

FATORES CORRELACIONADOS À GESTAÇÃO DE RISCO E PARTO PREMATURO EM ADOLESCENTES

Denice Bortolin Baseggio¹

RESUMO

O presente artigo relata pesquisa sobre os fatores relacionados à gestação de risco e parto prematuro em adolescentes. Foram analisados os dados trazidos por oito gestantes de alto-risco, obtidos através de entrevista semidirigida, Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL). Dentre os resultados, o BDI revelou que 62,5% das pacientes encontravam-se com sintomas mínimos de depressão e 37,5% leve. Os achados apontam uma prevalência de 100% de sintomas de depressão em graus mínimo e leve. No Inventário de Stress, 12,5% da amostra encontra-se na fase de Alerta; 62,5% de Resistência; 25% de Quase Exaustão. As evidências apontam para a prevalência de stress na fase de Resistência, que quando não tratado pode levar a um estado de Quase Exaustão, etapa mais avançada do stress que pode causar maior debilidade orgânica e psíquica na gestante. Concluí-se que o stress durante a gestação de alto risco é um dos fatores que incidem no parto prematuro, uma vez que a angústia presente nesse período é responsável por alterações psicossomáticas que afetam a saúde do indivíduo.

Palavras-chave: stress, depressão, adolescência, parto de risco, parto prematuro.

CORRELATED FACTORS TO RISKY GESTATION AND PREMATURE CHILDBIRTH IN ADOLESCENTS

ABSTRACT

This article reports a research on the factors related with high risk pregnancies and premature childbirth in adolescents. We analyzed the data provided by eight high-risk pregnant women, obtained by semistructured interview, the Beck Depression Inventory (BDI) and Stress Symptoms Inventory for Adults Lipp (ISSL). Among the results, the BDI showed that 62.5% of patients presented with minimal symptoms of depression and 37.5% mild. These findings indicate a prevalence of 100% of the symptoms minimum and light of depression. In ISSL, 12.5% of the sample is in the Alert phase, 62.5% Resistance; 25% Almost Exhaustion. These evidences point to a stress prevalence at the Resistance stage, which if untreated can take to an Almost Exhaustion, a more advanced stage of Stress and can cause bigger organic debility and psychic at the pregnant woman. It is concluded that stress during high-risk gestation is one of the factors that fall on premature childbirth, since the present trouble in this period is responsible for psychosomatic changes which affect that affect the individual's health.

Keywords: stress, depression, adolescence, risky childbirth, premature childbirth.

¹ Mestre em Educação Universidade de Passo Fundo - UPF; Especialista em Psicologia Clínica - UPF; Bacharel em Psicologia - UPF; Professora e coordenadora de Estágios do Curso de Psicologia Faculdade Meridional- IMED.

Introdução

Considerada a doença moderna do século XXI, o stress desperta dúvidas e é confundido constantemente com a depressão. A pouca informação e orientação acabam fazendo com que as pessoas entendam o estresse apenas com uma conotação negativa e preocupante.

De acordo com Selye (1965), para uma melhor definição, podemos aprender o stress como sendo uma reação frente às situações excitantes que demandam a uma ação. O *stress* é um processo inerente à vida de todos os organismos. Tivesse a vida ausência total de *stress*, além de não ser possível, seria uma vida sem motivação e o organismo, então, morreria.

Partindo da premissa de que todos os indivíduos, nas suas diferentes etapas de vida podem passar por períodos de *stress*, destaca-se uma importante fase de vida, que é a adolescência. Esta fase é caracterizada por muitas alterações físicas e emocionais, deixando o adolescente suscetível a enfrentar períodos de *stress* e depressão principalmente quando este período é acompanhado de um fato, geralmente inesperado para a fase, que é a gravidez.

Atualmente cerca de 1,1 milhão de adolescentes engravidam por ano no Brasil e esse número continua crescendo. Meninas de 10 a 20 anos respondem por 25% dos partos feitos no Brasil, segundo dados divulgados pelo Ministério da Saúde (2011).

A gravidez é um fenômeno biopsicossocial e salienta as suas implicações desses fenômenos para a prevenção da saúde da gestante adolescente, sendo que há uma alta taxa de incidência de partos prematuros em adolescentes no Brasil, e o *stress* e a depressão podem ser fatores que influenciam na gestação podendo colaborar com parto prematuro. Por isso se percebe a necessidade de estudos brasileiros sobre o tema, aproximando-se mais da realidade da população brasileira.

