.26, n.10, p.791-798. 2004.

TEXEIRA, J. M. A; FISK, N. M; GLOVER, V. Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. **British Medical Journal**, v.318 16 de Janeiro p. 153-157, 1999. Disponível em: http://www.bmj.com/cgi/reprint/318/7177/153.pdf. Acesso em: 03 jul. 2008.

VALLOTO, S. S; ALMEIDA, D.P; CAPARROZ, S.A. C. Psicoprofilaxia da gravidez: o preparo físico e emocional para gestantes. In: Fórum de Extensão e Cultura da UEM: Perspectivas da Extensão Universitária e da Prestação de Serviços, 4.; 2006, **Maringá. Anais do IV Fórum de Extensão e Cultura da UEM Maringá**: Arq. Um. 2006. p.269-270.

VAN DEN BERGH, B. R.H. The influence of maternal emotions during pregnancy on fetal and neonatal behavior. **Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Helth**, v.5, n.2, p.119-130 1990.

VAN DEN BERGH, B. R. H; MULDER, E. J.H; MENNES, M; GLOVER, V. Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioral development of the fetus and child: links and possible mechanisms. A review. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v.29, n.2, p.237-258, apr. 2005.

VAN DEN HOVE, D. L.A et al. Prenatal stress and neonatal rat brain development. **Neuroscience**, v.137, n.1, p.145-155, 2006.

VERDOUX, H; SUTTER, A. L; GLATIGNY-DALLAY, E; MINISINI, A. Obstetrical complications and the development of postpartum depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. **Acta Psychiatric Scand**, v.106, p.212-219, 2002.

WADHWA, P. D et al. The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation. **Am J Obstet Gynecol**, v.169, n.4, p.858-865, oct. 1993.

WATSON, J. B; MEDNICK, S. A; HUTTUNEN, M; WANG, X. Prenatal teratogens and the development of adult mental illness. **Development and Psychopathology**, v.11, n. 3, p. 457-466, 1999.

WEAVER, K; CAMPBELL, R; MERMELSTEIN, R; WAKSCHLAG, L. Pregnancy smoking in context: the influence of multiple levels of stress. **Nicotine & Tabacco Research**, v.10, n.6, p.1065-1073, jun. 2008.

WEINSTOCK, M. The potential influence of maternal stress hormones on development and mental hearth of the offspring. **Brain, Behavior, and Immunity**, v.19, n.4, p.296-308, 2005.

WENZEL, A; HAUGEN, E. N; JACKSON, L. C; BRENDLE, J. R. Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. **Journal of Anxiety Disorders**, v.19, n.3, p.295-311, 2005.

WILHEIM, J. **O que é psicologia pré-natal**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

WOOD, S. M et al. Psychosocial stress during pregnancy. **Am. J. Obstet. Gynecol**, v.202, p. 61 e 1-7, jan. 2010.

WRIGHT, R. J et al. Prenatal maternal stress and cord blood innate and adaptive cytokine responses in an inner-city cohort. **Am J Respir Crit Care Med**, v.182, n.1, p. 25-33, 2010.

ANEXO 1

EPDS

Abaixo há um questionário para você responder. Trata-se de algumas afirmações que descrevem sentimentos pessoais. Leia com toda atenção as afirmações e assinale com um círculo, um dos números (0, 1, 2 ou 3) à direita de cada afirmativa. Não há respostas certas ou erradas será levada em conta a sua avaliação pessoal.

1) Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas:
Como eu sempre fiz 0
Não tanto quanto antes 1
Sem dúvida menos que antes 2
De jeito nenhum 3

2) Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia:
Como sempre senti 0
Talvez menos do que antes 1
Com certeza menos 2
De jeito nenhum 3

3) Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas:
Sim, na maioria das vezes 3
Sim, algumas vezes 2
Não muitas vezes 1
Não, nenhuma vez 0

4) Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão:
Não, de maneira nenhuma 0
Pouquíssimas vezes 1
Sim, algumas vezes 2
Não, nenhuma vez 3

5) Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo:
Sim, muitas vezes 3
Sim, algumas vezes 2
Não muitas vezes 1
Não, nenhuma vez 0

6) Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia
Sim, na maioria das vezes não consigo lidar bem com eles 3
Sim, algumas vezes não consigo lidar bem como antes 2
Não, na maioria das vezes consigo lidar bem com eles 1
Não, consigo lidar com eles tão bem quanto antes 0

7) Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir:
Sim, na maioria das vezes 3
Sim, algumas vezes 2

Não muitas vezes 1
Não, nenhuma vez 0

8) Eu tenho me sentido triste ou arrasada:
Sim, na maioria das vezes 3
Sim, muitas vezes 2
Não muitas vez 1
Não, nenhuma vez 0

9) Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado
Sim, quase todo tempo 3
Sim, muitas vezes 2
De vez em quando 1
Não, nenhuma vez 0

10) A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça:
Sim, muitas vezes, ultimamente 3
Algumas vezes nos últimos dias 2
Pouquíssimas vezes, ultimamente 1
Nenhuma vez 0

APENDICE 1
(Para seleção de participantes)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Etapa 1)

Eu,_____, RG nº:_____, autorizo a utilização dos dados obtidos na primeira fase da pesquisa: **"PRESENÇA DE STRESS E ANSIEDADE NO TERCEIRO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO E NO PÓS-PARTO"** para eventual comunicação, publicação e/ou reprodução dos mesmos em trabalho científico, ressalvando o sigilo e a ética no que se refere a qualquer informação que permita a minha identificação. Estou ciente de que não terei nenhum ônus referente a participação na mesma e que poderei deixar de participar a qualquer tempo sem prejuízo de outras atividades por mim usufruídas nesta Unidade Básica de Saúde.

Em caso de dúvidas procurar por Rafaela Almeida Schiavo, no Centro de Psicologia Aplicada, UNESP, fone (14) 3103 6087.

Bauru, ____ de _____de _____

_____

(Assinatura)

Aplicador: _____

APENDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Etapa 2)

Eu,_____, RG nº:_____, autorizo a utilização dos dados obtidos na pesquisa: **"PRESENÇA DE STRESS E ANSIEDADE NO TERCEIRO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO E PÓS-PARTO"** para eventual comunicação, publicação e/ou reprodução dos mesmos em trabalho científico, ressalvando o sigilo e a ética no que se refere a qualquer informação que permita a minha identificação. Estou ciente de que não terei nenhum ônus referente a participação na mesma e que poderei deixar de participar a qualquer tempo sem prejuízo de outras atividades por mim usufruídas nesta Unidade Básica de Saúde.

Em caso de dúvidas procurar por Rafaela Almeida Schiavo, no Centro de Psicologia Aplicada, UNESP, fone (14) 3103 6087.

Bauru, ____ de _____de _____

_____

(Assinatura)

Aplicador: _____

APENDICE 3
Entrevista Inicial

NOME:_____Data de nascimento: __/__/__IDADE_____

ENDEREÇO:_____Nº _____

CIDADE:_____ESTADO:_____CEP:_____

TELEFONE (RES) ( )_____CELULAR:_( )_____

Estado civil: ( ) união estável ( ) casada ( ) solteira ( ) namorando

Escolaridade: ( ) analfabeta ou com ensino fundamental incompleto ( ) ensino fundamental ( ) ensino médio completo ( ) ensino superior completo

Condição ativa: ( ) empregada ( ) desempregada

Salário: ( ) até um salário mínimo
( ) de 1 – 3 salários mínimo
( ) 3 – 6 salários mínimo
( ) acima de 6 salários mínimo

Tem algum problema de saúde? ( ) sim ( ) não Qual?_____

Desenvolveu algum problema de saúde durante a gestação? ( ) sim ( ) não Qual?_____

Teve ameaça de aborto? ( ) sim ( ) não

Teve algum abortamento anterior a esta gestação? ( ) sim ( ) não. Quantos?_____

Esta gravidez foi planejada? ( ) sim ( ) não

O bebê foi desejado por você? ( ) sim ( ) mais ou menos ( ) não

O bebê foi desejado por seu parceiro(a)? ( ) sim ( ) mais ou menos ( ) não

APENDICE 4

Questionário referente ao parto, nascimento e rotina de cuidados com o bebê

Nome: Idade:

