

# Gestação de alto risco, sintomatologia depressiva e patologias gestacionais

Adriana Said Daher\*

Makilim Nunes Baptista\*\*

O termo alto risco na gravidez, geralmente, está relacionado com variáveis biológicas e/ou psicológicas em que o alto risco biológico está direcionado para a possibilidade de a gestante desenvolver problemas de saúde física que possam afetá-la e ao feto. Já o termo alto risco na área da saúde mental tem um significado mais voltado à probabilidade de a gestante desenvolver algum transtorno mental, como depressão, pânico, psicose puerperal e transtornos de ansiedade, dentre outros.

Um outro problema em empregar a palavra “alto risco” refere-se a sua conceituação, pois é considerado um termo ambíguo e diversos autores definem alto risco de maneiras diferentes, considerando variados aspectos para sua delimitação (Sussman e cols., 1996). Os mesmos autores levantam três questões que devem ser respondidas para conceituar alto risco. A primeira questão é a existência ou não de uma população com maior probabilidade em desenvolver uma doença devido a peculiaridades comportamentais. A segunda questão versa sobre a maior probabilidade de desenvolvimento de comportamentos mal adaptados por falta de acesso aos sistemas de saúde. Por último, os autores questionam a existência do alto risco em função de um conjunto de comportamentos que ocorrem por meio de uma situação específica.

A falta de clareza pode gerar conseqüências negativas, tanto clinicamente como cientificamente, comprometendo a relação entre a etiologia, o tratamento e o prognóstico, além de promover comportamentos anti-éticos, resultando em falhas nos tratamentos na área de saúde.

Para entender o significado de alto risco, Sussman e cols. (1996) propõem a análise de duas variáveis, isto é, o aparecimento de uma variável significa uma maior probabilidade do desenvolvimento da outra. Portanto, o termo alto risco tem de ser compreendido em três componentes operacionais. O primeiro é o “antecedente”, o segundo é o “conseqüente” e o terceiro é o contexto de saúde. O antecedente (o comportamento) pode colocar a pessoa em alto risco desenvolvendo o conseqüente (a doença). Essa relação antecedente–conseqüente (comportamento–doença) é o que estabelecerá a noção de alto risco. O terceiro elemento é o contexto de saúde, em que as associações acima citadas ocorrem, ou seja, falta de acesso a informações, precariedade do sistema de saúde, baixa educação sanitária, falta de acesso a medicamentos, etc. Esses três termos podem favorecer o entendimento do

## RESUMO

O presente artigo discute a dificuldade de conceitualização do termo alto risco e sua relação com patologias gestacionais e sintomatologia depressiva.

## PALAVRAS-CHAVE

Gestação de alto risco, patologias gestacionais, sintomatologia depressiva.

\* Psicóloga Clínica do Hospital e Maternidade Celso Pierro. Mestrado em Psicologia Clínica pela PUCCAMP.

\*\* Psicólogo Clínico. Doutorando UNIFESP. Depto Psicologia Universidade Braz Cubas.

termo alto risco, a compreensão das intervenções e a realização dos processos de prevenção.

Desde o final da década de 60, a mortalidade materna vem diminuindo devido às técnicas utilizadas e à atenção crescente em relação aos problemas fetais/neonatais. Os profissionais passaram, então, a identificar em seus estudos um grupo de gestantes que necessitava de atenção específica em consequência da presença de fatores de risco antes, durante e depois da gravidez, instituindo-se, assim, desde 1970, o termo gestação de alto risco (Resnik & Moore, 1996).

Uma gravidez é considerada de alto risco quando apresenta alguma intercorrência de ordem materna ou fetal durante o período de desenvolvimento intra-uterino do concepto, afetando a evolução e o resultado da gravidez (Montenegro & Rezende, 1987; Queenen, 1987).

A gestação de alto risco parece ser um tema que reflete poucos estudos na literatura vigente no que se refere aos aspectos psicossociais das gestantes, principalmente no Brasil, apesar de ser observado, nas diversas unidades obstétricas, um grande número de gravidezes com alta probabilidade de intercorrências, refletindo risco de vida para o feto e para a mãe.

Considerando que a gravidez faz parte do processo natural do desenvolvimento feminino e que significa um período de mudanças (Maldonado, 1986) corpóreas e psicológicas, espera-se que as mulheres vivenciem esse momento sem intercorrências, isto é, que a condição materna não seja ameaçada, porém, isso nem sempre ocorre.

As patologias gestacionais mais frequentes serão apresentadas posteriormente, e as variáveis psicológicas podem estar associadas a diversos problemas, inclusive de humor.

A sintomatologia depressiva, por exemplo, pode ser considerada um tema muito frequente nesse tipo de população e podem ser observados alguns fatores de risco para o seu desenvolvimento, como mulheres que tiveram poucos cuidados ou foram supercontroladas (talvez esse fator leve a mulher a ter dificuldades no enfrentamento de novas situações, pois não foram treinadas para discriminar as consequências de seus comportamentos); mulheres com alta sensibilidade interpessoal e pouca demonstração de carinho em relação às pessoas com quem convive (Boyce e cols., 1991); número de eventos vitais negativos durante o período da gravidez; baixo apoio emocional; solidão; menoridade; ser solteira; baixo nível educacional, dentre outros (Kumar & Mordecai, 1984; Zuckerman e cols., 1989; Gotlib e cols., 1989; Millán e cols., 1990).