Percebe-se que a gestação, de acordo com Baptista, Baptista e Torres (2006), é um período de alterações fisiológicas, sociais, familiares e psicológicas, tornando-se assim, um momento em que se denota aumentos de sintomatologias ou mesmo desenvolvimento de transtornos psiquiátricos. Dentre os principais transtornos durante o período gestacional é a depressão, que age de forma negativa, já que os sintomas incidem no desempenho das grávidas quanto ao autocuidado e adesão ao tratamento. Constata-se ainda, que a depressão é um transtorno psiquiátrico que apresenta uma prevalência em torno de 5 % da população brasileira em geral, segundo Baptista et. al (2006).

Através das considerações evidenciadas, pretende-se com o presente estudo, avaliar se os fatores de *stress* e depressão podem estar relacionados à gestação de risco e ao parto prematuro em adolescentes. Para isso, serão utilizados instrumentos de avaliação psicológica para investigar o *stress* e a depressão nas gestantes adolescentes do município de Passo Fundo.

A adolescência, segundo Kaplan, Sadock e Grebb (2002), é um momento de início e duração variáveis. É o período entre a infância e a idade adulta, caracterizado por alterações do desenvolvimento biológico, psicológico e social. O biológico da adolescência é evidenciado pela rápida aceleração do crescimento esquelético do desenvolvimento sexual; o psicológico caracteriza-se por um desenvolvimento cognitivo e uma suposta estrutura de personalidade; socialmente, a adolescência é um preparo para a idade adulta jovem.

A adolescência é um momento onde se evidencia a afirmação da identidade, da supremacia genital e da possibilidade exogâmica de um parceiro. A maior ou menor

elaboração dos lutos característicos dessa fase são luto pelo corpo infantil, pela identidade infantil e pelos pais da infância, que levam a pontos de fixação ou não a determinadas regressões posteriores. Segundo Scortegagna (2004), observamos que, para essas mudanças tornarem-se integrantes nessa fase da adolescência, é necessário o fator tempo, para que as alterações psíquicas aconteçam de forma gradual, ocorrendo a elaboração eficaz desses lutos, e conseqüentemente produzindo o amadurecimento a caminho da vida adulta saudável.

Ainda segundo Scortegagna (2004), os transtornos psicossomáticos na gravidez ocorrem pela dificuldade de integração psíquica frente a essa nova situação. A angústia é percebida através de sintomas somáticos como taquicardias, vertigens, sudoreses, vômitos exagerados e injustificados, pré-eclampsia, hemorragias no terceiro trimestre, desmaios, dores e ameaças de parto prematuro sem acusa orgânica, distúrbios alimentares, entre outros.

A gravidez precoce tumultua o processo de constituição de identidade, pois a adolescente obriga-se a cuidar de outro ser quando ainda não se encarregou de si mesma. Por isso, conforme Scortegagna (2004), fica difícil constituir-se mãe se ainda é tão nova e carente de cuidados. Em consequência dessa situação conflitiva, muitas vezes acompanhada de sentimento de culpa, vergonha, ambivalência em relação ao bebê, provavelmente acentuem-se os conflitos familiares, pois essa família também terá de absorver uma situação que não estava esperando. E segundo a relação anterior entre os pais e a filha, a gravidez poderá ser mais ou menos traumática.

Evidencia-se que toda gestação traz em si mesma risco para a mãe ou para o feto. No entanto, em algumas delas esse risco está muito aumentado e é então incluído entre as denominadas gestação de alto risco. De acordo com o Ministério da Saúde (2000), pode-se denominar gravidez de alto risco “aquela na qual a vida ou saúde da mãe e/ou do feto do recém-nascido, têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada”. Verifica-se então, que a gestação na adolescência por si só, já é uma gestação de risco, pois além da gestação já promover algum tipo de risco, a jovem adolescente não está com todas as suas condições físicas e psicológicas desenvolvidas.