Dados a respeito do parto:

1. Como foi seu parto? ( ) Vaginal ( ) Cesárea ( ) Fórceps ( ) Outro_____

2. Caso tenha sido por cesárea, foi marcada antecipadamente? ( ) Sim ( ) Não Porque? _____

3. Quanto tempo durou seu trabalho de parto? Desde as primeiras contrações até o nascimento ( ) até 6 horas ( ) de 6 a 12 horas ( ) acima de 12 horas

4. Onde foi o seu parto: ( ) No Hospital ( ) Na sua casa ( ) outros. Se outros, onde? _____.

5. Alguém te acompanhou na sala de parto? ( ) Sim ( ) Não Porque? _____

6. Se alguém te acompanhou na sala de parto, quem foi esta pessoa? ( ) Seu Companheiro(a) ( ) Alguém da sua família ( ) Uma Doula. ( ) Outra pessoa. Se familiares, quem da família te acompanhou? _____.

7. Ocorreu problemas com você durante o parto ( ) Sim ( ) Não. Se sim, o que ocorreu? _____.

Dados a respeito do nascimento

8. O seu bebê nasceu ( ) A termo (completou nove meses) ( ) Prematuro (antes de completar nove meses)

9. Você precisou ficar internada após o parto? ( ) Sim ( ) Não. Se sim, quanto tempo e qual o motivo?_____

10. O seu bebê precisou ficar internado? ( ) Sim ( ) Não. Se sim quanto tempo e qual o motivo?_____.

11. Seu bebê precisou ir para incubadora? ( ) Sim ( ) Não Se sim, você sabe o motivo?_____

12. Qual era o peso do seu bebê quando nasceu? ( ) acima de 2500Kg ( ) a baixo de 2500Kg

13. Seu bebê após o nascimento ficou no mesmo quarto que você? ( ) Sim ( ) Não

14. Se sim, quanto tempo seu bebê ficou com você no mesmo quarto? ( ) até 3 horas ( ) até seis horas ( ) até 12 horas ( ) acima de 12 horas

15. Amamentou o seu bebê ao seio na primeira hora após o nascimento? ( ) Sim ( ) Não

Rotina de cuidados com o bebê

16. Hoje como é a alimentação de seu bebê? ( ) Apenas no seio ( ) no seio e na mamadeira ( ) somente na mamadeira

17. Como se sentiu nos primeiros cuidados com o bebê (banho, alimentação, troca de roupa etc) ( ) muito segura ( ) segura ( ) insegura ( ) muito insegura

Nas questão 18 e 19 você pode assinalar mais do que uma alternativa.

18. Você está considerando ser mãe, uma tarefa ( ) fácil ( ) difícil ( ) irritante ( ) gratificante.

19. Você considera seu bebê na maior parte do tempo ( ) tranqüilo ( ) inquieto ( ) chorão ( ) alegre ( ) doente ( ) saudável ( ) bravo ( ) calmo ( ) triste

20. Você recebeu o recebe ajuda nos cuidados com o bebê ( ) sim ( ) não

21. Se sim, quem te ajuda? ( ) parceiro(a) ( ) Mãe/Pai ( ) Sogra(o) ( ) Irmã(o) ( ) Cunhada(o) ( ) Amiga (o) ( ) Outra pessoa_____

22. Recebeu ou recebe ajuda nos cuidados com a casa? ( ) sim ( ) não

23. Se sim, quem te ajudou? ( ) parceiro(a) ( ) Mãe/Pai ( ) Sogra(o) ( ) Irmã(o) ( ) Cunhada(o) ( ) Amiga(o) ( ) Empregada ( ) Outra pessoa_____

24. Com quem o bebê fica a maior parte do tempo? ( ) comigo mesma ( ) minha mãe/pai ( ) minha sogra(o) ( ) meu parceiro(a) ( ) outra pessoa_____

