



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
PROGRAMA DE MESTRADO EM PSICOLOGIA E SAÚDE

MARIANA ALVES PORTO

**GESTANTES DE ALTO RISCO EM PROGRAMA DE ALTA
HOSPITALAR QUALIFICADA: PERSONALIDADE, ESTILO DE VIDA
E VIVÊNCIAS**

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO – SP

2018

MARIANA ALVES PORTO

**GESTANTES DE ALTO RISCO EM PROGRAMA DE ALTA
HOSPITALAR QUALIFICADA: PERSONALIDADE, ESTILO DE VIDA
E VIVÊNCIAS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, como requisito para obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Jaqueline Coelho Pinto

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO – SP

2018

Porto, Mariana Alves

Gestantes de alto risco em programa de alta hospitalar qualificada: personalidade, estilo de vida e vivências /Mariana Alves Porto -- São José do Rio Preto, 2018.

ix, 81f.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP. Programa de Pós-graduação em Psicologia e Saúde.
Área de Concentração: Psicologia e Saúde

High-risk pregnant women in qualified hospital discharge program:
Personality, lifestyle and experiences.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Jaqueline Coelho Pinto

1. Gravidez; 2. Alta do paciente; 3. Estilo de vida; 4. Personalidade

MARIANA ALVES PORTO

**GESTANTES DE ALTO RISCO EM PROGRAMA DE ALTA
HOSPITALAR QUALIFICADA: PERSONALIDADE, ESTILO DE VIDA
E VIVÊNCIAS**

BANCA EXAMINADORA

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

Presidente e Orientadora: Profa. Dra. Maria Jaqueline Coelho Pinto

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

1ª Examinadora: Profa. Dra. Beatriz Barco Tavares Jontaz Irigoyen

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

**2ª Examinadora: Profa. Dra. Maria Cristina de Oliveira Santos
Miyazaki**

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

São José do Rio Preto, 20 de março de 2018

SUMÁRIO

Agradecimentos	iv
Lista de Tabelas	v
Lista de Figuras.....	vi
Lista de Anexos.....	vii
Lista de Apêndices.....	viii
Resumo	ix
Abstract.....	x
Introdução	1
Objetivo.....	13
Método	14
Participantes.....	14
Materiais.....	14
Procedimento.....	15
Análise dos dados	17
Aspectos éticos.....	17
Resultados e Discussão	18
Conclusões	42
Referências.....	433

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço as mulheres participantes do estudo que se dispuseram a dividir conosco um pouco de sua experiência.

Agradeço a Prof^a Maria Jaqueline Coelho Pinto, quem tive o prazer de ter como orientadora, pela confiança e incentivo em meu trabalho, pela segurança que tem me passado constantemente, pelo acolhimento e por todo ensinamento transmitido.

Agradeço também à equipe de Psicologia e Enfermagem do HCM, que me auxiliaram e me apoiaram, com disposição e carinho, durante minha coleta de dados.

Aos professores e colegas do programa de mestrado em Psicologia e Saúde da FAMERP, pela amizade e companheirismo durante esta caminhada.

Às professoras Beatriz Barco Tavares Jontaz Irigoyen e Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki por aceitarem prontamente a fazer parte deste momento tão importante. É com muito prazer e honra que recebo suas contribuições em minha pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a qual concedeu uma bolsa de estudo para eu que pudesse desenvolver esta pesquisa;

Por fim, agradeço ao José, Solange, Juliana, Luana e ao querido Rodolpho, que me ensinaram que a simplicidade é o que mantém o coração cheio. Graças a vocês, eu cheguei até aqui.

Muito obrigada!