Além dessas questões já mencionadas sobre a adolescência e a gestação de risco, encontramos um fundamental fator que pode ocorrer na vida das pessoas em períodos de crise que é o *stress*. Atualmente a incidência do *stress* no Brasil é de 32% na população adulta, e as mulheres são as mais acometidas. Isso se deve aos vários papéis que esta desempenha, juntamente com as responsabilidades profissionais, da casa, dos filhos colocando-a como líder nas estatísticas do *stress* (estresse.com.br 2011).

A teoria do *stress*, apresentada por Selye e amplamente divulgada por demais autores, se caracteriza segundo algumas fases. Essas manifestações do *stress*, correspondem ao que Selye (1965) chamou de Síndrome Geral de Adaptação (SGA).

O SGA desenvolve-se em três fases: a reação Alarme, considerada primeira fase, ocorre após exposição súbita a um estímulo nocivo a que o organismo não está adaptado. Essa é a fase positiva do *stress*, é quando o indivíduo se prepara para a ação. Constitui-se pela produção e ação da adrenalina, que torna a pessoa mais atenta, mais forte e mais motivada, segundo Lipp (2008).

A segunda fase é a de Resistência, caracterizada por uma adaptação completa ao stressor, durante a qual os sintomas diminuem ou desaparecem. Nessa fase, há diminuição da resistência a outros estímulos, de acordo com Selye apud Ribeiros ([s.d]). Se a fase de resistência, segundo Lipp (2008), é mantida por períodos mais prolongados ou se novos stressores se unem, o organismo entra em ação para impedir o desgaste total de energia, entrando na fase de resistência, quando se resiste aos stressores e se busca inconscientemente restabelecer o equilíbrio interior (homeostase) que foi

quebrado na fase de alerta. A produtividade e a eficiência caem drasticamente. Qualifica-se pela produção de cortisol. A vulnerabilidade da pessoa a vírus e bactérias aumenta significativamente.

A fase de Quase Exaustão (ampliada dos conceitos de Selye, por Lipp) é quando a tensão vai além do limite controlado, a resistência física e emocional começa a se quebrar, ainda há períodos em que o indivíduo consegue pensar lucidamente, tomar decisões, rir de piadas e trabalhar, mas tudo isso é feito com esforço e estes períodos de funcionamento normal se intercalam com períodos de total desconforto. Há uma intensa ansiedade nessa fase, é uma “gangorra emocional”; o cortisol é produzido em maior quantidade e começa a ter o efeito negativo de destruir as defesas imunológicas. A partir disso, doenças começam a aparecer.

A última fase designa-se por fase da Exaustão e caracteriza-se por um retorno dos órgãos ao estado normal. Com base neste modelo, a magnitude do impacto dos agentes stressores pode agrupar-se em três categorias: pequenos stressores, que designam os estímulos que não têm impacto no organismo, que não provocam reação de alarme; grandes stressores, que mobilizam o organismo ativando o SGA; e stressores letais, tão fortes que o organismo não consegue reagir, conduzindo-o à morte, de acordo com Selye apud Ribeiro ([s.d]). Segundo Lipp (2008), essa fase de Exaustão é a fase mais negativa do stress, a patológica. É um momento em que ocorre um desequilíbrio interior muito intenso, a pessoa entra em depressão, não consegue se concentrar ou trabalhar; suas decisões diversas vezes são impensadas. Doenças graves podem aparecer, como úlceras, pressão alta, psoríase, vitiligo.

A depressão a partir do século XXI foi considerada (com algumas exceções) uma doença mental inserida na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, CID-10 (Organização Mundial da Saúde, OMS, 1993) e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association, APA, 2002*). Atualmente existe uma profunda preocupação com este diagnóstico, pois segundo Gonçalves e Machado (2007) 50% das pessoas que chegam a rede básica de saúde com sintomas depressivos não recebem o diagnóstico e tratamento adequado. Ainda, denota-se que 10% dos pacientes clínicos sofrem de depressão e metade desses não são diagnosticados. É isso que nos mostram os estudos mundiais, e também no Brasil: que apenas a menor parcela desses pacientes recebe a atenção devida. Por quê? Por um lado, devido à falta de treinamento para a maior parcela dos clínicos atuantes na área. Na área médica, a depressão é bastante encontrada, mas subdiagnosticada e, como consequência, subtratada. Geralmente, 50% a 60% dos pacientes com depressão não são diagnosticados por causa das queixas físicas associadas ao quadro: fadiga, perda de peso, cefaléia, alterações gastrointestinais, dores musculares, insônia, as quais recebem maior atenção do médico não psiquiatra. Ainda, estudos revelam que mulheres apresentam-se mais depressivas do que os homens.

