UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**Relaxamento: uma proposta de
intervenção com gestantes
hipertensas.**

LÚCIA DA ROCHA UCHÔA FIGUEIREDO

Dissertação apresentada à
Faculdade de Filosofia Ciências e
Letras de Ribeirão Preto da USP,
como parte das exigências para a
obtenção do título de Mestre em
Ciências, Área: Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO – SP

2002

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**Relaxamento: uma proposta de
intervenção com gestantes
hipertensas.**

LÚCIA DA ROCHA UCHÔA FIGUEIREDO

Orientadora: Profª Drª EUCIA BEATRIZ LOPES PETEAN

Dissertação apresentada à
Faculdade de Filosofia Ciências e
Letras de Ribeirão Preto da USP,
como parte das exigências para a
obtenção do título de Mestre em
Ciências, Área: Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO – SP

2002

FICHA CATALOGRÁFICA

Uchôa-Figueiredo, Lúcia da Rocha.

Relaxamento: uma proposta de intervenção com gestantes hipertensas. Ribeirão Preto, 2002.

131p. : il.; 30 cm.

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto / USP - Dep. Psicologia e Educação.

Orientadora: Petean, Eucia Beatriz.

1. Relaxamento. 2. Gravidez. 3. Hipertensão. 4. Terapia Ocupacional.

Ilustração da Capa:
Lúcia da Rocha Uchôa Figueiredo
e
Ane Frenhi

"Dedico este estudo àquelas pessoas que me fizeram e fazem sentir como é bom estar viva. Com seus exemplos elas me ensinam que amar, lutar e sofrer é, acima de tudo, crescer como filha, irmã, nora, esposa e Terapeuta Ocupacional.

Aos meus pais Aloysio (com saudade) e Maria Ignez;

A minha irmã Sylvia;

A minha sogra D. Maria Célia;

Ao meu marido e grande companheiro, Lito

Às gestantes participantes deste trabalho que comigo compartilharam sua humanidade, seus sofrimentos e receios."

"À Profª. Drª. Eucia Beatriz Lopes Petean, amiga e orientadora, que me acolheu e abriu as portas para que eu pudesse desenvolver um trabalho sonhado e no qual eu acreditava e que possibilitou meu crescimento e desenvolvimento como pesquisadora e profissional".

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela sua presença em todos os segundos de minha existência terrestre, iluminando-me, abrindo caminhos e oportunidades, amparando-me e guiando-me na complexa arte de amar e de viver. Que eu possa, ao menos em parte, ter-Lhe retribuído, servindo de instrumento para estimular algumas das mulheres com quem trabalhei e sensibilizá-las para o desempenho desta arte, à sua própria maneira.

Aos bebês que estiveram presentes no ventre de suas mães, brindando-nos com suas presenças, sem as quais não haveria motivo para este trabalho.

À Comissão de Ética do Hospital das Clínicas – FMRP-USP que possibilitou a realização desta pesquisa.

Aos funcionários e profissionais do AGAR – Dep. de Ginecologia e Obstetrícia do HCFMRP-USP, pela solicitude em atender-me e auxiliar-me de algum modo com a presente pesquisa, destacando Dr Rafael.

Ao Prof. Dr Geraldo Duarte que acreditou neste trabalho e possibilitou a realização da coleta de dados.

À Iara, secretaria do Dep. de Ginecologia e Obstetrícia da FMRP-USP, que tantas vezes me ajudou.

À chefe do serviço de Terapia Ocupacional do Hospital das Clínicas e amiga, Lúcia A. Bressan, que me deu oportunidade de acelerar este estudo e foi extremamente compreensiva e acessível em vários momentos.

Ao amigo de trabalho, Mário Isicawa, que me aturou e colaborou muito com este trabalho.

À Terapeuta Ocupacional Ana Paula Mastropietro, amiga, colega e grande incentivadora, pelas valiosas contribuições.

À Terapeuta Ocupacional e amiga Luciene Vaccaro de Moraes por se preocupar com meu cotidiano em vários momentos.

As colegas do CETO Tais, Mariana, Ariadine, Beth, Ana Paula, Adriana, Lucila, Karina e as docentes Solange, Sônia e Jô que estiveram ao meu lado durante toda esta jornada.

À Eliana de Menezes Venâncio Martins, amiga e companheira de todas as horas, que participou ativamente desta trajetória, dando-me o apoio essencial para que conseguisse chegar ao final.

À adorável amiga Érika Tieme Kato Okino que com sua meiguice me socorreu inúmeras vezes no maior bom humor.

À Renata Panico Gorayeb pelo apoio nesta trajetória.

À amiga de sempre Adriana A. Montans Fortes Guimarães pelo apoio e por me motivar a seguir este caminho.

À querida amiga e professora de inglês Zélia Navarro, que, além de transmitir garra e otimismo, foi incentivadora incansável na realização desta pesquisa.

A todas as amigas e colegas Terapeutas Ocupacionais do Hospital das Clínicas, especialmente à Hélia de Moraes, Eliana Maximo Real, Valéria M.Carril Elui, Ana Maria Magnani, Renata Galante e Ana Maria Estevan Carelli pela consideração e amizade.

À artista e querida amiga Ane Frenhi, extensivos aos alunos da minha turma de pintura que me ajudaram a realizar um sonho.

À Bianca, secretária da clínica, que conseguiu por inúmeras vezes dar um jeitinho nos meus horários para que eu pudesse chegar ao final desta caminhada.

Às Professoras Doutoras Julieta Quayle e Jussara de Mesquita Pinto, pela amizade e pelas importantes sugestões no exame de qualificação.

À Maria Regina Martins de Assis pela correção do português e pela imensa dedicação demonstrada.

A Prof. Sônia Regina Pasian pelas valiosas contribuições.

Aos Professores das disciplinas de pós-graduação em psicologia e em enfermagem, pelos valiosos ensinamentos que foram de suma importância.

Ao Cássio pela imprescindível colaboração na quantificação dos dados.

À Raquel pela organização e dedicação demonstradas nas transcrições de fita K 7 e digitação dos dados a elas referentes, viabilizando sua análise posterior.

À Marisa e Cristina do SAME pela paciência e boa vontade na separação dos prontuários das participantes do estudo.

À secretária do programa de Pós Graduação em Psicologia, Denise A. Jardim Cremonezi, pelo apoio na resolução de questões administrativas, pelo carinho e atenção em todos os momentos em que a solicitei.

À Anália Alves de Almeida, a Maria Inês Joaquim e a Denise A. Silveira Santos pela boa vontade em me atender, sempre que precisei.

À Cristina pela revisão das referências e citações bibliográficas.

Ao Dr Luís Atílio L. Viana, a Prof. Dra Maria Tereza C. G. Torquato, coordenadores dos programas de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Secretaria Municipal da Prefeitura de Ribeirão Preto e à equipe multidisciplinar por uma sementinha plantada que virou este fruto.

Lê, Iramaia, Tânia e Marta, amigas sempre acolhedoras, obrigada pelo apoio.

À Profa. Dra Doroti e à minha querida madrinha Profa. Dra Regina Célia, por todo incentivo.

À Maria José Ferreira Puga pelo apoio incondicional em diversos momentos e contribuição indireta neste estudo.

A todos, muito obrigada.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Hipertensão familiar.....	76
Figura 2 - Hipertensão gestacional na família.....	77
Figura 3 - Conhece alguém com hipertensão na gravidez.....	78
Figura 4 - Medo relacionado ao bebê.....	81
Figura 5 - Medo relacionado com a gestação.....	82
Figura 6 - Medo relacionado a si mesma.....	83
Figura 7 - P. A. C1.....	101
Figura 8 - P.A. C2.....	101
Figura 9 - P.A. C3.....	101
Figura 10 - P.A. C4.....	101
Figura 11 - P.A. C5.....	101
Figura 12 - P.A. HC1.....	102
Figura 13 - P.A. HC2.....	102
Figura 14 - P.A. HC3.....	103
Figura 15 - P.A. HC4.....	103
Figura 16 - P.A. HC5.....	103
Figura 17 - P.A. DH1.....	103
Figura 18 - P.A. DH2.....	103
Figura 19 - P.A. DH3.....	104
Figura 20 - P.A. DH4.....	104
Figura 21 - P.A. DH5.....	104

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Índices de ansiedade traço-estado 1ª e 2ª aplicação de cada gestante por grupo	89
TABELA 2 - Índices de ansiedade traço-estado 1ª e 2ª aplicação e medidas de P.A. das gestantes do grupo HC e DH	94
TABELA 3 - Níveis de ansiedade traço-estado por grupo antes do relaxamento.....	97
TABELA 4 - A ansiedade traço-estado resultados da 1ª e 2ª medidas: mediana, média e desvio padrão intergrupos.....	98
TABELA 5 - A ansiedade traço-estado resultados da 1ª e 2ª medidas: mediana, média e desvio padrão do grupo HC.	99
TABELA 6 - Ansiedade traço-estado: mediana, média e desvio padrão para o grupo DH: resultados da 1ª e 2ª medidas.....	100

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Caracterização das participantes.....	65
QUADRO 2 - Descrição do procedimento de intervenção de cada gestante	67

SUMÁRIO

I.	INTRODUÇÃO.....	01
I.1	HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	01
I.2	PERÍODO GESTACIONAL.....	06
I.3	HIPERTENSÃO ARTERIAL GESTACIONAL.....	12
	I.3.1 Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG).....	18
	I.3.2 Hipertensão Arterial Crônica Pré-Existente (H.A.C.).....	22
	I.3.3 Hipertensão Crônica com DHEG Sobreposta.....	24
I.4	A ANSIEDADE.....	26
I.5.	O ESTRESSE.....	28
I.6	O RELAXAMENTO.....	32
I.7	OBJETIVOS.....	39
II.	CARACTERIZAÇÃO DA T. O. EM HOSPITAL GERAL.....	39
III.	MÉTODO.....	45
III.1	PARTICIPANTES.....	45
III.2	MATERIAL.....	46
III.3	PROCEDIMENTO.....	46
III.4	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	49
	III.4.1 Entrevista.....	49

III.4.2	Elaboração do Roteiro de Entrevista.....	50
III.4.3	O Inventário de Ansiedade traço-estado (IDATE).....	50
III.4.4	As Técnicas de Relaxamento.....	52
III.5	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	55
III.6	PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS.....	56
IV.	CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES.....	59
V.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	63
V.1	GESTAÇÃO HIPERTENSA.....	63
V.1.1	Como Descobriu que Estava com Hipertensão.....	64
V.1.2	Como se Sentiu Quando Soube da Hipertensão.....	66
V.1.3	Como se Sente Atualmente.....	68
V.1.4	Hipertensão na Família.....	69
V.1.5	Casos na Família de Hipertensão na Gravidez.....	70
V.1.6	Conhecimento de Alguém com Hipertensão na Gravidez.....	71
V.1.7	Conhecimento sobre a Hipertensão.....	72
V.1.8	Medo Relacionado ao Bebê.....	74
V.1.9	Medo Relacionado à Gestação.....	75
V.1.10	Medo Relacionado a Si Mesma.....	76
V.1.11	Medo Relacionado ao Parto.....	77
V.1.12	Conhecimento Sobre os Riscos da Hipertensão.....	79
V.2.	NÍVEL DE ANSIEDADE E DA PRESSÃO ARTERIAL.....	81
V.3	EVOLUÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL DE CADA PARTICIPANTE.....	93
VI.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	98
VII.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	100

VIII.	ANEXOS.....	108
	Roteiro de Entrevista.....	109
	Termo de Consentimento Pós-Informado.....	111
	Relato de uma Sessão de Relaxamento.....	112
	Ficha do Prontuário.....	117

RESUMO

A hipertensão arterial (H.A.) é um dos principais problemas de saúde pública. Pode-se considerar a hipertensão, para fins de diagnóstico, como sendo primária ou secundária. Entende-se por hipertensão primária aquela cuja causa é desconhecida e por hipertensão secundária, aquela cujas causas são conhecidas e acontece em decorrência de um ou mais fatores. A hipertensão arterial causa à saúde transtornos muitas vezes irreversíveis, quando se encontra associada a uma doença orgânica específica, ou seja, a Toxemia da Gravidez. A H.A. acomete cerca de 10% das gestantes, podendo ser classificada como Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) e Hipertensão Arterial Crônica Pré-Existente. Suas complicações mais frequentes são: mortalidade materna, morte e prematuridade fetal. Os objetivos deste estudo foram verificar a possibilidade: de as gestantes hipertensas dominarem a tensão física e a ansiedade, por meio de um programa de intervenção com uso de técnicas de relaxamento, visando a um controle da P.A. e assim diminuindo os riscos de morbidade e mortalidade materno-fetal; de que tomem consciência de seu quadro clínico e das suas conseqüências para elas e o feto; de que conheçam a dinâmica familiar e de que avaliem a presença ou não de componentes ansiogênicos. Participaram 15 gestantes acima de 18 anos, divididas em três grupos: o primeiro (g1), composto por cinco gestantes diagnosticadas de DHEG, o segundo (g2), composto por cinco gestantes com diagnóstico de H.A. crônica e o terceiro (g3), denominado grupo controle no qual não foi realizado o procedimento de intervenção. Utilizaram-se prontuários médicos, roteiro de entrevista semi-estruturada, inventário de ansiedade traço-estado e técnicas de relaxamento. A análise dos dados da entrevista foi quantitativa e qualitativa, utilizando-se a análise de conteúdo. Constatou-se que as gestantes souberam que eram hipertensas a partir dos sintomas físicos e de gravidez anterior, não relataram nenhuma alteração emocional ao descobrirem a doença, não conheciam nada sobre hipertensão na gestação, não sabiam do risco e das possíveis conseqüências, mas sentiam medo do parto. Não há diferença significativa nos níveis de ansiedade traço-estado dos grupos HC e DH, antes e após o relaxamento. O uso da técnica de relaxamento como intervenção foi satisfatório, uma vez que houve diminuição da pressão arterial em 60% das gestantes participantes. Na análise dos níveis de Pressão Arterial, pré e pós-intervenção, encontrou-se que em quatro gestantes do grupo HC e duas do grupo DH houve diferença, pois os valores pós são significativamente inferiores aos valores pré-intervenção. Os resultados obtidos não nos possibilitam fazer generalizações, mas pode-se concluir que o uso do relaxamento como recurso terapêutico complementar ao atendimento medicamentoso foi eficiente, pois auxiliou as gestantes a enfrentarem as situações ansiogênicas e a manterem seus níveis de pressão arterial sob controle. Estes resultados evidenciaram a necessidade da elaboração e da implementação de programas de atendimento às gestantes de risco, realizados por equipe multidisciplinar para assim oferecer-lhes atendimento integrado e de acordo com suas necessidades.

Palavras Chaves: Relaxamento, Gravidez, Hipertensão Arterial, Terapia Ocupacional.

ABSTRACT

The arterial hypertension (A.H.) is one of the main problems of the public health. One may consider it for final diagnosis as being primary or secondary. We understand as being primary the hypertension whose cause is unknown and as secondary those whose causes are known and happens in the decorrence of one or more factors. The arterial hypertension causes troubles many times irreversible ones to the health when it is associated with a specific organic disease or, that is the toxemy of the pregnancy. The arterial hypertension attacks around 10% of the pregnant women being classified as Hypertensive Disease Specific of the Pregnancy and Pré-Existent Cronic Arterial Hypertension and being the most frequent the maternal mortality, the fetus death and prematurity. The objectives of this study were to verify the possibility of the hypertensive pregnant women dominate the physical tension and the anxiety through an intervention program with the using of relaxing techniques aiming the control of the blood pressure and thus lessening the risks of the morbidity and the maternal-fetus mortality to be taken into account about their clinic list and may evaluate the presence or not of the ansiogenic compounds. Fifteen pregnant women over 18 years old participated of the program divided into three groups: p1 compounded of five pregnant women with diagnostic of the SHDG, p2 compounded by five pregnant women diagnostic of the cronic A.H. and the third pregnant group nominated as the control group on which was not held any intervention procedure. Medical prontuaries were utilized, a route of a semi-structured interview an inventory of anxiety state-trace (traço-estado) and relaxing techniques. The analyses of data was quantitative and qualitative to the interview through the content analysis. It was observed that the pregnant women knew they were hypertensives after their physical symptoms and by the former pregnancy and when they discovered the disease they related no emotional alteration. They don't know anything about the gestation hypertension, they don't even know how to inform about the risks and the possible consequences but they fear the parturition. there is no significant difference in the levels of the anxiety state-trace (traço-estado) of the groups CH and DH before and after relaxing. The use of the relaxing technique was satisfactory as an intervention as there was a lowering of the blood pressure into 60% of the participating pregnant women. In the analyses of the arterial pressure pre and post-intervention was found that into four pregnant women of the group CH and two of the group HD there was a difference because the post values are significantly inferior to the pre-intervention ones. The getting results don't allow us to make generalizations but, we can conclude that, the using of relaxing as a therapeutic complementary resource to the medical attending was efficient because it helped the pregnant women to face the ansiogenic situations and to keep their blood pressure levels under control. These ansiogenic results evidenced the need of elaboration and implementation of the attending programs to the risk pregnant women held by a multidisciplinary group to offer them a complete broadly attending to their needs.

Key-words: Relaxing, Pregnancy, Arterial Hypertension, Occupational Therapy.

1. INTRODUÇÃO

*"A doença é a realidade individual e social
mais próxima dos dois momentos essenciais
do ser humano, o nascer e o morrer.
A doença é a regressão, a ameaça de morte,
de finitude."*
AUGÉ, 1991.

1.1. Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial (H.A.) é o principal problema de saúde pública, na maior parte dos países, tanto dos desenvolvidos como dos em desenvolvimento. A sua prevalência é elevada e estima-se que cerca de 15% a 20% da população brasileira adulta possam ser diagnosticadas como hipertensas.

Considerada um dos principais fatores de risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares, seu alto custo social é responsável, em nosso meio, por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho (Stoll, 1999).

A H.A. consiste em um distúrbio circulatório que ocorre, principalmente, quando as paredes das pequenas artérias do corpo estão mais contraídas do que relaxadas. É considerada uma entidade clínica multifatorial, conceituada como síndrome, caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofias cardíacas e vasculares). É uma doença crônico-degenerativa que, na maior parte dos casos, não apresenta sintomas, sendo assim uma patologia silenciosa, que exige diagnóstico precoce (Viana, 1995).

O III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (1998) considera que o diagnóstico é basicamente estabelecido pelo encontro de níveis tensionais permanentemente elevados acima dos limites de normalidade. A medida da pressão arterial (P.A) é o ponto fundamental, então, para o estabelecimento do diagnóstico.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), a partir de 1978, definiu como **hipertenso** “todo indivíduo adulto, maior de 18 anos com valores de pressão arterial sistólica igual ou maior que 160mmHg ou com pressão arterial diastólica igual ou maior que 95mmHg, em pelo menos duas medidas realizadas em ocasiões diferentes. São **normotensos** aqueles com pressão arterial sistólica inferior a 140mmHg e pressão diastólica inferior a 90mmHg. E aqueles para os quais são encontrados níveis anormais baixos são chamados **hipotensos**”.

Essa definição também é utilizada pelo programa nacional de educação e controle da hipertensão arterial, da Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas do Ministério da Saúde do Brasil, objetivando normatizar as ações de saúde e assim reduzir o percentual de mortalidade e a morbidade associadas a níveis elevados de pressão arterial.

Na escolha de condutas, diante de um paciente caracterizado como hipertenso, devem ser considerados tanto o nível da pressão arterial como os fatores que o determinam, controlam ou influenciam. Embora seja uma das doenças que mais acomete a população, por ser uma patologia silenciosa, os efeitos da hipertensão arterial sobre o organismo em geral só são percebidos a longo prazo.

De acordo com Joint National Committee, durante a realização de sua reunião nacional ocorrida em 1997, antes da instalação da H.A. existe uma fase de descontrole da P.A., devido à atuação de diversos fatores de risco e etiológicos sobre um indivíduo com uma determinada base genética.

Como consequência destes fatores que perduram por tempo mais prolongado, ocorre então a H.A., que, por ser contínua e ascendente, é capaz de passar além dos tecidos e causar o comprometimento de órgãos, principalmente do sistema cardiovascular. Quanto maior a pressão arterial, seja ela sistólica ou diastólica, maior a ocorrência de complicações, principalmente em órgãos alvos, a saber: rins, coração e vasos.

Devido à complexidade do problema, a hipertensão tem sido considerada preocupação mundial. Assim, as organizações de saúde têm-se preocupado em buscar formas de diagnóstico e tratamento, visando, principalmente, à prevenção. Para se diagnosticar corretamente a hipertensão arterial, é necessário reconhecer o significado clínico dos valores de pressão arterial em função da história de saúde de cada indivíduo, ou seja, que se conheçam os fatores de risco aos quais está exposto.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 1993), são considerados como fatores de risco: o tabagismo, a dislipidemia, o diabetes mellitus, a idade acima de 60 anos e a história familiar de doença cardiovascular.

Classificam-se os fatores de risco em intrínsecos e extrínsecos, entendendo-se por intrínsecos as condições fisiológicas do próprio indivíduo.

Assim, consideram-se como fatores intrínsecos que influenciam a P.A. o estado de vigília e de sono, o sonho, as variações posturais, a digestão, a respiração, a fala, a repleção vesical, a apnéia respiratória, a dor e o estresse emocional. Os fatores extrínsecos, ou aqueles considerados como ambientais, são: o reflexo de defesa, o exercício físico, a temperatura ambiente, o tabagismo, as vibrações e os ruídos, as condições sociais e econômicas.

Fatores emocionais, tais como o estresse e a ansiedade da vida cotidiana, foram sugeridos em 1986, por Lipp, como componentes freqüentemente presentes em pacientes hipertensos, que podem se originar de fontes externas ou internas. As externas são representadas pelo que acontece na vida ou pelas pessoas com as quais lidamos, enquanto que as causas internas se referem a como pensamos, às crenças e aos valores que temos e como interpretamos o mundo ao nosso redor.

Os fatores extrínsecos e intrínsecos acima citados evidenciam que o nível de P.A. de qualquer indivíduo não é fixo ou imutável, variando constantemente ao longo do tempo, não somente em cada fase do ciclo cardíaco, mas também no decorrer das 24 horas do dia (variações circadianas) ou até em períodos maiores de tempo (variações sazonais) (Littler et al., 1978). Sendo assim, pode-se dizer que cada indivíduo tem uma curva de pressão ou tantas pressões quantas forem medidas, dependendo da hora, dia e situação ambiental.

Além da variabilidade da pressão arterial em si, ainda devem ser considerados a condição técnica da medida da pressão e os erros

envolvidos nesta determinação, que também podem ocasionar alterações. Para minimizar estas variações da pressão arterial é importante padronizar a técnica de medida, reduzindo ou abolindo os erros.

Devido à complexidade do quadro dos fatores predisponentes envolvidos, encontrar uma causa orgânica individual para a elevação da pressão arterial quase sempre é infrutífero.