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Perfis cognitivos de personalidade segundo a teoria de Beck.....	08
Tabela 2: Distribuição das gestantes segundo as características sociodemográficas.....	18
Tabela 3: Distribuição das gestantes segundo o histórico obstétrico.....	21
Tabela 4: Distribuição das gestantes segundo o estilo de vida.....	23
Tabela 5: A vivência do medo.....	30
Tabela 6: Preocupação.....	32
Tabela 7: A importância do suporte social.....	34
Tabela 8: A fé como recurso de enfrentamento.....	36
Tabela 9: Relação profissional-paciente.....	37

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Média dos escores das nove dimensões do questionário Estilo de vida Fantástico.23

Figura 2: Perfis cognitivos de personalidade em porcentagem.....27

LISTA DE ANEXOS

Anexo I: Questionário Estilo de Vida “Fantástico”	53
Anexo II: Questionário de Crenças Pessoais – forma reduzida PBQ-SF.....	56
Anexo III: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	59

LISTA DE APÊNDICE

Apêndice I: Questionário sociodemográfico e dados obstétricos.....	62
Apêndice II: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE.....	63
Apêndice III: Transcrições das Entrevistas Abertas.....	66

Porto, M. A. (2017). *Gestantes de alto risco em programa de alta hospitalar qualificada: Personalidade, estilo de vida e vivências* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP.

RESUMO

O Programa da Alta Hospitalar Qualificada, realizado por equipe multidisciplinar, tem por objetivo avaliar e identificar as necessidades sociais, físicas e psicológicas de gestantes de alto risco hospitalizadas, para que no momento de sua alta hospitalar, possa contatar com a Rede de Assistência à Saúde e ações preventivas a novas intercorrências com a paciente em questão. O objetivo do estudo foi delinear o perfil sociodemográfico, estilo de vida e personalidade, bem como compreender as vivências de mulheres inseridas no programa de alta qualificada do Hospital da Criança e Maternidade (HCM) de São José do Rio Preto. Para coleta dos dados foram utilizados os questionários: sociodemográfico, Estilo de Vida “Fantástico”, Crenças Pessoais (PBQ – SF) e entrevista compreensiva. Os dados quantitativos foram submetidos à análise descritiva, enquanto os qualitativos, analisados na modalidade fenomenológica. A amostra incluiu 13 gestantes de risco hospitalizadas, com a média de idade de 24 anos (desvio padrão 5,1). A maioria se encontra em união estável, possui ensino médio, crença religiosa e se autodeclara do lar. A multiparidade está presente em aproximadamente 61,5% (N=8) e 61,5% (N=8) não tiveram histórico de aborto anterior. A maioria apresentou um bom estilo de vida e os perfis de personalidade que se sobressaíram foram: esquizoide, evitativa e dependente. Quanto às vivências, emergiram cinco categorias: Medo; Preocupação; Fé como recurso de enfrentamento; Importância do suporte social e Relação profissional-paciente. Os dados são relevantes, pois a compreensão da demanda da população atendida propicia subsídios para adequação do atendimento e elaboração de um plano terapêutico mais adequado às necessidades das pacientes.

Palavras-Chave: Gestantes; Gestação de alto risco; Alta do paciente; Estilo de Vida; Personalidade

Porto, M. A. (2017). *High-risk pregnant women in qualified hospital discharge program: Personality, lifestyle and experiences*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP.

ABSTRACT

The Program of Qualified Hospital Discharge, composed by a multidisciplinary team, aims to evaluate and identify the social, physical and psychological needs of pregnant women those are high risk and are hospitalized, in order to these women would contact the Health Care Network in the moment of their hospital discharge, to prevent new complications with the patients under discussion. The goal of this present study was outline the sociodemographic profile, lifestyle and personality, as well as, to understand the experiences of women included in this program. Data collection involved the surveys: sociodemographic, “Fantastic” Lifestyle, Personal Beliefs (PBQ – SF) and comprehensive interview. The quantitative data were submitted to descriptive analysis, while the qualitative data were analyzed in the phenomenological modality. The sample included 13 hospitalized risk pregnant women, with average age of 24 years. Among them, mostly are in stable union, completed high school, have a religious belief and declare themselves as housewives. The multiparity is present in 61.5% (N=8) and 61.5% did not have an abortion history before. The majority showed a good lifestyle and the personality profiles those are more common are: schizoid, avoidant and dependent. In relation to the experiences, five categories emerged: Fear, Concern, Faith as a confrontation appeal, importance of the social support and professional-patient relationship. The study is relevant, since the demand comprehension of the assisted population provides subsidies to the assistance adjustment and the elaboration of a more reliable therapeutic plan.