A depressão é a quarta doença de maior peso no quadro mundial, segundo um estudo recente sobre mortalidade e incapacidade prematura em todo mundo. Atualmente no mundo todo existem 120 milhões de pessoas com depressão (criasaude.com.br, 2011).

De acordo com Gonçalves e Machado (2007), a depressão está presente na história do homem desde muito tempo, notada desde os relatos do século IV a.c por Hipócrates, sob o nome de melancolia. Autores renomados, como os romancistas, descreveram em suas obras sintomas depressivos que só foram estudados e aglutinados em uma só síndrome no século XIX, época em que a doença passou a ser chamada de depressão, do grego *depemere* ou “empurrar para baixo”. Nomes como depressão orgânica

(denominando casos de depressão secundária a algum distúrbio clínico) e depressão funcional (denominando casos em que não se encontra nada de evidência orgânica inicialmente) estão sendo abandonados por causa da percepção de que, seja qual for o agente causador da síndrome, há um componente orgânico fisiopatológico.

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), a depressão pode ser definida como um quadro clínico onde predomina o estado de ânimo deprimido, no qual o indivíduo perde o desejo pelas atividades e situações que comumente lhe dariam prazer e que se associam no mínimo cinco dos seguintes sintomas: perda do apetite com emagrecimento ou aumento do peso, hipersonia ou insônia, cansaço, agitação ou inibição psicomotora, perda do desejo e prazer nas atividades cotidianas, idéias de auto-reprovação, auto-depreciação ou de culpa não justificada, dificuldade de concentração e raciocínio, ideação persistente de morte ou de suicídio. Para o diagnóstico da depressão exige-se, também, que os sintomas tenham duração mínima de uma semana e que ocorram na ausência de manifestações sugestivas de esquizofrenia.

Atualmente, a depressão é classificada como um transtorno de humor grave e freqüente, que integra vários sintomas e consequências diversas para a vida do indivíduo. Essa patologia apresenta uma grande incidência, independente da faixa etária, acometendo desde os mais jovens até os mais idosos, homens e mulheres de todos os níveis sociais e culturais. A popularização do termo depressão dificulta a compreensão da diferença entre sintomas de tristeza, apatia e sofrimento do transtorno.

No paciente clínico, é importante diferenciar a tristeza que é esperada diante da notícia de uma doença física e humor deprimido. Conforme Botega (2002), a pessoa que está triste se sente mal em relação à situação, e o deprimido se sente mal em relação a si próprio, há um sentimento de incapacidade sua. Apontando para a diferenciação entre a ansiedade (expectativa em relação ao futuro, algo indefinido) e a depressão (vivência do sentimento de tristeza).

A tristeza, em algumas determinadas situações de vida, pode ser um sentimento normal, segundo Gorayeb (2002). É uma das emoções que acometem um indivíduo, assim como a alegria, o medo, a ansiedade, e surge como reação a eventos de perda, frustrações e fracasso. Porém, o depressivo tem sentimentos de intensa tristeza, geralmente sem causa aparente, e que costumam dificultar muito a capacidade, a rotina de vida e às vezes contribuem para a piora do estado físico.

Conforme Takei e Scivoletto (1999), devemos observar com muita atenção o quanto a depressão afeta a vida do paciente. Várias vezes, o quadro é crônico, e o depressivo pode perder a noção do que era sua vida antes do início da depressão, não notando o quanto a doença pode estar afetando sua vida. Os sintomas como cansaço, estresse, que aparecem de forma somática, mau humor constante ou irritabilidade, podem ser considerados quadros leves de depressão. Diversas vezes, o indivíduo mantém suas atividades, apesar de perceber seu sofrimento e valorizá-lo. Outras vezes, o indivíduo nega o sentimento de tristeza, ou angústia, podendo estar deprimido.

