

Susana Cristina Fernandes Silva

**ANSIEDADE DA MULHER DURANTE O ULTIMO TRIMESTRE DE
GRAVIDEZ**

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2008

Susana Cristina Fernandes Silva

**ANSIEDADE DA MULHER DURANTE O ULTIMO TRIMESTRE DE
GRAVIDEZ**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2008

Susana Cristina Fernandes Silva nº 13156

**ANSIEDADE DA MULHER DURANTE O ULTIMO TRIMESTRE DE
GRAVIDEZ**

Numa amostra da área abrangente do Porto

(Susana Cristina Fernandes Silva)

Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciada em Enfermagem, sob a orientação da Enfermeira Lucília Guerra.

SUMÁRIO

Este trabalho realizado no âmbito da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, surge como o culminar de todo um processo pedagógico, que visa a obtenção do grau de Licenciada em Enfermagem.

O presente estudo visa contribuir para o alargamento dos conhecimentos sobre a temática da ansiedade da mulher durante o ultimo trimestre de gravidez.

A gravidez é um período caracterizado por inúmeras transformações, a nível biológico, social e psicológico; exigindo uma adaptação constante a uma nova realidade. A gravidez constitui um período crítico durante o qual a grávida se torna mais sensível e vulnerável. A maioria apresenta períodos de ansiedade variável ao longo da gravidez, que podem afectar o seu bem-estar psíco-físico e mesmo o bem-estar fetal. Nem sempre a grávida consegue expressar verbalmente a sua ansiedade ou as razões que a desencadeiam, pelo que todos os profissionais envolvidos nos cuidados á grávida devem definir estratégias que visem a sua prevenção e sejam capazes de reconhecer os sinais que a identificam, diagnosticando precocemente situações de risco e intervindo de modo adequado nas situações que o justifiquem.

Ao longo dos três trimestres de gestação são reconhecidos vários factores responsáveis pela ansiedade da grávida. No terceiro trimestre, a aproximação do parto e as preocupações relacionadas o nascimento são uma das principais causas. A mulher preocupa-se com o modo como vai decorrer o parto, com a sua saúde e a do seu bebé, e ainda com o receio de não ser capaz de se adaptar aos novos desafios que o nascimento lhe coloca, tornando-se particularmente ansiosa nesta fase da gravidez. Em alguns casos mitos e crenças sobrevêm e o medo e a preocupação sobrepõem-se á alegria que supostamente estaria associada ao nascimento.

Os enfermeiros mantém uma relação privilegiada com a grávida ao longo de todo o ciclo gravídico, pelo que se torna particularmente importante reconhecerem as causas desencadeantes de processos de ansiedade da grávida para que possam contribuir para a sua diminuição através do planeamento de intervenções adequadas a cada situação.

A realização deste estudo tem como objectivo identificar algumas das causas responsáveis pela ansiedade na mulher durante o último trimestre de gravidez de modo a identificar factores que contribuem para a sua diminuição

O método de estudo escolhido foi o exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa. A população seleccionada para a investigação foram as grávidas no último trimestre de gravidez que frequentaram as consultas de obstetrícia da clínica Medicambra, nos meses de Setembro, Outubro e Novembro de 2008.

Para o processo de amostragem foi utilizado o método aleatório simples. A amostra é constituída por trinta grávidas que se encontravam entre as 36 e as 40 semanas de gestação. Para a colheita de dados foram realizados questionários de auto-preenchimento, sendo estes constituídos por 20 questões fechadas. A informação obtida foi tratada com recurso ao programa SPSS 16.0.

Nos resultados do nosso estudo, as grávidas consideram que o terceiro trimestre da gravidez esteve associado a alterações emocionais, relacionadas com a aproximação do parto, as incertezas acerca da saúde do seu bebé e as alterações corporais. O envolvimento do pai ao longo da gravidez, particularmente o acompanhamento aos exames e consultas parecem contribuir para diminuir a ansiedade

A família e os profissionais de saúde são considerados apoios importantes para a mulher. Quanto aos profissionais de saúde, o esclarecimento das dúvidas e a possibilidade de poderem expressar os seus sentimentos foram contributos significativos para a redução da ansiedade da grávida.

Outra das conclusões mais relevantes que retiramos deste estudo é que sensivelmente metade da amostra fez preparação para o parto, o que levou a diminuição da ansiedade sentida pela mulher.

A elaboração desta monografia teve fulcral importância, uma vez que permitiu alargar os conhecimentos na área da investigação em Enfermagem, nomeadamente, na ansiedade durante a gravidez.

ABREVIATURAS

ed. – edição

et al. – entre outros

max – máximo

mdn – mediana

min – mínimo

n – frequências absolutas

nº. – número

p. – página

pp. – páginas

% – frequências relativas

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, irmã, namorado e orientadora pelo apoio demonstrado ao longo da realização da monografia.

AGRADECIMENTOS

Ao chegar ao final de uma das mais importantes etapas da minha vida, sinto necessidade de partilhar este momento de felicidade com as pessoas que me acompanharam e apoiaram.

À Enfermeira Lucília Sousa, pela orientação desta monografia, pela sua disponibilidade, pelo seu apoio e criatividade com que dotou este estudo.

Aos meus pais e irmã, pelo amor, educação, presença, incentivo e confiança que sempre depositaram em mim e ainda pelos esforços que fizeram durante todo o meu percurso académico... com amor lhes agradeço e a eles devo tudo o que sou hoje.

Ao meu namorado, pelo amor, carinho, dedicação e paciência, pelo apoio, incentivo e força que me transmite nos momentos mais difíceis... por me mostrar que sou capaz e que tenho força para lutar. Por estar sempre presente e me demonstrar que a vida só tem sentido quando partilhada e preenchida por sonhos.

Aos meus professores que me ajudaram a crescer e me conduziram nesta caminhada.

À Universidade Fernando Pessoa, que me acolheu e me proporcionou a concretização desta licenciatura.

À clínica Medicambra e todas as grávidas que colaboraram na realização deste estudo, sem as quais não teria sido possível a realização do mesmo.

E por fim, gostaria de agradecer às minhas amigas que me acompanharam sempre nos bons e maus momentos e que com o seu apoio contribuíram para chegar até “aqui”; à Marta, á Helena e á Anabela.

A todos o meu muito Obrigada!

ÍNDICE	Página
0 – INTRODUÇÃO	15
I – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
1 – Ansiedade	18
2 – A gravidez	21
2.1 – Modificações corporais mais relevantes durante a gravidez	22
2.1.1 – Modificações no primeiro trimestre	22
2.1.2 – Modificações no segundo trimestre	23
2.1.3 – Modificações no terceiro trimestre	23
2.2 – Alterações psicológicas durante a gravidez	24
2.2.1 – Alterações psicológicas no primeiro trimestre	25
2.2.2 – Alterações psicológicas no segundo trimestre	26
2.2.3 – Alterações psicológicas no terceiro trimestre	27
3 – As intervenções do enfermeiro que levam á diminuição da ansiedade	28

II – METODOLOGIA	33
1 – Considerações éticas	33
2 – Questões de investigação	35
3 – Objectivos do estudo	35
4 – Desenho de Investigação	36
4.1 – Tipo de Estudo	36
4.2 – Meio do estudo	37
4.3 – População	37
4.4 – Processo de Amostragem	37
4.5 – Amostra	37
4.6 – Definição de variáveis	38
4.7 – Instrumento de colheita de dados	39
4.8 – Pré-teste	39
4.9 – Tratamento e análise de dados	40

III – RESULTADOS	41
IV – DISCUSSÃO	54
V – CONCLUSÕES	59
VI – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
VII – ANEXOS	64

Anexo I – Questionário

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das grávidas da amostra segundo a idade	41
Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual da amostra segundo o nº. de gravidezes, nº. de partos e nº. de Abortos	42
Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo a profissão	43
Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo o estado civil	44
Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo a questão “vive com o pai do bebé?”	44
Tabela 6 – Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias	44
Tabela 7 – Distribuição da amostra relativamente ao facto da mulher ser ou não uma pessoa ansiosa antes da gravidez	45
Tabela 8 – Distribuição da amostra segundo o número de semanas de gestação	45
Tabela 9 – Distribuição da amostra relativamente ao facto da gravidez ser ou não planeada e ao facto de ser ou não desejada	46
Tabela 10 – Distribuição da amostra segundo o número de consultas de vigilância da gravidez	46
Tabela 11 – Distribuição da amostra relativamente ao facto de existir ou não alterações a nível emocional no último trimestre de gravidez	47

Tabela 12 – Distribuição da amostra segundo os factores que contribuíram para as alterações emocionais no último trimestre de gravidez	48
Tabela 13 – Distribuição da amostra segundo o envolvimento do pai do bebé ao longo da gravidez	49
Tabela 14 – Distribuição da amostra relativamente ao facto do envolvimento do pai do bebé contribuir ou não para diminuir a ansiedade da grávida	50
Tabela 15 – Distribuição da amostra relativamente a outros apoios significativos que as grávidas recebem ao longo da gravidez	50
Tabela 16 – Distribuição da amostra relativamente ao facto dos apoios recebidos contribuírem ou não para diminuir a ansiedade	51
Tabela 17 – Distribuição da amostra segundo as aulas de preparação para o parto	51
Tabela 18 – Distribuição da amostra relativamente ao facto do acompanhamento dos profissionais de saúde contribuir ou não para diminuir a ansiedade e de que forma	52
Tabela 19 – Distribuição da amostra relativamente à questão “o que faz para reduzir a sua ansiedade?”	53

0 – INTRODUÇÃO

A investigação tem muita importância em qualquer profissão, quando se trata de uma profissão com carácter científico a investigação possibilita alargar conhecimentos dando mais competências em determinada área. Nomeadamente em relação aos enfermeiros, a investigação possibilita uma determinada autonomia em relação á equipa multidisciplinar. Com o aperfeiçoamento das competências em determinada área de investigação, o enfermeiro passa a estar mais habilitado a prestar cuidados de qualidade. Com a investigação a enfermagem torna-se uma disciplina com o seu próprio domínio de conhecimento, que constitui uma mais valia na singularidade desta profissão e conseqüentemente na respectiva área de actuação.

A gravidez é por excelência um período de alterações a nível emocional, algumas mulheres começam a sentir ansiedade a partir do sexto mês, outras sentem-no logo que sabem que estão grávidas (Pereira 2005, p.1). A capacidade que a mulher tem de enfrentar estas alterações, com mais ou menos ansiedade, afecta a sua própria saúde e a saúde do feto. Ao longo da gravidez, se a mulher for ansiosa vai dar á luz um bebé com um peso á nascença inferior á média e normalmente tem um período de gestação mais curto. Também se sabe que os fetos das mulheres mais ansiosas são normalmente mais activos que os fetos das mulheres menos ansiosas. Quanto ao tamanho do diâmetro do crânio, também existe uma relação entre o tamanho e a ansiedade sentida ao longo da gestação; mulheres bastante ansiosas, dão á luz bebés com tamanho reduzido do diâmetro do crânio (Conde & Figueiredo 2005).

Actualmente a gravidez é cada vez mais uma experiência única, surge cada vez mais tarde na vida dos casais e é normal que seja vivida de um modo mais intenso e por isso associada frequentemente a alterações emocionais, particularmente a ansiedade.