Key words: Pregnancy, Pregnancy, High-Risk; Patient Discharge; Life Style; Personality

INTRODUÇÃO

A gestação é um evento marcante na vida da mulher, pois é o momento em que o corpo materno se prepara para gerar um novo ser, resultando em diversas mudanças físicas, psicológicas e sociais. É caracterizado por um cenário complexo e a maior satisfação na maternidade decorrerá de uma vivência gestacional adequada. Portanto, esse momento peculiar, merece ser tratado de forma singular e especial por profissionais qualificados (Leite, Rodrigues, Sousa, Melo & Fialho, 2014).

Atendendo às exigências do Ministério da Saúde, o Hospital da Criança e Maternidade – HCM – de São José de Rio Preto, tem implantado em seu serviço o Programa de Alta Hospitalar Qualificada para gestantes de alto risco. O programa, realizado por equipe multidisciplinar, tem por objetivo avaliar e identificar as necessidades sociais, físicas e psicológicas dessas pacientes e, no momento da alta hospitalar, contatar com a Rede de Assistência à Saúde e ações preventivas de intercorrências.

Nesse contexto, o psicólogo da saúde terá como objeto de atuação os aspectos psicológicos de toda e qualquer doença, visto que toda doença se encontra repleta de subjetividade. A partir da observação de sentimentos, desejos, falas, crenças, comportamentos, conflitos, estilo de vida e estilo do adoecer, o profissional será capaz de identificar se tais aspectos aparecem como causa da doença, agravante do quadro clínico ou como fator de manutenção do adoecimento. Sua atuação a partir de tais aspectos auxiliará o paciente na travessia da doença e, quando possível, na cura (Simonetti, 2011).

A Gestação de Alto Risco

Segundo o Ministério da Saúde (2012), a gestação é um fenômeno fisiológico e é compreendida como parte de uma experiência de vida saudável, a qual envolve mudanças dinâmicas no ponto de vista físico, social e emocional.

Apesar de ser um momento natural do ciclo de vida da mulher, apresenta características de uma situação de crise, sendo, portanto, considerado um período de

instabilidade e desorganização, o qual provoca sentimentos de desconforto, inquietação e angústia (Ávila & Berlinck, 2014).

No âmbito da saúde mental, uma das características fundamentais de uma crise é a presença de desafios. A solução para a superação da crise pode se dar de maneira saudável, provocando o amadurecimento da personalidade, ou de maneira doentia, causando maior grau de desorganização e desajustamento (Maldonado, 2013).

Quando se trata da gestação, a mulher se depara com a necessidade de se reestruturar e se reajustar em diversas dimensões, como a mudança de identidade e a nova definição de papéis sociais. Fatores socioeconômicos também sofrem mudanças e influenciam a vivência gestacional. O fato de ter um filho acarreta mudanças no orçamento familiar e na rotina de trabalho da mulher, caracterizada pela multiplicidade de papéis e a tripla jornada: profissional, familiar e doméstica. Portanto, esse é um momento crucial para que a mulher consiga se adaptar à nova realidade, atingindo novos níveis de integração e maturidade ou adotando uma solução patológica (Maldonado, 2013).

Outra vivência básica do período gestacional é a ambivalência afetiva, isto é, a mulher se questiona sobre a gestação e se deseja ou não o filho. Espera-se que a gravidez seja um evento recebido com grande alegria e entusiasmo, porém é comum que as mulheres também se sintam apreensivas, deprimidas e insatisfeitas com a situação, por não ter sido desejada/planejada ou pela estrutura de personalidade. Muitas vezes, a gestante não encontra espaço para falar sobre sua ambivalência afetiva, vivenciando-a secretamente e envolta pela culpa de não corresponder às expectativas do social. É importante que os profissionais envolvidos no processo gestacional estejam atentos a essas manifestações e atuem para amenizá-las e torná-las suportáveis e inofensivas (Bortoletti, 2007).