A literatura não aponta a diferenciação da sintomatologia depressiva entre gestantes e não gestantes (Alvorado e cols., 1993 e Coverdale e cols., 1996), porém

muitos dos sintomas naturais da gestação estão sobrepostos aos sintomas da sintomatologia depressiva (Zuckerman e cols., 1989).

Diversos são os estudos que avaliam a prevalência de sintomatologia depressiva durante a gravidez, porém, quando o tema é gravidez de alto risco, parece haver uma lacuna nas pesquisas.

Alguns estudos apontam uma preocupação com a presença de sintomas depressivos em gestantes, porém as consequências da depressão durante a gestação não têm recebido a atenção necessária na literatura vigente, assim como não existem instrumentos específicos para avaliar tal estado. Uma das possíveis consequências da depressão durante a gestação é a não adesão ao pré-natal (Coverdale e cols., 1996). Na gestação de alto risco, os cuidados básicos são fundamentais para a manutenção da vida do feto e da gestante, bem como a adesão ao tratamento proposto pelos profissionais de saúde e, nesse sentido, a sintomatologia depressiva pode afetar o andamento desse processo delicado e complexo.

Algumas intercorrências físicas e/ou biológicas durante a gravidez fazem com que a gestação se torne de alto risco, necessitando a gestante a acompanhamentos médicos, hospitalizações frequentes e a sofrer procedimentos agressivos.

O trabalho de parto prematuro (TPP) é a interrupção da gravidez antes de 37 semanas completas. A gestante entra em trabalho de parto antes da vitalidade fetal, pois o feto não está suficientemente maduro para nascer, podendo resultar em óbito fetal ou em prematuridade do recém-nascido.

A placenta prévia é a inserção da placenta no útero, em um local inadequado, dificultando ou antecipando o nascimento do feto, podendo causar sangramento, óbito fetal, trabalho de parto prematuro e prematuridade do feto.

O deslocamento prematuro da placenta (DPP) pode ser explicado quando a placenta foi inserida adequadamente no útero e, no desenrolar da gravidez, ocorre o descolamento da mesma antes da época esperada. As consequências podem ser óbito materno, óbito fetal (a maior ocorrência), prematuridade do feto, desnutrição fetal, distúrbio de coagulação materna e fetal, além de hemorragias maternas internas ou externas.

A amniorrexe prematura é o rompimento da bolsa amniótica com saída ou não de líquido antes do parto efetivo, podendo resultar em infecções materna e fetal, trabalho de parto prematuro, prematuridade do recém-nascido ou óbito fetal.

O diabetes gestacional (DG) considera níveis elevados de açúcar no sangue, em que a tolerância de glicose só é patológica durante a prenhez, retornando à normalidade ao término da gravidez. As consequências podem ser: recém-nascido grande para a idade

gestacional (GIG), macrossômico, óbito fetal, sofrimento fetal, complicações pulmonares no recém-nascido e/ou anomalias fetais. Para a gestante com diabetes crônica, quando não controlada, pode-se desenvolver cegueira, insuficiência renal, vasculopatia e cardiopatia.

Por último, a doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) é o aparecimento de níveis pressóricos elevados na vigência da gravidez. Pode causar óbito fetal, prematuridade do recém-nascido, sofrimento crônico do feto, crescimento retardado do feto, óbito materno e eclâmpsia (convulsões incontroláveis).

Além das patologias específicas da gravidez, outras patologias não associadas à gestação podem levar a grávida a ser internada, colocando a gestação em risco. Essas doenças podem ser quaisquer tipos de infecções (por exemplo, vias urinárias e vias respiratórias) adquiridas durante a gravidez ou doenças crônicas que a paciente apresente, como, por exemplo, epilepsia, crises convulsivas a esclarecer, diabetes *mellitus* e hipertensão arterial crônica. Pode-se incluir nessa descrição as gestantes adolescentes e as gestantes idosas (Montenegro & Rezende, 1987; Delascio & Guariento, 1994).

Observa-se, no entanto, que os fatores sociais, psicológicos e orgânicos estão presentes durante a gestação de alto risco, podendo desencadear crises devido às gestantes não terem controle da situação experimentada. Um dos motivos pelo qual a gestante de alto risco pode experimentar a falta de controle é a ausência de informação sobre seu estado de saúde, sensações novas experimentadas durante a gestação (medo, ansiedade, dúvida, raiva, abandono, culpa), condição de saúde do bebê, sintomas e doenças mais frequentes durante a gestação e procedimentos cirúrgicos e médicos, dentre outros.

Clinicamente, observa-se que são cobrados das parturientes comportamentos que demonstrem felicidade, afeto e cuidados para com o filho. Todavia, mulheres que apresentam sintomas depressivos se culpam por não poderem corresponder a essas expectativas. Essas mulheres começam a apresentar alguns sintomas como insônia, falta de apetite, irritabilidade, falta de concentração, agitação psicomotora e, outras vezes, em menor grau, comportamentos agressivos em relação ao bebê.