APENDICE 5

Resultados da Entrevista Inicial

Dados Sociodemográficos	**Adolescentes N= 25(39%)**		**Adultas N= 39(61%)**		**Total N=64 (100%)**
Escolaridade	N	%	N	%	N
Ens.Fund.Incompleto	2	3	1	2	3
Ens. Fund. Completo	12	19	4	6	16
Ens. Médio Completo	11	17	25	39	36
Superior Completo	0	0	9	14	9
Estado Civil					
União estável	15	24	33	51	48
Solteiras	4	6	3	5	7
Namorando	6	9	3	5	9
Condição Ativa					
Empregada	3	5	20	31	23
Desempregada	22	34	19	30	41
Ocorrência de Abortamento					
Ameaça de Aborto	1	2	5	8	6
Abortamento anterior	1	2	6	9	7
Planejamento da gravidez					
Sim	7	11	22	34	29
Não	18	28	17	27	35
Gravidez desejada					
Sim	16	25	29	45	45
Mais o menos	5	8	5	8	10
Não	4	6	5	8	9
Gravidez desejada pelo parceiro					
Sim	15	23	32	50	47
Mais ou menos	4	6	2	3	6
Não	6	9	5	8	11
Saúde antes da gestação					
Boa	24	37	36	56	60
Ruim	1	2	3	5	4
Saúde na gestação					
Boa	25	39	33	52	58
Ruim	0	0	6	9	6

APENDICE 6

Resultado da aplicação do questionário referente ao parto, nascimento e rotina de cuidados com o bebê

Questionário	Resultados	
	Frequência	%
Parto		
Vaginal	30	47
Cesárea	31	48
Fóceps	3	5
Cesárea agendada?		
Sim	7	23
Não	24	77
Tempo de trabalho de parto		
Até 6 horas	30	47
De 6 a 12 horas	16	25
Acima de 12 horas	18	28
Local do parto		
Hospital	64	100
Outros	0	0
Acompanhante na sala de parto		
Sim	14	22
Não	50	78
Se, sim quem acompanhou		
Companheiro	9	64
Familiar	4	29
Doula	1	7
Ocorrência de problemas no parto		
Sim	12	19
Não	52	81
Nascimento		
A termo	55	86
Prematuro	9	14
Precisou ficar internada após o parto		
Sim	4	6
Não	60	94
Bebê precisou ficar internado		
Sim	7	11
Não	57	89
Bebê precisou ficar na incubadora		
Sim	3	5
Não	61	95
Peso do bebê ao nascimento		
Acima de 2.5kg	60	94
A baixo de 2.5kg	4	6
Mãe e bebê ficaram no mesmo quarto		
Sim	58	90
Não	6	10
Se sim, por quanto tempo		
Até 6 horas	1	2
Até 12 horas	3	5
Acima de 12 horas	54	93
Amamentou o bebê na primeira hora		
Sim	29	45
Não	35	55
Alimentação do bebê no dia da entrevista		
Seio	24	37

Questionário	Resultados	
	Frequência	%
Mista (artificial + seio)	28	44
Artificial	12	19
Sentimento nos primeiros cuidados		
Muito Segura	14	22
Segura	19	30
Insegura	21	33
Muito Insegura	10	15
Considera a tarefa de ser mãe*		
Fácil	16	25
Difícil	19	30
Irritante	2	3
Gratificante	46	72
Bebê na maior parte do tempo*		
Tranqüilo	36	56
Inquieto	13	20
Chorão	7	11
Alegre	52	81
Doente	1	2
Saudável	37	58
Bravo	5	8
Calmo	20	31
Triste	1	2
Ajuda nos cuidados com o bebê		
Sim	52	81
Não	12	19
Se sim, de quem		
Parceiro	26	41
Mãe/pai	36	56
Sogra(o)	5	8
Irmã(o)	13	20
Cunhada(o)	2	3
Amiga(o)	1	2
Outros	3	5
Ajuda nos cuidados com a casa		
Sim	46	72
Não	18	28
Se sim, de quem		
Parceiro	20	31
Mãe/pai	23	36
Sogra(o)	3	5
Irmã(o)	5	8
Cunhada(o)	4	6
Amiga(o)	2	3
Empregada	2	3
Outros	1	2
Bebê fica a maior parte do tempo com		
A mãe	59	92
Avó materna	2	3
Avó paterna	1	2
Outra pessoa	2	3

* Nestas questões as participantes poderiam assinalar mais do que uma resposta.