Reconhecendo que o modo como a grávida vive a sua gravidez tem repercussões significativas na saúde do feto e que em alguns casos a ansiedade da grávida pode ser prevenida ou pelo menos substancialmente reduzida, consideramos que seria interessante conhecer e compreender melhor este fenómeno.

No âmbito da disciplina de Estágio e Projecto de Graduação do 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa Porto, foi proposta a realização de um trabalho de investigação, monografia final de curso, versando um tema do nosso interesse, que nos permitirá desenvolver competências na área da investigação, nomeadamente na utilização dos instrumentos que nos foram fornecidos na teoria.

Ao elaborar esta monografia pretendemos atingir os seguintes objectivos académicos:

- Dar cumprimento a uma exigência programática da unidade curricular de Estágio e Projecto de Graduação;
- Desenvolver competências na área da investigação científica;
- Aprofundar conhecimentos na área da investigação em Enfermagem;
- Aprofundar conhecimentos na área da ansiedade durante o ultimo trimestre de gravidez.

A esta investigação atribui-se o título de “Ansiedade da mulher durante o ultimo trimestre de gravidez”; pois apesar de cada gravidez ser única e da cada mulher reagir de maneira diferente aos acontecimentos fisiológicos, é normal que as mulheres grávidas fiquem ansiosas (Colman & Colman 1994). Desta forma queremos saber quais as situações que provocam ansiedade na mulher durante o ultimo trimestre de gravidez, para que, consigamos prestar cuidados que vão de encontro às necessidades das grávidas.

Os objectivos do presente estudo são: Identificar as situações que provocam ansiedade na mulher durante o ultimo trimestre de gravidez e identificar as formas que levam á diminuição da ansiedade da grávida, para melhorar as intervenções por parte dos enfermeiros.

O método de estudo é exploratório, descritivo de abordagem quantitativa. A população escolhida para o estudo foram as grávidas no último trimestre de gravidez que frequentaram as consultas de obstetrícia da clínica Medicambra, nos meses de Setembro, Outubro e Novembro

de 2008. A amostra é constituída por trinta grávidas com mais de 36 semanas de gestação e para o processo de amostragem foi utilizado o método aleatório simples.

Para a colheita de dados foram realizados questionários de auto-preenchimento constituídos por 20 questões fechadas, sendo a informação obtida tratada com recurso ao programa SPSS V.16.0 (*Statistical Package for Social Sciences*).

O trabalho está estruturado em três partes distintas; o primeiro capítulo visa o enquadramento teórico do tema, referindo aspectos relacionados com Ansiedade; A Gravidez e aspectos gerais relacionados com todo o processo envolvente; e a Ansiedade no ultimo trimestre de gravidez, abordando aspectos mais específicos.

No capítulo seguinte denominado Metodologia é descrita a questão de investigação, os objectivos do estudo, o desenho da investigação, o tipo de estudo, a população, a amostra, o processo de amostragem, as variáveis, o instrumento de colheita de dados, o pré-teste e ainda os aspectos éticos. Posteriormente procede-se á análise dos resultados da investigação e procede-se à respectiva discussão com base nos pressupostos da matriz teórica.

A realização deste trabalho acompanhou-se de algumas dificuldades relacionadas com alguns constrangimentos relacionados com a investigação e com a inexperiência da autora na realização deste tipo de estudos. Uma vez terminado, considero que com esforço e empenho consegui atingir os objectivos que me propus. Este trabalho contribuiu para o enriquecimento pessoal e profissional com consequências para um melhor desempenho na prática futura como Enfermeira.

I – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A revisão bibliográfica é um processo no qual o investigador elabora uma consulta crítica e reflexiva de todo um conjunto de publicações pertinentes sobre um mesmo tema, em que o resumo desses documentos fornecem o material essencial à conceptualização da investigação (Fortin, 1999).

Através da revisão bibliográfica, o investigador delimita a investigação, entra em contacto com as correntes conceptuais, teóricas e com os métodos de investigação utilizados nessas correntes. Consegue também, distinguir o que é conhecido e o que todavia falta abordar no domínio da investigação, determinando o grau de desenvolvimento da investigação no domínio da questão (Fortin, 1999).

1 – Ansiedade

Segundo Varela a ansiedade é uma emoção que nos é familiar. Quase toda a gente já se sentiu nervosa ou cheia de angústia num dado momento, com ou sem razão para isso. Uma pessoa ansiosa mantém no seu pensamento uma sensação de alerta constante, vive vigilante e não costuma estar sossegada (Varela 2006).

Apesar da ansiedade ser uma característica da vida humana, esta pode interferir e afectar negativamente a vida quotidiana. A maioria das pessoas experiênciam uma certa quantidade de ansiedade ao longo da sua vida, no entanto se esta quantidade for excessiva prejudicará o individuo (Lima 2005).

A ansiedade é um estado emocional desagradável, tendo uma causa pouco explícita e implicando a presença de um conflito psicológico. Pode aparecer subitamente ou instalar-se ao longo do tempo (desde horas a dias) e a sua duração é muito variável, esta pode durar poucos segundos ou até vários anos. A ansiedade é muitas vezes confundida com o medo pois ambos têm alterações fisiológicas e comportamentais semelhantes (Manualmerck).

Como semelhanças entre o medo e a ansiedade temos; antecipação de perigo ou desconforto, alerta constante elevado e nervosismo (Graziani 2005). No entanto ambas as emoções têm

aspectos bem distintos. Podemos caracterizar o medo como “ uma resposta de maior ou menor intensidade perante uma ameaça concreta” (Varela 2006, p.32). Enquanto que a ansiidade caracteriza-se como, “uma sensação que incomoda sem razão clara e que é interpretada como algo que está a acontecer”. Outra das diferenças passa por: a ansiidade não ser tão imediata nem tão intensa, existindo apreensão, insegurança, angustia e não se poder especificar claramente a causa (Varela 2006, p.32-33).

O medo é uma reacção perante um estímulo físico ou mental, que vai gerar uma resposta de alerta no organismo. O medo surge muitas das vezes como uma resposta posteriormente á ansiidade, na ansiidade o individuo espera por algo pouco esclarecedor que lhe causará medo, enquanto que quando tem medo este já sabe a causa do mesmo (Wikipedia).

A ansiidade, a angustia e nervosismo são caracterizados por sensações corporais comuns, tais como: sensação de vazio no estômago, pulso acelerado, medo intenso, aperto no tórax, transpiração, entre outras; no entanto são coisas distintas.

A angústia é uma sensação psicológica caracterizada por: insegurança, falta de humor e ressentimento. Esta emoção, normalmente precede algo, (um acontecimento, uma ocasião) no entanto muitas das vezes chega-se á angústia por lembranças traumáticas. Embora não seja uma sensação desejável, a angustia é bastante importante para denotar perigos reais e imaginários (Wikipedia).

O nervosismo é mais comum, todos já sentiram nervosos num determinado momento da sua vida. No entanto quando o nervosismo ocorre quase diariamente, podemos estar perante ansiidade e não nervosismo (Bibliomed 2007).

“A ansiidade diz respeito assim, ao processamento selectivo da informação por parte do sujeito que a interpreta como uma ameaça ou perigo ao seu bem-estar e à sua segurança” (Graziani 2005, p.17).

Cada ser humano tem o seu próprio modo de expressar a ansiidade. A ansiidade sendo uma reacção emocional pouco controlável por parte do individuo, pode manifestar-se em forma de incomodidade mental, de reacções corporais e de mudanças no comportamento. Durante um

estado de ansiedade uma pessoa pode sentir: preocupação, sensação de insegurança, apreensão, sentimento de inferioridade, incapacidade de tomar decisões, incapacidade de se concentrar, confusão, desorientação e esquecimentos frequentes. Como resposta fisiológica podemos ter: palpitações, pulso rápido, tensão arterial elevada, acessos de calor, sufoco, tensão muscular, tremores, sensação de fadiga, sudação, secura da boca, náuseas, vômitos, tonturas, sensação de afogo, respiração rápida, micção frequente e vulnerabilidade do sistema imunológico (Varela 2006).

Segundo a classificação do DSM-IV, a ansiedade é acompanhada de pelo menos três sintomas adicionais, tais como: inquietação, fadigabilidade, dificuldade em concentrar-se, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono.

De acordo com Varela (2006), factores genéticos e biológicos assim como as experiências infantis, tornam o indivíduo mais susceptível de sofrer de ansiedade. A idade e o sexo são factores que estão directamente relacionados com a manifestação de ansiedade, pois a ansiedade é incubada na infância e na adolescência, no entanto aparece fundamentalmente entre os vinte e cinco e os quarenta anos, e a maior virulência ocorre entre os vinte e cinco e os trinta anos de idade. Quanto ao sexo, a ansiedade é duplamente mais comum nas mulheres do que nos homens.

Para além das causas que predis põem para a ansiedade, temos as causas que precipitam o aparecimento da ansiedade. A acumulação de stress e possíveis traumas do passado, são precipitantes de ansiedade (Varela 2006, p.92). “ (...) Ter vivido situações consideradas como «incontroláveis» pode ser fundamental para o desenvolvimento da ansiedade” (Graziani 2005, p.46). Assim como o caso de se ter tido experiências infantis adversas, como o facto de ter nascido no seio de uma família destruída, faz com o aparecimento da ansiedade seja mais provável. O facto de se ser uma mulher separada ou divorciada, também é condicionante de ansiedade e esta afecta pessoas de todas as culturas, no entanto é mais comum entre pessoas de nível cultural baixo ou médio-baixo (Varela 2006).

Após o aparecimento da ansiedade, existem algumas causas que contribuem para a sua manutenção. Se a mulher evitar o problema, abusar de estimulantes ou álcool, se interpretar as coisas de maneira errada, se tiver falta de auto-estima ou ainda se tiver falta de horizontes na

vida, esta vai manter a sua ansiedade até contrariar a causa que a impede de a diminuir (Varela 2006).

Neste momento a teoria mais aceite é que, “por um lado, existe uma predisposição individual baseada na herança e na influência de determinadas experiências vitais na infância” o que faz com que determinados indivíduos sejam mais susceptíveis que outros para desenvolver a ansiedade; por outro lado, a ocorrência de conflitos vitais (emocionais, laborais, etc.) desencadeiam ansiedade em diferentes momentos da vida do indivíduo (Varela 2006, p.91).

2 – A gravidez

A gravidez foi desde sempre indispensável á vida humana, daí ser tema de estudo desde os nossos antepassados (Colman & Colman 1994).

Definição

“A gravidez tem duração de nove meses, 10 meses lunares, ou aproximadamente 40 semanas. A gravidez divide-se em três grandes períodos de três meses ou trimestres. O primeiro trimestre vai desde a semana 1 até à semana 13; o segundo das semanas 14 à 26; o terceiro desde a semana 27 até ao fim da gestação (38 a 40 semanas)” (Bobak et al 1999, p.131).

A gravidez não é apenas o momento da concepção, é muito mais que isso; é um processo dinâmico, de construção e desenvolvimento que permite uma preparação para ser mãe (Canavarro 2006).

A concepção é apenas a união de um único óvulo com um espermatozóide, isto marca o início de uma gravidez, após esta união dá-se início ao processo de desenvolvimento embrionário e fetal (Bobak et al 1999).