A maioria dos jovens passa pela adolescência sem maiores problemas emocionais, segundo Papalia (2009). Porém, alguns experimentam sintomas ou até períodos de depressão, alguns mais leves, outros mais graves, os quais podem levar a pensamentos pessimistas frente à vida. Após os 15 anos de idade, as mulheres são mais acometidas da depressão do que os homens. Possivelmente, as meninas tenham métodos menos eficazes de lidar com os desafios e as mudanças que enfrentam durante o início da adolescência, o que acaba por colocá-las em maiores riscos.

Metodologia

Participaram do estudo oito grávidas adolescentes de 18 a 25 anos de idade, selecionadas por sua situação gestacional de alto-risco, por estarem no segundo trimestre de gravidez na Unidade de Obstetrícia do Hospital São Vicente de Paulo, no período de outubro a novembro de 2004. Foi utilizada uma entrevista semiestruturada Breakwell (2010) que possibilita a obtenção de dados referentes aos mais diversos aspectos da vida do sujeito. A entrevista foi composta 15 questões, dentre elas investigou-se: os dados de identificação e familiares; história da família nuclear; gravidez; período gestacional; bebê imaginário; sexualidade; família atual e chegada do bebê. A entrevista foi realizada de forma individual, quando as gestantes apresentavam-se para a consulta de pré-natal no setor de Obstetrícia do Hospital, tinham como tempo de duração em torno de uma hora, os dados foram gravados e posteriormente transcritos.

O estudo realizado caracteriza-se como pesquisa de campo qualitativa, pois esta difere do quantitativo pelo fato de não empregar dados estatísticos como centro do processo de análise de um problema. O método qualitativo, não tem a pretensão de numerar ou medir unidades ou categorias homogêneas (Breakwell, 2010).

A coleta de dados ocorreu no período de outubro a novembro de 2004, através da entrevista semiestruturada, a interpretação desses dados foi através da *análise de conteúdo* de Bardin (2009). Esta análise faz-se necessária para possibilitar uma compreensão dos discursos dos entrevistados e das possíveis relações existentes entre (objetivo da pesquisa). Também foi utilizado o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Marilda Lipp, que é um questionário composto por seis questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo como finalidade o conhecimento de opiniões, sentimentos, expectativas. Outro instrumento utilizado foi a escala BDI (Beck Depression Inventory), que teve como finalidade avaliar o nível de depressão. Foi usada a versão adaptada à população portuguesa. Tal instrumento é constituído por 21 itens que avaliam a severidade das queixas individuais, sintomas e preocupações relacionadas com o nível atual da depressão. Entre os sintomas avaliados estão as tristezas, pessimismo, sensação de fracasso, insatisfação, sentimento de culpa e expectativas de punição.

Resultados e discussão

Para melhor visualizar e compreender os dados levantados através dos instrumentos da Escala de Depressão Beck (inserir tabela 1) e do Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (inserir tabela 2), foram desenvolvidas duas tabelas demonstrativas.

A discussão dos resultados foi realizada através da análise de conteúdo da entrevista e dos escores dos testes empregados nos participantes, bem como pela utilização do referencial bibliográfico para fundamentar teoricamente os resultados.

A partir da coleta de dados, evidenciou-se na análise do quadro 1 (Escala de Depressão de Beck) que os resultados revelam que 62,5% das pacientes encontravam-se em nível mínimo de depressão, e 37,5% em nível leve (inserir tabela 1). Esses resultados apontam para uma prevalência de 100% de sintomas de depressão em graus mínimo e leve, não sendo evidenciado nenhum caso de depressão em níveis moderado ou grave. De acordo com Cunha (2001), quando o quadro é leve ou moderado, dificulta o diagnóstico se é patológico ou não, por isso sugere uma nova avaliação dessas

adolescentes gestantes, pois a medida que nosso trabalho foi se desenvolvendo, notamos que os sintomas apresentados pelas gestantes preocuparam-nos por causa da gravidade de uma gestação de risco, as condições emocionais que as jovens passam, a falta de suporte por falta da família e cônjuge; por todos esses fatores nos torna evidente a necessidade de um apoio especializado para essas gestantes tanto no momento da gestação quanto após o parto durante um determinado tempo.

A depressão é um quadro clínico onde predomina um estado de ânimo deprimido, onde o sujeito perde o desejo pelas atividades e situações de seu cotidiano (APA, 2002). No caso das participantes analisadas, observamos que a depressão se apresenta como um sintoma, pois foram baixos os níveis apresentados na Escala Beck (mínimo e leve) não podendo se considerar um quadro de depressão.