Em função dessa definição de uma causa orgânica ou não como determinante pode-se considerar, para fins de diagnósticos, a hipertensão como sendo primária ou secundária. Entende-se por **hipertensão primária** aquela cuja causa é desconhecida e por **hipertensão secundária** aquela cuja(s) causa(s) é (são) conhecida(s). Nesta última, a hipertensão dá-se em decorrência de um ou mais dos seguintes fatores: doenças renais, doenças endócrinas, doenças metabólicas, doenças neurológicas, doenças infecciosas, doenças vasculares, toxemia da gravidez e iatrogênicas.

A hipertensão arterial causa à saúde transtornos muitas vezes irreversíveis, agravando o quadro quando se encontra associada a uma doença orgânica específica e, em especial, à Toxemia da Gravidez.

1.2. Período Gestacional

O período gestacional é uma transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento, e é marcado por uma época de oscilação emocional e física (Araújo et al., 1998). Modificações nem sempre agradáveis no corpo da mulher e no seu humor começam a ser percebidas gradativamente, tais como alteração da postura, dores no pescoço e nas

costas, fadiga, andar oscilante, circulação consumindo maior volume de oxigênio, grande quantidade de hormônios percorrendo o corpo, maior frequência de micções, prisão de ventre, seios mais inchados e doloridos, náuseas e vômitos, sonolência, hipertensão, irritação, ansiedade, vontade de chorar por qualquer motivo e temores em relação ao parto.

É durante a gravidez que se nota maior instabilidade emocional na mulher, com sensação de insegurança, caprichos, angústias e preocupações. Para Teixeira (1999), a gestação é considerada como um período de crise, quando acontecem freqüentes alterações de humor, um estado de desequilíbrio interior, embora presente, ao mesmo tempo, saúde e normalidade. Ao engravidar, a mulher vivencia modificações que a afetam substancialmente. Mudanças de papel social e a necessidade de assumir novas responsabilidades são algumas delas.

Maldonado (1997) define este período como uma fase na qual o processo orgânico vai ser facilmente utilizado para dar expressão às tensões emocionais pré-existentes. Assim, a maternidade vai ser um ponto decisivo na escala de crescimento e amadurecimento da mulher, exigindo importantes modificações em sua personalidade, além da necessidade premente de suportar tensões ativadas pelas perdas e ganhos implícitos nesta situação de mudança e de reorganização.

Na gravidez a mulher passa por um período potencialmente ansiogênico, pela amplitude de fatores que o envolvem. A ansiedade surge diante de perigos, desafios e incertezas e se manifesta por sintomas que vão de uma simples tensão até o pânico como uma reação à percepção de uma

ameaça real ou imaginária. A gestante pode estar centrada em torno de medos como a má-formação do bebê, aborto, nascimento de gêmeos, a mortalidade fetal intra-útero. Em relação à sua própria saúde pode temer o hospital, morrer no parto, doenças cardíacas ou diabetes, a perda da atração sexual, da atividade sexual e da afeição do marido devido à sua aparência física, danos no feto, resultantes de uma tentativa mal sucedida de aborto, má-formação hereditária, choque sofrido durante a gravidez que possa ter afetado o bebê, doenças ligadas ao fator RH negativo (Barboni, 1998). Cada mulher vai desenvolver um tipo diferente de ansiedade e de transtorno diante de cada gestação e parto, respeitando as variações individuais, mas no período de gestação, podem-se distinguir alguns elementos comuns.

Na mulher, segundo Takuiti et al. (2000), várias situações podem quebrar o equilíbrio emocional na gravidez: de um lado, a paixão e a alegria, e de outro, o medo e a ansiedade, ambos podendo levar a algum tipo de estresse. As gestantes submetidas a intensos estímulos estressantes possuem riscos relativos aumentados para, durante a gravidez, desenvolver pré-eclâmpsia, crescimento intra-uterino retardado e prematuridade.

De acordo com Soifer (1980) apud Bellini (1995), durante o período gestacional ocorrem com as grávidas três fenômenos básicos e característicos, variando naturalmente de intensidade e de duração, de acordo com a estrutura mental de cada uma. São eles: o fenômeno da regressão, a situação de ambivalência e a exacerbação das dificuldades infantis resolvidas.

Supõe-se que a necessidade exagerada de dormir inicia o processo de regressão. Esta em si é induzida pela percepção mais profunda das mudanças orgânicas e hormonais, além da sensação de estranheza, de incógnita e de ansiedade, provocadas pela emergência de emoções primárias, que são reativas pela revolução biológica. O sono é uma forma de afastar tanto os estímulos internos quanto os externos. A mulher se retrai, torna-se distraída, distante, parecendo indiferente aos demais.

A situação de ambivalência se manifesta durante toda a gravidez, evidenciada pela existência de um conflito entre uma tendência maternal positiva e outra negativa. Esta última é motivada pelas dificuldades, incertezas, preocupações, tensões e ameaças à integridade emocional e física que a gestação provoca. Por um lado a mulher quer muito o bebê, mas por outro, pensa nas responsabilidades e nas perdas que irá sofrer em sua individualidade, na sua liberdade. Mesmo estando bem psicologicamente, suas ansiedades são aumentadas em decorrência de medos, tanto subjetivos quanto objetivos, que surgem diante do desconhecido e da situação nova. Ela tentará externalizar essa ambivalência de vários modos que poderão ser interpretados diferentemente em cada momento. Exemplos comuns são os vômitos da gravidez quando adquirem uma intensidade e persistência exagerada, as diarreias e a prisão de ventre mais sérias, assim como as ameaças de aborto tão comuns no 2º e 3º mês de gravidez.

Na exacerbação das dificuldades infantis resolvidas, verifica-se, com freqüência, a infantilização da mulher, manifestada como inseguranças infantis e sentimentos extremos de dependência e desamparo, além de

temores irracionais, intranquilidade, constrangimento e angústia. A gestante surpreende-se com estes verdadeiros acessos de angústia que lhe são, aparentemente, incompreensíveis e lhe surgem temores típicos como a má-formação fetal, a morte no parto (dela e da própria criança), estar feia e como consequência ser abandonada pelo marido, não saber cuidar do filho e educá-lo, dentre outros.

Conforme a intensidade e a qualidade de tais temores e outros conflitos típicos, uma sintomatologia orgânica específica irá surgindo, resultante das dificuldades emocionais que não encontram outra possibilidade de exteriorização senão manifestar-se no físico como hipertensão, hiperemesia, edemas exagerados, grande aumento de peso, transtornos da circulação, palpitações, enxaquecas, várias contrações musculares, rinites, hiperatividades e outros. Existem no esquema corporal discretas alterações muito comuns como a hipersonia, as náuseas e os vômitos, mas podem ocorrer também as aversões ou os desejos por determinados tipos de alimentos ou bebidas. O aumento de apetite surge gradativamente, mas pode ser acompanhado por aumento excessivo de peso, o que ocasiona complicações obstétricas. A gestante está propícia a um aumento da sensibilidade, tanto na área sensorial (olfato, paladar e audição) como na área emocional, trazendo muita irritabilidade (Barboni, 1998)

O ciclo gravídico-puerperal propicia transformações na mulher, principalmente quanto aos aspectos psicológicos. É no primeiro trimestre da

gestação que se tem a formação da relação mãe-filho e que se inicia a vivência básica da gravidez.

Maldonado (1997) fala sobre a manifestação da ambivalência afetiva, em que aparecem situações de querer e não querer estar grávida. De acordo com a autora, não existe uma gravidez totalmente certa ou totalmente rejeitada. Estes sentimentos de aceitação e rejeição são naturais e caracterizam todos os relacionamentos interpessoais significativos.

Para Trotto (1989) apud Barboni (1997), o segundo trimestre da gestação é o mais estável do ponto de vista emocional. A percepção dos movimentos fetais traz à mulher maior tranquilidade e equilíbrio emocional. Agora ela é capaz de sentir concretamente seu filho e esta é a etapa da relação materno-filial em que se estabelece uma verdadeira comunicação.

O estudo de Bonnaud & D'Allienes (1963) apud Maldonado (1997) mostrou que a percepção dos primeiros movimentos fetais favorece a aceitação da gravidez em 85% dos casos estudados, um maior grau de ambivalência, em 10% e reações de rejeição intensa em 5% dos casos.

Nesse período, pode ocorrer a intensificação das alterações do desejo e da atividade sexual. Algumas mulheres têm um aumento da sexualidade, conseguindo vivenciar durante a gravidez seu primeiro orgasmo. Isto talvez se deva à mudança na auto-imagem, pois as mulheres passam a sentir-se mais adultas e femininas. Entretanto, na maioria dos casos, o que ocorre é a diminuição do desejo sexual, podendo chegar a extremos, como frigidez e desinteresse total.

As alterações no corpo afetam diretamente a sexualidade e cada mulher percebe isto diferentemente. Um dos medos da gestante é a irreversibilidade de sua forma corporal, ou seja, o receio de não voltar à forma antiga após o parto e assim abalar o relacionamento do casal, com o afastamento do companheiro.

Outra característica emocional peculiar a este período é a introversão e a passividade que surgem com o desaparecimento da hipersonia. Para Maldonado (1997) a mulher nesse período tem mais necessidade de receber do que de dar afeto, cuidado e proteção, o que influi posteriormente, no relacionamento mãe-bebê.

Em relação ao terceiro trimestre, a manifestação básica é a ansiedade, que tende a elevar-se com a proximidade do parto e a alteração de toda rotina de vida. Neste período são freqüentes os temores específicos da maternidade que, na maioria, são expressos em sonhos e fantasias conscientes, antes e após o parto.

Trotto (1989) apud Barboni (1997) afirma que nessa fase a ambivalência é expressa por meio do desejo de reter ou não o feto, de continuar ou interromper a gestação. Os sintomas de constipação intestinal são freqüentes, como forma de reter o bebê e defender-se contra as fantasias de esvaziamento da fase anal, que podem ser revividas. A ansiedade pelo medo de ter uma criança mal formada é comum e às vezes não correspondente ao risco real.

A literatura demonstra que, embora o período gestacional seja uma época de alegrias, é marcado também por períodos de angústia, ansiedade

e alterações físicas que por si só fazem com que a gestante seja alvo de cuidados específicos, médicos e psicológicos. Além das intercorrências normais aqui descritas, a gestante encontra-se exposta a fatores físicos e ambientais que colocam em risco tanto a ela quanto ao seu bebê. Quando se instala alguma doença, este processo torna-se mais difícil, constituindo-se então a “gestação de alto risco” e uma dessas doenças mais freqüentes é a hipertensão arterial (Araújo et al., 1998).

1.3. Hipertensão Arterial na Gestação

Para Araújo et al. (1998) as inseguranças e a ansiedade tendem a aumentar no período gestacional, deixando as gestantes mais vulneráveis emocionalmente, o que propicia o aparecimento de alterações da pressão arterial. Uma das patologias mais comuns na gestação é a síndrome hipertensiva, que proporciona alto risco tanto para a mãe quanto para o bebê.

Apesar de décadas de estudos intensivos realizados por diferentes grupos de pesquisadores, como mostra Cunningham et al. (2001a), os quadros de hipertensão associada à gravidez vêm se intensificando. Ainda que muitos a pesquisem, a descoberta de sua causa permanece sem solução. A síndrome hipertensiva fica entre os mais significantes problemas sem solução na obstetrícia. No Centro Nacional de Concordância sobre Estatística nos Estados Unidos, em 1998, concluiu-se que a hipertensão associada à gravidez foi o fator de risco mais comum na medicina.

De acordo com Zuspan (1984) e Atallah (1994a), a H.A. acomete cerca de 10% das gestantes no mundo todo. O manejo da hipertensão na gravidez para Hamet (1997) é uma difícil área em torno da qual elaborar um consenso, pois isto implica em apontar as dificuldades para a condução do controle prospectivo e julgar tratamentos que, se utilizados, podem prejudicar tanto a mãe quanto o seu feto.

Helewa et al. (1997) relatam que no Canadá a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) é a maior causa de morbidade e mortalidade materna, fetal e neonatal. Estima-se que uma em três de todas as mortes maternas no país é causada por esta doença. Estudos posteriores apontam pequenas mudanças nesta tendência desde o início dos anos 70.

Pesquisas de mortalidade perinatal realizadas na Grã-Bretanha e o projeto americano do Instituto Nacional de Distúrbios Neurológicos demonstraram, de forma conclusiva, que a elevação da pressão sangüínea aumenta a morbidade e mortalidade da mãe e do feto (Klein et al., 1988). Para Garovic (2000) a hipertensão atinge 10% das grávidas nos Estados Unidos e permanece liderando os casos de morbidade e mortalidade tanto materna quanto fetal.

O Ministério da Saúde do Brasil no ano de 1997, através da coordenação de saúde materno-infantil, realizou um estudo sobre a magnitude da mortalidade materna em quinze cidades brasileiras dos seguintes estados: Pará, Rio Grande do Norte e Mato Grosso. O perfil da população estudada mostrou que as complicações da gravidez, parto e puerpério estão em 5º lugar no índice de mortalidade, agravando-se ainda

mais na faixa etária de 20 a 29 anos. Dentre as causas de mortalidade relacionadas com a gravidez, o parto e o puerpério estão em primeiro lugar as causas diretas (doenças relacionadas com a gravidez) com 60,9% de óbitos e dentro deste índice figura a eclâmpsia com o percentual de 21,7% (Tanaka & Mitsui, 1999).

Araújo et al. (1996), pesquisando a prevalência de complicações materno-fetais na gestação de alto risco, realizaram, no período de janeiro de 1993 a dezembro de 1995, um estudo retrospectivo em prontuários de 75 gestantes do Ambulatório de Gestantes de Alto Risco do Serviço de Obstetrícia da Universidade Federal de Juiz de Fora. Obtiveram como resultado que em 10% a 20% das gestações ocorreram complicações decorrentes de patologias que precedem à gravidez ou que aparecem durante o ciclo gravídico-puerperal, responsáveis por um aumento nos índices de morbiletalidade perinatal e materno, caracterizando assim a gestação de alto risco. Relataram ainda que as principais patologias responsáveis pelo acompanhamento pré-natal de alto risco foram a hipertensão arterial crônica com 28% e, a seguir, a doença hipertensiva específica da gestação com 13,33%. Ao analisarem os dados referentes às principais complicações pré-natais, os pesquisadores constataram que a crise hipertensiva aparece classificada em 6º lugar dentre as várias patologias, o que corresponde a 5,88% dos casos estudados. Destas 75 gestantes, setes delas não levaram adiante a gravidez, e nos 68 partos realizados, 4,41% das mães desenvolveram crise hipertensiva, e 92,65% não apresentaram complicações. Não houve óbito materno neste estudo.

Neme & Neme (1996) realizaram um levantamento junto ao Ministério da Saúde, objetivando observar alguns aspectos da mortalidade materna ocorrida em 1994, nos hospitais conveniados pelo Sistema Único de Saúde (S.U.S.) do Brasil. Concluíram que foram internadas nos hospitais conveniados pelo S.Ú.S, em 1994, 3.385.636 mulheres. 15.986 delas apresentaram síndrome hipertensiva, assim subdivididas: 2.025 gestantes com eclâmpsia, das quais 26 foram a óbito. No restante, composto por 13.964 gestantes com pré-eclâmpsia, ocorreram 19 óbitos. A principal causa de morte materna durante a gestação, ocorrida nos hospitais conveniados pelo SUS, foi a síndrome hipertensiva, especificamente nos partos complicados por eclâmpsia.

Para Araújo et al. (1998) em decorrência da síndrome hipertensiva a internação hospitalar freqüentemente se faz necessária, contudo geralmente é mais um fator estressante para as gestantes e para a família. Leff (1997) que estuda as gestações complicadas e os seus fatores estressantes aponta que, devido a enfermidades crônicas durante a gravidez ou condições relacionadas à gravidez, estas mulheres em determinadas situações vão necessitar de hospitalização ou repouso em casa, ou seja, deverão ficar imobilizadas durante um período, o que colaborará para o aumento da carga de ansiedade e poderá trazer sérias conseqüências pelo fato de estarem fora da rotina diária e sem seus familiares. A hipertensão gestacional, segundo Duarte (2001) encontra-se em 4º lugar dentre as causas responsáveis pelas internações em hospitais brasileiros, representando cerca de 40% a 50% dos casos.

Considerando-se como “mortalidade materna” o número de mulheres que morrem durante a gestação e nos 40 dias após o parto, Bouer (1995) aponta em seu levantamento que a taxa de mortalidade materna, ocorrida no Estado de São Paulo foi de 50 mortes maternas para 100 mil crianças nascidas vivas. Estes números revelam que neste estado o índice é inferior à média do Brasil, que está em 150 mortes por 100 mil nascidos vivos, segundo a Organização Mundial de Saúde. No Japão, onde existe a menor taxa de mortalidade materna mundial, o índice é de 3 mortes por 100 mil nascidos vivos, enquanto que nos Estados Unidos esse valor é de 12. Neste estudo sobre as principais causas da mortalidade materna levantada no Estado de São Paulo, foram as doenças hipertensivas da gravidez as que mais mataram. Em seguida vêm as complicações decorrentes de aborto, hemorragias, infecções e problemas cardíacos prévios. Concluiu-se com esta pesquisa que o planejamento familiar e um pré-natal bem feito poderiam ter evitado cerca de 95% dessas mortes, pois uma em cada cinco gestações no Brasil é de alto risco, enquanto que nos países desenvolvidos este número cai para uma em cada dez gestações.

Cunningham et al. (2001a) destacam que, de modo geral, a eclâmpsia nos Estados Unidos tornou-se menos comum porque cada vez mais as mulheres recebem cuidados adequados no pré-natal, pois em 1976 a incidência de eclâmpsia neste país era de 1 em 700 partos. No período entre 1990 e 2000, esta incidência se reduziu para 1 em 2300 partos.

No Brasil as complicações mais freqüentes na gestação são as síndromes hipertensivas, principalmente quando se instalam nas suas

formas graves como a eclâmpsia, a síndrome de HELLP (hemólise, elevação de enzimas no fígado e baixa contagem de plaquetas) e a DHEG sobreposta à hipertensão arterial crônica. Estas constituem as principais causas de mortalidade materna em obstetrícia e também a primeira causa de morte fetal, responsáveis ainda por elevadas taxas de prematuridade (Delascio, 1977; Helewa et al., 1997; Kahhale, 1997; Turner, 1997; Cunningham et al., 2001a).

Helewa et al. (1997) mostraram que na prática clínica é muito importante assegurar as condições ideais durante todo o tempo da medida da pressão arterial, pois pacientes ansiosas, fisicamente estressadas, apreensivas e agitadas obtêm elevação transitória da P.A. Portanto, é essencial confirmar esta elevação em duas ocasiões. Este estudo relata também que alguns centros canadenses têm oferecido às gestantes monitoramento domiciliar da Pressão Arterial para estudo, com aceitáveis resultados: 30% das pacientes no consultório tiveram a elevação da P.A. enquanto que em casa confirmaram ser normotensas. Este estudo ainda está sendo realizado somente em pacientes que tiveram na primeira medida valores menores que 110mmHg para a pressão arterial diastólica, pois em casos de valores aumentados se faz necessário o início imediato do tratamento.

Existem diferentes tipos de hipertensão, considerando-se também que vários autores a nomeiam e a classificam à sua maneira, sem um consenso geral. Preferiu-se neste estudo considerar a hipertensão arterial na

gravidez de acordo com a classificação de Duarte (2001) que é semelhante à de Cunningham et al. (2001a).

- Doença Hipertensiva Específica da Gestação (D.H.E.G.)
- Hipertensão Arterial Crônica Pré-Existente
- Hipertensão Crônica com D.H.E.G Sobreposta
- Hipertensão Tardia ou Transitória.

1.3.1. Doença Hipertensiva Específica da Gravidez. (DHEG)

Sibai (1991) definiu a D.H.E.G como sendo uma síndrome complexa de etiologia desconhecida. A elevação da pressão sangüínea caracteriza-se por ser induzida pela gestação e a medida da pressão arterial acusa níveis superiores a 140x90 mmhg aferida em repouso. Acomete predominantemente a primigesta após a 20ª semana. Helewa et al. (1997) completam, relatando que a D.H.E.G. se dá freqüentemente acompanhada dos seguintes sinais clínicos: aumento súbito de peso, edema generalizado de mãos, face e abdômen e/ou proteinúria. Segundo Ferreira (1999), a proteinúria é a presença de proteína na urina, que aparece na forma de pré-eclâmpsia. O quadro sem proteinúria aparece definido como a excreção menor do que 0,3g/d em 24 horas, sendo reversível 12 semanas após o parto (Kahhale & Zugaib, 1993) e (Cunningham et al. 2001a).

Alves (1998) e Cunningham et al. (2001), ao se aprofundarem na questão da etiologia da D.H.E.G, como foi dito anteriormente, enfatizam que quase sempre sua causa é desconhecida. As principais teorias que explicam

a sua origem apontam para os seguintes fatores: isquemia útero-placentária, má adaptação placentária, aspectos genéticos e metabólicos.

Duarte (2001) afirma que o diagnóstico para a DHEG é clínico e a alteração da taxa de proteína na urina verificada pelos exames laboratoriais confirma este diagnóstico.

A Doença Hipertensiva Específica da Gravidez se apresenta de duas formas: a pré-eclâmpsia, que pode ser grave ou leve, e a eclâmpsia.

A pré-eclâmpsia - segundo Redline & Patterson (1996), costuma ocorrer no início da gravidez, antes da 20ª semana, podendo ser grave na presença de mola hidatiforme, isto é, a ausência de feto ou outras doenças trofoblásticas. Sibai (1991) afirma que a pré-eclâmpsia é uma síndrome que afeta unicamente a espécie humana.

A pré-eclâmpsia grave - para Cunningham et al. (2001a), na pré-eclâmpsia grave a medida da pressão arterial acusa 160/110 mmHg e os índices de proteinúria e creatinina apresentam-se altamente elevados. A gestante sente dores de cabeça persistentes, distúrbios cerebrais ou visuais, além de dores abdominais, oligúria, restrição do crescimento fetal, edema pulmonar e, dependendo do caso, convulsão. Aqui a convulsão usualmente é precedida de intensa dor de cabeça ou de distúrbios visuais.

A pré-eclâmpsia leve - Confirma-se seu diagnóstico quando a gestante apresenta sinais, sintomas, exames laboratoriais compatíveis com DHEG e P.A. diastólica entre 90 e 110 mmhg (Turner, 1997).

Cunningham et al. (2001a) apontam que a diferença entre a pré-eclâmpsia leve e a grave é que a leve pode progredir mais rapidamente do que a grave.

Estudos no Grady Memorial Hospital de Atlanta (1988) mostram que a incidência de pré-eclâmpsia varia de acordo com a condição sócio econômica, racial e com pacientes que tiveram tratamento pré-natal precário e pouca assistência inicial.