APENDICE 7

Resultado dos escores da aplicação do IDATE-ESTADO antes e após o parto

PARTICIPANTE	ESCORE GESTAÇÃO	ESCORE PUERPÉRIO
01	39	35
02	34	28
03	50	38
04	37	33
05	43	36
06	30	29
07	30	33
08	31	31
09	35	27
10	32	36
11	45	37
12	45	35
13	36	28
14	36	31
15	37	36
16	28	32
17	50	70
18	40	39
19	42	52
20	70	39
21	40	38
22	42	29
23	35	37
24	59	44
25	50	48
26	47	36
27	43	47
28	50	49
29	34	40
30	31	56
31	59	54
32	60	50
33	71	41
34	63	40
35	50	40
36	66	39
37	55	48
38	55	50
39	31	51
40	34	45
41	57	47
42	29	40
43	42	41
44	43	42
45	50	46
46	38	25
47	45	47
48	42	32
49	70	39
50	45	53
51	45	40
52	38	26
53	39	31

PARTICIPANTE	ESCORE GESTAÇÃO	ESCORE PUERPÉRIO
54	46	54
55	50	50
56	31	27
57	32	28
58	35	35
59	59	60
60	61	52
61	61	61
62	43	42
63	31	60
64	46	40

APENDICE 8

Resultados da fase de stress, aplicação do ISSL antes e depois do parto

PARTICIPANTES	FASE GESTAÇÃO	FASE PUERPÉRIO
01	Sem stress	Sem stress
02	Sem stress	Sem stress
03	Sem stress	Resistência
04	Sem stress	Sem stress
05	Sem stress	Sem stress
06	Sem stress	Sem stress
07	Sem stress	Sem stress
08	Sem stress	Resistência
09	Sem stress	Sem stress
10	Sem stress	Sem stress
11	Sem stress	Resistência
12	Sem stress	Sem stress
13	Sem stress	Sem stress
14	Sem stress	Sem stress
15	Sem stress	Sem stress
16	Sem stress	Sem stress
17	Resistência	Quase Exaustão
18	Resistência	Resistência
19	Resistência	Resistência
20	Quase Exaustão	Resistência
21	Resistência	Resistência
22	Resistência	Sem stress
23	Resistência	Sem stress
24	Resistência	Resistência
25	Resistência	Sem stress
26	Resistência	Sem stress
27	Resistência	Resistência
28	Resistência	Resistência
29	Resistência	Resistência
30	Resistência	Quase Exaustão
31	Resistência	Resistência
32	Quase Exaustão	Resistência
33	Quase Exaustão	Quase Exaustão
34	Resistência	Resistência
35	Quase exaustão	Resistência
36	Quase Exaustão	Resistência
37	Resistência	Resistência
38	Resistência	Resistência
39	Resistência	Resistência
40	Exaustão	Resistência
41	Quase Exaustão	Resistência
42	Quase Exaustão	Resistência
43	Resistência	Resistência
44	Quase Exaustão	Quase Exaustão
45	Quase Exaustão	Sem stress
46	Quase Exaustão	Sem stress
47	Resistência	Resistência
48	Resistência	Resistência
49	Resistência	Resistência
50	Resistência	Resistência
51	Resistência	Quase exaustão
52	Resistência	Sem stress
53	Resistência	Resistência

PARTICIPANTES	FASE GESTAÇÃO	FASE PUERPÉRIO
54	Resistência	Quase Exaustão
55	Resistência	Sem stress
56	Resistência	Sem stress
57	Resistência	Sem stress
58	Resistência	Sem stress
59	Quase Exaustão	Resistência
60	Resistência	Resistência
61	Quase Exaustão	Quase Exaustão
62	Resistência	Quase Exaustão
63	Resistência	Resistência
64	Resistência	Resistência