Evidenciamos também a importância desses sintomas depressivos, de acordo com Gorayeb (2002), que refere que a tristeza em algumas determinadas situações de vida é normal, pode ser considerada como uma evolução afetiva. É uma emoção que acomete o indivíduo, assim como a alegria, o medo, a ansiedade como reação a eventos de perda, frustrações e fracasso.

Pode ser observado o sintoma depressivo devido às modificações corporais, pois a jovem tem que deixar seu corpo infantil e modificar sua imagem corporal. A falta de integração da imagem do corpo causa sintomas psicossomáticos, aspectos depressivos e fóbicos, segundo Scortegagna (2004). Porém, notamos que esses aspectos podem ser considerados situacionais, como diz Gorayeb (2002), pois o sujeito depressivo tem um sentimento intenso de tristeza, histórico pré-mórbido (somente 12,5% das nossas pacientes) enlaçado a outros episódios, o que prova não ser o caso das nossas gestantes juntamente com os resultados da Escala Beck.

Botega (2002) refere que várias vezes a depressão é confundida com a ansiedade, que é uma vivência de expectativa em relação ao futuro, uma preocupação de que algo indefinido possa acontecer, como será o bebê, será que vamos sobreviver a isso tudo (medo da perda da vida, que aparece na paciente nº 05). É necessária a diferenciação, porque o tratamento da ansiedade difere dos preconizados quadros depressivos. Alguns especialistas associam o conceito de depressão à vivência de tristeza, indivíduos que se sentem deprimidos. Mas, várias vezes, indivíduos visivelmente deprimidos negam qualquer sentimento de tristeza. Existem deprimidos que se queixam da impossibilidade de sentir algo (raiva, tristeza, saudade, euforia).

Ou ainda segundo Takei e Scivoletto (1999), os sintomas depressivos, como cansaço, ou stress aparecem de forma somática: mau humor constante, irritabilidade (na questão nº 11 da Escala Beck foram percebidos esses sintomas bem presentes na paciente nº 02), que são considerados sintomas presentes em quadros leves de depressão (conforme visto nas nossas participantes). Diversas vezes, o indivíduo mantém suas atividades, apesar de perceber seu sofrimento e valorizá-lo (paciente nº 07 apresentou esse aspecto de muito trabalho e queixas somáticas, mas não parou de trabalhar). Outras vezes, o indivíduo nega o sentimento de tristeza ou angústia não podendo ficar deprimido.

Outro aspecto a ser analisado pelos baixos índices de depressão em nossa Escala, é a questão da onipotência das adolescentes. Esse modo de pensar, conforme Papalia e Olds (2009), permitirá à adolescente não só lidar com o medo, a solidão e ansiedade decorrentes da desidealização e do afastamento dos pais da infância, como também realizar experimentações importantes para o processo de amadurecimento para a vida adulta.

Um outro aspecto observado nas questões nº 03, 05, 07 da Escala Beck, segundo Botega (2002), é que quando uma pessoa está triste, sente-se mal em relação à situação,

que foi o que evidenciamos nas nossas gestantes, mas o deprimido se sente mal em relação a si próprio. Há um sentimento de incapacidade sua e essa incapacidade não foi apresentada pelas participantes, pois houve mínimo índice de sentimentos como culpa, incapacidade e decepção.

No levantamento do Inventário de Stress (inserir tabela 2), observamos que 12,5% da população encontra-se na fase Alerta; 62,5% de Resistência; 25% de Quase Exaustão. Essas evidências apontam para a prevalência de Stress na fase de Resistência, o qual, quando não tratado, pode levar a um estado de Quase Exaustão, que é uma etapa mais avançada do Stress e que pode causar maior debilidade orgânica e conseqüentemente psíquica na gestante.

Percebemos, então, que houve uma prevalência das gestantes que se encontram na fase de Resistência, caracterizada por uma adaptação completa ao estressor, durante a qual os sintomas diminuem ou desaparecem. Nessa fase, há diminuição na resistência a outros estímulos. Se a fase de resistência, é mantida por períodos mais prolongados ou se novos estressores unem-se, o organismo entra em ação para impedir o desgaste total de energia, entrando na fase de resistência, quando se resiste aos estressores e se busca inconscientemente restabelecer o equilíbrio interior (homeostase) que foi quebrado na fase de alerta. A produtividade e eficiência caem drasticamente. Qualifica-se pela produção de cortisol. A vulnerabilidade da pessoa a vírus e bactérias aumenta significativamente (LIPP, 2008).