Lee et al. (2000) tentaram identificar os fatores de risco da pré-eclâmpsia na população asiática, estudando 29.375 grávidas taiwanesas que tiveram seus bebês entre julho de 1990 e setembro de 1998, no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Chang Gung Memorial Hospital Taipei,. Concluíram que tanto existem fatores de risco iguais quanto diferentes entre as gestantes asiáticas e outros grupos étnicos. A incidência de pré-eclâmpsia é cerca de três vezes mais freqüente em pacientes primigrávidas jovens do que nas multigrávidas. É mais comum em pacientes com hipertensão crônica e naquelas multigrávidas com história anterior de pré-eclâmpsia, desenvolvida numa gravidez gemelar, ou com excesso de líquido amniótico intra-uterino (poliídramnio), ou diabetes mellitus, ou doenças do colágeno, ou sensibilização ao fator Rh e outras doenças sistêmicas.

Klein (1988) comenta que existe uma tendência familiar para pré-eclâmpsia em mulheres cujas mães ou irmãs desenvolveram-na durante a gravidez. Assim, mulheres que desenvolvem pré-eclâmpsia podem representar um grupo distinto, desde o início da gravidez. O autor ressalta

também que os níveis de pressão sangüínea considerados normais ou elevados devem ser claramente definidos durante este período, pois podem ocorrer convulsões, morte materna ou fetal, em níveis de P.A. freqüentemente considerados normais ou apenas ligeiramente elevados para as pacientes não grávidas. Não se pode esquecer de que os níveis de pressão, além de sofrerem alterações espontâneas em função do tempo, da postura, do exercício, da emoção e da dor, podem apresentar-se de forma alterada nas consultas. Estes fatores apontam diferença entre a gravidez normal e a hipertensiva.

Na Universidade de Bergen em Norway, Rasmussen et al. (2000), de 1967 a 1992, conduziram um estudo abrangendo todos os recém nascidos com baixo peso, objetivando avaliar a predisposição de aparecer pré-eclâmpsia numa segunda gravidez, quando a mãe em sua primeira gravidez teve um recém- nascido com baixo peso. Estes achados estão compatíveis com a hipótese de o fator etiológico estar associado às recorrências do mecanismo patofisiológico da pré-eclâmpsia e o crescimento fetal diminuído. O baixo crescimento fetal por idade gestacional é encontrado em substancial proporção em todos os casos em que a mãe desenvolveu pré-eclâmpsia numa gravidez posterior. Com este estudo concluíram que o baixo peso fetal é um importante dado na etiologia da pré-eclâmpsia.

A eclâmpsia – É definida por Helewa et al. (1997) como sendo uma forma grave de pré-eclâmpsia, com ocorrência de convulsões. A convulsão e o coma na D.H.E.G. se dão quando a hipertensão, o edema e a proteinúria estão fora de controle. Neste caso, o acentuado aumento da pressão arterial

diastólica, superior a 110mmHg, é um importante fator para se constatar o diagnóstico da eclâmpsia.

Além da eclâmpsia e da síndrome de HELLP, há na gestação outras complicações materno-fetais atribuídas à H. A.: diminuição da contagem das plaquetas, oligúria, edema agudo de pulmão ou cianose, descolamento de retina e distúrbios visuais, deslocamento prematuro e rompimento abrupto da placenta, isquemia placentária e acidente vascular cerebral, elevação das enzimas do fígado, náuseas severas e vômitos, dor de cabeça frontal, dor torácica, diminuição da respiração, retardo do crescimento intra-útero e ausência ou reverso da artéria umbilical.

Segundo Turner (1997) e Garovic (2000), a mortalidade materna é rara na pré-eclâmpsia. Quando ocorre, sustentam Helewa et al. (1997), geralmente deve-se a uma coagulopatia e/ou uma ruptura abrupta da placenta associada. Todavia, na eclâmpsia, a mortalidade materna é maior, podendo ser ocasionada por hemorragia cerebral, trombose cerebral, edema cerebral, insuficiência cardíaca, insuficiência renal ou defeitos da coagulação.

A DHEG leve pode ser controlada ambulatorialmente, tanto para Helewa et al. (1997) quanto para Cunningham et al. (2001a), indicando-se repouso diário por duas horas pelo menos, dieta hiposódica (um grama de sal), ajuste de medicação (diuréticos e hipotensores). Quando a evolução clínica é desfavorável, com o aumento tanto da P.A. quanto do edema e exames laboratoriais indicam o comprometimento de outros sistemas, a paciente deverá então ser internada. Também é importante o controle

ambulatorial do bem-estar fetal, o que auxilia no prognóstico da morbidade e mortalidade perinatal, bem como na diminuição dos riscos de cesárea de emergência antes do período satisfatório de gestação e do sofrimento fetal intra-uterino (Helewa et al. 1997).

1.3.2. Hipertensão Arterial Crônica Pré-Existente.

A hipertensão essencial ou primária constitui a principal causa de hipertensão arterial crônica na gravidez, representando cerca de 93,2% dos casos (Zugaib & Kahhale, 1985). Segundo Helewa et al. (1997), por hipertensão arterial crônica pré-existente entende-se qualquer doença hipertensiva anterior à gestação ou diagnosticada até a 20ª semana de gestação, em que se observa reflexo nas artérias uterinas, hipertrofia cardíaca, fundo de olho geralmente alterado, uréia maior que 25mg%, creatinina maior que 1mg%, podendo estar associada à proteinúria.

A hipertensão arterial crônica pré-existente é grave quando se desenvolve e se instala de maneira precoce, conseqüentemente com pior prognóstico para o produto da concepção, isto é, o aumento do índice de mortalidade fetal (Alves, 1998). Ela persiste por doze semanas após o pós-parto, conforme demonstram Cunningham et al. (2001b).

Estudos de Ferrer et al. (2000) conduziram a uma sistemática revisão literária sobre a ocorrência de hipertensão arterial crônica pré-existente durante a gravidez. Seus estudos iniciaram-se em fevereiro de 1999 e foram examinados artigos em inglês e também em outras línguas, encontrados em dezesseis sites eletrônicos diferentes ligados à área.

Foram analisados 6. 228 resumos, mas somente 215 artigos foram aproveitados dentro dos critérios pré-estabelecidos. Em 46 destes estudos ficou constatado que a hipertensão crônica oferece triplo risco de mortalidade perinatal, se comparada aos outros tipos de hipertensão e duplo risco para o rompimento abrupto da placenta. A conclusão deste trabalho mostra mais uma vez que a hipertensão crônica está associada ao aumento do risco materno e fetal.

Confirmando estes dados, Helewa et al. (1997) mostram que os riscos e as diversas complicações, como ruptura abrupta da placenta, acidente vascular cerebral, falência dos órgãos e a disseminação da coagulação intravascular acometem a mãe. Por sua vez, o feto sofre os riscos de retardo do crescimento intra-útero, prematuridade e morte.

Toda grávida com esse tipo de hipertensão deve ter acompanhamento quinzenal após a 20ª semana e semanal após a 30ª semana de gestação.

1.3.3. Hipertensão Crônica com DHEG Sobreposta.

Sibai et al. (1998) apud Cunningham et al., (2001a) afirmam que a hipertensão crônica com DHEG sobreposta pode se desenvolver em 25% das gestantes que já têm quadro de hipertensão crônica.

Segundo Garovic (2000) a hipertensão crônica com DHEG sobreposta à hipertensão pré-existente agrava-se, principalmente após a 24ª semana, atuando tanto na pressão arterial sistólica quanto na diastólica. Este tipo de hipertensão se dá em época mais precoce da gestação, quando o produto

conceptual ainda é imaturo, o que acarreta sérios comprometimentos para a mãe e para seu feto (Helewa et al., 1997).

Garovic (2000) enfatiza a importância do diagnóstico uma vez que pode acontecer retardo de crescimento intra-útero, prematuridade, sofrimento e morte fetal. No final da gravidez ou durante o trabalho de parto, pode ocorrer a elevação da pressão arterial, quando ocorre o que se denomina hipertensão tardia ou transitória. Ressalta que a hipertensão transitória geralmente tem uma trajetória melhor, assim como a hipertensão arterial crônica pré-existente.

Segundo Atallah (1994b), os países desenvolvidos têm dado pouca importância à H.A. crônica, por considerá-la de pouca gravidade e muita atenção à pré-eclâmpsia. Em estudo prospectivo coorte (o modelo ideal para estudo de incidência de complicações e avaliação de riscos) verifica-se que gestantes hipertensas crônicas apresentam 56% de probabilidade de manifestarem pelo menos uma importante complicação materno fetal.

No tratamento é muito importante o controle da doença de base. Garovic (2000) alerta que, antes da prescrição de uma medicação hipotensora, é necessário rever o potencial risco intra-uterino desta droga, principalmente a exposição do feto a ela.

Kahhale & Zugaib (1993) propõem que, além de serem usados diuréticos e medicações hipotensoras, também sejam indicados o repouso para redução do estresse, a dieta visando à nutrição adequada e a sedação que é muito importante para diminuir a labilidade vascular-emocional.

Contrapondo-se em alguns aspectos, Cunningham et al. (2001b) consideram que o repouso absoluto em posição deitada não é necessário, assim como sedativos e tranqüilizantes não precisam ser prescritos e que na dieta da paciente devem ser incluídas também calorias, mas não em excesso. Já para Hamet (1997), o manejo não farmacológico deve ser recomendado em casos de pré-eclâmpsia leve.

Alves (1998) afirma que diante de gestações acompanhadas de hipertensão arterial em que a maturidade fetal já tenha sido atingida, a melhor conduta a ser tomada, tanto para a mãe quanto para o feto, é o parto terapêutico. Em gestações iniciais a mesma conduta não pode ser tomada quando a prematuridade acarretar riscos à sobrevivência fetal, apesar de todos os avanços tecnológicos alcançados pela neonatologia, impondo-se em tais casos a conduta conservadora, e só é possível a manutenção da gestação desde que assegurada a integridade materna e a vitalidade fetal.

O parto, conforme mostra Cunningham et al. (2001b), é a cura para a pré-eclâmpsia leve. Já nos casos de pré-eclâmpsia grave, faz-se necessário o uso de anti-convulsivantes e anti-hipertensivos logo antes da ocorrência do parto. O parto cesariana é indicado somente em casos severos. Em outros casos, quando a mãe corre mais riscos do que o feto, o trabalho de parto é induzido, considerando que a gestante está perto do momento de dar à luz.

1.4. A Ansiedade

Para Ajuriaguerra (1983), a ansiedade faz parte da existência humana. É uma manifestação psíquica desagradável do estado afetivo e emocional, em que se tem sentimentos de perigo iminente, aliados a uma atitude de expectativa. Caracteriza-se por inquietação, tensão ou apreensão, o que provoca uma perturbação mais ou menos profunda. É uma experiência pessoal, que invade a fundo o indivíduo, sem uma causa identificável pelo mesmo conscientemente e é difícil de ser dividida com os outros.

Por muito tempo o conceito de ansiedade ficou ligado exclusivamente à área psiquiátrica e identificado com os desvios patológicos da conduta humana. Embora a ansiedade tenha sido bem estudada, ela é aparentemente de difícil compreensão e reconhecimento, tanto para o profissional quanto para os leigos.

A ansiedade só pode ser identificada à medida em que se aprende a reconhecê-la, uma vez que ela é um fenômeno de natureza essencialmente psíquica em seu reconhecimento consciente. A ansiedade por sua vez também tem a qualidade de ser desencadeante de processos mentais altamente complexos, denominados mecanismos de defesa, que são recursos psicológicos desenvolvidos pela personalidade que tenta defender-se, estabelecendo compromissos entre os impulsos conflitantes, para alívio das tensões internas. Mecanismos de defesa são utilizados por todos continuamente, sem necessariamente serem patológicos.

Para Kolb (1980), a ansiedade seria em todos nós um estado básico e necessário para a evolução da natureza humana, assim como também os mecanismos de defesa.

Segundo Nina (1997) existem três formas de ansiedade: a angústia, o medo e o pânico. A angústia, que para Ajuriaguerra (1983) está pré-configurada no organismo desde o nascimento, é também considerada uma ansiedade de baixa intensidade e se manifesta predominantemente por manifestações corporais sob a forma de “ansiedade–sinal” e funciona como estímulo para o desenvolvimento da mente e das capacidades comunicativas, simbólicas e sociais. Ela se assemelha à fase de alerta do estresse e psicossomaticamente costuma ser caracterizada por mal estar geral, desconforto, fatigabilidade, transpiração acentuada, cefaléia, palpitações, respiração curta, insônia, náuseas e vômitos.

O medo, de acordo com Nina (1997), é a ansiedade já vinculada a uma representação psíquica conhecida que parecerá ao indivíduo ansioso como sendo a fonte de seu sofrimento. É um fenômeno primário que pode até levar ao desenvolvimento de neuroses, psicoses e perversões como organizações patológicas de defesa, quando a ansiedade for muito intensa ou permanente. Pode-se dizer que o medo é um estado evolutivo da angústia e que na fase do medo consegue-se identificar uma causa, fato que não acontece na angústia. O estado afetivo ligado a uma representação psíquica faz do medo uma condição menos penosa do que a da angústia, mas por sua vez pode haver a desorganização do aparelho mental numa situação traumática de susto.

O pânico do ponto de vista de Kaplan & Sadock (1984) apud Nina (1997) é uma forma aguda e extremamente violenta de ansiedade, podendo levar a um estágio muito primitivo de organização da personalidade ou à sua desestruturação, com conseqüente impedimento dos mecanismos psíquicos adaptativos de defesa, em que predominariam situações essencialmente psicossomáticas, tanto na expressão da relação com o ambiente externo (inibições e fobias) quanto internos (somatização e hipocondrias). Interfere não apenas nas atividades normais e cotidianas do indivíduo, como no próprio funcionamento mental, na percepção afetiva mais sutil e na elaboração do pensamento, comprometendo psicopatologicamente as relações intrapsíquicas.

1.5. O Estresse

O termo estresse, derivado do inglês *stress*, foi segundo Pontes (1980) apud Nina (1997) inicialmente emprestado da engenharia de materiais, tendo como significado *“condução de tensão existente no interior de um material (substância) elástico em decorrência de esforço (deformador) por forças externas ou expansão térmica não uniforme”*. Portanto, subentendesse que o estresse não é apenas uma ação sofrida passivamente por um meio, mais sim o resultado de dois sistemas (interno e externo).

Takiuti et al. (2000) traz em seu artigo diversas visões sobre estresse em diferentes épocas e mostra que a preocupação com o estresse surgiu há

pelo menos cento e cinquenta anos atrás, quando pesquisadores afirmavam que era necessário uma relativa constância ou equilíbrio dos mecanismos fisiológicos internos para a manutenção da vida.

Henry & Stephens (1977) apud Takiuti et al. (2000) consideram que “O estresse altera o sistema imunológico através de alterações hormonais e também por uma ação neural direta. O estresse está associado à ativação de muitos sistemas neuroendócrinos, incluindo o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e o sistema nervoso central, com subsequente aumento das catecolaminas e cortisol que podem suprimir o processo imunológico e também redistribuir o número de células imunes. Além disso, pode alterar os neuropeptídeos, tais como as beta endorfinas, hormônios sensíveis ao estresse, que são conhecidas por mediar o aumento da atividade das células *Killer* naturais.

Em 1926, na Canadá, o médico fisiologista Hans Selye usou o termo estresse pela primeira vez na área da saúde. Ele notou que muitas pessoas sofriam de várias doenças físicas e reclamavam de alguns sintomas em comum tais como falta de apetite, pressão alta, desânimo, fadiga e definiu-os como *"uma resposta inespecífica do organismo a uma solicitação"* (Kopolow,1992).

Segundo Ferreira (1999), “estresse é um conjunto de reações do organismo a agressões de ordem física, psíquica, infecciosa e outros, capazes de perturbar a homeostase”.

Selye (1975) apud Takiuti et al. (2000) definiu o estresse como um estado em que existe uma síndrome geral de adaptação, em que se pode

distinguir três fases: de alerta ou alarme, de resistência e a última de exaustão. Sua manifestação vai depender muito de cada indivíduo, das diferenças genéticas e da experiência prévia, além de também estarem relacionadas com a resposta neural.

As mudanças induzidas em decorrência de fortes emoções podem ser suficientemente poderosas para comandar os fenômenos neuroendócrinos fisiológicos, que em condições normais mantêm a homeostasia, como mostra Takiuti et al. (2000). No entanto, algumas vezes não se consegue manter o equilíbrio, o que pode justificar muitas doenças e distúrbios psicossomáticos.

Kopolow (1992) pesquisou as origens de doenças comuns como hipertensão arterial, doenças cardíacas, enxaquecas e outras mais, chegando à conclusão de que o estresse e o desenvolvimento destes distúrbios estão intimamente ligados e que vários fatores ambientais podem tornar as condições de vida ainda mais estressantes.

Na sua dissertação de mestrado Coelho (1994) trabalhou com pacientes portadores de disfonias funcionais e/ou orgânico-funcionais e concluiu que o estresse está presente como fator etiológico predisponente na manifestação destes quadros clínicos.

O estresse atualmente é um dos problemas mais comuns que o ser humano enfrenta, em qualquer idade. Henry & Stephens (1977) apud Takiuti et al (2000) propõem a hipótese de que diferentes respostas imunológicas podem ocorrer em função do modo como cada indivíduo enfrenta o estresse, podendo representar fatores de risco para várias doenças.

As evidências demonstram hoje que os indutores físicos do estresse são menos importantes do que muitos pesquisadores achavam, mas que os estímulos emocionais devem ser enfaticamente considerados.

Para Auriol (1985) toda sensação que coloca nosso organismo em estado ansioso, que o torna mais vigilante e alerta, que tensiona nossos músculos, que acelera nossa respiração e nossa circulação constitui um estresse. Atualmente, o estresse vem se tornando centro de atenção, tanto na área médica, como na psicológica.

Para Lipp (1986) o estresse não é fantasia, podendo levar a consequências sérias. O estresse foi definido pela autora como *“reação psicológica, com componentes emocionais, físicos, mentais e químicos, a determinados estímulos que irritam, amedrontam, excitam e/ou confundem a pessoa”*.

Para a saúde mental e física de um indivíduo, é importante que ele saiba lidar melhor com a ansiedade e a tensão, especialmente quando ocorrem com grande frequência e de maneira severa.

Considerando que vários métodos têm-se mostrado de grande valor no tratamento da ansiedade generalizada, Ruschel (1989) coloca que este distúrbio responde particularmente bem a diferentes tipos de psicoterapia, variando desde terapia de apoio, psicanálise até técnicas de relaxamento.

1.6. O Relaxamento

Tan (1998) acredita nos tratamentos definidos por Ruschel (1989) e confirma isto dizendo que as técnicas de relaxamento completam outras modalidades de tratamento tais como psicoterapia e farmacoterapia. Considera que o relaxamento é uma técnica acessível a todos e mostra que são encontradas no mundo todo diferentes maneiras de praticá-las. Estas técnicas têm distintas significações para as pessoas, conforme sua cultura. O relaxamento se opõe ao estresse e auxilia no equilíbrio mental e corporal, diminui a angústia e a emotividade, proporcionando a unificação dos elementos do organismo.

A técnica de relaxamento tem por objetivo permitir e ativar o jogo natural do sistema protetor contra a superdosagem de estimulação, tendo como efeitos a redução da intensidade dos reflexos, o desaparecimento das correntes elétricas produzidas pelos músculos, o aumento da temperatura da pele e das trocas calóricas com o mundo exterior através dos vasos dilatados, a elevação do volume e do peso dos braços e pernas devido ao aumento de volume das veias e capilares, a redução de 10 à 20 % da tensão arterial em hipertensos, a diminuição do ritmo cardíaco em taquicárdicos, a extensão do conjunto de movimentos que se repetem a cada respiração, os movimentos do estômago se modificam, tornando a passagem suave, sem ruptura e ritmo, a redução do colesterol, a normalização da função tireoidiana, e a inibição da secreção de cortisona pela supra-renal (Auriol, 1985).

O primeiro médico a usar o relaxamento como exercício foi Edmund Jacobson em 1929, em pacientes com ansiedade, reação de estresse

generalizado, doenças gastrointestinais e hipertensos. Seu método foi baseado em suas observações da prática clínica com pacientes aparentemente tensos (Stein & Cutler, 2002).

O cardiologista Benson (1975) apud Stein & Cutler (2002) foi quem estudou o desenvolvimento dos resultados da técnica de relaxamento com pacientes hipertensos, pois estava muito interessado em tratamentos não farmacológicos para seu pacientes, destacando principalmente a integração corpo e mente.

Revisando vinte e quatro artigos sobre o uso de técnicas de relaxamento com dependentes químicos, Stein & Cutler (2002) encontraram que tanto preventivamente quanto em tratamento os efeitos da técnica foram positivos. Estes incluem progresso de longo alcance quanto à satisfação pessoal, auto-estima e envolvimento pessoal.

As patologias que proporcionam dores crônicas como fibromialgia, DORT e doenças do sistema músculo-esquelético foram encontradas em diferentes países: Austrália, Suécia e USA. Trabalhos em que se utilizaram técnicas de relaxamento alcançaram alguns efeitos surpreendentes: pessoas que estavam afastadas do trabalho por alguns meses conseguiram retornar, pois atingiram relaxamento muscular adequado e conseqüente alívio da estrutura, além de terem controlado o nível de ansiedade e estresse, de acordo com Littlejohn (2001), Marhold, et al. (2001) e Stein & Cutler (2002).

A Academia Americana de Neurologia, recentemente em 2001, realizou um estudo para combater a enxaqueca em crianças. Alguns dados foram citados em uma revista brasileira feminina com a finalidade informativa

(Cláudia-abril de 2001). Dentre os resultados apresentados constava que os pesquisadores, ensinando técnicas de relaxamento e mentalização, conseguiram diminuir a frequência e a intensidade das crises das crianças que sofriam de dor de cabeça.

É interessante notar que as técnicas de meditação dos grupos religiosos orientais apontadas por Kolb (1980) são usadas como forma de prover o relaxamento e mudanças fisiológicas tais como a diminuição da frequência e do débito cardíaco, além da frequência respiratória e da taxa metabólica do organismo e o aumento da resistência epidérmica. O autor coloca que a organização da personalidade e os valores individuais é que decidirão como aprender o controle pessoal das funções orgânicas e a obtenção do alívio da ansiedade e da tensão, bem como dos estados anormais associados e psicofisiologicamente induzidos.

Um dos tratamentos utilizados pelos pesquisadores Redd et al. (2001), juntamente com técnicas invasivas, foi o relaxamento, com pacientes adultos e crianças portadores de câncer, antes de iniciarem o tratamento quimioterápico. Os resultados foram satisfatórios e mostraram que após a quimioterapia os pacientes apresentaram redução da dor, do nível de ansiedade e facilidade para desviar a atenção. Também conseguiram o relaxamento dos grupos musculares, uma respiração profunda e passaram a usá-lo sempre que se encontravam tensos e ansiosos.

Amorim (1999) trabalhou com 60 mulheres com diagnóstico de câncer de mama, sem metástase à distância, com o objetivo de avaliar o efeito do relaxamento como intervenção junto ao sistema imunológico. Obteve como

resultado o aumento da atividade das células Naturais *Killer* (NK) que possuem agente anti-tumoral. Também há forte evidência de que sejam responsáveis pela vigilância imunológica na prevenção de metástase.