Neste momento, a gravidez deixou de ser um tempo e um lugar de intimidade feminina, que muitos pensam que ainda existe. A gravidez é cada vez mais tardia na vida de uma mulher, sendo um momento repleto de magia, mistério e encantamento, onde um corpo se modifica para dar vida a outro ser (Leal 2005).

2.1 – Modificações corporais mais relevantes durante a gravidez

A gravidez acarreta inúmeras alterações fisiológicas na mulher, essas alterações são necessárias para que a gravidez decorra normalmente. Sendo assim durante aproximadamente 40 semanas, o organismo da grávida passa por alterações anatômicas, alterações fisiológicas e alterações bioquímicas, que têm como finalidade a adaptação, a manutenção e o desenvolvimento da gravidez (Barros 2006).

Segundo a mesma autora, as alterações iniciam-se logo nas primeiras semanas de gravidez, sendo necessário que os profissionais de saúde as reconheçam e compreendam para evitar intervenções desnecessárias.

2.1.1 – Modificações no primeiro trimestre

O início da gestação é datado a partir do primeiro dia do último período menstrual. Por isso, quando se diz que esta grávida de 4 semanas, significa na realidade passaram duas semanas desde a concepção do bebe (Lee 2006).

Uma das primeiras alterações no organismo é a ausência de período menstrual, o que para muitas mulheres é o primeiro sinal de que estão grávidas. Outros dos sintomas que são logo sentidos, são o cansaço, a sensibilidade nos seios e a vontade de urinar mais frequentemente. Podem também ser sentidos enjoos ou vômitos, irritabilidade, um gogo metálico na boca e um incomodo ou mesmo dores na região pélvica (Lee 2006).

As transformações mais evidentes no corpo da grávida no primeiro trimestre são: os seios estarão mais sensíveis e as veias poderão estar mais salientes, assim como poderá ocorrer um aumento do tamanho e proeminência dos mamilos e uma pigmentação da auréola; haverá uma urgência e aumento da frequência urinária, devido á diminuição da capacidade vesical causada pelo aumento do útero; poderá ainda ocorrer prostração, mal-estar e fadiga provocadas pelo aumento dos estrogénios e pela resposta psicológica á gravidez e respectivas adaptações físicas; e ainda náuseas, vômitos e enjoos matinais, devido ás alterações hormonais ou mesmo emocionais (Bobak et al 1999). Pode ainda ocorrer obstipação, pois os músculos do intestino estão relaxados, tornando os movimentos intestinais mais lentos (Lee 2006).

2.1.2 – Modificações no segundo trimestre

As alterações mais significativas no corpo da grávida neste trimestre de gravidez são: as alterações da pele como por exemplo pigmentação acentuada, acne, pele oleosa, devido á hormona da hipófise anterior; eritema palmar, são manchas vermelhas que podem ter como causa uma predisposição genética ou hiperestrogenismo; prurido na barriga, devido ao aumento da função de excreção da pele e factores relacionados com o estiramento da pele; hipotensão postural ou bradicardia, isto acontece pois o útero começa a exercer uma pressão sobre a veia cava ascendente (mais frequente se a mulher estiver em decúbito dorsal); lipotímia, devido a uma labilidade vasomotora ou hipotensão postural provocada pelas hormonas; azia, pois os níveis de progesterona diminuem a motilidade gastrointestinal e a digestão; obstipação, se a motilidade gastrointestinal diminui vai provocar um aumento na reabsorção de água e para além disso os intestinos começam a ficar comprimidos pelo útero; flatulência, pois a motilidade gastrointestinal diminui dando tempo á produção de gás pelas bactérias; leucorreia, ao sofrer estimulação hormonal o colo fica hipertrofiado e hiperactivo, produzindo quantidade abundante de muco; e cefaleias provocadas por uma estimulação hormonal. Sem se saber a origem específica, a grávida pode ainda sentir palpitações e desejos alimentares (Bobak et al 1999).

Neste trimestre a barriga não para de crescer tornando-se cada vez mais evidente e o aumento de peso também, o que faz com que algumas das mulheres se sintam mais felizes por adquirirem um aspecto de grávida, no entanto outras mulheres sentem dificuldades em adaptar-se ás transformações físicas que a gravidez acarreta. Outras das alterações que ocorre neste trimestre, é a alterações dos seios que se estão a preparar para amamentação, podendo até perder algumas gotas de colostro. É também neste trimestre que a mulher vai sentir pela primeira vez os movimentos do feto, intensificando-se a cada dia que passa (Lee 2006).

2.1.3 – Modificações no terceiro trimestre

No ultimo trimestre de gravidez o peso do feto é cada vez maior o que causa desconforto á grávida. O útero está cada vez maior, dai começar a comprimir os órgãos internos e a empurrar o estômago para cima, o que contribui para o aparecimento de azia. Com o aumento do peso e do volume do útero, o centro de gravidade da mulher altera-se, o que provoca uma

alteração de postural. A mulher terá tendência a curvar as costas, o que pode trazer problemas de coluna. A mulher poderá ainda começar a reter líquidos, o que fará com que particularmente no final do dia a grávida tenha os pés inchados (Lee 2006).

O que vai de encontro com o que Bobak defende, pois o autor diz que neste trimestre existe um agravamento do edema maleolar provocado por falta de exercício, roupa apertada, períodos longos de pé ou mesmo sentada e postura incorrecta (Bobak et al 1999), podendo as posturas incorrectas levar a mulher a sentir dores nas costas (Lee 2006).

Neste trimestre existe uma diminuição da amplitude respiratória, devido ao aumento do útero que impede o diafragma de se expandir por completo. Devido a esta diminuição da amplitude respiratória, às câibras musculares, aos movimentos fetais e ao aumento da frequência e urgência urinária, a grávida pode apresentar episódios de insónia (Bobak et al 1999).

O mesmo autor refere ainda que o aumento do útero provoca um desconforto e pressão perineal, especialmente quando a grávida está de pé ou a andar. E é especificamente neste último trimestre que a mulher vai sentir uma intensificação das contracções uterinas, como que preparando o seu corpo para o parto, a estas contracções é dado o nome de contracções de Braxton-Hicks.

2.2 – Alterações psicológicas durante a gravidez

Cada gravidez é única e cada mulher reage á sua própria maneira ao encadeamento dos acontecimentos. Para as mulheres, a gravidez não é apenas um acontecimento físico. Para elas a gravidez passa também por um acontecimento psicológico, não podendo ser evitado pois as mudanças da imagem corporal, as secreções hormonais e as expectativas culturais, invadem a vida mental da mulher. Assim sendo, a realidade psicológica da gravidez não é tão linear como os acontecimentos fisiológicos. Enquanto que conseguimos saber quando o coração do feto vai bater ou quando o colo do útero está maduro, não conseguimos saber o que a grávida está ou vai pensar sobre determinado assunto (Colman & Colman 1994).

A grávida pode chorar com mais facilidade, tem tendência a acessos de ansiedade, muda rapidamente de sentimentos (como por exemplo, desde o perdão á raiva), faz uma apreciação

do seu estado corporal exaustiva; ao que chamamos de “labilidade emocional”. Estes altos e baixos emocionais têm agora uma maior frequência, e ao longo da gravidez a grávida vai tomando consciência do seu estado emocional alterado. Algumas mulheres têm alterações emocionais mais significativas que outras, isto porque, a “labilidade emocional” depende da personalidade da mulher, do tipo de estímulos que estão sujeitas ao longo da gravidez e da qualidade do apoio que recebem nesta fase (Colman & Colman 1994, p.32-33).

2.2.1 – Alterações psicológicas no primeiro trimestre

Nos dias de hoje, já não é necessário esperar por uma ou duas faltas de período menstrual para se saber que está grávida. Existem testes de gravidez que se podem usar em casa, que nos podem dar a informação desde muito cedo se a gravidez é uma certeza. Muitas mulheres esperam ansiosamente pelas alterações hormonais, para ter a confirmação de que estão realmente grávidas. Logo após saber que a gravidez se instalou, a questão seguinte é conseguir mantê-la. Para a mulher, aceitar a gravidez e lutar com o seu corpo para que a gravidez se conserve é a questão mais importante neste momento. Através de enjoos matinais, da fadiga e da labilidade emocional, para muitas mulheres é sentir que continuam grávidas, o que por si só é u grande momento de alegria. No entanto existem outras que negam estes sintomas, por medo; e quando a grávida nega ter medos ela pode estar a exprimir um conflito interno, gerando ansiedade em vez de a reduzir (Colman & Colman 1994).

Maldonado (1997) refere que no primeiro trimestre as alterações corporais são muito discretas e o feto ainda não é sentido, o que levanta dúvidas acerca de estar grávida ou não, o que vai de encontro com o que Colman & Colman (1994) afirma. Neste período a mulher tem uma necessidade acrescida de dormir, o que pode ser interpretado como uma regressão e identificação por parte da mulher com o feto. As náuseas e os vômitos podem ocorrer devido a factores endócrinos e tóxicos, no entanto não se conseguiria explicar o facto de muitas das grávidas não terem estes sintomas; a ocorrência, a severidade e a persistência destes sintomas são influenciados pelos factores psicológicos e etiológicos (Maldonado 1997).

Após a confirmação da gravidez, quer por um teste de gravidez, quer pelos enjoos e alterações emocionais, a mulher continua ansiosa por saber se esta tudo realmente bem com o feto. A medicina e a tecnologia podem esclarecer todas estas dúvidas das grávidas, as ecografias são

desejadas por muitas mulheres para saber se está tudo bem com a sua saúde, se o feto é normal e se o seu corpo está capaz de levar a gravidez até ao fim (Colman & Colman 1994). Maldonado (1997) afirma que o facto da mulher não conseguir ver o bebé dentro da sua barriga, aumenta a sua ansiedade relativamente ao desenvolvimento do seu filho; sendo os progressos da tecnologia obstétrica bastante importantes para diminuir essa ansiedade

É durante o primeiro trimestre que ocorrem a maior parte dos abortos espontâneos, o que para muitas mulheres é bastante problemático, pois para estas “o bebé dentro da sua barriga era já uma realidade”; sendo o aborto a perda real de uma pessoa. A juntar á perda, existe um sentimento de que algo de errado se passa com os órgãos reprodutivos, o que vais gerar ansiedade em gravidezes seguintes (Colman 1994, p. 64-65).

2.2.2 – Alterações psicológicas no segundo trimestre

O segundo trimestre é encarado como o mais estável a nível emocional. O fenómeno central deste período é a percepção dos movimentos fetais, pois é a primeira vez que a mulher sente o feto como um ser independente dela (Maldonado 1997).

Este trimestre é muito mais calmo, pois muitas das causas de ansiedade estão já ultrapassadas. A ameaça de aborto espontâneo está agora ultrapassada; o enjoo matinal está superado; se a mulher tinha dúvidas acerca de estar ou não realmente grávida, agora tem certezas disso e começa a aceitar a realidade. Este período é caracterizado por uma experiência encantadora, sentir o bebé mexer. Esta é a prova fundamental de que a gravidez existe e de que está tudo a correr bem. Para admirar os movimentos do feto, nesta altura a mulher pode ficar mais silenciosa e introspectiva, para poder prestar atenção a cada deslocação do feto (Colman & Colman 1994).