Além de todas as mudanças que uma gestação acarreta na vida da mulher, algumas ainda tem de lidar com o fato de vivenciar uma gravidez de alto risco, isto é, quando a

gravidez implica risco à saúde e vida da mãe, do feto e do recém-nascido. Uma gestação pode tornar-se de risco a qualquer momento durante sua evolução ou trabalho de parto, trazendo a essa mulher alterações adicionais tanto no âmbito fisiológico, quanto no emocional (Ministério da Saúde, 2012).

Nessa situação, as mudanças biopsicossociais tornam-se específicas. É um momento em que emergem sentimentos como o medo, ansiedade, raiva e sofrimento pelo estigma de ser gestante de risco. Frequentemente, sentimentos como culpa e sensação de punição também se encontram presentes (Oliveira, Madeira & Penna, 2011).

Ao longo de seu desenvolvimento, a gestação de alto risco, traz ainda como característica as intercorrências, tornando a hospitalização evento comum em algum momento da gravidez. Se por um lado a hospitalização pode propiciar um sentimento de segurança na assistência à sua saúde, por outro, provoca alterações no ritmo familiar da mulher, como o distanciamento de sua casa, da família e do trabalho. Nesse momento, é comum o agravamento de sentimentos como medo, ansiedade e solidão (Silva et al., 2013).

Nota-se que essas gestantes possuem maior desafio no que diz respeito às novas adaptações emocionais, pois além da adaptação ao novo papel da maternidade, há o acréscimo de diversas emoções associadas às condições clínicas. A ameaça de perda do seu filho se faz constante e o risco também implica no medo sobre sua própria saúde (Caldas, Silva, Böing, Crepaldi & Custódio, 2013).

Mulheres que vivenciam essa situação necessitam de atendimento especializado, levando em consideração não apenas os fatores fisiológicos da gestação, mas também os fatores psicológicos e sociais. Para atender essa demanda de forma integral, é necessário entender os fatores que, possivelmente, levaram o desencadeamento da gestação de risco.

Alguns fatores biológicos são considerados de risco, como a história reprodutiva anterior (aborto, morte perinatal, parto pré-termo, cirurgia uterina, etc.), condições clínicas

preexistentes (hipertensão arterial, cardiopatias, doenças infecciosas, neoplasias, etc.) e doenças obstétricas na gravidez atual (diabetes gestacional, hemorragias da gestação, pré-eclâmpsia, etc.). Entretanto, os riscos reprodutivos ultrapassam o saber biomédico, pois as vulnerabilidades sociais influenciam no desenvolvimento da gravidez, como as características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis (idade, peso, baixa escolaridade, conflitos familiares, hábitos de vida, etc.) (Ministério da Saúde, 2012).

É válido ressaltar as questões de gênero presentes nessa temática, como a tripla jornada de trabalho da mulher, violência doméstica, assédio sexual e moral no trabalho, dependência econômica, chefia de lar monoparental, dentre outras. Apesar de não serem incorporadas nos atendimentos médicos, essas questões podem exercer grande influência no desenvolvimento não saudável da gestação (Xavier, Jannotti, Silva & Martins, 2013).

Algumas características psíquicas e comportamentais são consideradas fatores de risco à gestação. Segundo Sanchez (2015), ainda que exista maior segurança por meio das técnicas médicas, o que irá delinear a evolução da gestação são os cuidados com a saúde, as emoções e o estilo de vida da gestante, que podem influenciar de maneira positiva ou negativa no bem-estar físico ou mental da paciente.

Desse modo, para compreender a gestação de alto risco e os possíveis fatores de risco dessas mulheres, o presente estudo buscou compreender o estilo de vida, sua personalidade e suas vivências.

Estilo de vida

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS (2004), estilo de vida é um conjunto de hábitos e costumes que podem ser inibidos, modificados ou encorajados pelo processo de socialização ao longo da vida. Esses hábitos incluem uso de substâncias como álcool, tabaco, cafés e chás, prática de exercícios físicos e dietas, que implicam na saúde, influenciando nas áreas física, mental, espiritual e social.