APENDICE 9

Ansiedade, Stress na gestação e Depressão pós-parto

PARTICIPANTES	ANSIEDADE-ESTADO	FASE STRESS	DEPRESSÃO PÓS-PARTO
01	Ansiedade Controlada	Sem stress	Sem depressão
02	Ansiedade Controlada	Sem stress	Sem depressão
03	Alta Ansiedade	Sem stress	Com depressão
04	Ansiedade Controlada	Sem stress	Sem depressão
05	Ansiedade Controlada	Sem stress	Sem depressão
06	Ansiedade Controlada	Sem stress	Sem depressão
07	Ansiedade Controlada	Sem stress	Sem depressão
08	Ansiedade Controlada	Sem stress	Sem depressão
09	Ansiedade Controlada	Sem stress	Sem depressão
10	Ansiedade Controlada	Sem stress	Sem depressão
11	Ansiedade Controlada	Sem stress	Sem depressão
12	Ansiedade Controlada	Sem stress	Sem depressão
13	Ansiedade Controlada	Sem stress	Sem depressão
14	Ansiedade Controlada	Sem stress	Sem depressão
15	Ansiedade Controlada	Sem stress	Sem depressão
16	Ansiedade Controlada	Sem stress	Sem depressão
17	Alta Ansiedade	Resistência	Com depressão
18	Ansiedade Controlada	Resistência	Sem depressão
19	Ansiedade Controlada	Resistência	Com depressão
20	Alta Ansiedade	Quase Exaustão	Sem depressão
21	Ansiedade Controlada	Resistência	Sem depressão
22	Ansiedade Controlada	Resistência	Sem depressão
23	Ansiedade Controlada	Resistência	Sem depressão
24	Alta Ansiedade	Resistência	Com depressão
25	Alta Ansiedade	Resistência	Com depressão
26	Ansiedade Controlada	Resistência	Sem depressão
27	Ansiedade Controlada	Resistência	Com depressão
28	Alta Ansiedade	Resistência	Com depressão
29	Ansiedade Controlada	Resistência	Sem depressão
30	Ansiedade Controlada	Resistência	Com depressão
31	Alta Ansiedade	Resistência	Com depressão
32	Alta Ansiedade	Quase Exaustão	Com depressão
33	Alta Ansiedade	Quase Exaustão	Sem depressão
34	Alta Ansiedade	Resistência	Sem depressão
35	Alta Ansiedade	Quase exaustão	Sem depressão
36	Alta Ansiedade	Quase Exaustão	Sem depressão
37	Alta Ansiedade	Resistência	Sem depressão
38	Alta Ansiedade	Resistência	Com depressão
39	Ansiedade Controlada	Resistência	Sem depressão
40	Ansiedade Controlada	Exaustão	Com depressão
41	Alta Ansiedade	Quase Exaustão	Sem depressão
42	Ansiedade Controlada	Quase Exaustão	Sem depressão
43	Ansiedade Controlada	Resistência	Sem depressão
44	Ansiedade Controlada	Quase Exaustão	Com depressão
45	Alta Ansiedade	Quase Exaustão	Sem depressão
46	Ansiedade Controlada	Quase Exaustão	Com depressão
47	Ansiedade Controlada	Resistência	Com depressão
48	Ansiedade Controlada	Resistência	Sem depressão
49	Alta Ansiedade	Resistência	Sem depressão
50	Ansiedade Controlada	Resistência	Sem depressão
51	Ansiedade Controlada	Resistência	Sem depressão
52	Ansiedade Controlada	Resistência	Sem depressão

PARTICIPANTES	ANSIEDADE-ESTADO	FASE STRESS	DEPRESSÃO PÓS-PARTO
53	Ansiedade Controlada	Resistência	Sem depressão
54	Ansiedade Controlada	Resistência	Com depressão
55	Alta Ansiedade	Resistência	Sem depressão
56	Ansiedade Controlada	Resistência	Sem depressão
57	Ansiedade Controlada	Resistência	Sem depressão
58	Ansiedade Controlada	Resistência	Sem depressão
59	Alta Ansiedade	Quase Exaustão	Com depressão
60	Alta Ansiedade	Resistência	Com depressão
61	Alta Ansiedade	Quase Exaustão	Com depressão
62	Ansiedade Controlada	Resistência	Com depressão
63	Ansiedade Controlada	Resistência	Com depressão
64	Ansiedade Controlada	Resistência	Sem depressão