A atividade das células naturais *Killer*..é reduzida com o estresse, de acordo com Takiuti et al. (2000). Assim, podemos levantar a questão de que o relaxamento diminui o efeito do estresse sobre essas células.

Usando em 27 pacientes da Saúde Mental as técnicas de regulação de tônus como terapia de relaxamento, Duran (1997) obteve como resultado o estabelecimento de vínculo de confiança, propiciando ao paciente o fortalecimento da auto-estima, maior conscientização e ampliação da imagem corporal, relacionamento físico e psíquico, maior abertura ao contato social e resgate da capacidade laborativa e do potencial criativo.

Tan (1998) utilizou técnicas de relaxamento com a finalidade de melhorar as habilidades funcionais dos pacientes que têm apresentado ansiedade e depressão, um fator comum na população geriátrica atendida nos serviços de saúde. O profissional relata que utilizou tanto a facilitação da respiração profunda quanto o relaxamento autógeno como técnicas de relaxamento. Foi possível notar que, ensinando aos pacientes as técnicas de relaxamento, eles aprendem que podem manejar seus sintomas e reduzir a ansiedade, auxiliando assim na melhora da performance ocupacional. A efetividade do relaxamento está em saber escolher o procedimento adequado às necessidades e às características de cada pessoa.

A tensão e a inquietação crônicas, tanto do corpo como da mente, segundo Novak (1999) são em grande parte apenas uma conseqüência da

rotina do dia-a-dia. O ser humano está habituado a se movimentar, ficar tenso, programar coisas e a ficar preocupado. Gradualmente, o costume da inquietação torna-se tão profunda e solidamente estabelecido que parece anormal permitir que o corpo relaxe e a mente se aquiete.

Nascimento & Quinta (2001) consideram que o relaxamento é um estado natural do ser humano, tanto quanto o seu oposto, a tensão. É necessário relaxar quando nosso corpo foi além do que é capaz de suportar e o estresse sempre acontece quando existe excesso de interesse pelas coisas que estão ao nosso redor, segundo as autoras, seduzindo nossa vontade. Devido à falta de atenção às sábias solicitações do nosso instinto, o ser humano sempre age sem respeitar seus limites.

Para obter um bom relaxamento é necessário antes buscar uma tensão corporal correta do que uma descontração exagerada que possa levar ao sono. O relaxamento físico consiste numa técnica na qual se usa contração e descontração de grupos musculares específicos, atingindo um nível bem baixo de tensão. A tensão muscular normalmente acompanha estados emocionais negativos. Quando o indivíduo fica ansioso, a tensão aparece e o relaxamento das fibras musculares leva à diminuição do estado ansioso.

Da mesma forma que o corpo precisa de cuidados, a mente também merece atenção. Novak (1999) afirma que, de modo geral, a tensão mental tem como causa as preocupações com relação ao passado ou os desejos relativos ao futuro. Normalmente o relaxamento é indicado em casos de espasmofilia, ansiedade ou depressão e pode trazer harmonia interna,

sensação de paz, tranquilidade, deixando-nos mais resistentes e capazes de usufruir de uma vida com mais alegria e prazer. Uma das maneiras de relaxar mentalmente é através da meditação. Kretschmer (1997) mostra que a pessoa que medita é encorajada a esforçar-se por obter uma concepção razoável da vida, orientada para a auto-realização, a liberdade e a harmonia psíquicas, liberando uma criatividade intensa, chegando a fenômenos máximos de alegria e libertação. Para Novak (1999), a meditação é o primeiro estágio do relaxamento. Segundo Schultz (1956) (apud, Kretschmer 1997), os estados avançados de meditação proporcionam um relaxamento corporal geral e a indução das fantasias simbólicas. Então cores, objetos e locais são visualizados, podendo chegar através da representação simbólica, num estágio em que a mente torna simbolicamente visível as tendências inconscientes.

“A respiração correta começa com o diafragma, uma camada muscular fina, de forma abaulada, que separa o abdome da cavidade torácica. Este músculo se contraindo empurra para baixo a cavidade abdominal, criando acima dele um espaço que induz uma expansão dos pulmões e a subsequente inalação do ar. Uma expansão secundária dos pulmões se produz pela expansão da caixa torácica e do peito. A respiração diafragmática profunda oxigena e energiza o organismo todo” (p.30).

Um outro fator de muita relevância, como coloca Novak (1999), é o controle da respiração que é um dos modos mais eficazes de relaxar a mente. Desde os tempos antigos os iogues reconhecem que há uma ligação direta entre a respiração e a mente.

Como citado anteriormente, um dos fatores desencadeantes e/ou mantenedores da hipertensão é o estresse. As gestantes hipertensas, pelo

próprio fato de estarem vivenciando um momento de ansiedade com a espera do bebê, agravado ainda mais com a presença de uma patologia séria, necessitam de uma intervenção que lhes possibilite dominar a tensão física e a ansiedade. Se souberem relaxar, supõem-se que elas conseguirão ter melhor controle interno e assim terão como lidar com as situações causadoras de ansiedade, o que lhes proporcionará saúde física e psicológica e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida.

1.7. Objetivos

Com base no exposto, o objetivo geral deste trabalho foi verificar se, por meio do programa de intervenção com uso de técnicas de relaxamento em gestantes hipertensas crônicas e gestacionais, obtém-se melhora nos índices da pressão arterial e se há modificação nos níveis de ansiedade destas gestantes, diminuindo os riscos de morbidade e mortalidade materno-fetais.

Objetivos específicos.

Este estudo visou também a:

- Acompanhar a gestação de mulheres hipertensas, objetivando detectar qual o conhecimento que possuem sobre seu quadro clínico. (diagnóstico e prognóstico)
- Verificar o que sabem sobre as conseqüências da hipertensão para ela e para o feto.

- Avaliar a presença ou não de componentes de ansiedade.

2. CARACTERIZAÇÃO DE SERVIÇO DE TERAPIA OCUPACIONAL EM HOSPITAL GERAL

*"A felicidade não está em viver,
mas em saber viver.
Não vive mais o que mais vive,
mas o que melhor vive.
"Mahatma Gandhi*

Conforme aponta Bressan et al (2001), o modelo de assistência à saúde no Brasil tem passado por mudanças principalmente do paradigma saúde/doença, propiciando a formação de equipes multiprofissionais, incluindo-se nelas a ação do Terapeuta Ocupacional. Busca-se assim uma atuação mais abrangente junto à pessoa enferma, a qual deve considerar não só o diagnóstico e o tratamento de doenças, mas também os fatores e as condições responsáveis pela qualidade de vida do paciente.

O curso de Terapia Ocupacional (T.O.) da Universidade de São Paulo em 1997 definiu a Terapia Ocupacional como um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, na educação e na esfera social, reunindo tecnologias orientadas para a emancipação e autonomia de pessoas que, por razões ligadas a problemáticas específicas (físicas, sensoriais, psicológicas, mentais e/ou sociais, apresentam temporária ou

permanentemente dificuldades na inserção e participação na vida social. As intervenções em Terapia Ocupacional caracterizam-se pelo uso de atividades, elemento centralizador e orientador na construção complexa e contextualizada do processo terapêutico.

Segundo Benetton (1999), a Terapia Ocupacional é uma profissão que utiliza a ocupação para tratar, usando as atividades como instrumento. Neste processo de tratamento a atividade viabiliza a expressão, a espontaneidade, o conhecimento das potencialidades e das limitações dos pacientes durante as suas ações no mundo.

O foco do trabalho da Terapia Ocupacional é a relação triádica entre paciente-atividade-terapeuta ocupacional. A intervenção se baseia não somente na realização da atividade, mas também, fundamentalmente, no psicodinamismo de cada indivíduo e de ambos na relação com o terapeuta ocupacional.

Assim, as atividades se caracterizam como o terceiro termo de uma relação que ocorre a partir do pressuposto de que existe um terapeuta ocupacional e um segundo indivíduo que apresente qualquer motivo, necessidade ou vontade de lá se encontrar para fazer terapia ocupacional.

Dentre as atividades utilizadas podemos citar: atividades de vida diária, atividades lúdicas, artesanais, plásticas, corporais, técnicas de relaxamento, profissionalizantes, psicopedagógicas, entre outras. Na relação triádica enfoca-se a criatividade da pessoa e objetiva-se proporcionar um contexto em que seja possível vivenciar uma compreensão de si e de suas relações com o meio no qual vive. Isto é possível através da

busca gradativa do autoconhecimento e da promoção da pessoa, para uma maior independência e liberdade. Assim, a terapia ocupacional tem um vasto instrumental de trabalho, capaz de promover, prevenir e intervir em todos os ciclos do desenvolvimento humano.

Bressan et al. (2002a) relata que o campo de atuação da T.O. é vasto, podendo ser agrupado nas seguintes grandes áreas: saúde, educação, social e empresa. Na área da saúde o trabalho pode se realizar em hospital psiquiátrico, geral, de reabilitação, em núcleo de atendimento psicossocial (NAPS), em centros de atendimento psicossocial (CAPS) e em outras instituições de saúde, tais como centros de reabilitação, clínicas particulares, unidades básicas ou distritais de saúde, casas de repouso e outros serviços de saúde. Na educação sua atuação pode ser em escolas públicas, particulares e especiais. Na área social trabalha-se em instituições sociais, favelas, presídios, centros de convivência com menores de rua e com menores infratores, centros comunitários e outros mais. A atuação em empresas acontece em indústrias, fábricas, empresas de pequeno e médio porte, oficinas de trabalho e instituições de modo geral que tenham trabalhadores.

Hagedorn (2001) reforça que a clientela varia muito dependendo da área escolhida e também da proposta de trabalho que se tem para cada instituição.

De modo geral existem pontos em comum de atuação em todas as áreas, tais como: propiciar autonomia e emancipação das pessoas, inserção e participação na vida social e relacional, possibilitar que o indivíduo

conheça seu potencial e suas limitações, potencializar as capacidades remanescentes e auxiliar na busca de novas habilidades.

A Terapia Ocupacional em Hospital Geral não difere muito das demais desenvolvidas em outros âmbitos de trabalho, exceto que é praticada em equipamento de saúde de atendimento terciário, podendo este ser tanto público, privado, como filantrópico, podendo atender ou não o Sistema Único de Saúde.

Num hospital geral os encaminhamentos para a Terapia Ocupacional poderão vir dos mais variados seguimentos: ambulatórios, enfermarias, centros de tratamento intensivo (CTI), hospital dia e atendimento domiciliar e em cada um destes locais de trabalho encontram-se diferentes propostas de abordagens do terapeuta ao seu cliente, dependendo muito da clínica com a qual estará trabalhando.

A clientela atendida no hospital geral pela T.O. apresenta o seguinte perfil: são pessoas com incapacidades funcionais definitivas ou temporárias, causadas por doenças em estágios agudos ou crônicos, necessitando de reabilitação física ou psicossocial (Bressan et al., 2002b).

No entanto, de modo geral a T.O. é indicada no hospital geral quando existem casos de internamento longo, auxílio diagnóstico, casos clínicos de demorada recuperação, enfim, casos em que o indivíduo permanece afastado de sua casa, de sua família, de seus pertences, de seu trabalho e de seu cotidiano, levando-o a desanimar da luta contra a doença, ou ainda, a entregar-se a ela, ou então, casos de pacientes deprimidos, queixosos, com demorada resposta ao tratamento convencional, de paciente ansioso e

estressado, incomodativo e indivíduos sem comunicação verbal (Teixeira, 2001).

Os profissionais terapeutas ocupacionais em hospital geral distribuídos nas respectivas especialidades atuam com objetivos distintos, voltados para a reabilitação e recuperação funcional, com vistas à maior autonomia nas atividades de vida diária, independência no trabalho e melhor qualidade de vida.

Para alcançar seus objetivos, o profissional que atua em hospital geral necessita avaliar o paciente na disfunção específica, correlacionando-a com a totalidade de suas alterações com o mundo, elaborar um diagnóstico situacional, estabelecer os objetivos terapêuticos, selecionar métodos, técnicas e instrumentos, desenvolvendo o programa terapêutico, reavaliando-o junto com a equipe multiprofissional durante o processo todo (Figueiredo, 2000).

Assim, sem considerar as especificidades e diversidades de cada área de atuação, é da competência do terapeuta ocupacional no hospital Geral:

- Avaliar o paciente para conhecer sua história de vida, estrutura familiar e social, seus gostos, interesses e queixas;
- Diagnosticar o potencial psicossocial do indivíduo, compreendendo a dinâmica da família e suas conseqüências para a sua saúde física e emocional;
- Planejar programas de tratamento, utilizando-se de atividades terapêuticas (atividades humanas escolhidas de acordo com o interesse

e necessidade do paciente, que assumem um caráter terapêutico através da relação paciente-atividade-terapeuta ocupacional);

- Auxiliar o paciente no processo de adaptação ao ambiente hospitalar, ajudando-o na transformação do tempo de internação em tempo útil;
- Auxiliar o paciente na elaboração da situação de perda temporária ou permanente da capacidade produtiva e também minimizar as conseqüências de seu afastamento do convívio social e relacional (família, escola, trabalho, etc), selecionando atividades terapêuticas que correspondam à capacidade física, cognitiva e sócio-cultural;
- Prevenir incapacidades, potencializar as capacidades remanescentes e auxiliar o paciente na busca de novas habilidades;
- Orientar pacientes e familiares visando à manutenção das capacidades remanescentes e adquiridas, a independência nas atividades de vida diária (AVD), facilitando sua inclusão no meio e,
- Trabalhar de forma integrada com a equipe, visando à melhoria do ambiente hospitalar e da inter-relação paciente e profissionais.

A inclusão do T.O. dentro de um hospital geral, trabalhando com a equipe multiprofissional, tem contribuído para a mudança da visão do tratamento integral do paciente e familiares, visando à qualidade de vida e reinserção social destes.

3. MÉTODO

*Se eu não disser nada, como é que eu vou saber
Onde fica a entrada do castelo do querer
Qual é a resposta me diga, então
Qual é a pergunta? Se eu não disser nada
Como é que vou saber onde fica a chave
do mistério de viver.*
Péricles Cavalcanti

3. 1. Participantes

Participaram do presente estudo quinze gestantes com diagnóstico de hipertensão arterial, que receberam acompanhamento médico no Ambulatório de Gestação de Alto Risco no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto (AGAR). Foram subdivididas em três grupos: o primeiro (g1), composto por cinco gestantes com diagnóstico de Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG), o segundo (g2), composto por cinco gestantes com diagnóstico de Hipertensão Crônica (H.C.) e o terceiro, denominado grupo controle (g3), não participou da intervenção, composto por cinco gestantes tanto com DHEG quanto com H.C.

3. 2. Material

Foram utilizados os prontuários médicos das gestantes, roteiro de entrevista semi-estruturada, elaborado especialmente para este trabalho (anexo A), o inventário de ansiedade traço-estado (IDATE), aparelho de som portátil, fitas K7 para a gravação das entrevistas e fitas K7 próprias para os relaxamentos, além de material de escritório (lápis, borracha e outros)

3. 3. Procedimentos

As participantes foram selecionadas através de seus prontuários médicos e também encaminhadas pelos médicos que as atenderam no ambulatório. De acordo com o quadro clínico de cada gestante (Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) ou Hipertensão Crônica (H.C.) elas foram subdivididas nos grupos (g1, g2 ou g3), mas todos os procedimentos (entrevista, aplicação do IDATE e as sessões de relaxamento) foram individuais.

Uma vez selecionadas, as gestantes foram contatadas pela pesquisadora, momento em que conheceram os objetivos da pesquisa e então solicitou-se a sua participação, com garantia de sigilo na divulgação dos dados. Uma vez aceita, foi então assinado o Termo de Consentimento Pós-Informação (anexo B), tendo sido garantido que a não participação não implicaria na suspensão de seu atendimento médico.

Inicialmente as gestantes foram entrevistadas utilizando-se o roteiro de entrevista que objetivava colher os seguintes dados: situação

socioeconômica atual, aspectos ligados à gestação, aspectos do relacionamento, aspectos da gestação hipertensa e questões gerais referentes à gravidez. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra.

Após a entrevista foi aplicado o IDATE individualmente com cada gestante e iniciou-se a seguir a intervenção, também individual para as componentes dos grupos 1 e 2, utilizando-se de técnicas de relaxamento físico e mental baseadas em Schultz (1967) apud Sandor (1982). As técnicas tiveram de ser adaptadas em função das possibilidades das gestantes. A intervenção foi conduzida pela pesquisadora de maneira que, com o tempo, a participante não necessitasse mais deste auxílio e conseguisse fazê-lo em casa sozinha. Todas as sessões de relaxamento foram sempre realizadas em uma mesma sala do Ambulatório de Gestação de Alto Risco no Hospital das Clínicas. Foram usadas as seguintes seqüências que eram inter-relacionadas e uma dependia da outra:

→ No encontro inicial a participante manteve-se com os olhos fechados, imaginando-se completamente tranqüila, com os braços pesados, passando esta sensação para outras partes do corpo e respirando profundamente.

→ No segundo encontro a participante de olhos fechados, sentindo-se tranqüila, respirando profundamente, imaginou a sensação de peso pelas partes do corpo sempre iniciando pelos braços e em seguida, a sensação de calor.

→ No terceiro encontro a participante descobriu a vivência cardíaca e seu ritmo vital, associado à seqüência do segundo encontro, levando-a um estágio de relaxamento profundo

→ No quarto encontro, associaram-se às etapas anteriores o ciclo respiratório e a pulsação do coração, com finalidade de que a participante observasse o seu próprio ritmo orgânico.

→ No quinto encontro, a participante revivenciou todas as etapas anteriores e imaginou o esquentamento do abdome.

→ No sexto encontro e último da seqüência a gestante passou por todas as etapas anteriores e foi acrescentada a sensação de frescor na testa.

Para as gestantes que passaram por mais de seis relaxamentos, foi repetida a última seqüência que é a mais completa. Associada à técnica usou-se todas às vezes música para relaxamento e as instruções foram dadas verbalmente pela pesquisadora. A título de ilustração encontra-se no (anexo C) a descrição do procedimento de intervenção (relaxamento) de uma participante.

Ao início e término de cada sessão, verificou-se a P.A. de cada gestante. A intervenção manteve-se até nas semanas anteriores e próximas ao parto, totalizando em média oito sessões, assim como o controle de P.A. Transcorrido o período de dois meses de intervenção, reaplicou-se o IDATE.

Em decorrência do fato de que gestantes hipertensas apresentem período gestacional mais curto, ou seja, tenham seus partos antes das quarenta semanas e considerando que o início da coleta de dados se deu

quando a maioria das gestantes se encontrava entre 20 e 30 semanas, optou-se por realizar a segunda aplicação do IDATE após dois meses de intervenção, diminuindo assim a possibilidade de as participantes não conseguirem chegar até o final do programa de intervenção proposto pela ocorrência do nascimento do bebê.

A análise dos prontuários teve por objetivo obter informações sobre a identificação, idade, estado civil, escolaridade, início dos atendimentos no ambulatório, dados sobre a hipertensão, medicação para controle da P.A. e outros (anexo D).

3. 4. *Instrumento de Coleta de Dados*

3. 4. 1. A Entrevista:

A opção da entrevista como instrumento de coleta de dados foi feita por se acreditar ser esta a forma pela qual o sujeito fornece informações de conteúdo interno que só ele poderia relatar.

Para Cruz Neto (1996), o procedimento mais usual no trabalho de campo é a entrevista e é através dela que o pesquisador busca obter informações contidas nas falas dos atores sociais. A entrevista não significa uma conversa despretensiosa e neutra, mas é tida como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeito-objeto da pesquisa, que vivenciam uma certa realidade que está sendo focada, com propósitos bem definidos.

Durante a entrevista possivelmente exista uma interação entrevistador-entrevistado que faz acontecer novas indagações surgidas no momento interativo. Embora seja sabido que não é uma relação totalmente descompromissada, pois o entrevistador é aquele que dirige, o que faz a proposta, mesmo assim existe uma troca de conhecimentos.

A entrevista consegue fornecer “fatos, idéias, crenças, maneiras de pensar, opiniões, sentimentos, maneiras de sentir, maneiras de atuar, conduta ou comportamento presente ou futuro, razões conscientes ou inconscientes de determinadas crenças, sentimentos, maneiras de atuar ou comportamentos” Minayo (1993).

3. 4. 2. A Elaboração do Roteiro de Entrevista:

O roteiro de entrevista (anexo A) foi elaborado levando-se em conta os trabalhos consultados na literatura e os objetivos da pesquisa, resultando nos seguintes tópicos.

- Identificação.
- Aspectos da situação atual.
- Aspectos ligados à gestação.
- Aspectos da gestação hipertensa.
- Questões gerais referentes à gravidez.

De acordo com a recomendação da literatura Cannel & Kahn (1974) e Mucchielli (1994), o roteiro foi pré-testado em duas entrevistas, possibilitando assim checar a sequência de questões, a terminologia

utilizada e a compreensão delas, realizando-se, então, as reformulações necessárias. As duas gestantes que fizeram o pré-teste da entrevista também realizaram o primeiro IDATE, para fins de treinamento da pesquisadora na aplicação do instrumento.

3. 4. 3. O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE):

Em todas as gestantes aplicou-se o inventário de ansiedade traço-estado (IDATE) de Charles D. Spielberger, Richard L. Gorsuch e Robert E. Lushene, elaborado em 1964, traduzido e adaptado para o Brasil por Ângela M. B. Biaggio & Luiz Natalício e publicado pelo Centro Editor de Psicologia Aplicada (CEPA) em 1979. Trata-se de um inventário composto por duas escalas distintas de auto-relatório, elaboradas para medirem dois conceitos de ansiedade: estado de ansiedade (A-estado) e traço de ansiedade (A-traço). Para os autores, o conceito de estado de ansiedade é:

“Um estado de ansiedade transitório ou condição do organismo humano que é caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão conscientemente percebidos, e por aumento na atividade do sistema nervoso autônomo. Escores em A-estado podem variar em intensidade e flutuar no tempo”.(Spielberger et al., 1979, p.4)

E para o traço de ansiedade os autores definiram como

“O traço de ansiedade (A-traço) refere-se a diferenças individuais relativamente estáveis em propensão à ansiedade, isto é, a diferença na tendência a reagir a situações percebidas como ameaçadoras com elevações de intensidade no estado de ansiedade” (Spielberger et al., 1979, p. 4)

Este instrumento possibilitou que as gestantes descrevessem para escala traço de ansiedade como geralmente se sentiam, enquanto que para

a escala estado de ansiedade as participantes responderam como se sentiam no momento. Assim, foi possível conhecer o tipo de ansiedade que acometia cada gestante e estabelecer se havia ou não relação entre a ansiedade e o quadro hipertensivo.

3. 4. 4. As Técnicas de Relaxamento:

Stein & Cutler.(2002) mostraram que o uso de técnicas de relaxamento trazem efeitos positivos para diversos sintomas e doenças tais como: câncer de mama, estresse, disfonias, ansiedade generalizada, angústia e emotividade, hipertensão e doenças psiquiátricas. Além disso, o relaxamento possibilita alterações de funções internas, como a mudança do ritmo cardíaco, variação da temperatura da pele e da pressão sangüínea, diminuição ou aumento da circulação do sangue, variação do limite da dor, diminuição do nível de ansiedade.