O feto está a crescer e as transformações corporais são cada vez mais relevantes, a grávida apercebe-se nesta altura que não poderá controlar essas mudanças. Nesta altura a mulher pode começar a sentir medo do futuro, recorrendo á sua mãe, pois se ela já esteve grávida ela saberá o que está a acontecer. No entanto na sociedade de hoje em dia, muita das vezes não é possível que a grávida recorra á mãe para cuidar dela. É nesta altura que o marido tem um papel crucial na gravidez, pois a mulher sente uma necessidade de estar próxima dele e que

este efectue algumas tarefas que ela não pode executar. O marido tem também outra tarefa muito importante, ele deve tranquilizar a grávida dizendo-lhe que ela continua bonita e atraente para ele, que ela não precisa de se preocupar que ele consegue realizar as tarefas por ela, e que quando o bebé nascer ele vai ajudá-la a cuidar dele (Colman & Colman 1994).

2.2.3 – Alterações psicológicas no terceiro trimestre

No terceiro trimestre a ansiedade da mulher tende a elevar-se, devido á proximidade do parto e da mudança que o nascimento do bebé vai fazer na sua vida. Os sentimentos vagueiam entre o facto de querer terminar a gravidez e ter um filho e entre a vontade de querer prolongar a gravidez para não ter que fazer novas adaptações devido ao nascimento do bebé (Maldonado 1997).

Colman & Colman (1994) defende também é no terceiro trimestre que existe uma combinação entre o orgulho e a realização pessoal, no entanto a mulher sentir-se-á ansiosa pois é eminente o nascimento, sendo este um acontecimento desconhecido e fisicamente desconfortável.

Sendo o parto um acontecimento desconhecido, a ansiedade surge devido á preocupação da grávida sobre o que lhe irá acontecer e o que poderá acontecer ao bebé durante o mesmo. Esta ansiedade pode não ser manifestada directamente, a grávida pode expressar verbalmente a sua ansiedade ou não. O facto de a grávida desconhecer a anatomia e os processos relacionados com o parto, fazem com que esta sinta receio em relação ao nascimento e possíveis lesões. Não conhecer a anatomia, faz da mulher uma grávida mais ansiosa, pois normalmente a ansiedade é resultante de um défice de conhecimentos por parte da mulher. Informação e educação realizadas pelos enfermeiros poderão aliviar esta ansiedade (Bobak et al 1999).

Os medos mais comuns que grávida sente nesta altura são; o medo de morrer no parto, de ficar com os órgãos genitais deformados, de não ter leite suficiente ou este ser fraco, o medo de ter um filho com alguma deficiência física e o medo de ter de alterar toda a sua rotina diária devido ao nascimento do bebé (Maldonado 1997).

Graça advoga que é durante este trimestre de gestação, que as crises ansiosas ocorrem em consequência do “medo de ter um filho anormal”, ter “medo das dores de parto” e ter medo da própria separação dos dois corpos (Graça 2005, p.592).

A episiotomia também é um factor de preocupação por parte da grávida, pela ardência e desconforto e pelo medo que esta tem em recomeçar a sua vida sexual. Estes medos são muitas vezes expressados em sonhos durante a gravidez, pelo que é normal sonhar com o parto, com as alterações corporais, com as expectativas de ser mãe e com o bebé (Maldonado 1997).

O sono da grávida pode ser alterado pelos sonhos, no entanto os movimentos do feto são bastante fortes o que também lhe perturbará o repouso. O que também perturba o sono da grávida é o facto dos movimentos e a sua respiração tornam-se mais difíceis, a frequência e urgência urinária e as dores lombares. O volume do corpo pode interferir na capacidade da grávida em realizar tarefas do dia a dia e também em conseguir uma posição confortável para descansar e dormir (Bobak et al 1999).

Por esta altura e devido a todos os aspectos referidos anteriormente, a maioria das grávidas começam a ficar impacientes e ansiosas pelo início do trabalho de parto, existindo um grande desejo de chegar ao fim da gravidez, para que “tudo termine e fique ultrapassado” (Bobak et al 1999, p.121). Se a grávida ao longo deste período se preocupou com o que lhe está a acontecer e foi lendo, ouvindo conselhos e se a própria presença da família lhe incute confiança, vai conseguir ultrapassar esta fase com menos ansiedade. No entanto a questão de “como será que vai correr o parto?” mantêm-se até á chegada do mesmo (Lanhoso 2008).

3 – Contributos do enfermeiro no controlo e diminuição da ansiedade

Á longo da gravidez, a grávida fica mais receptiva aos seus sentimentos e aos sentimentos dos outros. “Sente-se mais ansiosa por falar de assuntos até ai não abordados [...] e parece acreditar que os seus pensamentos e sintomas são de interesse para os que a escutam. Este período na vida de uma mulher, conduz a vários desconfortos que não podem ser evitados. No entanto se a gravidez é desejada os desconfortos associados a esta tendem a ser desvalorizados (Bobak et al 1999, p.117).

Os desconfortos estão associados a uma transformação corporal e psicológica imaginável, pois trazer um filho ao mundo é um momento de grande felicidade, no entanto não é um acontecimento isento de incógnitas (Varela 2006). Ao longo da gravidez surgem muitas incógnitas, quer para as primíparas quer para as múltiparas, no entanto “ a mulher que está grávida pela primeira vez está normalmente mais ansiosa [...] ” (Bobak et al 1999, p.20).

Mesmo quando a gravidez é desejada, a mulher torna-se vulnerável a todas as modificações que iram surgir; quer a nível físico, quer a nível psíquico. A gravidez é por excelência em factor de alterações corporais; como o aumento de peso, o aumento do volume, alterações da pele e até do cabelo, o que faz com que a mulher se sinta desvalorizada pelos outros (Lanhoso 2008).

No entanto o que para umas pode ser inconveniente, para outras pode não o ser, a idade e as experiências anteriores vão alterar a maneira como a mulher vê e percepçiona todas as alterações que decorrem ao longo da gravidez. Contudo esta percepção pode também ser influenciada por estados emocionais, como a “ansiedade ou sentimentos de hostilidade” (Bobak et al 1999, p.20).

“Proporcionar um bom suporte social e psicológico [...] diminuirá a ansiedade durante a gravidez” (Graça 2005, p.123). Informar a grávida, seja verbalmente ou por escrito, sobre os fenómenos com os quais ela se depara diariamente e que lhe acarretem algumas dúvidas, diminuirá a sintomatologia. Os folhetos de informação geral sobre a evolução da gravidez, a nutrição, a higiene, o parto, o aleitamento, entre outros, são bastante úteis para esclarecer a grávida (Graça 2005).

Os Enfermeiros detêm um papel privilegiado na promoção da saúde da grávida pelo contacto duradouro e próximo que com ela estabelecem. A educação para a saúde pode ser considerada como um dos contributos mais importantes para a saúde da mulher grávida e do feto. A educação para a saúde pode ser definida como qualquer actividade planeada que promova a aprendizagem relacionada com a saúde ou a doença: isto é, qualquer alteração relativamente permanente na competência ou disposição de um indivíduo (Tones & Tilford 1994).

Alguns autores americanos consideram que a educação para a saúde é qualquer combinação de experiências de aprendizagem destinadas a facilitar a adopção voluntária de comportamentos conducentes à saúde. Neste conceito sobressaem três aspectos relevantes: a educação para a saúde como uma combinação de experiências tem implícita a reflexão prévia necessária para a elaboração de qualquer projecto de educação; o educador é neste ponto de vista um facilitador, que ajuda nas mudanças de comportamento; a participação e a mudança de comportamentos são voluntárias, o que pressupõe o respeito pelo indivíduo, as suas crenças, ideias e estilos de vida (Green et al 1980).

A consulta pré-natal pode ser a forma mais eficiente de prestação de esclarecimentos sobre as alterações na gravidez, somada ao facto de que as grávidas podem ainda aproveitá-la para expor dúvidas, medos e angústias decorrentes da gravidez. As orientações dos enfermeiros ao longo da consulta pré-natal passam por esclarecer a grávida sobre todos os processos decorrentes da gravidez, incentivando esta a verbalizar as suas preocupações. Dialogar com o pai do bebé e/ou com a família sobre as suas apreensões, é também muito importante; pois desta forma a grávida atenuará o desconforto causado pela ansiedade. Também podemos incentivar a grávida a manifestar a sua ansiedade e as suas preocupações, orientar a grávida sobre o trabalho de parto, a terapêutica existente e promover algumas técnicas de relaxamento, podendo assim ajudar a identificar e enfrentar os desconfortos associados a este período da sua vida (Barros 2006).

As consultas realizadas ao longo da gravidez, bem como toda a preparação para o parto, devem ter como alvo tanto a mulher grávida como o seu companheiro/ o pai do bebé. Os cursos de preparação para o parto são programas teóricos e práticos concebidos para proporcionar uma melhor vivência do parto aos futuros pais. Por um lado, têm como objectivo “fornecer uma detalhada informação sobre o que está a acontecer no organismo da mulher durante a gravidez e sobre o desenvolvimento do parto, questões em que os conhecimentos do casal sobre o assunto se baseiam em fontes pouco fiáveis, que frequentemente proporcionam receios injustificados”. Por outro lado, pretende-se que a mulher “adquira a melhor condição física possível, de modo a enfrentar as exigências do parto em melhores condições e com maiores garantias de poder colaborar de forma activa e consciente no nascimento do seu filho” (Medipedia).

Com o decorrer destas consultas, a grávida é orientada sobre o trabalho de parto e também sobre a terapêutica existente e de como cuidar do bebé (Lee 2006). Nestas aulas, não só a mulher mas também o companheiro/pai do bebé, aprendem a reunir um conjunto de estratégias que os ajuda a controlar ou mesmo a reduzir a sua ansiedade (Pereira 2005).

Identificar a causa da ansiedade é o primeiro aspecto a ter em conta. Muitas das vezes o excesso de ansiedade está associada ao parto, mas também pode estar associado a situações que a mulher vivenciou anteriormente, tais como: violações, abortos, infertilidade e/ou contacto com historias de partos complicados (Pereira 2005).

Muitas das histórias que se ouvem fazem parte da nossa cultura, o que pode ser prejudicial, pois frequentemente remetem-nos para mitos e não para a realidade. Existem muitos mitos associados ao parto, tais como; se o parto for por cesariana a vinculação ao bebé é posta em causa, a epidural é a melhor aliada da parturiente, o facto de a todos os partos estar associada uma dor insuportável. O que nem sempre é verdade, pois relativamente á dor, esta é muito subjectiva e a forma como a encaramos é fulcral na intensidade da dor que sentimos. É também importante que a grávida tenha conhecimento de que a dor de parto, ao inverso das outras dores, é um sinal de que tudo está a correr dentro da normalidade e que a intensidade da dor diversifica de grávida para grávida. Para que os mitos se desfaçam, é importante que a grávida seja esclarecida. Em relação ao mito da dor, é essencial que mulher tenha conhecimento de que a dor tem uma função fisiológica, sendo uma aliada ao processo de nascimento. E que se fosse uma dor impossível de se suportar, há muito que a o ser humano se tinha extinguido (Amorim 2007).