Qualquer situação que desperte uma emoção forte, boa ou má, pode provocar stress. Assim, vimos que a situação da gravidez já é um fator de stress, principalmente na adolescência, e sendo gestação de alto-risco, segundo Umesp (2000), pode gerar na adolescente um “adoecer psicológico”, que é algo muito complexo e está relacionado com a singularidade e pré-disposição dela. Nesse sentido, evidenciamos a paciente nº 08 quanto à questão 6.2 (sobre os aspectos que incidem como fator de stress): esse fator na gestação aparece como emoção forte e causadora de sofrimento a cada frustração sentida e que parece recorrente, “sou a filha mais mimada, agora qualquer coisa estou chorando, às vezes só por ouvir não eu já choro”.

Sabe-se que antes de a mulher engravidar funcionam processos que permitirão ou não que a gravidez se concretize, podendo ocorrer uma desarmonia no processo emocional da mulher entre os níveis conscientes e inconscientes: o desejo (consciente) de engravidar contra as dificuldades (inconscientes) de realizar este desejo (UMESP, 2000). Isso nos foi apresentado através da forma como foi respondida a questão nº 5.1, sobre a notícia da gravidez: “Um tempo atrás nós queríamos, mas não conseguimos. Agora tínhamos desistido fiquei grávida” (P. 01,06); “Na verdade eu queria engravidar, mas foi surpresa” (P.02). Seguindo esse mesmo autor, a responsabilidade da gestação de alto risco tende a aumentar muito, pois a gestante se vê obrigada a defender sua vida e a de seu filho, gerando muita ansiedade, insegurança, medo da perda e diversos fatores que unidos resultam em um alto nível de stress, perturbando a homeostase psíquica. Como já foi mencionado, nosso psiquismo é responsável por muitas das nossas somatizações e, várias vezes, necessita-se “adoecer para o outro” e “pelo outro” para que possamos ser olhados, principalmente nos casos onde o marido é ausente.

Conforme Papalia e Olds (2009), alguns jovens experimentam sintomas ou até períodos de depressão, uns mais leves (como foi o caso de nossas pacientes) e outros mais graves. Após os 15 anos, as meninas são mais acometidas pela depressão do que os homens. Possivelmente, elas utilizem-se de métodos menos eficazes para lidar com os desafios e mudanças que enfrentam durante o início da adolescência, o que acaba por colocá-las em maiores riscos. Por isso, talvez observemos alguns motivos inconscientes para a jovem ficar grávida tão cedo: percebemos a pseudotentativa de adultez, o desejo

de provar suas condições de feminilidade e sexualidade, o desejo inconsciente de não sair de casa e continuar a receber cuidados infantis, dentre outros.

Conclusão

A preocupação central deste estudo foi evidenciar se os fatores *stress* e depressão incidem no parto de risco e parto prematuro em adolescentes.

No decorrer do trabalho, revelou-se, conforme a análise dos dados da Escala Beck para *depressão*, que os índices apresentados pelas gestantes foram irrelevantes, sendo que a predominância dos níveis de depressão foi em níveis mínimo (62,5%) e leve (37,5%), não sendo apresentado nenhum caso em níveis moderado ou grave. Conforme Takei e Scivolletto (1999), os sintomas apresentados pelas jovens, como cansaço, mau humor e irritabilidade, aumento excessivo de peso, são sintomas que caracterizam quadros leves de depressão. A palavra depressão é freqüentemente utilizada para demonstrar sentimentos, podendo ser considerada como caminho para evolução afetiva, creio que os sintomas leves apresentados por essas adolescentes devam-se ao aspecto do amadurecimento afetivo e também o corporal.

Já com o Inventário de *Stress*, observamos que 100% das gestantes se enquadram em um nível de stress, sendo que o nível mais significativo foi o de *Resistência* (62,5%), que quando não diagnosticado e tratado pode levar a um estado de Quase Exaustão, que é uma etapa mais avançada do stress, podendo causar uma maior debilidade orgânica e conseqüentemente psíquica na gestante.