A prática do relaxamento, explicam Aucha & Tucker (2001), permite ao paciente aprender a relaxar ativamente, de forma natural e revitalizante, as diversas partes do corpo e assim desenvolver continuamente uma sensação de bem estar, que significa acalmar a excitação nervosa, a agitação existente e lidar melhor com as situações estressantes.

É necessário que as gestantes saibam relaxar para dominarem a tensão física e a ansiedade, e assim, possam lidar, de forma efetiva, com as situações causadoras de ansiedade. Conseguindo dominar as tensões e relaxar, terão uma melhor saúde física e psicológica e, conseqüentemente melhor qualidade de vida para ela e para seu bebê.

O programa de intervenção com uso de técnicas de relaxamento foi realizado individualmente no período de abril a outubro, com dez gestantes dos grupos 1 e 2, com duração aproximada de quarenta minutos cada sessão. Foi medida a pressão arterial antes e depois de cada intervenção e utilizaram-se como material de apoio fitas K7 com música para relaxamento.

A técnica de relaxamento aplicada é constituída pelo exercício autógeno, ou seja, auto-induzido, baseado em Schultz (1967) apud Sandor (1982), que foi desenvolvido inicialmente com a finalidade de permitir que os pacientes internados em um hospital militar durante a primeira guerra mundial se expressassem livremente, mesmo durante a experiência hipnótica. Schultz prosseguiu seus experimentos, observando que durante a aplicação da técnica grande número de pacientes apresentava os mesmos sintomas como aquietamento da respiração e do batimento cardíaco, sensação de peso e de calor, esquentamento das diversas partes do corpo e um frescor especial na testa. Com estes resultados, ele chegou à conclusão de que estava reforçando tanto mudanças fisiológicas quanto psicológicas.

Este tipo de relaxamento fornece uma independência notável ao participante porque, uma vez aprendida, a técnica pode ser repetida em casa sem necessidade do profissional por perto. A utilização desta técnica com as gestantes possibilitou-lhes chegarem ao auto-relaxamento.

O procedimento foi realizado na postura sentada. A gestante foi colocada em uma poltrona cômoda e confortável, seus cotovelos ficaram apoiados, o braço e o antebraço permaneceram num ângulo de 90°, visando à devida descontração dos músculos flexores e extensores, as mãos e

dedos ficaram soltos, cabeça e tronco encostados sem esforço, as pernas descruzadas e os joelhos ligeiramente separados.

As participantes receberam as instruções do relaxamento em linguagem simples, tom de voz calmo e seguro, sendo repetida algumas vezes a afirmação indutora, sem interferir nas tentativas das gestantes de realizar o que foi proposto. Solicitou-se também que ficassem o mais à vontade possível. Salientou-se em primeiro lugar a importância da descontração muscular, pois sabemos que isto não se consegue com facilidade. Prosseguindo o treinamento autógeno, solicitou-se às participantes, que de olhos fechados, recorressem à imaginação para evocar em sua mente um lugar tranquilo onde se sentissem serenas. Colocando a atenção em determinadas partes do corpo, criaram sensações de peso e calor, ritmos e situações. A alteração da consciência durante o relaxamento forneceu oportunidade para reforçar tanto as mudanças psicológicas quanto as fisiológicas significantes para o organismo.

Nas próximas etapas trabalhou-se com imagens mentais, com a percepção do ritmo cardíaco e circulatório, com a experiência da respiração calma, e com a concentração de calor no abdome. Com estas fases visou-se ao relaxamento dos grupos musculares, à dilatação dos vasos sanguíneos, ao aprofundamento no relaxamento, à integração pessoal, à possibilidade de notar o ritmo orgânico, o batimento cardíaco e a sensação de calor em diversas partes do corpo, além do frescor na testa.

Segundo Sandor (1982) *“O exercício da respiração acarretará percepções singulares da ritmicidade da expansão, da retração e do*

esvaziamento; podem surgir idéias de "participação", "comunicação", "de comungar", e outras, mobilizando eventualmente categorias transpessoais."

As intervenções aconteceram sempre em uma das salas de curativos do Ambulatório, local calmo e fresco. Utilizou-se para os relaxamentos uma cadeira de couro tipo diretor, bem confortável, colocada no local especialmente para esta finalidade. Permaneceram no local somente a pesquisadora e a gestante. Em todas as sessões as gestantes participantes foram orientadas a realizarem os exercícios de relaxamento em suas residências.

3. 5. Procedimento para Coleta de Dados.

A coleta de dados foi iniciada em 2001, pois aguardamos a aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

O ambulatório de Gestação de Alto Risco, onde as gestantes hipertensas são atendidas, acontece às quintas feiras no período da tarde e recebe pacientes de Ribeirão Preto, região e também de outros estados. As pacientes são seguidas em unidades básicas de saúde e, quando detectada situação de risco, são encaminhadas ao Hospital das Clínicas da FMRP. Geralmente, encontram-se em período gestacional adiantado, entre 29 a 34 semanas de gestação.

Para atender aos objetivos da pesquisa considerou-se que, para obterem-se dados que pudessem ser significativos, ter-se-ia que realizar o acompanhamento destas gestantes e os procedimentos previstos o maior

tempo possível. Assim, era necessário que as gestantes participantes estivessem entre 20 e 24 semanas gestacionais, uma vez que estas mulheres em sua maioria têm seus filhos antes das quarenta semanas convencionais, e só assim seria possível realizar-se de seis a oito sessões de relaxamento.

Iniciou-se a coleta de dados em abril de 2001, tendo seu término acontecido em outubro do mesmo ano. Somente uma gestante não quis fazer parte do estudo, recusou-se a participar assim que foram colocados a ela os objetivos da pesquisa.

Com outras cinco gestantes iniciou-se a coleta de dados, mas não foi possível terminá-la, uma vez que tiveram seus bebês antes do tempo estabelecido para realizar todas as sessões de relaxamento, ou seja, tiveram seus bebês entre 27 e 35 semanas gestacionais.

3. 6. Procedimento para Análise de Dados.

A análise dos dados contidos nos prontuários e colocados no quadro 1, permitiu a caracterização das participantes; no quadro 2 foram colocadas informações sobre o início do atendimento no AGAR, número de sessões de relaxamento e data do parto.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e procedeu-se a uma leitura exaustiva delas. Buscou-se nesse momento identificar unidades temáticas significativas que auxiliassem na interpretação dos dados.

Assim, optou-se por utilizar a análise qualitativa (Minayo, 1993) para os seguintes tópicos:

- como descobriu que estava com hipertensão,
- como se sentiu quando soube da hipertensão,
- como se sente atualmente,
- conhecimento sobre a hipertensão,
- medo relacionado ao parto,
- conhecimento sobre os riscos da hipertensão durante a gestação.

E análise quantitativa para os tópicos:

- a existência de Hipertensão na família,
- de Hipertensão gestacional na família,
- conhecimento de alguém que tenha tido hipertensão na gravidez,
- medo relacionado ao bebê,
- medo relacionado à gestação,
- medo relacionado a si mesma.

O Inventário de ansiedade traço-estado (IDATE) foi avaliado de acordo com as normas para a população brasileira, conforme manual traduzido e adaptado por Biaggio & Natalício (1979) e aplicados os seguintes testes estatísticos nos dados obtidos:

Teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis,

Teste não paramétrico de Wilcoxon,

Coeficiente de correlação de Pearson.

A Pressão Arterial também foi analisada quantitativamente e aplicados os seguintes testes estatísticos:

Teste não paramétrico de Wilcoxon,

Teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis.

Para identificação das participantes foram utilizadas as siglas “C para o grupo controle, HC para o grupo de gestantes hipertensas crônicas e DH para o grupo das participantes com doença hipertensiva específica da gravidez”, que números de 1 a 5, atribuídos aleatoriamente com objetivo de diferenciá-las.

Em função do volume de dados obtidos na entrevista, optamos por trabalhar neste momento com os dados que nos permitissem estabelecer correlação entre os níveis de ansiedade das gestantes, sua pressão arterial e os conhecimentos que possuem sobre sua doença hipertensiva. Assim, neste trabalho apresentamos dados referentes à caracterização das participantes e dados concernentes aos seguintes temas da entrevista: como descobriu que estava com hipertensão, como se sentiu quando soube da hipertensão, como se sente atualmente, a hipertensão na família, casos na família de hipertensão na gravidez, conhecimento de alguém com hipertensão na gravidez, conhecimento sobre a hipertensão, medo relacionado ao bebê, medo relacionado à gestação, medo relacionado ao parto, conhecimento sobre os riscos da hipertensão; análise do IDATE, comparando aos resultados da 1ª e 2ª aplicação, dados da pressão arterial (média), comparando os valores antes e depois da intervenção.

4. CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

*"Saber ver é sentir
o que se olha."*
Montaigne

Quadro 1 - Caracterização das participantes.

Grupos	Idade	Escolarid.	Ocupação Atual	Estado Civil	Nº Gest.	Filhos Vivos	Período Gest.I
C1	27	2º.G.I..	Do Lar	Casada	3	1	29s
C2	27	1º G.I.	Desempregada	Separada	4	3	38s
C3	27	1º G.I.	Do Lar	Amasiada	2	0	32s
C4	26	2º G I.	Desempregada	Amasiada	2	1	35s
C5	27	1º G.C.	Do Lar	Casada	2	1	39s
HC1	27	1º G.I.	Desempregada	Amasiada	5	4	25s
HC2	35	1º G.I.	Do Lar	Casada	7	5	22s
HC3	26	1º G.I.	Domestica	Separada	2	0	26s
HC4	27	1º G.I.	Do Lar	Amasiada	7	5	12s
HC5	41	1º G.I.	Confeiteira	Casada	3	2	25s
DH1	27	1º G.C.	Aux. Limpeza	Amasiada	3	2	21s
DH2	28	1º G.C.	Cabeleireira	Amasiada	3	1	15s
DH3	37	1º G.I.	Do Lar	Casada	6	4	28s
DH4	23	2º G.C.	Comerciante	Casada	1	0	31s
DH5	21	2º G.C.	Serv. Gerais	Viúva	3	2	28s

Legenda:

C - Controle.

HC – Hipertensão Crônica.

DH - Doença Hipertensiva Específica da Gravidez.

1º G.C. - 1º Grau Completo.

1º G.I. - 1º Grau Incompleto.

2º G.C. - 2º Grau Completo.

2º G.I. – 2º Grau Incompleto.

Escolarid. - Escolaridade

Nº Gest. – Número da gestação

Período Gest. – Período gestacional

Quanto à caracterização das participantes, os três grupos mostraram equivalência. Estas mulheres pertencem à camada socioeconômica média-baixa ou baixa, conforme o encontrado nos prontuários e fazem o

acompanhamento pré-natal no Ambulatório de Gestação de Alto Risco no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto.

Quando foram entrevistadas e responderam ao IDATE, as gestantes do grupo controle estavam no período gestacional correspondente a no mínimo 29 semanas e no máximo 39 semanas de gestação. As participantes do grupo de H.C. estavam entre 12 e 26 semanas de gestação e as participantes do grupo DHEG, no período gestacional entre 15 e 31 semanas gestacionais.

A idade destas mulheres variou de 21 a 41 anos e as participantes eram procedentes de Ribeirão Preto, da região e de outros estados próximos, de acordo com dados do prontuário. A maioria não terminou o primeiro grau, seis são casadas legalmente, seis residem com o companheiro, uma é viúva do pai da criança e duas são separadas. Quanto à ocupação do grupo, das quinze gestantes, mais da metade trabalhava fora de casa e as outras se ocupam com o lar.

O grupo foi composto de uma primigesta (grupo DH), uma primípara (grupo HC) e treze multíparas, das quais duas estão grávidas de gêmeos (grupo HC). Dentre as multíparas, deparemos com mulheres que se encontram desde a segunda até a sétima gestação. Cinco participantes, sendo uma do grupo controle, duas do grupo HC e duas do grupo DH sofreram abortos anteriores e duas tiveram caso de neomorto e natimorto, uma do grupo controle e a outra do grupo HC. É possível então constatar que quase metade das grávidas tiveram experiência de perda de feto ou bebês, o que confirma os dados de estudos sobre o aumento de mortalidade

fetal em gestantes portadoras de síndrome hipertensiva na gravidez (Araújo et al., 1998).

Entre as quinze gestantes participantes ocorreram cinquenta e três gestações, incluindo-se as atuais. O total de filhos vivos até a entrevista inicial era de trinta e um sobreviventes e é interessante ressaltar que não houve nenhum caso de má formação fetal.

Pelo prontuário foi possível observar que sete gestantes (duas do grupo controle, três do grupo HC e duas do grupo DH) das quinze apresentaram em outras gestações algum tipo de complicação tais como: anemia, abortos espontâneos, natimortos, neomortos, dores, problemas de coluna, enquanto que para as outras oito não se encontrou nada descrito no prontuário.

Quadro 2 – Descrição do Procedimento de Intervenção de cada gestante.

Grupos	Início no AGAR	Quant.Ate nd.AGAR	Idade	P.Gest. Inicial C.D.	Quantidade sessões Relaxam.	P.Gest. Final C.D.	Data do Parto
HC1	12/03/01	12	27 a.	25 sem.	07	36 sem.	11/08/01
HC2	23/08/01	04	35 a.	22 sem.	03	30 sem.	
HC3	03/07/01	10	26 a.	26 sem.	08	37 sem.	11/10/01
HC4	09/05/01	11	27 a.	12 sem.	06	35 sem.	22/10/01
HC5	27/07/01	06	41 a.	25 sem.	06	37 sem.	01/10/01
DH1	07/06/01	04	27 a.	21 sem.	04	29 sem.	03/08/01
DH2	22/05/01	09	28 a.	15 sem	08	28 sem.	28/08/01
DH3	14/08/01	08	37 a.	28 sem.	07	38 sem.	02/11/01
DH4	21/08/01	05	23 a.	31 sem.	05	39 sem.	Não voltou-no H.C.-
DH5	06/09/01	04	21 a	28 sem.	04	36 sem.	20/10/01

Legenda:

C.D. – Coleta de Dados.
Escolarid. – Escolaridade

P.Gestacional – Período Gestacional
Relaxam. – Relaxamento

As gestantes iniciaram seus atendimentos no AGAR a partir de março de 2001. Foram atendidas no ambulatório por no mínimo quatro e no

máximo doze vezes. Quando se iniciou a coleta de dados no grupo de hipertensas crônicas, o período gestacional das participantes estava entre doze e vinte e cinco semanas, enquanto que no grupo da doença hipertensiva específica da gravidez estava entre quinze e trinta e uma semanas do período gestacional.

Os retornos semanais, quinzenais ou mensais marcados pelo próprio ambulatório se deram conforme o período gestacional de cada mulher, suas necessidades e critério médico. Assim, ao final da coleta de dados e dois meses de atendimento no AGAR, as gestantes encontravam-se no período gestacional entre vinte e oito e trinta e nove semanas e o número de sessões de relaxamento para cada uma delas variou entre três a oito atendimentos.

Em nenhum momento percebi qualquer problema que dificultasse a aplicação dos relaxamentos nas grávidas. Ao contrário, algumas se dispunham a esperar algum tempo, pois as intervenções eram individuais e, dependendo do dia, havia três ou quatro gestantes participantes do estudo no ambulatório para serem atendidas.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

*"Mais importante do que a ciência é o seu resultado,
Uma resposta provoca uma centena de perguntas.
Mais importante do que a poesia é o seu resultado,
Um poema invoca uma centena de atos heróicos.
Mais importante do que o reconhecimento é o seu resultado,
O resultado é dor e culpa.
Mais importante do que a procriação é a criança,
Mais importante do que a evolução da criação é a evolução do criador "*
J.L.Moreno (1993)

Primeiramente será iniciada a apresentação dos resultados e a discussão dos dados obtidos nas entrevistas, seguida pela análise do resultado da avaliação da ansiedade e por último serão apresentados os resultados e discussão das aferições de P.A.

5.1 GESTAÇÃO HIPERTENSA

Procurou-se conhecer os aspectos referentes à gestação hipertensa, ou seja, como as participantes da pesquisa descobriram a doença, como se sentiram ao descobri-la, como se sentem atualmente, se há hipertensos na família, se alguma das mulheres da família ou conhecidas já tiveram hipertensão na gravidez, quais seus conhecimentos sobre hipertensão e seus riscos durante a gestação, seus medos em relação ao bebê, à gestação, a ela mesma e ao parto.

Como Descobriu que Estava com Hipertensão

Neste tópico serão apresentados os dados referentes à forma como as gestantes participantes desta pesquisa relataram que descobriram sua doença.

Independente de gravidez

“Ah, faz uns dois, três anos que eu...minha dor começou muito forte , aí onde eu descobri que tava com pressão alta”. (C3)

“Eu sempre tive pressão alta... desde os vinte anos”.(C4)

“Tinha, mas eu não... nunca me preocupei em medir...”.(HC3)

“Minha hipertensão foi em 94... Aí eu peguei, fui na farmácia pra... meu marido me levou no postinho, aí eles colocaram aquele remédio em baixo da língua.”.(HC5)

“... desde criança que eu sinto isso...”.(DH2)

Na gravidez anterior

“Desde a outra gravidez do menino, que eu tive, eu comecei a ficar... aí eu comecei ter pressão alta na gravidez e até hoje”.(C1)

“... faz uns dois anos que eu tenho... tava grávida”.(HC2)

“Acho que foi do primeiro”.(HC4)

“Desde da primeira gravidez”.(DH1)

“Desde dois meses... de todas gravidez...”.(DH3)

Na gravidez atual

“... essa gravidez”.(C2)

“Agora..., na gravidez, a partir dos sete meses”.(C5)

“... desde essa segunda gravidez... dessa última agora”.(HC1)

“A partir do sexto mês de gravidez, antes nunca tive”.(DH4)

Não sabe

“Agora eu não sei se é só na gravidez...”.(DH5)

Sintomas físicos

“Foi porque eu comecei a passar muito mal, ter tontura, muita dor de cabeça. Aí o médico viu que era a pressão que estava alta”.(C2)

“...minha dor começou muito forte, aí onde eu descobri que tava com pressão alta”.(C3)

“É... começou surgir minhas dores de cabeça..... aí começou surgir dor na nuca e ânsia de vômito...”.(C5)

“... eu sentia tontura, vômito, eu vomitava, a cabeça doía demais. Parece que fazia assim, olha, martelava”.(HC1)

“Minha hipertensão foi em 94, que eu saí lá fora e a rua tava fazendo assim, né? Aí eu peguei, fui na farmácia pra... eu imaginei que deveria ser a pressão...”.(HC5)

“Sentia muita dor na cabeça e formigamento no corpo”.(DH3)

“... Senti muita... a cabeça começou a... aqui assim, a região da nuca começou a doer, a ficar pesada, as pernas muito pesadas. Aí mediu a pressão, a pressão estava alta. A boca enformiga, a língua enformiga”.(DH4)

Exame de rotina

“... eu fui no médico. Aí a médica mediu a minha pressão e eu descobri que tava alta”.(HC2)

*“Porque quando eu vim ao médico a minha pressão tava 15x10 ou 15x8...”.
(HC3)*

“Fui no médico medir pressão, aí tava alta...”.(HC4)

Pode-se observar que algumas gestantes relataram que seu quadro hipertensivo aconteceu independente da gestação, sendo que algumas apresentaram hipertensão desde a infância e outras, desde o início da fase adulta. Há gestantes que relataram que a hipertensão teve início em gestações anteriores e outras, na atual gestação.

Outras gestantes informaram que descobriram a hipertensão através de exames de rotina. Estes dados eram esperados, uma vez que a hipertensão é tida como uma doença silenciosa, conforme afirma Viana, 1995, cujos sintomas ou sinais, tais como dores de cabeça, tontura, ânsia de vômito e formigamento, nem sempre são detectados pela paciente como sendo sinal de hipertensão, julgando que fazem parte das alterações próprias do período gestacional. Cunningham et al. (2001a) mostram que a maioria das gestantes são acometidas por esse quadro, sem no entanto terem conhecimento de sua doença.

Como Se Sentiu Quando Soube da Hipertensão

Neste momento buscou-se conhecer como as gestantes reagiram ao serem informadas que apresentavam um quadro hipertensivo.

Calma

“... eu agi normal porque eu sabia que era hereditário...”.(C1)

“Ah, me senti normal não achei o fim do mundo, achei normal”.(C2)

“Ah, do mesmo jeito, não senti nada não”.(HC1)

“Senti normal, não... não achei nada, nem que sim nem que não”.(HC2)

“Normal, não me... não me. ah, não alterou nada”.(HC3)

“Normal”.(HC4)

“Ah, eu continuei normal, só que eu passei muito mal...”.(HC5)

“Ah, pra mim é normal”.(DH5)

“Então na hora que eu vi que era pressão alta né, ai deu prá compreender mais por que que dava essas coisas”.(C4)

“Não estou muito preocupada, porque eu sei que vou passar, não estou assim com medo...”.(C5)

Preocupada

“Ah, eu fiquei muito preocupada”.(C3)

“Ah, eu fiquei preocupada. A gente fica bastante preocupada, né?”.(DH2)

“... sentia muito nervosa...”.(DH3)

“... às vezes com med, né, de prejudicar o neném... ou de me prejudicar também”.(DH4)

Foi possível observar que, em sua maioria, as gestantes, ao descobrirem a doença, quase não relataram nenhuma alteração emocional, verbalizando apenas “sentirem-se normais”. Poucas foram as gestantes que relataram terem ficado ansiosas ou mesmo preocupadas com o quadro clínico. Isto nos fez levantar a hipótese de que o fato de a hipertensão ser assintomática dificultaria à gestante aceitar o diagnóstico, colocando por vezes em dúvida a informação recebida.

Como Se Sente Atualmente

Procurou-se evidenciar aspectos que determinassem como as gestantes estavam se sentindo, tanto física quanto emocionalmente.

No aspecto físico

“... Com dor... agora atualmente eu tenho muita dor, cansada”.(C1)

“... dor de cabeça, a dor na nuca, nos brônquios, falta de ar, muita falta de ar, muita fraqueza...”.(C5)

“... De vez em quando... dá muita dor na nuca e dá aquela bateadeira no coração, taquicardia...”.(HC5)

“... tá baixa, controlada...”.(HC4)

“... agora... agora eu estou menos preocupada... estou fazendo o regime do sal normal...”.(DH2)

“... essa semana eu passei bem, não sinto nada, desinchei. Então eu fico mais tranqüila, né? Tando desinchada e a pressão estando regulada, eu não tenho medo de nada porque... só tenho medo da pressão subir, mas eu tando bem...”.(DH4)

“Eu não tenho as dores de cabeça...”.(DH5)

No aspecto emocional

“... agora me sinto normal, não fico mais preocupada, agora sinto bem”.(C3)

Indeterminado

“... me sinto... bem. Tô bem”.(C4)

“... mais relaxada”.(DH3)

“... sente bem”.(HC1)

“Me sinto bem”.(HC2)

“Bem”.(HC3)

“... eu já acostumei, né?”(C2)

“... sinto bem, bem”.(DH1)

Pode-se observar que as gestantes, quando relataram como estavam se sentindo, enfatizaram os desconfortos físicos, citando “dor, cansaço, fraqueza, falta de ar, batadeira no coração, taquicardia, inchaço, dores de cabeça, na nuca e nos brônquios”. Aquelas que relataram que se sentiam emocionalmente melhores, informaram que estavam menos preocupadas e mais relaxadas. Outras ainda referiram-se “sentir-se bem” sem, no entanto discriminarem se estavam se referindo ao físico ou ao emocional.