Mas se existem dúvidas, a grávida não deve esperar pelo dia do parto para as esclarecer. A grávida deve falar sobre o que a preocupa, preparando-se assim para o que lhe irá acontecer, prevenindo imprevistos. Conversar abertamente com os profissionais de saúde, colocando todas as dúvidas, medos, angustias e receios, ajudará a esclarecer a grávida e fará com que esta se sinta mais confiante (Pereira 2005).

Sentir-se confiante e manter a calma, são dois aspectos importantíssimos para que a ansiedade não predomine no final da gravidez. Aprender técnicas de relaxamento e aprender exercícios de respiração ao longo da gravidez faz com que no período que antecede o parto e mesmo no momento do parto a mulher se sinta mais serena. No momento do parto, o facto de estar alguém presente pode transmitir confiança e segurança. Decidir se quer ou não que alguém assista ao parto, ou que vai assistir ao parto, é muito importante para que a grávida não se sinta ansiosa (Pereira 2005).

O papel dos enfermeiros é fundamental no controlo e diminuição da ansiedade, pois advertir a grávida sobre o processo pelo qual está a passar, providenciando informação acerca da gravidez e explicando todo o processo evolutivo pelo qual ainda irá passar, bem como as sensações decorrentes desse mesmo processo, fará com que esta se sinta menos ansiosa e capaz de tomar decisões (Sequeira 2006).

II – Fase Metodológica

É através da fase metodológica que o “investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas” (Fortin 1999, p.40). A partir daqui o investigador deverá escolher o desenho de investigação, “define a população e escolhe os instrumentos mais apropriados para efectuar a colheita de dados” (Fortin 1999, p.40).

Segundo o mesmo autor “Os principais elementos que concorrem para o estabelecimento de um desenho de investigação são: o ou os meios onde o estudo será realizado; a selecção dos sujeitos e o tamanho da amostra; o tipo de estudo; as estratégias utilizadas para controlar as variáveis estranhas; os instrumentos de colheita de dados [...]” (Fortin 1999, p.132).

1 – Considerações éticas

Toda investigação realizada com seres humanos levanta questões morais e éticas. A ética, coloca enigmas particulares aos investigadores decorrentes das exigências morais que podem entrar em conflito com o rigor da investigação. Toda a investigação deverá ser conduzida com o princípio do respeito pela autonomia e dignidade de qualquer pessoa. Sendo assim a investigação deve respeitar o direito à confidencialidade, anonimato e deve zelar pela invasão da privacidade. Para isso, o investigador deverá agir à luz dos princípios éticos e em conformidade com os mesmos (Fortin, 1999).

Fortin (1999, p. 116) cita cinco princípios essenciais, aplicáveis aos seres humanos e estabelecidos pelo Código de Ética, que são:

- ✓ O direito à auto-determinação – Este direito, baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino. Decorrente deste principio que o potencial sujeito tem o direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não na investigação. A investigadora irá demonstrar às grávidas que poderão escolher voluntariamente de participar ou não no estudo em causa.

- ✓ O direito à intimidade – O direito à intimidade faz referência à liberdade da pessoa de decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação, e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas. A investigadora, empenhar-se-á em proteger o anonimato da pessoa ao longo de todo o estudo, bem como a confidencialidade dos dados obtidos.
- ✓ O direito ao Anonimato e à Confidencialidade – Os resultados devem ser apresentados de tal forma que nenhum dos participantes no estudo possa ser reconhecido nem pelo investigador, nem pelo leitor do relatório de investigação. De forma a garantir este direito, não irão ser divulgados ou partilhados os dados pessoais, sem autorização expressa dos sujeitos participantes.
- ✓ O direito à Protecção contra o desconforto e prejuízo – Este direito corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou prejudicarem. O presente estudo não irá colocar os elementos activos em situações de risco nem de prejuízo.
- ✓ O direito ao Tratamento Justo e Equitativo – Refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação, para a qual é solicitada a participação da pessoa. A investigadora irá abordar e esclarecer todos os aspectos referentes à investigação em causa, de forma a garantir a compreensão e entendimento relativamente ao estudo e sua participação.

Neste trabalho, foram respeitados os princípios éticos supra citados e os questionários foram aplicados após autorização da respectiva instituição.

Após esclarecimento à grávida sobre o tipo de investigação, finalidade do estudo e objectivos, qual o seu papel no estudo, duração do estudo, confidencialidade dos dados e anonimato, foi solicitada autorização verbal e obtido o consentimento informado, livre e esclarecido por parte da mesma para a participação no estudo.

2 – Questões de Investigação

A definição de um problema de investigação tem primordial importância, uma vez que é devido a este que o processo de investigação assume o seu ponto de partida fornecendo instrumentos úteis à compreensão e ao aperfeiçoamento da situação problemática.

Segundo Fortin (1999, p. 59) “o ponto de partida de qualquer investigação consiste em escolher um domínio de interesse e em transpô-lo para uma questão que poderá ser estudada”.

Desta forma, o problema deve ser actual, isto é, apropriado às interrogações do momento presente, pertinente para a prática profissional, e ter o potencial de contribuir para a aquisição de novos conhecimentos.

Assim sendo, tendo em conta o tema, formulou-se as seguintes questões de investigação:

- Quais as situações que provocam ansiedade na grávida no ultimo trimestre de gestação?
- Quais os factores que contribuem para a diminuição da ansiedade da grávida?

3 – Objectivos do estudo

O primeiro passo num estudo de investigação, é desenvolver um problema de pesquisa significativa e interessante. Ao desenvolver o problema de pesquisa, o investigador em enfermagem, tem necessariamente que definir os objectivos que pretende atingir com a realização dessa investigação.

Fortin (1999), afirma que o objectivo de um estudo de investigação é um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio da questão. Especifica as variáveis chave, a população alvo e o contexto do estudo.

Assim sendo, os objectivos deste estudo são:

- Identificar as causas da ansiedade na mulher no último trimestre de gravidez.
- Identificar as formas que contribuem para a diminuição da ansiedade.

4 – Desenho de investigação

O desenho de investigação é o plano lógico elaborado e utilizado pelo investigador para obter respostas às questões de investigação (Fortin, 1999).

O desenho de investigação deste estudo é constituído pelos seguintes elementos: tipo de estudo, meio, população, amostra, método de amostragem, variáveis (dependentes e independentes), instrumento de colheita de dados, pré-teste, tratamento e análise de dados.

4.1 – Tipo de estudo

Segundo Fortin (1999, p.133) o tipo de estudo “descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação vise descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade”.

O presente estudo, trata-se de um estudo de abordagem quantitativa. Segundo, Fortin “o método de investigação quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador.” A investigação quantitativa é a investigação cujo intuito é descrever e verificar relações entre as variáveis (Fortin, 1999, p. 371).

O estudo é descritivo, segundo Fortin (1999, p. 163) “(...) consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta”.

4.2 – Meio do estudo

O estudo será elaborado em meio natural, ou seja, será efectuado “ (...) em qualquer parte fora de lugares altamente controlados.” (Fortin, 1999, p. 132).

Neste estudo o meio natural corresponderá á clínica Medicambra, local onde as grávidas se dirigem para a consulta de obstetrícia e onde vão ser inquiridas.

4.3 – População

Segundo Fortin (1999, p. 202), uma população “ (...) é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns”. Face a isto, a população é constituída por um grupo de grávidas com mais de 36 semanas de gestação que frequentam a consulta de obstetrícia da clínica Medicambra, nos meses de Setembro, Outubro e Novembro de 2008.

4.4 – Processo de Amostragem

Para a realização do estudo, optou-se por um processo de amostragem aleatória simples. Segundo Fortin (1999), nesta técnica cada um dos elementos (sujeitos) que compõe a população alvo têm igual percentagem de ser escolhido para fazer parte da amostra.

4.5 – Amostra

Relativamente à amostra, esta é definida segundo Fortin (1999, p. 202), como sendo “um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população”, esta deve ser representativa da população ou seja deve conter características idênticas (Fortin 1999, p.41)

No caso em questão a amostra será constituída por trinta grávidas com mais de 36 semanas de gestação que frequentam a consulta de obstetrícia da clínica Medicambra, nos meses de Setembro, Outubro e Novembro de 2008.

4.6 - Definição das variáveis

De acordo com Fortin (1999, p. 36), “As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação”.

Afirma também o autor Kerling (*cit. in*, Fortin 1999, p. 36), que “Uma variável pode tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades e diferenças. É um parâmetro ao qual valores numéricos são atribuídos”.

Existem diversos tipos de variáveis e a sua classificação também varia de autor para autor, porém neste estudo consideramos apenas três tipos de variáveis que se relacionam mutuamente: as variáveis dependentes, as variáveis independentes e as variáveis de atributo.

Variável dependente

Segundo Fortin, “A variável dependente é a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente” (Fortin 1999, p.37).

Neste estudo a variável dependente é “a ansiedade da mulher durante o último trimestre de gravidez”.

Variável independente

Como preconiza Fortin (1999), a variável independente é aquela que o investigador manuseia num estudo experimental para avaliar o seu efeito na variável dependente.

As variáveis independentes englobadas neste estudo foram os factores que provocam ansiedade.

Variável Atributo

A Variável atributo, segundo Fortin (1999), são as características dos sujeitos num estudo. Neste caso as variáveis de atributo são: a idade, o estado civil, o número de gestações, o número de partos, o número de abortamentos e as habilitações literárias.

4.7 – Instrumento de colheita de dados

Para efectuar uma colheita de dados capaz de validar o conhecimento e a compreensão da realidade de um estudo, através de um método científico, é necessário a utilização de um instrumento de colheita de dados. Existem vários instrumentos que permitem ao investigador colher os dados para a sua investigação.

Tendo em conta as características deste estudo e da população, o instrumento que melhor se adequa é o questionário (anexo I). O Questionário é de auto-preenchimento, constituído por 20 questões fechadas, em que o sujeito é submetido a escolher respostas possíveis. Este questionário é da autoria do investigador, encontrando-se dividido em três partes: em que a primeira parte é feita uma caracterização social e económica da grávida, na segunda parte é feita a caracterização da gravidez, e na terceira parte é recolhida informação sobre o estado emocional da grávida.

4.8 – Pré-teste

Segundo Fortin (1999, p. 253) o pré-teste “ (...) consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada [...], a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas. [...] permite corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a redacção e ordem das questões”.

Para validar a eficácia e a fiabilidade do questionário construído pela investigadora, foram aplicados, previamente, 4 questionários a grávidas com mais de 36 semanas de gestação da clínica Medicambra no mês de Setembro de 2008. Após avaliação do mesmo verificou-se que não era necessário efectuar alterações no questionário elaborado. Os elementos que realizaram esses questionários foram excluídos, não fazendo parte da amostra obtida.

4.9 – Tratamento e análise de dados

A análise dos dados num estudo quantitativo exige muito trabalho do investigador, nomeadamente a organização dos conteúdos de forma a dar sentido aos conteúdos das respostas da amostra, fazendo a narração dos mesmos em vez de apresentar números.

Os dados obtidos através do questionário, foram submetidos a tratamento estatístico para posteriormente serem analisados. Estes foram tratados informaticamente através do programa estatístico SPSS 16.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*). A análise dos dados realizou-se através da estatística descritiva onde foram calculadas a frequência, a mediana, a moda e a média.