Mercer & Ferketich (1994), ao estudarem a competência de grávidas que tinham o diagnóstico de alto risco comparou-as com um grupo de gestantes de baixo risco, isto é, que tinham um pré-natal normal, sem intercorrências. Essas mulheres foram avaliadas, logo após o parto e depois de um, quatro e oito meses do nascimento do bebê. Foi concluído que os dois grupos possuíam competência materna, que o fato das gestantes terem problemas orgânicos durante a

gestação não interfere na relação mãe-bebê e não traz efeitos negativos para o processo de vinculação. Essa relação melhorou do quarto para o oitavo mês, e a melhora foi vinculada ao aumento da habilidade em cuidar do filho.

A maioria das gestações tem um resultado favorável, porém os resultados não podem ser previstos em casos de uma gestação de alto risco. Esses resultados podem ser melhorados quando é empregado à gestante de alto risco um sistema que identifique os fatores de risco e amenize os problemas na gravidez e parto (Delascio & Guariento, 1994). O modelo de saúde a ser empregado tem que ter um enfoque biopsicossocial, necessitando que o psicólogo discrimine as variáveis presentes e, conseqüentemente, maneje as contingências (Laloni, 1997), favorecendo a gestante e o controle de sintomas psicológicos nocivos na gestação de alto risco.

#### SUMMARY

The mean difficulties "about high risk" term and the relationship with pregnancy pathologies and depressive symptomatology are focused in this paper.

#### KEYWORDS

High risk pregnancy, pregnancy pathologies, depressive symptomatology.

### Bibliografia

1. ALVORADO, R.R.; PERUCCA, P.E.; NEVES, E.; ROJAS, M.; MONARDES, J.; OLEA, E. & VERA, A. Cuadros Depressivos Durante El Embarazo y Factores Asociados. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia* 58(2): 135-141, 1993.
2. BOYCE, P.; HICKIE, I. E PARKER, G. Parents, Partners or Personality? Risk Factors for Post-natal Depression. *Journal of Affective Disorders* 21: 245-255, 1991.
3. COVERDALE, J.H; MCCULLOUGH, L.B; CHERVERNAK F.A. & BAYER, T. Clinical Implications and Management Strategies When Depression Occurs During Pregnancy. *Aust. New Zeland T Journal Obstetric and Gynecology* 36(4): 424-429, 1996.
4. DELASCIO, D. & GUARRIENTO, A. Clinical Implications and Management Strategies When Depression Occurs During Pregnancy. *Aust. New Zealand T Journal Obstetric and Gynecology* 36(4): 424-429, 1996.
5. GOTLIB, I.H.; WHIFFEN, V.E. & MOUNT, J.H. Prevalence rates and demographic characteristic associated with depression in pregnancy and postpartum. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57: 269-274, 1989.
6. KUMAR, R. & MORDECAI, R.K. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British Journal Psychiatry* 144: 35-47, 1994
7. CHILDBEARING WOMEN. *British Journal Psychiatry* 144: 35-47.
8. LALONI, D.T. O papel do Psicólogo Hospitalar diante das políticas institucionais. In: D.R. Zamignani. *Sobre Comportamento e Cognição*. Vol. 3, São Paulo, ARBytes Editora Ltda, 1997.

9. MALDONADO, M.T. **Psicologia da Gravidez**, São Paulo: Editora Manole, 1986.
10. MERCER, R.T. & FERKETICII S.L. Predictors of Maternal Role Competence by Risk Status. **Nursing Research** 43(1): 38-43, 1994.
11. MILLÁN, T. Encuesta sobre síntomas de depresión en embarazadas de um consultorio urbano de atención primaria. **Revista Médica Chilena** 118: 1230-1234, 1990.
12. MONTENEGRO, C.A.B. & REZENDE, J. **Obstetrícia Fundamental**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 5ª Edição, 1987.
13. QUEENEM, J. **Gravidez de Alto Risco**. São Paulo: Editora Manole, 2. edição, 1987.
14. RESNIK, R. & MOORE, T.R. Tratamento Obstétrico da Paciente de alto risco. In: Gerard N. Burrow e Thomas F. Ferris. **Complicações Clínicas Durante a Gravidez**, (Trad. Jacob Israele Lemos). São Paulo: Rocca, 1996.
15. SUSSMAN, S.; SIMON, T.R.; GLYNN, S.M. & STACY, A.W. What Does "High Risk" Mean? A PsyclINFO Scan of the Literature. **Behavior Therapy**, 27: 53-65.
16. ZUCKERMAN, B.; AMARO, H.; BAUCHNER, H. & CABRAL, H. Depressive symptoms during pregnancy: relationships to poor health behaviours. **American Journal Obstetrics and Gynecologia** 160: 1107-1111, 1989.

**Endereço para correspondência:**

Rua Ribeirão Branco, 93  
Jardim do Trevo  
CEP 13031-010 – Campinas, SP, Brasil  
Tel.: (0XX19) 272-0203