Os sintomas físicos relatados por elas são todos decorrentes do quadro hipertensivo, demonstrando que nesse momento estas gestantes estão aparentemente mais conscientes de seu estado de saúde.

Hipertensão na Família

Verificou-se se existia alguém na família com hipertensão arterial crônica e em caso afirmativo quem são.

Figura 1 – Hipertensão Familiar

A figura 1 mostra que treze das participantes, ou seja, 87% relataram que há casos de hipertensão arterial crônica na família, sendo que a maioria referiu-se à mãe como hipertensa, mas também ao pai e/ou a outros membros diretos da família como irmãos, tios e sobrinha.

Estes dados mostram que o quadro hipertensivo para a maioria delas pode ser de origem familiar, o que vai ao encontro dos dados da OMS - Organizacion Mundial de la Salud (1978) que apontam o histórico familiar como um dos fatores causais da hipertensão. Um fato a ser ressaltado é que a maioria das gestantes já conhecia algo sobre o quadro hipertensivo. Assim, seria esperado que reconhecessem os seus sintomas, o que pudemos constatar que não ocorreu. Pode-se então questionar o que ocorre com elas que faz com que não reconheçam e até mesmo não acreditem no seu diagnóstico.

Casos na Família de Hipertensão na Gravidez

Procurou-se conhecer com esta questão se as gestantes têm na família casos de hipertensão na gravidez.

Figura 2 - Hipertensão Gestacional na Família

Doze participantes não tiveram na família nenhum caso de hipertensão na gravidez. Uma gestante do grupo controle referiu que não sabe se há casos na família e duas gestantes, uma do grupo C e outra do grupo DH, relataram que suas mães apresentaram problemas de hipertensão na gravidez. Entretanto não souberam informar se suas mães eram hipertensas crônicas ou gestacionais.

Conhecimento Sobre Alguém que Tenha Tido Hipertensão na Gravidez

O propósito desta questão foi saber se as participantes conheciam gestantes que tiveram hipertensão na gravidez que não fossem da família, a fim de avaliar o conhecimento que possuem da doença.

Figura 3 – Conhece alguém com hipertensão na gravidez

A maioria, oito gestantes, relatou que não conhecia nenhuma gestante que tivesse hipertensão. Três delas conheciam casos de amigas e quatro citaram pessoas da família, mãe, tia ou prima, com hipertensão gestacional. Este último dado difere dos dados da figura 2 em que somente duas gestantes informaram conhecer casos de hipertensão gestacional em sua família. É possível que na questão anterior as gestantes consideraram em específico a família nuclear.

Conhecimento Sobre a Hipertensão

Buscou-se apreender qual o conhecimento que as gestantes possuíam sobre sua doença hipertensiva.

Sintomas físicos

“É prá mim, é dor de cabeça, tontura né, é... é náusea, é..., acho que... acho que só”.(C2)

“... dá muita dor de cabeça, mal estar aí eu sei que ela tá alta...”.(C3)

“É... que a pressão não pode subir muito, senão pode dar um ataque né, essas coisas”.(C5)

Sintomas emocionais

“... a pessoa fica muito nervosa né, irritada...”.(DH3)

“Ah... que eu sei é os sintomas né, que a pressão sobe por algum nervoso, alguma coisa...”.(DH4)

Consequências

“Bom, a hipertensão é uma alteração que a pessoa sente e ela tem que tomar cuidado...”.(C4)

“... quando a pressão sobe é arriscado a pessoa morrer...”.(HC3)

“... eu sei que é muito sério... quando a gestante tá... a gente corre sérios riscos...”.(DH2)

Não sabem

“Eu conheço muito pouco, não conheço quase nada, não conheço quase nada”.(C1)

“Ah, não conheço nada”.(HC1)

“Nada. Não entendo nada”.(HC2)

“Nada, só conheço que a pressão sobe”.(HC4)

“... a minha, eu acho que deve ser hereditária...”.(HC5)

“Nada”.(DH1)

“Não muito, não sei, aí... eu não sei nada sobre...”.(DH5)

Através dos relatos das gestantes participantes deste estudo pode-se constatar que elas não possuíam conhecimento algum sobre a hipertensão, quase sempre verbalizando: *“Ah, não conheço nada”*. Quando informaram o que sabiam sobre hipertensão, descreveram a manifestação de sintomas físicos: dor de cabeça, tontura, náuseas, mal estar, ataque ou então referem-se às alterações do estado emocional, bem como informaram os riscos advindos do quadro hipertensivo.

É interessante observar que não há referência à doença hipertensiva como sendo o aumento da pressão arterial, o que pode significar não só uma dificuldade da gestante em reconhecer sua condição de saúde, como também uma dificuldade desta em entender as informações médicas, quase sempre permeadas pelo uso de terminologias científicas.

Medo Relacionado ao Bebê

Buscou-se apreender se as gestantes sentiam algum medo em relação ao bebê, em decorrência do quadro hipertensivo.

Figura 4 –Medo relacionado ao bebê

A figura 4 mostra que oito gestantes, ou seja, 53% alegaram não ter medo e sete, ou seja, 47% relataram que tinham. Estas gestantes verbalizaram medo relacionado à morte do bebê, à prematuridade e a que a criança nascesse com problema de coração. Faz-se necessário ressaltar que, das gestantes que verbalizaram tais medos, quatro apresentaram história de perdas fetais, como demonstram os registros de seus prontuários, ou seja, já vivenciaram situação de perda gestacional.

O medo da perda do bebê e que algo de “ruim” aconteça é apresentado por Maldonado (1997) e Soifer (1980) apud. Bellini (1995) como fato comum no período gestacional, trazendo angústia e ansiedade à gestante.

Quando este risco é iminente como o destas gestantes, os resultados da figura 4 são esperados.

Estes dados demonstram também a ambivalência que estas gestantes estão vivenciando, pois embora demonstrassem não conhecerem a sua

condição de saúde, temiam que algo de ruim acontecesse ao bebê em decorrência dela.

Medo Relacionado à Gestação

Buscou-se conhecer se as gestantes tinham medo com relação à gestação em si e quais seriam eles.

Figura 5 – Medo relacionado com a gestação

Observou-se na figura 5 que dez gestantes ou, seja 67%, alegaram não ter medo algum em relação a sua gravidez e cinco delas, ou seja, 33% afirmaram tê-lo. Elas relataram receio de que algo acontecesse na gestação que pudesse tanto afetá-las quanto ao feto e principalmente relacionaram o medo da hora do parto, verbalizando “*tenho...nem chegar ao fim da gravidez e ter que fazer uma cesárea antes de chegar os nove meses*”.

Estes resultados ratificam os descritos na figura 4, enfatizando mais uma vez o desconhecimento das gestantes sobre sua real condição de saúde, pois pareciam minimizar os riscos advindos dela.

Estavam estas gestantes vivenciando um estado de ambivalência ou realmente desconheciam sua condição de saúde e os riscos advindos dela? Outra questão a ser levantada é de que pudessem estar utilizando o “desconhecimento” como defesa para superarem esse período doloroso de suas vidas.

Medo Relacionado a Si Mesma

Buscou-se conhecer se as gestantes possuíam “medos” relacionados a elas e se sabiam dos riscos que corriam.

Figura 6 – Medo relacionado a si mesma

Os dados da figura 6 mostram que a grande maioria, dez gestantes, relataram não ter medo de que acontecesse algo a elas mesmas. Somente cinco gestantes relataram a possibilidade de que lhes acontecesse algo de ruim e de estarem atravessando uma fase perigosa. Relacionando estes dados com os dos prontuários, observamos que entre as gestantes que relataram terem medo, três tiveram casos de aborto, uma perdeu o bebê

assim que ele nasceu e outra sentiu mal-estar na hora do parto. Estes resultados mais uma vez reforçam os dados da figura 4 e 5.

Medo Relacionado ao Parto

Buscou-se conhecer se o parto em si trouxe medo para a gestante e se este se relacionou ou não ao quadro hipertensivo.

Sim

“Tenho, porque o outro eu já foi muito assim, como é que fala, muito sofrido, já sofri muito para ter a criança até na hora do parto, foi um parto muito difícil...”.(C1)

“Tenho. Eu tenho medo dela subir na hora e dar... eclampse...”.(C3)

“Tenho, tenho um pouco. Ah, porque a gente fica imaginando como é que vai ser. É por isso”.(C4)

“É. Na hora do parto”.(DH1)

“Tenho medo só na hora, porque na hora é... eles falaram que cesárea não doía e eu senti, eu senti cortar”.(DH2)

“... porque eu tenho medo de cesárea eu tenho medo, eu tenho medo de parto normal, eu morro de medo”.(DH5)

“Tenho medo do parto. Só. É a única coisa que me apavora. Só”.(C5)

“Ah, eu tenho medo na hora do parto...”.(HC5)

“... às vezes eu penso assim de acontecer alguma coisa, mas a gente pega com Deus”.(HC1)

“Tenho... nem chegar ao fim da gravidez e ter que fazer uma cesárea antes de chegar os nove meses”.(DH3)

Não

“Ah, eu acho que não, não tenho nenhum medo...”.(C2)

“Também não tenho não”.(HC2)

“... eu creio muito em Deus, eu acho que não acontece nada não”.(HC3)

Não sabe

“Isso é difícil, (suspira) não sabe nem o que vai ser”.(HC4)

“Ah, eu nunca passei por isso então eu não sei o que vai estar me esperando lá, então eu tô tranquila... eu não sei o que eu vou passar. Então eu nem imagino como que é lá”.(DH4)

Quando indagadas diretamente se apresentavam medo do parto, as gestantes afirmaram que sim e relacionaram o medo com o aparecimento de ocorrências relativas à hipertensão: “a pressão subir” e “eclâmpsia”. Há aquelas que relataram medo do parto em si, ou então de sentir dor e outras não sabiam dizer. Algumas afirmaram categoricamente não sentirem medo, pois alegaram estarem muito próximas a Deus. As primigestas relataram que não sabiam, pois nunca passaram por isto, não podendo ter medo.

Esses dados merecem análise cuidadosa, uma vez que contradizem os dados do gráfico 6 em que a maioria das gestantes relatou não ter medos relacionados a elas mesmas. Parece-nos que, num primeiro momento, as gestantes consideram o parto como um acontecimento muito distante, desvinculado delas mesmas, como um momento passageiro, mas que assim mesmo causa medo. No entanto, quando indagadas sobre medos relacionados a elas, não se referem à hora do parto. Porém, quando

solicitadas a pensarem diretamente sobre o fato, expressaram claramente suas angústias.

Sentimentos conflitantes e alterações de humor são comuns no período gestacional, de acordo com (Teixeira, 1999). Em qualquer gravidez normal, a condição de saúde por si só constitui um fator ansiogênico. Assim, a ansiedade contribui com a dificuldade demonstrada por elas de acreditarem na gravidade de sua condição e até mesmo de compreenderem sua atual situação de saúde e os riscos decorrentes dela. Qualquer sintoma ou mal-estar que apareciam eram considerados por elas como ocorrências normais ao período gestacional, desvinculados da crise hipertensiva.

Novamente a questão se o “desconhecimento” de sua condição de saúde e dos riscos advindos dela, estava sendo utilizada como uma defesa e deve ser considerada.

Conhecimento sobre os Riscos da Hipertensão durante a Gestação

Objetivou-se conhecer o que as gestantes sabiam sobre os riscos da hipertensão durante a gestação.

Eclâmpsia

“Eclâmpsia, a gente tem que tomar muito cuidado com isso, porque dá muito na gravidez e fora outras coisas também que não é muito bom para a saúde, problema de coração...”.(C1)

“A eclâmpsia né?” (DH3)

“A pressão subir muito e o neném ter que nascer antes, é... eclâmpsia né, eu tenho medo da eclâmpsia”.(DH4)

Risco mãe/bebê

“É... que faz mal pra mãe né, é isso, faz mal pra mãe”.

E... que é difícil a pessoa ter parto normal né, com pressão alta, essas coisas”.(C4)

“Ah, eles dizem que é arriscado tanto pra mãe quanto pro bebê, agora, além disso, eu não sei mais nada né... ”.(HC3)

“Eu sei que é perigoso se a pressão subir demais eu sei que o bebê pode morrer. Só isso que eu sei, agora as outras coisas não”.(HC5)

“Ah, eu sei que é perigoso por neném, mas...”.(DH5)

Não sabe dos riscos

“E, as vezes, é não sei direito”.(C2)

“Nenhum”.(C3)

“Olha, por enquanto eu não tô sabendo direito né? Porque os médicos não falaram ainda não”.(C5)

“Não conheço nenhum”.(HC1)

“Ah, eu não sei não. Não sei nenhum”.(HC2)

“Não explicaram nada do que eu posso... do que vai acontecer”.(HC4)

Não sabe explicar

“Ah, muitos riscos, mas eu não sei falar sobre eles”.(DH1)

“... É arriscado na hora do parto mesmo né, se tiver muito alterado...”.(DH2)

Foi possível observar pelos relatos que as gestantes participantes do estudo não conheciam os riscos da hipertensão durante a gravidez, seja para elas ou para o desenvolvimento do bebê.

O risco de eclâmpsia, quando foi verbalizado, foi feito de forma repetitiva, ou seja, sem relacionar a palavra com a verdadeira compreensão de seu significado. Há gestantes que verbalizaram possíveis riscos para a mãe e para o bebê, sem no entanto conseguirem especificar.

Os dados aqui encontrados confirmam os da literatura que preconizam que um dos fatores que mais contribuem para o agravamento desta síndrome é a falta de conhecimento da população em geral sobre seus riscos.

Embora pareça evidente pelos resultados até agora apresentados que as gestantes hipertensas desconheciam sua condição de saúde e os riscos dela decorrentes, é evidente também que todas elas receberam informações a respeito. Este fato reforça as hipóteses de que as informações não estão sendo claras ou mecanismos de defesa estavam sendo utilizados por elas para que pudessem “sobreviver” a esta experiência dolorosa.

5.2. NÍVEL DE ANSIEDADE E DA PRESSÃO ARTERIAL

Os dados referentes aos resultados obtidos na primeira e segunda aplicação do IDATE, visando a conhecer os níveis de ansiedade traço e estado de cada gestante, antes e depois do processo de intervenção e as

medidas de P.A. obtidas durante a pesquisa encontram-se nas tabelas de 1 a 6. A evolução da pressão arterial de cada gestante por grupo encontra-se nas figuras de 7 a 21.

Tabela 1 - Índices de ansiedade Estado-Traço 1ª e 2ª aplicação de cada gestante por grupo.

GRUPOS	ESTADO	ESTADO	TRAÇO	TRAÇO
	1ª aplicação	2ª aplicação	1ª aplicação	2ª aplicação
C1	55 ↑		54→ ↑	--
C2	76 ↑		64 ↑	--
C3	25 ↓		31 ↓	--
C4	35→ ↓		42→ ↓	--
C5	38→ ↓		49→ ↑	--
Média Grupo	45,80		48,00	
Média Padronizada	43,54		45,34	
GRUPOS	ESTADO	ESTADO	TRAÇO	TRAÇO
	1ª aplicação	2ª aplicação	1ª aplicação	2ª aplicação
HC1	46→ ↑	48→ ↑	51→ ↑	41→ ↓
HC2	39→ ↓	29 ↓	30 ↓	39→ ↓
HC3	37→ ↓	30 ↓	24 ↓	27 ↓
HC4	54 ↑	43 (dentro do esperado)	57 ↑	52→ ↑
HC5	23→ ↓	40→ ↓	54→ ↑	42→ ↓
DH1	44(dentro do esperado)	37→ ↓	53→ ↑	47→ ↑
DH2	42→ ↓	46→ ↑	49→ ↑	40→ ↓
DH3	38→ ↓	24 ↓	42→ ↓	40→ ↓
DH4	37→ ↓	36→ ↓	29 ↓	28 ↓
DH5	60 ↑	39→ ↓	58 ↑	48 ↑
Média Grupo	43,26	37,20	45,80	40,40
Média Padronizada	43,54	43,54	45,34	45,34

Legenda:

C – Controle

HC – Hipertensão Crônica

DH – Doença Hipertensiva Específica da Gravidez

↑ - Escore elevado

→ ↑ - Escore tendendo à elevação

↓ - Escore tendendo ao rebaixamento

↓ - Escore rebaixado

Conforme descrito no método, para se obter o nível de ansiedade traço-estado das gestantes, a primeira aplicação do IDATE foi realizada após a entrevista. A seguir, deu-se início às intervenções, ou seja, às sessões de

relaxamento. Transcorridos dois meses de intervenção, reaplicou-se o IDATE, buscando verificar se haviam ou não ocorrido modificações nos índices do estado e/ou traço de ansiedade.

A tabela 1 apresenta o resultado do IDATE (primeira e segunda aplicação) para os três grupos.

Pode-se observar que, para o grupo controle na primeira aplicação, duas gestantes apresentaram resultados para o estado de ansiedade e traço de ansiedade acima do índice de corte, o que constitui um indicador de possível vivência ansiogênica. Ao analisarmos os dados da entrevista, podemos constatar que as gestantes em questão encontravam-se em situação financeira difícil, necessitando serem auxiliadas por familiares e amigos, fato que muito as deprimiu e angustiou. Em relação às condições emocionais como um fator de ansiedade, Nina (1997) foca a ansiedade como sendo um estado mental relacionado às emoções e com a existência de sentimentos, perceptíveis conscientemente e ligados a uma causa específica: o perigo. É provável que estas gestantes participantes do estudo se sentissem ameaçadas pela sua condição financeira quanto a sua segurança e de seu bebê, o que se refletiu no escore obtido no teste.

Em relação ao grupo de gestantes H.C e D.H. os dados da tabela mostram, na primeira aplicação do IDATE, que três gestantes apresentaram índice elevado para estado de ansiedade e traço de ansiedade e outras três apresentaram índice elevado somente para traço, evidenciando ser um modo de funcionamento específico delas.

Um dado importante a se salientar é que nenhuma gestante do grupo experimental (H.C. e D.H.) apresentou índice considerado patológico para estado de ansiedade, o que contrariou nossas expectativas, uma vez que essas gestantes estão sobre a influência de um fator, que por si só é ansiogênico, a hipertensão. Ao se analisar os dados da entrevista, este dado pode ser justificado, pois se observou que as gestantes não têm o verdadeiro conhecimento dos riscos que estão correndo, ou não querem pensar sobre eles, pois isso seria muito doloroso, ou utilizam defesa “mágica” do “comigo não vai acontecer”.

Em relação às três gestantes que obtiveram índices elevados para estado de ansiedade e traço de ansiedade, os dados da entrevista apontam para o fato de que elas não planejaram e não desejaram a gravidez, sentiram-se desestimuladas e desanimadas, principalmente pelo fato de estarem hipertensas.

As mulheres que têm dificuldade em aceitar a gravidez, ou em estabelecer relações com o filho, podem mostrar-se extremamente ansiosas sobre as condições do feto e atentas em detectar qualquer fato que possa estar em desacordo com a evolução da gravidez, salienta Tedesco (1997). É provável que o índice elevado do estado de ansiedade para estas três gestantes do estudo seja em decorrência do fato de não terem planejado a gravidez e a dificuldade em aceitá-la, associada ao seu modo de funcionamento demonstrado pelo índice elevado de traço de ansiedade.

Na segunda aplicação do IDATE pode-se observar que somente duas gestantes apresentaram índice elevado para estado de ansiedade. Para as

demais encontram-se índices dentro do esperado ou abaixo da nota de corte, demonstrando que as gestantes não se encontravam sob situação ansiogênica ou então que aprenderam a lidar com essas situações.

Ao se comparar os dados da 1ª e 2ª aplicação do IDATE, pode-se observar que as três gestantes cujos índices para estado de ansiedade e traço da ansiedade mostravam-se elevados na primeira aplicação, somente uma delas manteve o índice para estado de ansiedade elevado na segunda aplicação, ou seja, após o procedimento de intervenção e curiosamente o índice para traço de ansiedade ficou abaixo do índice de corte. As outras duas mantiveram índices elevados para traço de ansiedade e índices esperados e abaixo do esperado para estado de ansiedade, indicando assim que possivelmente o procedimento de intervenção (relaxamento), a situação de acolhimento que lhes foi oferecido possibilitaram a elas condições para que lidassem de forma mais adequada com as situações de ansiedade a que estão submetidas.

Outro dado a ser salientado é o aumento do índice de ansiedade de estado de uma gestante do grupo D.H quando comparado com o índice anterior, o que pode ser justificado pela proximidade do parto, momento em que provavelmente os medos e angústias se intensificaram. De acordo com Soifer (1980) apud Bellini (1995) mesmo estando bem psicologicamente, as ansiedades das gestantes são aumentadas em decorrência de medos, tanto subjetivos quanto objetivos, que surgem diante do desconhecimento e da proximidade do parto. É possível que estas gestantes de nosso estudo estivessem sentindo medo pela proximidade do parto e insegurança diante

das possíveis complicações que pudessem ocorrer em decorrência de sua hipertensão específica da gravidez, demonstrando novamente o estado de ambivalência que se encontravam.

Em relação aos índices referentes ao traço de ansiedade, pode-se observar na tabela 1 que três gestantes mantiveram índices elevados manifestados na primeira aplicação.

O dado a ser ressaltado é o fato de que duas gestantes do grupo H.C. e uma do grupo D.H. apresentaram índice rebaixado para traço de ansiedade, enquanto que na primeira aplicação este índice apresentava-se elevado. Não houve nenhum procedimento psicoterápico que viabilizasse mudanças estruturais. Assim, estes resultados foram inesperados, devendo serem melhores investigados.

As demais gestantes não apresentaram alterações nos escores obtidos.

Pelos resultados apresentados pode-se considerar os grupos de gestantes equiparados quanto aos níveis de ansiedade traço-estado, ou seja, são grupos heterogêneos, não havendo nenhuma gestante que apresentasse índices de ansiedade considerados patológicos.

O uso do instrumento IDATE para medir níveis de ansiedade é discutido na literatura. Barboni (1998) trabalhou com vinte gestantes primigestas e encontrou em seu estudo que não foi possível constatar nenhum sinal evidente de que a ansiedade dos grupos de gestantes houvesse sofrido algum tipo de variação. A autora questiona a pertinência

deste instrumento para avaliar a ansiedade em populações de mulheres grávidas, da forma como foi realizado. Também foram levantados por ela outros estudos em que também não foram constatadas alterações tanto no estado de ansiedade como no traço de ansiedade em função da gravidez.