A apresentação dos resultados será feita através de tabelas com a respectiva descrição permitindo assim facilitar a sua leitura ao realçar os dados mais significativos.

III – RESULTADOS

Segundo Fortin (1999), os resultados derivam dos factos observados no decorrer da colheita de dados; estes factos são analisados e apresentados de maneira a proporcionar uma ligação lógica com o problema de investigação proposto.

No presente capítulo, estão representados os dados obtidos neste trabalho, em forma de narrativa e tabelas. Este encontra-se organizado em três sub-capítulos; sendo o primeiro referente á caracterização social e económica, o segundo referente á caracterização da gravidez e o terceiro referente ao estado emocional da grávida.

1 – Caracterização social e económica da amostra

A amostra em estudo (n) foi constituída por 30 mulheres grávidas, com mais de 36 semanas de gestação.

Tabela 1 – Distribuição das grávidas da amostra segundo a idade.

	Média	Moda	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade (em anos)	29	30	29	18	38

Pela análise do quadro 1, relativamente à variável idade pode verificar-se que as grávidas inquiridas estão compreendidas entre os 18 e os 38 anos de idade. A média e a mediana de idades é de 29 anos, sendo a moda 30 anos de idade (à data da realização do questionário).

Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual da amostra segundo o nº. de gravidezes, nº. de partos e nº. de abortos.

	n	(%)
Número de gravidezes		
1	17	56.7 %
2	8	26.7 %
3	5	16.7 %
Total	30	100 %
Número de partos		
0	17	56.7 %
1	8	26.7 %
2	5	16.7 %
Total	30	100 %
Número de abortos		
0	29	96.7 %
1	1	3.3 %
Total	30	100 %

Relativamente ao número de gravidezes, com a análise da Tabela 2, verifica-se que estão grávidas pela primeira vez 57% da nossa amostra, que estão grávidas pela segunda vez 27% e que estão grávidas pela terceira vez 17%. Quanto ao número de partos, 54% nunca tiveram essa experiência, 27% já tiveram um parto e 17% já tiveram dois partos. Apenas 3% da amostra teve um aborto.

Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo a profissão.

Profissão	n	(%)
Administrativa	1	3.3 %
Cabeleireira	1	3.3 %
Comerciante	1	3.3 %
Dentista	1	3.3 %
Directora de Escola de Condução	1	3.3 %
Educadora Social	1	3.3 %
Empregada de Escritório	1	3.3 %
Empregada de Balcão	3	10 %
Empregada Fabril	3	10 %
Escriturária	6	20 %
Estudante	1	3.3 %
Gaspeadeira	3	10 %
Operadora de Caixa	2	6.7 %
Professora	2	6.7 %
Secretária	1	3.3 %
Técnica de Recursos Humanos	1	3.3 %
Não respondeu	1	3.3 %
Total	30	100 %

Com a análise da tabela 3, verifica-se que a maioria das grávidas tem como profissão escriturária, sendo 20% da amostra. E que com 10% temos as profissões de gaspeadeira, empregada fabril e empregada de balcão.

Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo o estado civil.

Estado Civil	n	(%)
Solteira	1	3.3 %
Casada	26	86.7 %
Divorciada	1	3.3 %
União de facto	2	6.7 %
Total	30	100 %

Relativamente ao estado civil e com a análise da Tabela 4, verifica-se que a maioria das grávidas que fizeram parte da amostra são casadas, representando 86,7%, sob o estado de união de facto estão 6.7% das grávidas, e com igual percentagem de 3.3% estão as solteira e as viúvas.

Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo a questão “vive com o pai do bebé?”.

	n	(%)
Não	2	6.7 %
Sim	28	93.3 %
Total	30	100 %

Com a análise da Tabela 5 pode-se concluir que grande parte das grávidas vive com o pai do bebé, ou seja 93%. Apenas 7% das grávidas não vivem com o pai do bebé.

Tabela 6 – Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias.

Habilitações literárias	n	(%)
Segundo ciclo	9	30 %
Ensino secundário	16	53.3 %
Ensino superior	5	16.7 %
Total	30	100 %

Relativamente ás habilitações literárias, e como se pode verificar na Tabela 6, 53.3% das grávidas tem o ensino secundário, 30% tem o segundo ciclo e apenas 16.7% tem o ensino superior.

Tabela 7 – Distribuição da amostra relativamente ao facto da mulher ser ou não uma pessoa ansiosa antes da gravidez.

	n	(%)
Do seu ponto de vista, antes de estar grávida era uma pessoa ansiosa?		
Não	11	36.7 %
Sim	19	63.3 %
Total	30	100 %
Se sim, fazia algum tipo de medicação ansiolítica?		
Não	18	94.7 %
Sim	1	5.3 %
Total	19	100 %

Pela analisa da Tabela 7, verifica-se que 36.7% das grávidas não eram ansiosas antes e que 63.3% consideravam-se ansiosas mesmo antes de engravidar. Das que eram ansiosas apenas 3.3% faziam algum tipo de medicação ansiolítica.

2 – Caracterização da gravidez

Tabela 8 – Distribuição da amostra segundo o número de semanas de gestação

	Média	Moda	Mediana	Mínimo	Máximo
Numero de semanas de gestação	38	38	38	36	41

Quanto ao número de semanas de gravidez, através da análise da Tabela 8, conclui-se que a média é de 38 semanas, sendo o mínimo de 36 e o máximo de 41 semanas de gravidez.

Tabela 9 – Distribuição da amostra relativamente ao facto da gravidez ser ou não planeada e ao facto de ser ou não desejada.

	n	(%)
A sua gravidez foi planeada		
Não	12	40 %
Sim	18	60 %
Total	30	100 %
A sua gravidez foi desejada		
Sim	30	100 %

Pela análise da Tabela 9, verifica-se que 100% das gravidezes são desejadas, apesar de nem todas serem planeadas; pois gravidezes planeadas foram 60% e não planeadas 40%.

Tabela 10 – Distribuição da amostra segundo o número de consultas de vigilância da gravidez.

Nº. de consultas de vigilância da gravidez	n	(%)
Menos de 6 consultas	1	3.3 %
De 6 a 10 consultas	24	80 %
Mais de 10 consultas	5	16.7 %
Total	30	100 %

No que diz respeito às consultas de gravidez e observando a Tabela 10, verifica-se que a maior parte das grávidas realiza entre 6 a 10 consultas de vigilância da gravidez, 80% da amostra. Enquanto que 16.7% da amostra realiza mais de 10 consultas e apenas 3.3% realiza menos de 6 consultas.

3 – Informação sobre o estado emocional da grávida

Tabela 11 – Distribuição da amostra relativamente ao facto de existir ou não alterações a nível emocional no último trimestre de gravidez.

	n	(%)
Sente que houve alterações a nível emocional no último trimestre da sua gravidez?		
Não	7	23.3 %
Sim	23	76.7 %
Total	30	100%
Se sim quais		
Ansiedade, nervosismo e preocupação	8	34.8 %
Esperiencias de complicações passadas, aumentam o medo e a ansiedade	2	8.7 %
Não respondeu á questão	13	56.5 %
Total	23	100%

Relativamente ás alterações a nível emocional que ocorrem no último trimestre da gravidez e como se observa na Tabela 11, 76.7% das grávidas sente que existiram alterações a nível emocional no último trimestre da sua gravidez e apenas 23.3% das grávidas afirma que não sentiu alterações. Verifica-se também que a ansiedade é a alteração mais referenciada pelas grávidas (26.75), no entanto muitas não chegaram sequer a responder á questão (43.3%).

Tabela 12 – Distribuição da amostra segundo os factores que contribuíram para as alterações emocionais no último trimestre de gravidez.

Factores que contribuíram para as alterações emocionais	n	(%)
As consultas de vigilância da gravidez	2	2.2 %
A espera dos resultados de exames realizados	8	8.9 %
As modificações corporais	16	17.8 %
A chegada da hora do parto	24	26.7 %
Não ser capaz de reconhecer sinais de trabalho de parto	5	5.6 %
Não ser capaz de identificar complicações	7	7.8 %
O local do parto	2	2.2 %
A incerteza acerca da saúde do bebé	17	18.9%
A incerteza sobre o aspecto físico do bebé	8	8.9 %
Hídramnios moderado	1	1.1 %
Total	90	100.1 %

Visto que cada grávida respondeu a 3 factores que contribuíram para as alterações emocionais no último trimestre de gravidez, o nosso n nesta tabela é de 90, não correspondendo ao número da amostra mas ao número de respostas obtidas.

Ao ser analisada a Tabela 12, observa-se que os factores que contribuíram para as alterações emocionais nos últimos 3 meses de gravidez foram principalmente as modificações corporais (17.8%), a chegada da hora do parto (26.7%) e a incerteza acerca da saúde do bebé (18.9%).

Tabela 13 – Distribuição da amostra segundo o envolvimento do pai do bebé ao longo da gravidez.

	n	(%)
O pai do bebé tem-se envolvido ao longo da sua gravidez		
Não	5	16.7 %
Sim	25	83.3 %
Total	30	100 %
Se sim, de que forma		
Partilham actividades	7	9.3 %
Partilham a preparação para o parto	7	9.3 %
Demonstra preocupação	10	13.3 %
Acompanha-a às consultas	20	26.7 %
Acompanha-a na realização de exames	23	30.7 %
Conversam sobre a ansiedade de serem pais	8	10.7 %
Total	75	100 %

Dado que cada grávida poderia responder a 3 formas diferentes de envolvimento por parte do pai do bebé, o nosso n é 75. Este corresponde ao número de respostas obtidas e não á amostra.

Com base na Tabela 13, verifica-se que em 83.3% dos casos o pai do bebé envolve-se ao longo da gravidez, e que este envolvimento passa principalmente por acompanhar a grávida às consultas (26.7%) e acompanha-la na realização de exames (30.7%).

Tabela 14 – Distribuição da amostra relativamente ao facto do envolvimento do pai do bebé contribuir ou não para diminuir a ansiedade da grávida.

O envolvimento do pai contribui para diminuir a ansiedade da grávida	n	(%)
Não	5	16.7 %
Sim	25	83.3 %
Total	30	100 %

Quanto ao envolvimento do pai na gravidez contribuir para diminuir a ansiedade da grávida e como é observado na Tabela 14, verifica-se que 83.3% das grávidas afirma que este envolvimento diminui a sua ansiedade, enquanto que apenas 16.7% das grávidas refere que este envolvimento não contribui para diminuir a sua ansiedade.

Tabela 15 – Distribuição da amostra relativamente a outros apoios significativos que as grávidas recebem ao longo da gravidez.

	n	(%)
Família	30	50 %
Amigos	5	8.3 %
Profissionais de Saúde	25	41.7 %
Total	60	100 %

Visto que cada grávida respondeu dois apoios significativos, o nosso n passa a ser 60, sendo o nosso número de respostas e não a amostra.

Relativamente aos apoios significativos que a grávida recebe ao longo da sua gravidez e pela observação da Tabela 15, 50% refere a família como apoio significativo, 41.7% refere os profissionais de saúde e apenas 8.3% refere os amigos como um apoio significativo ao longo da gravidez.