APENDICE 10

Ansiedade, Stress e Depressão no pós-parto

PARTICIPANTES	ANSIEDADE-ESTADO	FASE STRESS	DEPRESSÃO PÓS-PARTO
01	Ansiedade Controlada	Sem stress	Sem depressão
02	Ansiedade Controlada	Sem stress	Sem depressão
03	Ansiedade Controlada	Resistência	Com depressão
04	Ansiedade Controlada	Sem stress	Sem depressão
05	Ansiedade Controlada	Sem stress	Sem depressão
06	Ansiedade Controlada	Sem stress	Sem depressão
07	Ansiedade Controlada	Sem stress	Sem depressão
08	Ansiedade Controlada	Resistência	Sem depressão
09	Ansiedade Controlada	Sem stress	Sem depressão
10	Ansiedade Controlada	Sem stress	Sem depressão
11	Ansiedade Controlada	Resistência	Sem depressão
12	Ansiedade Controlada	Sem stress	Sem depressão
13	Ansiedade Controlada	Sem stress	Sem depressão
14	Ansiedade Controlada	Sem stress	Sem depressão
15	Ansiedade Controlada	Sem stress	Sem depressão
16	Ansiedade Controlada	Sem stress	Sem depressão
17	Alta ansiedade	Quase Exaustão	Com depressão
18	Ansiedade Controlada	Resistência	Sem depressão
19	Alta ansiedade	Resistência	Com depressão
20	Ansiedade Controlada	Resistência	Sem depressão
21	Ansiedade Controlada	Resistência	Sem depressão
22	Ansiedade Controlada	Sem stress	Sem depressão
23	Ansiedade Controlada	Sem stress	Sem depressão
24	Ansiedade Controlada	Resistência	Com depressão
25	Alta ansiedade	Sem stress	Com depressão
26	Ansiedade Controlada	Sem stress	Sem depressão
27	Ansiedade Controlada	Resistência	Com depressão
28	Alta ansiedade	Resistência	Com depressão
29	Ansiedade Controlada	Resistência	Sem depressão
30	Alta ansiedade	Quase Exaustão	Com depressão
31	Alta ansiedade	Resistência	Com depressão
32	Alta ansiedade	Resistência	Com depressão
33	Ansiedade Controlada	Quase Exaustão	Sem depressão
34	Ansiedade Controlada	Resistência	Sem depressão
35	Ansiedade Controlada	Resistência	Sem depressão
36	Ansiedade Controlada	Resistência	Sem depressão
37	Alta ansiedade	Resistência	Sem depressão
38	Alta ansiedade	Resistência	Com depressão
39	Alta ansiedade	Resistência	Sem depressão
40	Ansiedade Controlada	Resistência	Com depressão
41	Ansiedade Controlada	Resistência	Sem depressão
42	Ansiedade Controlada	Resistência	Sem depressão
43	Ansiedade Controlada	Resistência	Sem depressão
44	Ansiedade Controlada	Quase Exaustão	Com depressão
45	Ansiedade Controlada	Sem stress	Sem depressão
46	Ansiedade Controlada	Sem stress	Com depressão
47	Ansiedade Controlada	Resistência	Com depressão
48	Ansiedade Controlada	Resistência	Sem depressão
49	Ansiedade Controlada	Resistência	Sem depressão
50	Alta ansiedade	Resistência	Sem depressão
51	Ansiedade Controlada	Quase exaustão	Sem depressão
52	Ansiedade Controlada	Sem stress	Sem depressão

PARTICIPANTES	ANSIEDADE-ESTADO	FASE STRESS	DEPRESSÃO PÓS-PARTO
53	Ansiedade Controlada	Resistência	Sem depressão
54	Alta ansiedade	Quase Exaustão	Com depressão
55	Alta ansiedade	Sem stress	Sem depressão
56	Ansiedade Controlada	Sem stress	Sem depressão
57	Ansiedade Controlada	Sem stress	Sem depressão
58	Ansiedade Controlada	Sem stress	Sem depressão
59	Alta ansiedade	Resistência	Com depressão
60	Alta ansiedade	Resistência	Com depressão
61	Alta ansiedade	Quase Exaustão	Com depressão
62	Ansiedade Controlada	Quase Exaustão	Com depressão
63	Alta ansiedade	Resistência	Com depressão
64	Ansiedade Controlada	Resistência	Sem depressão