Entretanto, a favor do estudo, é importante ressaltar que ainda não houve estudos normativos brasileiros sobre a utilização do IDATE em gestantes. Utilizou-se neste trabalho a comparação com a população cujo nível educacional, e

Tabela 2 – Índices de ansiedade traço-estado 1ª e 2ª aplicações e medidas de P.A. das gestantes do grupo HC e DH.

Grupo	P.A. da 1ª intervenção A.R.	1º IDATE Estado de ansiedade	1º IDATE Traço de ansiedade	P.A. Final D.R.	2º IDATE Estado de ansiedade	2º IDATE Traço de ansiedade	Média Ponderada da P.A. D.R.
HC1	200x120	46→ ↑	51→ ↑	180x100	48→ ↑	41→ ↓	153,04x98,69
HC2	120x80	39→ ↓	30 ↓	120x80	29 ↓	39→ ↓	116,52x76,57
HC3	140x90	37→ ↓	24 ↓	130x80	30 ↓	27 ↓	132,92x81,51
HC4	140x90	54 ↑	57 ↑	130x80	43 (dentro do esperado)	52→ ↑	120,40x83,48
HC5	140x90	23→ ↓	54→ ↑	160x80	40→ ↓	42→ ↓	128,40x90,12
DH1	160x110	44 (dentro do esperado)	53→ ↑	130x100	37→ ↓	47→ ↑	123,00x87,86
DH2	150x80	42→ ↓	49→ ↑	160x100	46→ ↑	40→ ↓	155,43x108,43
DH3	150x90	38→ ↓	42→ ↓	130x80	24 ↓	40→ ↓	135,93x77,26
DH4	120x90	37→ ↓	29 ↓	130x80	36→ ↓	28 ↓	120,26x78,17
DH5	140x80	60 ↑	58 ↑	140x90	39→ ↓	48 ↑	135,15x82,59
Media Grupo	--	43,26	45,80	--	37,20	40,40	--
Media Padronizada	--	43,54	45,34	--	43,54	45,34	--

Legenda:

P.A. - Pressão Arterial.

A.R. – Antes do relaxamento.

D.R. – Depois do relaxamento.

HC - Hipertensão Crônica

DH – Doença Hipertensiva Específica da Gravidez

↑ - Escore elevado

→ ↑ - Escore tendendo à elevação

↓ - Escore rebaixado

→ ↓ - Escore tendendo ao rebaixamento

A tabela 2 apresenta os resultados individuais obtidos no IDATE na 1ª e 2ª aplicações, a média do grupo, os índices da primeira e última aferição de P.A. e da média ponderada de cada participante, das medidas de P.A, obtidos após cada intervenção.

Com base nestes resultados, pode-se afirmar que, como grupo, as gestantes participantes da pesquisa apresentaram índice de ansiedade estado dentro da normalidade, dados estes não esperados, devido não só a sua condição de gestante mas principalmente por estarem apresentando patologia grave. De acordo com Maldonado (1997), o período gestacional é uma época de transição, marcada sobretudo por oscilações emocionais e físicas. Na gravidez a mulher passa por um período potencialmente ansiogênico, agravado com a presença de uma patologia séria, fato este comprovado pelas primeiras medidas de pressão arterial que mostram valores alterados, demonstrando um quadro hipertensivo.

Os resultados da segunda aplicação do IDATE, após as gestantes terem terminado o procedimento de intervenção, apontam que os dois grupos apresentaram resultados que mostram diminuição do índice de estado de ansiedade, alcançando a média de 37, 20, portanto abaixo da média padrão estabelecida pelo instrumento que é de 43,54.

Não foi possível realizar análise estatística das medidas grupais em função do número pequeno de participantes. Entretanto, os dados sinalizaram a tendência de uma mudança satisfatória no índice de estado de

ansiedade, para normalidade ou rebaixamento. Pode-se supor que o processo de intervenção, associado à presença de um terapeuta, um tempo destinado somente para a si mesma, um local aconchegante tivesse propiciado às gestantes, de alguma forma, a possibilidade de lidar melhor com suas ansiedades, o que pode ter contribuído para a mudança destes níveis.

Em relação aos índices dos traços de ansiedade obtidos na primeira aplicação do questionário de auto-avaliação IDATE, observou-se que a média do grupo foi 45,80, semelhante à média padrão estabelecida que é de 45,34. Com base nestes resultados parece que as gestantes de ambos os grupos apresentaram índices traço de ansiedade, dentro do esperado, ou seja, dentro do padrão de normalidade.

Observa-se, porém que na segunda aplicação do IDATE houve uma diminuição no escore do traço de ansiedade: a média nos dois grupos é de 40,40, enquanto que na primeira aplicação era de 45,80. Esses dados fazem supor que o processo de intervenção, todas as condições oferecidas, auxiliaram a gestante a se reestruturar e conseqüentemente a enfrentar melhor as situações estressantes que se apresentaram.

É importante ressaltar novamente que esses resultados não eram esperados, uma vez que não foi realizado nenhum procedimento psicoterápico que possibilitasse mudanças estruturais que pudessem refletir-se no índice do traço de ansiedade. Considerando os pontos levantados anteriormente, sugere-se maior investigação no que diz respeito ao

instrumento utilizado, aos fatores ambientais que possam estar influenciando e à própria situação de intervenção.

Pela análise dos dados referentes às medidas de pressão arterial, verificou-se que, comparando os dados da primeira aferição feita antes do início das intervenções com a última medida obtida após o procedimento de intervenção, das dez gestantes participantes da pesquisa, em sete delas a primeira medida de P.A. foi maior ou igual aos valores da última aferição. As outras três participantes tiveram no início do tratamento valores de P.A. menores do que os obtidos ao final dele.

Um fato a ser considerado é que, ao serem encaminhadas ao AGAR, todas as gestantes participantes estavam em média com 24,6 semanas de gestação e ao terminarem a intervenção, estavam em média com 33,2 semanas. Pode-se, então, levantar a hipótese de que os valores finais mais elevados obtidos na avaliação das quatro gestantes citadas anteriormente se devem à doença hipertensiva em si, pois conforme vai avançando a idade gestacional, mais preocupadas e ansiosas vão ficando as gestantes.

Se comparados com a primeira medida de P. A, os dados relativos às medidas das pressões arteriais aferidas durante todo o período em que durou a intervenção mostram que a média ponderada destas medidas após a intervenção em nove gestantes evidencia uma redução significativa dos valores de P.A., sendo que somente uma delas teve seus valores elevados. Esta paciente manifestou uma oscilação importante durante todo o tratamento, teve seu bebê na 28ª semana e apresentou histórico de aborto provocado por doença hipertensiva específica da gestação, conforme o

prontuário médico, fatos esses que consideramos tenha influenciado na piora do quadro hipertensivo.

Tabela 3 – Níveis de ansiedade traço-estado por grupo antes do relaxamento mediana, média e desvio padrão

	IDATE	estado de	ansiedade	IDATE	traço de	ansiedade
Grupos	Mediana	Média	Desvio Padrão	Mediana	Média	Desvio Padrão
C	38,00	45,80	20,04	49,00	48,00	12,43
HC	39,00	39,80	11,52	51,00	43,20	15,09
DH	42,00	44,20	9,28	49,00	46,20	11,26
	p = 0.87	Diferença não	significativa	p = 0.91	Diferença não	significativa

A tabela 3 mostra, através da comparação dos valores obtidos do IDATE, tanto para estado quanto para traço nos grupos C, H.C. e D.H., que não se constata diferença significativa entre os três grupos quanto às medidas obtidas antes da aplicação da técnica de relaxamento. As médias para estado de ansiedade foram: no grupo C = 45,80, no grupo H.C. = 39,80 e no grupo D.H. = 44,20. Não há, portanto alteração significativa entre as participantes quanto ao estado de ansiedade. As médias para traço de ansiedade no grupo C = 48,00, no grupo H.C. = 43,20 e no grupo D.H. = 46,20 demonstram também que não há diferença significativa entre as gestantes quanto ao traço de ansiedade.

Quando comparadas as médias obtidas pelos grupos com as médias padronizadas pelo instrumento, média para estado 43,54 e média para traço 45,34 constata-se que não há diferença significativa entre os grupos de gestantes e a população brasileira. Isto indica que as gestantes encontram-se dentro dos padrões de normalidade estabelecidos pelo instrumento e

Tabela 4 – Ansiedade traço-estado resultados da 1ª e 2ª medidas: mediana, média e desvio padrão, intergrupos.

	IDATE	estado de	Ansiedade	IDATE	traço de	ansiedade
	Mediana	Média	Desvio Padrão	Mediana	Média	Desvio Padrão
Primeira aplicação	40,50	42,00	10,13	50,00	44,70	12,65
Segunda aplicação	38,00	37,20	07,70	40,50	40,40	07,99
	p = 0.17	Diferença não	Significativa	p = 0.07	Diferença não	significativa

Observa-se através destes dados, que para o estado de ansiedade não houve diferença estatística entre os resultados da primeira e da segunda aplicação (médias antes = 42,00 e depois = 37,20), o mesmo ocorrendo para traço de ansiedade. Quando se analisam os dados por grupos, não fica evidente a diferença encontrada para uma das gestantes do grupo HC e outra do grupo DH para traço de ansiedade. A mudança do nível mediano do grupo não foi suficiente para modificar o índice do grupo. Como já foi salientado, para que houvesse alguma mudança estrutural seria necessário algum tipo de intervenção psicoterápica para o grupo que a viabilizasse.

Tabela 5 – Ansiedade traço-estado resultado da 1ª e 2ª aplicação medidas: mediana, média e desvio padrão, do grupo H.C.

	IDATE	estado de	Ansiedade	IDATE	traço de	ansiedade
	Mediana	Média	Desvio Padrão	Mediana	Média	Desvio Padrão
Primeira aplicação	39,00	39,80	11,52	51,00	43,20	15,09
Segunda aplicação	40,00	38,00	08,28	41,00	40,20	08,93
	p = 0.69	Diferença não	Significativa	p = 0.35	Diferença não	significativa

A tabela 5 mostra que no grupo H.C não se constata diferença significativa entre as medidas para estado de ansiedade, antes e depois da intervenção (médias antes da intervenção = 39,80 e depois da intervenção = 38,00). Não há portanto alteração do estado de ansiedade para o grupo. Entretanto para o traço de ansiedade a diferença não foi significativa, (média

antes da intervenção = 43,20 e depois da intervenção = 40,20). Estes dados mostram que no grupo não se observou modificação nos níveis de ansiedade, que se mantiveram constantes, ou seja, não aumentaram mesmos as gestantes estando próximas da hora do parto. Esses dados podem sugerir que o relaxamento ajudou-as a controlar a ansiedade como explica Ancha e Tucker (2001).

Tabela 6 - Ansiedade traço-estado resultado da 1ª e 2ª aplicação medidas: mediana, média e desvio padrão, do grupo DH

	IDATE	estado de	ansiedade	IDATE	traço de	Ansiedade
	Mediana	Média	Desvio Padrão	Mediana	Média	Desvio Padrão
Primeira aplicação	42,00	44,20	09,28	49.00	46.20	11.26
Segunda aplicação	37,00	36,40	07,96	40.00	40.60	07.99
	p = 0.14	Diferença não	significativa	p = 0.04	Diferença não	Significativa

Para o grupo D.H encontrou-se que não houve diferença estatística para o estado de ansiedade, da primeira para a segunda aplicação (médias antes da intervenção 42,00 e depois da intervenção 36,40), não havendo diferença significativa para estado de ansiedade (tabela 6). Para o traço de ansiedade a diferença foi significativa da primeira para a segunda aplicação, (média antes da intervenção = 46,20 e depois da intervenção = 40,60), indicando alteração no traço de ansiedade.,

5. 3. EVOLUÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL DE CADA PARTICIPANTE POR GRUPO

As figuras demonstram a evolução das pressões sistólicas e diastólicas, ao longo do período gestacional de cada participante dos grupos C, HC e DH. Para os grupos HC e DH é apresentada a evolução das P.A. antes e após cada intervenção. As medidas de P.A. das gestantes do grupo controle foram obtidas nos prontuários médicos.

Figura 7 – P.A. C1

Figura 8 – P.A. C2

Figura 9 – P.A. C3

Figura 10 – P.A. C4

Figura 11 – P.A. C5

Ao se analisar as figuras 9 e 10 pode-se constatar que essas gestantes tiveram suas medidas de P.A. elevadas ao final de seu período gestacional

Nas figuras 7 e 11 observou-se que essas gestantes apresentaram diminuição nos índices de suas pressões arteriais ao final da gestação e uma das O aumento da pressão arterial observado nas duas gestantes do grupo controle pode ser explicado pela literatura. Soifer (1980) apud Bellini (1995) e Maldonado (1997) preconizam que próximo ao parto as gestantes também ficam mais ansiosas, elevando assim o nível de P.A.

Objetivando verificar se a técnica de relaxamento propiciou ou não mudanças significativas nos índices de P.A. de cada gestante, foi realizada comparação entre as medidas de P.A. obtidas antes e após cada sessão de relaxamento. O nível de significância foi obtido através do teste não paramétrico de Wilcoxon para amostra pareadas.

'p' para sistólica = 0.02
'p' para diastólica = 0.04

Figura 12 – P.A. HC1

'p' para sistólica = 0.56
'p' para diastólica = 0.32

Figura 13 – P.A. HC2

'p' para sistólica = 0.01
'p' para diastólica = 0.01

Figura 14 – P.A. HC3

'p' para sistólica = 0.03
'p' para diastólica = 0.05

Figura 15 – P.A. HC4

'p' para sistólica = 0.02
'p' para diastólica = 0.05

Figura 16 – P.A. HC5

'p' para sistólica = 0.07
'p' para diastólica = 0.07

Figura 17 - P.A. DH1

'p' para sistólica = 0.34
'p' para diastólica = 0.73

Figura 18 – P.A. DH2

'p' para sistólica = 0.08
'p' para diastólica = 0.01

Figura 19 - P.A. DH3

'p' para sistólica = 0.05
'p' para diastólica = 0.32

Figura 20 - P.A. DH4

'p' para sistólica = 0.06
'p' para diastólica = 0.16

Figura 21 – P.A. DH5

Pode-se constatar através dos gráficos 12, 14, 15 e 16 que a técnica de relaxamento reduziu significativamente as pressões sistólicas e diastólica das gestantes HC1, HC3, HC4 e HC5 do grupo H.C. Os valores pós-intervenção são consideravelmente inferiores aos valores pré-intervenção. Para o grupo D.H. observou-se pelas figuras 19 e 20 que somente as participantes DH3 e DH4 conseguiram no pós-relaxamento a diminuição estatisticamente considerável dos níveis de P.A.

Ao se comparar os dados referentes ao nível de ansiedade das gestantes e os de P.A., pode-se constatar que a eficácia do relaxamento é mais evidente no controle da P.A. das gestantes do que para o controle da ansiedade. Entretanto não podemos esquecer que os níveis de ansiedade das gestantes participantes do estudo desde o início apresentavam-se dentro da normalidade quando comparados com o da população brasileira.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

***"Sempre desejei que meus trabalhos
tivessem a luz e a alegria da primavera,
que não deixa ninguém suspeitar
do esforço que custou."***

Henri Matisse

Os resultados obtidos não nos permitem fazer generalizações, uma vez que o número de participantes foi pequeno bem como o número de sessões de relaxamento. Entretanto a riqueza de dados e de informações obtidas permite-nos que algumas considerações sejam feitas.

Fica evidente que as gestantes demonstraram desconhecer seu real estado de saúde, apontando para a necessidade de estudos que investiguem de forma aprofundada as razões de tal manifestação de desconhecimento.

Não se constataram diferenças significativas entre os índices dos níveis de ansiedade dentre os grupos de gestantes que nos permitissem estabelecer ligação entre ansiedade e o quadro hipertensivo, o que nos faz considerar a hipótese de que a correlação entre a ansiedade e hipertensão não seguem tão diretas como preconiza a literatura.

Outro ponto a ser evidenciado é a efetividade da técnica de relaxamento como recurso terapêutico auxiliar para o controle da pressão arterial de gestantes hipertensas, uma vez que ficou evidente a manutenção ou mesmo a diminuição dos índices da P.A. em 60% das participantes.

É notório que nesta área há ainda muito por fazer, isto porque este estudo talvez represente o início de pesquisas sobre as características peculiares às gestantes hipertensas e a utilização de recursos terapêuticos como a técnica de relaxamento que possibilitem aos profissionais melhor atendê-las.

Em função dos resultados aqui apresentados, sugere-se que sejam elaborados e implantados programas de atendimento a gestantes de risco, realizados por equipe multiprofissional, oferecendo a elas condições para que possam vivenciar este período o mais tranquilamente possível.

7. ANEXOS

Anexo-A ROTEIRO DE ENTREVISTA

A) IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Idade: _____ Período Gestacional: _____

Estado Civil: _____ Grau de Escolaridade: _____

B) SITUAÇÃO SÓCIA ECONÔMICA ATUAL:

- Reside com quem?
- Descreva sua casa?
- A casa é própria, alugada ou emprestada?
- Quanto ao tipo de casa? (isolada; conjugada; cortiço; pensão; casa de fundo; favela; meio rural)
- O que acha de residir neste local?
- Quem trabalha na casa?
- Quem sustenta a casa?
- Com o que recebem da para viver ou necessitam de ajuda?
- Quem ajuda?
- Que tipo de ajuda?

C) ASPECTOS LIGADOS A GESTAÇÃO:

- Como ficou sabendo que estava grávida?
- Como se sentiu quando soube da gravidez?
- É uma gravidez que foi planejada? Desejada?
- Como seu parceiro se sentiu e reagiu, quando ficou sabendo da gravidez?
- E seus familiares e amigos tiveram alguma reação?
- Como você está se sentindo fisicamente? (alimentação; cansaço; câibras; dores; inchaço; intestino preso; náuseas; sono; vômitos; etc.)
- Como você está se sentindo emocionalmente? (alteração de humor; angustia; ansiedade; ânimo; alegria; calma; desânimo; irritação; insegurança; nervosismo; sensibilidade; tristeza; etc.)
- A gravidez trouxe algum outro tipo de mudança para você e sua vida? E como se sente?
- Como é estar grávida?
- Como é ser mãe?
- Você pensa no seu bebê? O que?
- Como se sente com relação a ele?

- Existem alterações neste(s) sentimento(s)?
- Você deseja uma menina ou um menino?
- Sente-se ansiosa com relação a alguma coisa ou a alguém?
- Você tem algum medo?

D) ASPECTOS DO RELACIONAMENTO:

- Como se relaciona e vive com seu parceiro?
- Em relação à sua gravidez e ao bebê, como ele se comporta?
- Vocês tem tido algum problema, conflito afetivo ou sexual com a gravidez?
- Algum outro problema?
- Qual a atitude dos familiares com relação à sua gravidez, a você ou ao bebê?
- O que você acha ou sente diante das atitudes?
- Tem enfrentado algum problema ou dificuldade junto aos seus familiares, neste período?
- Seu corpo está passando por mudanças, como se sente em relação a isto?
- Algo te incomoda ou preocupa com relação ao seu corpo?
- Seu companheiro fala algo a respeito das mudanças em seu corpo?
- Com relação a isto como se sente?

E) ASPECTOS DA GESTAÇÃO HIPERTENSA:

- Como descobriu que estava com hipertensão?
- Desde quando tem este problema?
- Quando soube da hipertensão como se sentiu?
- Como se sente atualmente?
- Alguém da sua família é hipertensa (o)?
- Teve algum caso de hipertensão na gravidez na sua família?
- Você conhece alguém que tenha tido hipertensão na gravidez?
- O que você conhece sobre hipertensão?
- O que você conhece sobre pressão alta?
- Você tem algum medo com relação ao bebê / a você mesma / à gravidez / ao parto/ ao pós-parto?
- Quais são os riscos que você conhece quanto a hipertensão durante a gestação?

F) QUESTÕES GERAIS REFERENTES À GRAVIDEZ.

- Aconteceu algo durante esta gravidez com você ou alguém próximo? (Ex. perda de emprego, mudança de casa ou cidade, morte de alguém querido.)
- Tem sentido vontade de receber mais carinho, atenção, proteção?

- Você tem necessidade ou vontade de receber outro tipo de atendimento profissional, sem ser o médico ginecologista?
- Existe alguma dúvida, ou gostaria de saber, de conhecer algo com relação: a hipertensão, à gravidez, ao feto, ao parto, cuidado com o bebê?
- Necessita de esclarecimento a respeito de alguma coisa?
- Gostaria de acrescentar algo?
- Você tem alguma pergunta para fazer?

Anexo-B TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Concordo em participar como voluntária na pesquisa “Gestantes Hipertensas: Uma Proposta de Intervenção.” Esta estará sendo realizada junto ao Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto com gestantes hipertensas maiores de 18 anos, que fazem tratamento neste ambulatório. Foi me explicado que esta pesquisa pretende obter um controle da pressão arterial, através do uso de técnicas de relaxamento com a finalidade de diminuição dos riscos. Sei que este estudo pode ajudar a entender um pouco mais sobre a hipertensão na gestação, um quadro que pode trazer sérios problemas tanto para a mãe quanto para o bebê.

Por isso, concordo que é importante conversar com a pesquisadora, respondendo a uma entrevista e ao IDATE (inventário de ansiedade Traço-Estado) e participando dos relaxamentos.

Autorizo, ainda que a entrevista seja gravada em fita cassete para que não se deixe passar nada do que foi conversado e que pode ser importante para a pesquisa.

Sei também, que esse estudo possui uma finalidade de pesquisa, sendo que os dados obtidos virão a ser utilizados em publicações científicas sem que as pessoas participantes sejam identificadas.

Declaro ainda:

1. que estou aceitando voluntariamente a participação nesse estudo, não tendo sofrido nenhuma forma de pressão para isso;
2. que, se desejar, posso deixar de participar do estudo a qualquer momento;
3. que, se não concordar em participar deste estudo ou interromper minha participação, meu tratamento no Hospital não sofrerá prejuízos;
4. que fui assegurada de que as identificações serão mantidas em sigilo.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 20____.

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora

Assinatura da Responsável pela Pesquisa
(Orientadora)

Anexo-C RELATO DE UMA SESSÃO DE RELAXAMENTO

Com o objetivo de mostrar como foi realizada a técnica de relaxamento, decidiu-se por apresentar uma sessão completa na qual constasse todas as etapas, pois a seqüência crescente mostrada nos procedimentos do método foi utilizada igualmente para todas as gestantes.

Selecionou-se a última sessão com uma das participantes, cujos dados são: 26 anos, separada do pai das crianças, doméstica, estudou até a 6ª série, residente na região de Ribeirão Preto, teve um caso de aborto anterior, faz parte do grupo H.C., a gestação é gemelar, com quadro de obesidade mórbida. Inicialmente seus retornos eram quinzenais e após a vigésima sétima semana passaram a ser semanais, pois a paciente corria sérios riscos. A gestante teve o parto resolvido com trinta e sete semanas, inclusive tendo-se dado após a oitava sessão de relaxamento.

Neste encontro a paciente, que estava acompanhada da mãe, chegou e foi direto para a sala de curativos do AGAR, pedindo para fazer o relaxamento. Naquele momento ela estava tensa, sentindo-se mal, com dores na barriga e edemaciada. Antes da realização da técnica, a auxiliar de enfermagem aferiu a pressão arterial, que estava em 140x90.