Tabela 16 – Distribuição da amostra relativamente ao facto dos apoios recebidos contribuírem ou não para diminuir ansiedade.

	n	(%)
Diminuíram a ansiedade	28	93.3 %
Não influenciaram	2	6.7 %
Total	30	100 %

Os apoios recebidos ao longo da gravidez contribuíram na sua maioria para diminuir a ansiedade da grávida (93.3%), como se verifica na Tabela 16.

Tabela 17 – Distribuição da amostra segundo as aulas de preparação para o parto.

	n	(%)
Fez aulas de preparação para o parto		
Não	14	46.7 %
Sim	16	53.3 %
Total	30	100 %
Esta preparação contribui para diminuir a sua ansiedade		
Não	3	18.8 %
Sim	13	81.3 %
Total	16	100 %

Pela observação da Tabela 17, verifica-se que 53.3% das grávidas fizeram preparação para o parto e dessas grávidas 81.3% refere que esta preparação contribuiu para diminuir a sua ansiedade.

Tabela 18 – Distribuição da amostra relativamente ao facto do acompanhamento dos profissionais de saúde contribuir ou não para diminuir a ansiedade e de que forma.

	n	(%)
O acompanhamento dos profissionais de saúde tem contribuído para a diminuição da sua ansiedade?		
Não	1	3.3 %
Sim	29	96.7 %
Total	30	100 %
Se sim, de que modo?		
Estimulando a comunicação	17	29.3 %
Informando-a acerca dos factores que causam ansiedade	9	15.5 %
Esclarecendo as suas dúvidas	32	55.2 %
Total	58	100 %

Visto que cada grávida refere dois modos que fazem diminuir a sua ansiedade, o nosso número de respostas é 58 (n).

Quanto ao acompanhamento dos profissionais de saúde, contribuir para diminuir a ansiedade da grávida verifica-se pela análise da Tabela 18 que 96.7% das grávidas refere que este apoio diminuiu a sua ansiedade. O modo como os profissionais actuam mais referido é no esclarecimento de dúvidas (55.2%) e o facto de estimular a comunicação (29.3%), enquanto que a informação acerca dos factores que causam ansiedade é menos referido (15.5%).

Tabela 19 – Distribuição da amostra relativamente às estratégias às quais a grávida recorre para reduzir a sua ansiedade.

O que faz para reduzir a sua ansiedade?	n	(%)
Procura um profissional de saúde que a escute	14	15.5 %
Dialoga com o pai do bebé	22	24.4 %
Dialoga com os seus familiares	27	30 %
Prefere não falar do assunto	1	1.1 %
Vê televisão	2	2.2 %
Ouve música	8	8.9 %
Lê um livro	8	8.9 %
Pesquisa sobre o(s) assunto(s) que a preocupam	7	7.8 %
Partilha de experiências com outras grávidas	1	1.1 %
Total	90	100 %

Dado que cada grávida responde a três estratégias para reduzir a sua ansiedade, o nosso n passa a ser 90, não sendo na realidade o número da nossa amostra, mas sim o número de respostas dadas pela amostra.

Após a observação da Tabela 19, verifica-se que para diminuir a ansiedade, e por ordem decrescente, a grávida dialoga com familiares (30%), dialoga com o pai do bebé (24.4%), procura um profissional de saúde que a escute (15.5%), ouve música e lê um livro (8.9%), pesquisam sobre assuntos que a preocupa (7.8%), vê televisão (2.2%), dialoga com colegas que também estão grávidas ou então prefere não falar no assunto (1.1%).

IV – DISCUSSÃO

Após a apresentação e análise dos resultados no capítulo anterior, iremos neste capítulo fazer a discussão dos resultados considerados mais significativos para este estudo.

De forma a tirar uma conclusão dos resultados e das implicações que delas decorrem, o investigador é levado a comparar, a contrastar os resultados e a servir-se da teoria, dos trabalhos de investigação que trataram do mesmo fenómeno e da prática profissional para fazer inferências. A interpretação dos resultados é uma etapa difícil que exige um pensamento crítico da parte do investigador (Fortin, 1999).

O presente estudo envolveu 30 grávidas com mais de 36 semanas de gravidez. Relativamente á idade, a amostra variou entre um mínimo de 18 anos e um máximo de 38 anos, sendo a média de 29 anos de idade.

Relativamente ao número de gravidezes, verifica-se que estão grávidas pela primeira vez 56.7% da nossa amostra, grávidas pela segunda vez 26.7% e grávidas pela terceira vez 16.7%. Segundo Bobak as grávidas primíparas apresentam níveis de ansiedade superiores em relação ás múltíparas (Bobak et al 1999, p.20), no entanto no presente estudo não foi feita nenhuma relação entre este aspecto.

Quanto ao número de partos, 56.7% nunca tiveram essa experiência, 26.7% já tiveram um parto e 16.7% já tiveram dois partos. Sendo parto um acontecimento desconhecido, a ansiedade surge muitas vezes devido á preocupação da grávida sobre o que lhe irá acontecer e o que poderá acontecer ao bebé durante o mesmo (Bobak et al 1999, p.121). Colman & Colman (1994, p.78) referem também que sendo este um acontecimento desconhecido e fisicamente desconfortável, é motivo de ansiedade.

Apenas 3.3% da amostra tiveram um aborto, o que não vai ser significativo em termos de causas da ansiedade. No entanto sabemos que o facto da mulher ter tido uma experiência de aborto anterior, faz com que esta se sinta mais ansiosa na gravidez seguinte. Se o aborto tiver sido provocado, estes sentimentos intensificar-se-ão por sentimentos de culpa (Maldonado 1997, p.53).

Após analisarmos os resultados relativamente á profissão, podemos constatar que na nossa amostra predominam as escriturárias (20%), seguidas de igual percentagem (10%) temos as empregadas de balcão, empregadas fabris e gaspeadeiras. De acordo com as teorias estudadas, não se encontra qualquer relação entre o tipo de trabalho e a ansiedade. Sabemos apenas que no último trimestre, a rotina diária causa maiores incómodos á grávida, no entanto o facto de se manter ocupada faz com que esta não pense tanto no parto (Colman 1994, p.79).

Relativamente ao estado civil, a nossa amostra é na maioria casada (86.7%), 6.7% vive em união de facto, e em igual percentagem (3.3%) estão as solteiras e as divorciadas. O facto de se ser uma mulher divorciada, faz com que se seja mais ansiosa (Varela 2006, p.42); no entanto na nossa amostra temos uma pequena % de mulheres divorciadas. Em relação ao facto de viverem com o pai do bebé, 93.3% das grávidas vive com o pai do bebé e apenas 6.7% não vive com o pai do bebé. O facto de estarem casadas e terem o pai do bebé presente, faz com que a grávida se sinta menos ansiosa, pois a presença do pai do bebé transmite confiança e segurança (Pereira 2005).

Após analisarmos os dados relativamente ás habilitações literárias, concluímos que 53.3% concluíram o ensino secundário, 30% concluíram o segundo ciclo e apenas 16.7% concluíram o ensino superior. Quanto ao nível de conhecimentos, podemos afirmar que as mulheres com níveis de conhecimentos mais baixo vão ser mais ansiosas do que as mulheres com um nível superior de conhecimentos (Bobak et al 1999, p.121). Para combater esta falta de informação, o enfermeiro pode informar a grávida, seja verbalmente ou por escrito, sobre os fenómenos com os quais ela se depara diariamente e que lhe acarretam algumas duvidas, pois assim diminuirá a sintomatologia (Graça 2005, p.123). A consulta pré-natal pode ser a forma mais eficiente de prestação de esclarecimentos sobre as alterações na gravidez. As orientações dos enfermeiros ao longo da consulta pré-natal passam por esclarecer a grávida sobre todos os processos decorrentes da gravidez, incentivando esta a verbalizar as suas preocupações (Barros 2006).

No nosso estudo 63.3% das grávidas refere que eram ansiosas mesmo antes de engravidar e 36.7% refere não ser ansiosa. Segundo Varela, é duplamente mais comum nas mulheres que nos homens (Varela 2006, p.42). Apesar das mulheres se considerarem ansiosas mesmo antes de engravidar, apenas 5.3% delas faziam medicação ansiolítica.

Quanto ao número de semanas de gravidez, na nossa amostra a média é de 38 semanas, sendo o mínimo de 36 e o máximo de 41 semanas de gravidez. Este estudo foi direccionado para o último trimestre de gravidez, pois é no terceiro trimestre a ansiedade tem tendência a aumentar devido á proximidade do parto, pois os sentimentos vagueiam entre o facto da grávida querer que a gravidez termine e entre a vontade de querer prolongar a gravidez para não ter que fazer novas adaptações devido ao nascimento do bebé (Maldonado 1997, p.50).

Ao perguntar se a gravidez foi planeada ou não, 60% planeou engravidar e 40% não planeou a gravidez. No entanto, apesar da gravidez não ser planeada, ao perguntarmos se é uma gravidez desejada ou não, 100% refere desejar a gravidez. Ao ser uma gravidez desejada, todos os desconfortos associados á gravidez, inclusive a ansiedade, tendem a ser desvalorizados (Bobak et al 1999, p.117). No entanto, como o aumento de peso, o aumento do volume, as alterações da pele e até do cabelo, fazem com que a mulher se sinta desvalorizada pelos outros, ficando mais vulnerável a todas as modificações que ainda possam surgir (Lanhoso 2008).

No que diz respeito ás consultas de vigilância da gravidez, verifica-se que a maior parte das grávidas realiza entre 6 a 10 consultas, 80% da amostra; apenas 16.7% realiza mais de 10 consultas e somente 3.3% realizou menos de 6 consultas de vigilância da gravidez. As consultas de vigilância da gravidez são bastante importantes para diminuir a ansiedade que lhe é inerente; pois informar a grávida, seja verbalmente ou por escrito, sobre os fenómenos com os quais ela se depara diariamente e que lhe acarretam algumas dúvidas, diminuirá a sua ansiedade (Graça 2005, p.123).

Quanto as alterações emocionais que ocorrem no último trimestre de gravidez, uma grande parte das grávidas referem que sentem essas alterações (76.7%), no entanto existem outras que referem não sentir quaisquer alterações (23.3%). De acordo com o que as grávidas responderam, as alterações por elas sentidas são: ansiedade, nervosismo, preocupação e experiências de complicações passadas. O que para umas pode ser motivo de inconveniente, para outras pode não o ser, a idade e as experiências anteriores vão alterar a maneira como a mulher vê e percepção todas as alterações que decorrem ao longo da gravidez (Bobak et al 1999, p.20).

Os factores que contribuíram para as alterações emocionais nos últimos 3 meses de gravidez, de acordo com os resultados obtidos, foram os seguintes factores; as modificações corporais (17.8%), a chegada da hora do parto (26.7%) e a incerteza acerca da saúde do bebé (18.9%). O que vai de encontro com a bibliografia que nos diz que; a gravidez acarreta a uma transformação corporal que levanta muitas incógnitas á grávida (Varela 2006, p.43), também no terceiro trimestre a ansiedade tem tendência a aumentar devido á proximidade do parto (Maldonado 1997, p.50), e o medo de ter um filho com alguma deficiência física, é por si só um medo bastante comum durante a gravidez (Maldonado 1997, p.53).