Através dos dados levantados, propõe-se então, a utilização dos serviços de assistência a Saúde Mental da Cidade de Passo Fundo e no próprio local de atendimento das pacientes (Hospital São Vicente), contemplando as gestantes adolescentes com atendimento grupal ou se necessário individual, para melhor auxiliar neste importante e significativo momento de vida, que é a gestação na adolescência.

Conclui-se que o *stress* durante a gestação de alto-risco é um dos fatores que incidem no parto prematuro, uma vez que a angústia presente nesse período é responsável por alterações psicossomáticas que afetam a vida do indivíduo.

Referências

- American Psychiatric Association, APA (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. DSM-IV-TR. 4ª ed. rev. Porto Alegre: Artmed.
- Baptista, M. N., Baptista, A.S.D., & Torres, E.C.R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7 (1), 39-48.
- Bardin, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edição 70, 2002.
- Botega, N. J., Furlanetto, L., & Fráguas, J. R. (2002). Depressão no paciente clínico. In: Botega, N. J. (org.). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed.
- Breakwell, G. M., Fife-Schaw, C., Hammond, S., & Smith, J. (2010). *Métodos de pesquisa em psicologia*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed.

- Lipp, M. (2011). *Centro Psicológico de Controle do Stress. Pesquisa de Tratamento do Stress*. Disponível em: <[HTTP://WWW.estresse.com.br](http://WWW.estresse.com.br)> . Acesso em 06 out.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cunha, J. A. (2000). *Psicodiagnóstico V*. 5ed. Revisada e ampliada. Porto Alegre: Artmed.
- Estatística depressão*. (2011). Disponível em : < [HTTP://www.criasaude.com.br](http://www.criasaude.com.br) >. Acesso em 6 out.
- Flórez, C. E. (2005). *Factores socioeconômicos y contextuales que determinam La actividade reproductiva de lãs adolescentes en Colombia*. Ver Panam Salud Publica. Disponível em <http://journal.paho.org/uploads/1138731395.pdf>. Acesso em 10 out. 2011.
- França, A. C. L. & Rodrigues, A. L. (2007). *Stress e Trabalho: Uma Abordagem Psicossomática*. 4 ed. São Paulo: Atlas.
- Gonçalves, C.A.V & Machado A. L.(2007). Depressão, o Mal do Século: De que Século? *Revista de Enfermagem, UERJ*, 15 (2), 298-304.
- Gorayeb, R. (2002). *Retrato preto e branco*. Saúde Paulista. out./dez.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (2002). *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 7.ed. Porto Alegre:Artes Médicas.
- Lipp, M. N. (2008). *Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)*. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Makilim, N.; Baptista et al .(2006). *Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes*. [citado em 11 Dezembro 2011]. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org>
- Mudanças: psicoterapia e estudos psicossociais. (2000). São Bernardo do Campo: Umesp. V. 8, p.1-224, jul./dez.
- Papalia, D. & Olds, S. (2009). *Desenvolvimento humano*. Ed. 10 Porto Alegre: Artmed.
- Ribeiro, J.L. P. [s.d] *Psicologia e saúde*. Lisboa: Portugal.
- Scortegagna, S. A & Benincá, C. R. (org.) (2004). *Interfaces da psicologia com a saúde*. Passo Fundo: UPF.
- Selye, H. (1965). *Stress: a tensão da vida*. 2ed. São Paulo: IBRASA.
- Manual Técnico do Ministério da Saúde (2000). *Gestação de Alto Risco*. 3 ed. Brasília.[citado em 11 dezembro de 2011]. Disponível. <http://www.providaanapolis.org.br/gestao.htm>

Ministério da Saúde. (2011). *Depressão*. [citado em 11 dezembro de 2011]. Disponível <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/>

Organização Mundial da Saúde. (2003). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Takei, e. H. E Scivoletto, S. (1999). *Depressão*. Revista Brasileira de Medicina, 56 [edição especial], dez.

Endereço para correspondência:

Denice Bortolin Baseggio

Rua Aspirante Genner, 1450. Lucas Araújo.

Passo Fundo/RS - CEP 99074370

E mail: denicebaseggio@yahoo.com.br

Recebido em: 01/10/2011.

Aceito para publicação em: 13/11/2011.