Usando uma linguagem calma e tranqüila, a pesquisadora pediu que a participante sentasse e ficasse o mais à vontade possível, ficou conversando com a gestante, enquanto fechava a sala, deixando-a um pouco mais escura. Colocou uma música de fundo e perguntou como ela estava, se havia passado bem aquela semana, se tinha tido algum tipo de

problema, se estava dormindo e se alimentando devidamente e como estavam os preparativos para receber o bebê.

A pesquisadora passou a dar as instruções para a gestante que se sentou na cômoda, confortável e já habitual cadeira de couro tipo diretor. A participante preparou-se para o relaxamento apoiando os cotovelos, colocando os braços e antebraços numa posição de 90º, o que proporciona descontração dos músculos flexores e extensores, deixou as mãos e os dedos ficarem soltos, a cabeça e o tronco encostados sem esforço, as pernas descruzadas, os joelhos ligeiramente separados, os olhos fechados e também se concentrou na respiração. Foi-lhe dito:

“Tente deixar a respiração tranqüila e profunda, sinta por duas vezes o ar entrando pelo nariz, preenchendo o abdome, o tórax e saindo pelas narinas, levando embora as toxinas e o cansaço. Relaxe todo o seu corpo. Para facilitar o seu processo de relaxamento, contarei pausadamente de 10 a 1 e a cada número que eu for descendo, você entrará em níveis mais e mais profundos de relaxamento e tranqüilidade. 10, 9, 8, mais profundo, mais tranqüilo...7, 6, 5, mais profundo, mais tranqüilo, 4, 3, 2, 1. A partir deste momento, todo e qualquer barulho, ruído, música e a minha voz só a ajudarão a relaxar mais e mais. Para ajudar você a entrar num estado mais profundo de relaxamento e tranqüilidade, vou chamar a sua atenção para algumas partes do seu corpo, sobre as quais você irá se concentrando e relaxando ainda mais. Concentre-se em seus braços, sinta-os ficando pesados, cada vez mais pesados, sinta suas mãos relaxadas. Esta sensação está passando para todo o resto do seu corpo. Sinta sua cabeça

pesada, relaxe profundamente esta região, concentre-se em sua testa, sobrancelha e olhos e relaxe mais e mais estas partes. Leve sua atenção para o seu rosto, a pele que cobre a sua face e deseje relaxar. Visualize o seu rosto sereno, feliz e saudável. Concentre-se em sua garganta e relaxe esta região. Leve sua atenção para os seus ombros, sinta-os pesados e relaxe-os. Sinta-se como se estivesse recebendo uma massagem muito agradável em seus ombros. Concentre-se em seu tórax e seu peito e relaxe esta região. Relaxe seu abdome. Tome uma respiração mais profunda, retenha o ar e ao exalar, relaxe totalmente as suas costas. Imagine tudo muito pesado, sinta como se suas vértebras se relaxassem uma a uma. Concentre-se em seus quadris, sinta-os pesados e relaxe esta região. Leve sua atenção para suas pernas e pés, sinta-os pesados e relaxe-os. Perceba se ainda existe alguma parte do seu corpo que se encontra com tensões. Se houver, tome uma respiração profunda, retenha o ar e ao exalar relaxe-a totalmente.

Estou completamente tranqüila....tranqüila.

Repita mentalmente toda a seqüência anterior, mas sentindo agora calor. Braços, mãos, cabeça, testa, sobrancelhas e olhos, todos estão mornos. Continue sentindo esta sensação agradável no rosto, na pele que cobre o rosto, na garganta, nos ombros, no tórax, no peito. Tome uma respiração profunda, retenha o ar e ao exalar, relaxe. Continue sentindo a sensação de calor nas costas, nos quadris, nas pernas e pés. Tome uma respiração profunda, retenha o ar e ao exalar, relaxe totalmente.

Estou completamente tranqüila....tranqüila.

Seu coração vai trabalhando compassado e tranqüilamente. Ele bate sereno e normal, sereno e normal..... Seus pulmões trabalham em perfeita harmonia, assim como seus órgãos internos.

Estou completamente tranqüila....tranqüila. Respiro tranqüilamente, respiro tranqüilamente

O seu umbigo está quente e irradia calor, quente e irradia calor...

Estou completamente tranqüila....tranqüila.

Sua fronte está agradavelmente fresca, agradavelmente fresca.....

Estou completamente tranqüila....tranqüila

Sua fronte está agradavelmente fresca, agradavelmente fresca.....

Estou completamente tranqüila....tranqüila

Imagine-se neste momento em algum lugar tranqüilo que lhe traga paz interior e uma serenidade agradável..... Eu contarei de 1 a 10 e quando eu disser 10, você abrirá os olhos, sentindo-se muito melhor do que antes, melhor em todos os sentidos.

1, 2, 3, 4, 5, ...e quando eu disser 10 você abrirá os olhos, sentindo-se muito melhor do que antes, melhor em todos os sentidos. 6, 7, movimente seus pés e mãos lentamente, respire profundamente. 8, 9, 10, abra os olhos e respire profundamente, sinta-se melhor, melhor e melhor em todos os sentidos. Vire a cabeça lentamente de um lado para o outro, levante os ombros e solte, espreguice.”

Após a aplicação da técnica de relaxamento, a auxiliar de enfermagem novamente aferiu a pressão arterial da gestante, obtendo como resultado 130x80.

Anexo-D DADOS PESSOAIS DO PRONTUÁRIO

Nome: _____

Registro: _____

Idade: _____

Data de Nascimento: _____

Naturalidade:

Escolaridade:

Profissão: _____

Estado Civil Atual: _____

N.º de Gestações: _____

N.º de Partos:

Estado Civil Quando Engravidou: _____

Endereço: _____

Telephone: _____

Tempo de Gestação: _____

Início dos Atendimentos: _____

Dados sobre a Hipertensão:_____

Medicação: _____

Controle da P. A: (Data dos Retornos X Pressão Arterial)

•	_/_/_/	P.A.	X
•	_/_/_/	P.A.	X
•	_/_/_/	P.A.	X
•	_/_/_/	P.A.	X
•	_/_/_/	P.A.	X
•	_/_/_/	P.A.	X
•	_/_/_/	P.A.	X
•	/ / /	P.A.	X

[illegible]

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AJURIAGUERRA, j. **“Manual de Psiquiatria Infantil”**. Trad. Paulo César Geraldos e Sônia R. Pacheco Alves, 2ª ed., São Paulo, Masson, 1983.

ALVES, E.A. **“Estudo Prospectivo, Comparativo da Isradipina e Atenolol no Tratamento de Gestantes Hipertensas.”** São Paulo, 1998, 127p. Dissertação (Doutorado). Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo.

AMORIM, M.H.C. **“A Enfermagem e a Psiconeuroimunologia no Câncer de Mama”** Rio de Janeiro, 1999. 142p. Dissertação (Doutorado). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

ANCHA, L.; TUCKER, P. “A Comprehensive Approach to Stress in Primary Care” **Journal Oklahoma State Medical Association**, v. 94, n.10, p.451-454, 2001.

ARAUJO, A et al. “Um Estudo sobre Gestantes Hipertensas e a Adesão ao Tratamento Médico: Abordagem descritiva”. **Rev. Ginec&Obstet.**, v.4, nº.9, p. 191-198, 1998.

ARAUJO, D.A..C. et al. “Gestação de Alto Risco: Prevalência de Patologias e Complicações Materno-Fetais”.**Jornal Brasileiro de Ginecologia**, v.106, n.8, p. 315-320, 1996.

ATALLAH, A. N. “Hipertensão Arterial na Gestação. Aspectos Epidemiológicos e Clínicos”.**HiperAtivo**, v.1, n.º 3, p.37-38, 1994.

ATALLAH, A.N. “Conduta Clínica na Hipertensão Arterial Durante a Gestação”. **HiperAtivo**, v.1, n.º 3, p. 39-43, 1994.

AURIOL, B. **“Introdução aos Métodos de Relaxamento: Técnicas e Orientação para Facilitar o Relaxamento e a Boa Disposição”**.Trad. de Marisa Losasso Guimarães. São Paulo, Manole, 1985.

BARBONI, F.D. **“Gestantes Primigestas: Estudo das Características Psicológicas e da Influência de um Grupo Sociodramático durante a Gravidez”**. Ribeirão Preto, 1997, 92p., Qualificação (Mestrado), Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

BARBONI, F.D. **“Gestantes Primigestas: Estudo das Características Psicológicas e da Influência de um Grupo Sociodramático durante a Gravidez”**. Ribeirão Preto, 1998, 269p., Dissertação (Mestrado), Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras e Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

BELLINI, M.C.S. **“Informações sobre a Gravidez, Parto e Puerpério”**.
Ribeirão Preto, 21 p, 1995. /Mimeografado/

BENETTON, J. **“Trilhas Associativas: Ampliando Recursos na Clínica da Terapia Ocupacional”**. 2ª ed., São Paulo, CETO, 1999.

BOUER, J. “Hipertensão é a Maior Causa da Morte de Gestantes”. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 06 ago. 1995. p. 3-6

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Doenças Cardio-Vasculares. Rio de Janeiro, p.3-65, 1993.

BRESSAN. L.A. et al. “Terapia Ocupacional em Hospital Geral: Uma Proposta Multiprofissional. Trabalho enviado para apresentação no 7º Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional da Associação Cultural dos Terapeutas Ocupacionais do Rio Grande do Sul e ABRATO **Anais** do 7º Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional da Associação Cultural dos Terapeutas Ocupacionais do Rio Grande do Sul e ABRATO, 2001.

BRESSAN. L.A. et al. “Occupational Therapy and the Cooperative System in the New Millennium”. Trabalho enviado para apresentação no 13º International Congress of the World Federation of Occupational Therapists, Stockholm, Sweden, **Anais** do 13º International Congress of the World Federation of Occupational Therapists, 2002.

BRESSAN. L.A. et al. “The importance of Occupational Therapist in a general Hospital in Brazil”. Trabalho enviado para apresentação 13º International Congress of the World Federation of Occupational Therapists, Stockholm, Sweden, **Anais** do 13º International Congress of the World Federation of Occupational Therapists, 2002.

CANNEL, C.F. e KAHN, R.L. “Coleta de Dados por Entrevista”. In Festinger, L. e Katz, D.A. **“A. Pesquisa da Psicologia Social”**. Rio de Janeiro, E.F.G.V., 1974.

COELHO, M.A.B.C. **“Da Relação entre Stress e distúrbios da Voz”**. São Paulo, 1994. 118p. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, III. Campos de Jordão, 1998, **Guia Básico**. São Paulo, Sociedade Brasileira de Hipertensão, p.1-37, 1998.

CRUZ NETO, O. “O Trabalho de Campo como Descoberta e Criação”.In: MINAYO, M.C. (org.) **“Pesquisa Social”**: Coleção Temas Sociais Teoria, Método e Criatividade. 6ª ed. Petrópolis, Ed. Vozes, 1996, Cap. III, p51-66.

CUNNINGHAM, F.G. et al. **"Hypertensive Disorders in Pregnancy"**. In: Williams Obstetrics. USA, Mc Graw-Hill, 2001, p.567-618.

CUNNINGHAM, F.G. et al. **"Medical and Surgical Complications in Pregnancy."** In: Williams Obstetrics USA, Mc Graw-Hill, 2001, p. 1209-22.

DELASCIO, D. **"Prevenção da Toxemia Aguda da Gravidez"**. São Paulo, Sarvier, 1977.

DUARTE, G. **"Hipertensão Arterial e Gravidez"** [Transparência] Ribeirão Preto, FMRP-USP, 2001, color 25x20 cm.

DURAN, S.M.G.T. **"O Atendimento Psicoterapêutico em Grupo aos Usuários de uma Unidade Básica de Saúde pelo Método Corporal Pethö Sandor: Uma Interpretação na Perspectiva da Psicologia Analítica de C.G. Jung"**. São Paulo, 1997. 216p. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

FERRER, R.L.; SIBAI, B.M.; MULROW, C.D.; CHIQUETTE, E.; STEVENS, K.R.; CORNELL, J. "Management of Mild Chronic Hypertension During Pregnancy: A Review. **Obstet Gynecol**, U.S.A, v. 96, nº7. 5, p. 849-60, 2000.

FERREIRA, A.B.H. **"Novo Aurélio séc. XXI: O Dicionário da Língua Portuguesa"**. 3ª.ed, Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1999.

FIGUEIREDO, L.R.U. **"Projeto de Atuação em Terapia Ocupacional na Enfermaria de Neurologia"**. Ribeirão Preto, HCFMRP-USP, 2001.(projeto não publicado).

GAROVIC, V.D. "Hypertension in Pregnancy: Diagnosis and Treatment" **Mayo Clin Proc**, U.S.A, v. 75, nº.10, p. 1071-6, 2000.

HAGEDORN, R. **"Fundamentos da Prática em Terapia Ocupacional"**. Trd.José Batista, São Paulo, Dynamis Ed., 1999.

HAMET, P. "Hypertension in Pregnancy: New Recommendations for Management". **CMAJ**, nº. 157 p.709-10, 1997.

HELEWA, M.E. et al. "Report of the Canadian Hypertension Society Consensus Conference. Definitions, evaluation and classification of hypertensive Disorders In: Pregnancy. **Canadian Medical Association Journal**, v. 157, nº.6, p.715-725,1997.

HENRY J. P.& STEPHENS D.M. "Estresse Health and Social Enviroment: A Sociobiological Aproach to medicine". In Takiuti, N. H.; Kahhale, S.; Zugaib, M. "Estresse e Pré-Eclampsia". **Rev. Ginecol. Obstet.**, BR, v.2, abr-jun, p. 110-117, 2000.

IMAGINAÇÃO Contra a Dor de Cabeça, **Revista Cláudia** – A Revista de Informação da Mulher. n.4, ano 40, p.216, 2001.

JOINT NATIONAL COMMITTEE, VI., E.U.A.,1997. **Relatório Internacional**. E.U.A.

KAHHALE, S. “Síndromes Hipertensivas” In: TEDESCO, J.J.A.; ZUGAIB, M.e QUAYLE, J., (coord.) **Obstetrícia Psicossomática**. São Paulo, Editora Atheneu, 1997.Cap.18, p. 191.

KAHHALE, S. e ZUGAIB, M. “Hipertensão na Gravidez”. In: VAZ, F.A.C.; MANISSADJIAN, A; ZUGAIB, M., (coord.) **“Assistência a Gestante de Alto Risco e ao Recém Nascido nas Primeiras Horas”**, São Paulo, Editora Atheneu, 1993. Cap. 10, p. 66-71.

KAPLAN, H. I. e SADOCK, B.J. “Compêndio de Psiquiatria Dinâmica”. In: Nina, M.D. **“Estresse e ansiedade na gestação”**. 1ª ed., São Paulo, Ed. Atheneu, 1997.

KLEIN, L; HALL, W.D; WOLLAM, G.L. **“Dilemas no Tratamento da Hipertensão”**. Trad. R. Lana e I. Braun. Rio de Janeiro, Marques Saraiva, p. 1-57, 1988.

KOLB, L.C. **“Psiquiatria Clínica”**. Trad. Sônia R.P.Alves, 9ª ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1980.

KOPOLOW, L.E. **“Uma Conversa Franca sobre Como Lidar com o Stress”**. Trad. dos Drs. Dorgival Caetano e Luis Bechelli. Ribeirão Preto, 1992.

KRETSCHMER, W.J. “Técnicas Meditativas em Psicoterapia”. In: ASSAGIOLI, R (coord.) **“Psicossíntese: Manual de Princípios”**. 10ª ed. São Paulo, Ed. Cultrix, 1997, p.314-325.

LEE, C.J.; HSICH, T.T.; CHIU, T.H.; CHEN, K.C.; LO, L.M.; HUNG, T.H. “Risk Factors for Pre-Eclampsia in an Asian Population” **.J. Gynaecol Obstet, Taiwan**, v.70, nº.3, p. 327-33, 2000.

LEFF, J.R.; **“Gravidez – A Historia Interior”**. Trad.Rui Dias Pereira. Porto Alegre, Artes Médicas, p. 192-203, 1997.

LIPP, M.N. **“Como Enfrentar o Stress”**. 1ª.ed. Campinas, Ed. Ícone, 1986.

LITTLEJOHN, G. ”Fibromyalgia. What is it and how do we treat it?” **Australian Family Physician**, Australian, v.30, n.4, p.327-333, 2001.

LITTLER, W.A. et al. "The Variability of Blood Pressure." **Br. Med. J.** v. 95: p.180-186, 1978.

MALDONADO, M.T.P. "**Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério**". 14.^aed. São Paulo, Saraiva, 1997.

MARHOLD, C.; LINTON, S.J.; MELIN, L. "A Cognitive Behavioral Return-to-Work Program: Effects on Pain Patients with a history of Long-Term Versus Short-term Sick Leave" **PAIN**, v.91, nº 1-2, p.155-163, 2001.

MINAYO, M.C. "**O Desafio do Conhecimento Pesquisa Qualitativa em Saúde**". 2.^aed. Rio de Janeiro – São Paulo, Ed. Abrasco, 1993.

MUCCHIELLI, R. "**A entrevista não diretiva**". 2.^a ed., São Paulo, Martins Fontes, 1994.

NASCIMENTO, E.; QUINTA, E.M. "**Terapia do Relax**". São Paulo, Ed. Harbra, 2001.

NEME, B.; NEME, R.M. "Aspectos Hospitalares da Mortalidade Materna no Brasil." **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, v.106, nº.8, p.305-314, 1996.

NINA, M.D. "Estresse e Ansiedade na Gestação". In: Zugaib , M. et al "**Obstetrícia e Psicossomática**", 1.^a ed., São Paulo, Ed. Atheneu. 1997, cap. 9, p 85-98.

NOVAK, J. "**O Essencial sobre Meditação**". 9.^a ed. São Paulo, Ed. Pensamento, 1999.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. "**Hipertension Arterial: informe de un comité de expertos de la OMS**". Ginebra, 1978. (série de informes técnicos, 628).

PONTES, J.F. "**Stress**" ou **Estresse. Noções Genéricas**". In: Nina, M.D. "Estresse e Ansiedade na Gestação", 1.^a ed., São Paulo, ed. Atheneu, 1997.

RASMUSSEN, S.; IRGENS, L.M.; ALBRECHTSEN, S.; DALAKER, K. "Predicting Pre-Eclampsia in the Second Pregnancy from Low Birth Weight in the First Pregnancy" **Obstet Gynecol, Norway**, v. 96, nº.5, p. 696-700, 2000.

REDD, W.H.; MONTGOMERY, G.H.; DUHAMEL, K.N. "Behavioral Intervention for Cancer Treatment" **Journal of the National Cancer Institute**, v.93, nº11, 2001.

REDLINE, R.W; PATTERSON, P. "A Pré-Eclâmpsia está Associada com um Excesso de Trofoblastos Intermediários Imaturos Proliferativos". **Year Book Cardiology**, v.1, p.340-342, 1996.

RUSCHEL, S.I. "Ansiedade Crônica". **Biogalênica**, v.17, p.6-25, 1989.

SANDOR, P. "O treinamento Autógeno de J.H.Schultz". In: SANDOR, P. org **Técnicas de Relaxamento**. 4ªed. São Paulo, Ed. Vetor, 1982. Cap.10, p.69-79.

SCHULTZ, J.H. "O treinamento Autógeno". In: SANDOR, P. org. **Técnicas de Relaxamento**. 4ªed. São Paulo, Ed. Vetor, 1982. Cap.10, p.69-79.

SELYE, H. "The Stress of Life". In: Takiuti, N.H.; Kahhale, S.; Zugaib, M. "Estresse e Pré-Eclampsia". **Rev. Ginecol. Obst.**, v.2, abril-jun, p.110-117, 2000.

SIBAI, B.M. "Immunologic Aspects of Preeclampsia." **Clin. Obst. Gynecol.**, v.34, nº. 1, 1991.

SOIFER, R. "Psicologia da Gravidez, Parto e Puerperio".In: BELLINI, M.C.S. "**Informações sobre a Gravidez, Parto e Puerpério**". Ribeirão Preto, 21 p, 1995. /Mimeografado/.

SPIELBERGER, C.D.; GORSUCH, R.L.; LUSHENE, R.E. "**Manual do Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE**". Trad. e Adaptação de A.M.B. Biaggio e L. Natalício. Rio de Janeiro, CEPA, 1979.

STEIN, F.& CUTLER, S.K. "**Psychosocial Occupational Therapy, A Holistic Approach**." Canada, Delmar-Thomson Learning, 2002.

STOLL, L.B. "**Relatório Anual Destinado a Fundap**". Ribeirão Preto, 1999. 3p. (relatório não publicado).

TAKIUTI, N.H.; KAHHALE, S.; ZUGAIB, M. "Estresse e Pré-Eclampsia". **Rev. Ginecol. Obst.**, v.2, abril-jun, p.110-117, 2000

TAN, M.C. "The Use of a Relaxation Group to Reduce Patient Anxiety in a Geriatric Psychiatry". **Book of Abstracts WFOT** - 12th International Congress of the World Federation of Occupational Therapists. A 112-290, 1998.

TANAKA, A.C.D.; MITSUIKI, L. "**Estudo da Magnitude da Mortalidade Materna em 15 Cidades Brasileiras**". UNICEF, São Paulo, p.30-49, 1999.

TEDESCO, J.J.de A. "**Aspectos Emocionais da Gravidez de Alto Risco**". In: Zugaib, M. et al "Obstetrícia e Psicossomática", 1ª ed., São Paulo, Ed. Atheneu. 1997, cap.10, p.98-108.

TEIXEIRA, M.L.S. "**Meditações para Gestantes: O Guia para uma Gravidez Saudável, Plena e Feliz**". Rio de Janeiro, Sextante, 1999.

TEIXEIRA, M.L.V. **“Um Olhar da Terapia Ocupacional”**. Curitiba, Ed. Via, 2001.

TROTTO, M.R.N. **“Gravidez, Parto e Puerpério: Uma Abordagem Psicossomática**. In: BARBONI, F.D. **“Gestantes Primigestas: Estudo das Características Psicológicas e da Influência de um Grupo Sociodramático durante a Gravidez”**. Ribeirão Preto, 1997, 92p., Qualificação (Mestrado), Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

TURNER, A. **“The Holistic Management of the Patient With Pré-Eclampsia”**. **Nurs Crit Care**, Inglaterra, v. 2, n. 4, p.169-73, 1997.

VIANA, L.A.L. **“Normas Técnicas do Programa de Hipertensão Arterial”**. Ribeirão Preto, Secretaria Municipal de Saúde, 1995.

ZUGAIB, M; KAHHALE, S. **“Conceito, Classificação e incidência das Síndromes Hipertensivas na Gestação”**. **Ginecol. Obstet. Brasileira**, v. 8, n. 4, p.239-244, 1985.

ZUSPAN, F.P. **“chronic Hypertension in Pregnancy Clinical Obstetrics and Gynecology.”** Pensilvânia, 1984.