Em relação ao envolvimento do pai do bebé na gravidez, 83.3% refere que o pai se envolve na gravidez e 16.7% refere que o pai do bebé não se tem envolvido ao longo da gravidez. Aqueles que se envolvem na gravidez, 9.3% partilham actividades e partilham uma preparação para o parto, 10.7% conversam sobre a ansiedade de serem pais, 13.3% dos pais demonstra preocupação, 26.7% acompanha a grávida ás consultas e 30.7% acompanha a grávida na realização de exames. Apesar do envolvimento do pai do bebé ser diversificado, este envolvimento contribui na sua maioria para diminuir a ansiedade da grávida (83.3%), apenas numa pequena percentagem (16.7%) refere que este envolvimento não contribui para diminuir a sua ansiedade. O que vai de encontro com o que Pereira (2005) afirma; pois o facto de estar alguém presente pode transmitir confiança e segurança, diminuindo a ansiedade. O apoio do pai do bebé é bastante importante, no entanto ao longo da gravidez existem outros apoios significativos. Para a grávida a família é o apoio mais significativo, tendo sido referido em metade das respostas possíveis 50%. Os amigos são referidos como apoio significativo por uma pequena percentagem (8.3%) e os profissionais de saúde são referidos como apoio significativo por 41.7% das respostas. Estes apoios são referidos por 93.3% das grávidas, como apoios fundamentais para diminuir a ansiedade; apenas 6.7% referem que estes apoios não influenciaram na sua ansiedade. Isto vem de encontro ao que diz Pereira (2005), conversar abertamente com os profissionais de saúde, colocar todas as dúvidas, medos, angustias e receios, falar sobre o que a assusta, ajudará a que a grávida se sinta menos ansiosa. A presença da família, por si só, vai incutir confiança á grávida, fazendo com que esta consiga ultrapassar a gravidez com menos ansiedade (Lanhoso 2008).

No que diz respeito ás aulas de preparação para o parto, 46.7% da nossa amostra não fez preparação para o parto, enquanto que 53.3% frequentou as aulas de preparação para o parto.

Relativamente ao facto desta preparação contribuir para diminuir a ansiedade, 81.3% refere que a sua ansiedade diminuiu, apenas 18.8% refere não ter diminuído a sua ansiedade com as aulas de preparação para o parto. Para o casal aumentar a sua confiança e as suas capacidades para enfrentar o futuro, a frequência das aulas de preparação para o parto é fundamental. Nestas aulas, aprendem a reunir um conjunto de estratégias que os ajudarão a controlar ou mesmo reduzir a sua ansiedade (Pereira 2005). È nas aulas de preparação para o parto que a grávida é orientada sobre o trabalho de parto, sobre a terapêutica existente e de como cuidar do bebé no futuro (Lee 2006, p.156).

Após analisarmos os resultados relativamente ao acompanhamento dos profissionais de saúde contribuir para diminuir a ansiedade da grávida, verificou-se que 96.7% das grávidas refere que este apoio diminuiu a sua ansiedade e apenas 3.3% refere que este acompanhamento não diminuiu a sua ansiedade. O modo como os profissionais actuam mais referido é no esclarecimento de dúvidas (55.2%), enquanto que a estimulação da comunicação é menos referido (29.3%), e informação acerca dos factores que causam ansiedade também (15.5%). Isto vem reforçar o que diz Graça (2005, p.123), pois este refere que os folhetos de informação geral sobre a evolução da gravidez, a nutrição, a higiene, o parto, o aleitamento, entre outros, são bastante úteis para esclarecer a grávida. Providenciar informação acerca da gravidez e explicar todo o processo evolutivo pelo qual a grávida ira passar, bem como as sensações decorrentes desse mesmo processo, faz com que esta se sinta menos ansiosa (Sequeira 2006, p.182).

Relativamente às estratégias para diminuir a ansiedade, constatamos que para diminuir a ansiedade, e por ordem decrescente, a grávida dialoga com familiares (30%), dialoga com o pai do bebé (24.4%), procura um profissional de saúde que a escute (15.5%), ouve música e lê um livro (8.9%), pesquisam sobre assuntos que a preocupa (7.8%), vê televisão (2.2%), dialoga com colegas que também estão grávidas ou então prefere não falar no assunto (1.1%). Isto vem reforçar o que Barros (2006, p.62) defende; o autor refere que como uma das orientações que podemos fornecer às grávidas em relação aos desconfortos causados pela ansiedade, será: falar com os enfermeiros, com o pai do bebé e/ou com a família sobre as suas preocupações; isto deverá atenuar o desconforto causado pela ansiedade e as oscilações de humor.

V – CONCLUSÕES

Chegando ao *terminus* deste trabalho, segue-se o momento de realizar algumas considerações finais sobre o mesmo, no que se diz respeito aos objectivos propostos e às dificuldades na sua realização.

A Enfermagem como profissão reconhece a investigação científica como forma de ampliar os conhecimentos básicos, não só para a sua prática como também, para a tomada de decisões adequadas à prestação de cuidados de Enfermagem.

A investigação desempenha um papel importante na fundação de uma base científica de conhecimentos, elevando a Enfermagem a um estatuto científico. Sendo a Enfermagem uma profissão consciente da sua importância, deve colocar questões que devam ser motivo de estudo.

Sendo assim, são indiscutíveis os conhecimentos adquiridos nas diferentes áreas, que serão com certeza, indispensáveis na formação individual. A questão de investigação foi sem dúvida, o elo de ligação em todas as etapas deste trabalho.

Os resultados do nosso estudo apontam para a chegada da hora do parto, as modificações corporais e a incerteza acerca da saúde do bebé, como sendo as causas principais de ansiedade durante o último trimestre de gravidez. E para combater esta ansiedade a mulher dialoga com a família, com o pai do bebé e procura um profissional de saúde que a escute e lhe esclareça as dúvidas. Tendo em conta estes aspectos, os enfermeiros devem estabelecer uma relação de ajuda com a grávida, mantendo um bom relacionamento e empatia, para que a grávida sinta confiança nos profissionais de saúde e para que estes lhe proporcionem toda a informação necessário para ela se sentir mais tranquila e menos ansiosa. O Enfermeiro deve também, durante as consultas, guiar a grávida no seu processo de tomada de decisão.

Muita da ansiedade da grávida tem por base um princípio comum, a falta de informação adequada. Ou seja, mesmo que esta tenha acesso a muita informação vinda das revistas, da televisão, da rádio, entre outras, não quer dizer que esta se sinta esclarecida, pois nem sempre

toda a informação é idêntica, fazendo com que a mulher se sinta mais confusa. Para colmatar estas falhas, seria importante que a informação fornecida á grávida fosse mais uniforme.

A elaboração deste estudo constituiu um grande desafio para a autora, a inexperiência na área da investigação foi uma das dificuldades, que com esforço, dedicação e muita vontade tentou ultrapassar. Apesar disso, considera-se que os objectivos foram atingidos: foram identificadas algumas das causas de ansiedade na grávida e alguns dos factores que contribuem para o seu controlo e diminuição.

Foi gratificante elaborar esta monografia devido à actualidade do tema, permitindo assim alargar e enriquecer os conhecimentos nesta área, sendo também de essencial contributo para o desenvolvimento pessoal e profissional enquanto aluna e futura profissional de Enfermagem

Reconhecemos que este estudo apresenta algumas limitações. O tempo disponível foi escasso e o acesso à amostra difícil. Reconhecemos que esta temática é merecedora de um estudo mais alargado, com uma amostra mais significativa, com alargamento a outras instituições de saúde e com outra abordagem metodológica, que permita explorar outros aspectos desta experiência.

No decorrer deste trabalho surgiram algumas dificuldades no que diz respeito à articulação da informação de modo a que o trabalho fosse estruturado de forma coerente, organizado e compreensivo. No entanto foi gratificante elaborar esta monografia devido à actualidade do tema, permitindo assim alargar e enriquecer os conhecimentos nesta área, sendo também de essencial contributo para o desenvolvimento pessoal e profissional enquanto aluna e futura profissional de Enfermagem.

VI – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografia Impressa

1. Barros, S. M. O. (2006). *Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal*. Editora Manole Ltda.
2. Bobak, I. M. Lawdermilk, D. L. Jensen, M. D. (1999). *Enfermagem na Maternidade*. 4ª Edição. Lusociência.
3. Canavarro, M. C. (2006). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. 2ª Edição. Quarteto.
4. Colman, L. L. Colman, A. D. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Edições Colibri.
5. Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação da concepção à realização*. Lisboa, Lusociência.
6. Graça, L. M. (2005). *Medicina Materno – Fetal*. 3ª Edição. Lidel.
7. Graziani, P. (2005). *Ansiedade e perturbações da ansiedade*. Lisboa, Climepsi Editores.
8. Green, L. (1980). *Health education Planning: A diagnostic approach*. Palo Alto, Mayfield Publication.
9. Leal, I. (2005). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Fim de Século.
10. Lee, M. (2006). *Manual da gravidez semana a semana*. Porto Editora.
11. Maldonado, M. T. (1997). *Psicologia da gravidez: Parto e puerpério*. Editora Saraiva.

12. Sequeira, C. (2006). *Introdução á prática clínica: do diagnóstico á intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Quarteto.
13. Tones, K. e Tilford, S. (1994). *Health education: Effectiveness, efficiency and equity*. London, Chapman e Hall.
14. Varela, P. (2006). *Chaves para reconhecer e desafiar a ansiedade: Ansiosamente*. 2ª Edição. A Esfera dos Livros.

Bibliografia on-line

1. Amorim, M. J. (2007). *Parto: medos & mitos*. [Em linha]. Disponível em <http://www.paisefilhos.pt/>. [Consultado em 13 de Julho de 2008].
2. Bibliomed (2007). [Em linha]. Disponível em <http://boasaude.uol.com.br/>. [Consultado em 20 de Agosto de 2008].
3. Conde, A. Figueiredo, B. (2005). [Em linha]. Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt>. [Consultado em 09 de Agosto de 2008].
4. DSM.IV. [Em linha]. Disponível em <http://www.psicologia.com.pt>. [Consultado em 20 de Agosto de 2008].
5. Lanhoso, M. M. T. (2008). [Em linha]. Disponível em <http://www.medicosdeportugal.iol.pt/>. [Consultado em 13 de Julho de 2008].
6. Lima, C. F. Oliveira, L. G. (2005). *A perturbação da ansiedade generalizada*. [Em linha]. Disponível em <http://www.psicologia.com.pt>. [Consultado em 20 de Agosto de 2008].
7. Manual Merck. [Em linha]. Disponível em <http://www.manualmerck.net/>. [Consultado em 09 de Agosto de 2008].

8. Mediapedia. [Em linha]. Disponível em <http://www.medipedia.pt/>. [Consultado em 20 de Agosto de 2008].
9. Pereira, S. (2005). *Ansiedade Associada ao Parto*. [Em linha]. Disponível em <http://www.consultorio-psicologia.com>. [Consultado em 13 de Julho de 2008].
10. Wikipédia. [Em linha]. Disponível em <http://pt.wikipedia.org/>. [Consultado em 09 de Agosto de 2008].

VII – ANEXOS

Anexo I

(Questionário)