Refletindo os aspectos negativos da globalização e da rápida urbanização, a população passou a apresentar um estilo de vida não compatível com a saúde. As pessoas passaram a ter uma vida sedentária, alimentação com alto teor calórico e o aumento do uso excessivo de drogas lícitas e ilícitas (Malta & Silva, 2013).

Houve uma transformação do perfil epidemiológico da população de países industrializados. Nos últimos 100 anos ocorreu uma queda gradual e progressiva das doenças infecciosas e parasitárias, dando lugar para a ascensão das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). No Brasil, apesar de ainda existir um número expressivo de doenças infecciosas e parasitárias, o número de DCNT vem crescendo significativamente (Araújo, 2012).

As DCNT podem ocorrer devido fatores não modificáveis, como a hereditariedade, sexo, idade, etnia, dentre outros. Porém, há os modificáveis, como o tabagismo, a inatividade física, a dieta inadequada e o consumo abusivo e dependência de álcool. Esses fatores, estão intimamente ligadas com o estilo de vida e representam os principais fatores de risco para a mortalidade mundial, pois os dados apontam que 13% de mortes no mundo estão relacionadas à pressão arterial elevada; assim como, 9% ao tabaco, 6% ao aumento de glicose no sangue, 6% à inatividade física e 5% ao sobrepeso (OMS, 2009).

Mulheres também estão presentes nessa realidade e o desenvolvimento de algumas doenças pode desencadear uma gestação de alto risco. Como indica o estudo de Rodrigues et al. (2015), gestantes de alto risco atendidas em uma clínica escola de nutrição, apresentavam hábitos de alimentação inadequados que podem ser uma das causas do desenvolvimento não saudável da gestação. Estudo de Bogaerts et al. (2017), concluiu que o ganho de peso excessivo antes e durante a gestação, pode acarretar diabetes, hipertensão gestacional e outras complicações perinatais.

No período gestacional, é possível a realização de programas educacionais em saúde que visam modificar comportamentos na escolha de hábitos que repercutem positivamente no estado de saúde materno-fetal (Barreto, Santos & Demetrio, 2013).

Consoante a isso, a identificação dos fatores de risco e o estilo de vida se faz necessário para o desenvolvimento de ações preventivas para a saúde, direcionadas à redução da morbimortalidade e aumento da qualidade de vida (Rocha-Brischiliari, et al., 2014).

Perfis cognitivos de personalidade

A personalidade de um indivíduo pode ser definida como um padrão persistente de emoções, pensamentos e comportamentos. Esse padrão, também compreendido como traços de personalidade, está associado a uma variedade de indicadores nos níveis social, interpessoal e individual, como por exemplo, a saúde física e psicológica, a espiritualidade, as relações afetivas, a identidade, dentre outras (Mazer, Macedo & Juruena, 2017).

A depender de determinadas características presentes na personalidade do sujeito, sua adaptação e modo de viver sua realidade pode se dar de forma saudável ou patológica. Quando as características estão ligadas a maior autonomia, satisfação, tendência a ajustar-se ao meio social e habilidade de colocar suas potencialidades em prática, o funcionamento psicológico pode apresentar-se de forma mais saudável. Por outro lado, quando essas características se apresentam de forma desadaptativa ou patológica, poderá resultar na dificuldade na convivência do indivíduo em diferentes ambientes (Carvalho, Sette & Primi, 2014).

É possível encontrar diversas teorias da personalidade na literatura, e apesar do conceito parecer comum entre elas, o modo como as características individuais são compreendidas pode variar. Nesse estudo, utilizou-se a teoria cognitiva da personalidade de Beck. Para ele, o modo como as pessoas interpretam os dados sobre si mesmas e sobre os outros é influenciado pela organização de sua personalidade (Beck, Davis & Freeman, 2017).

Segundo essa teoria, desde a infância o indivíduo elabora determinados entendimentos e aprendizagens a partir da interação com o ambiente e da necessidade de organização de suas experiências. Tais aprendizados são denominados crenças e são elas que guiarão a maneira pela qual uma situação é avaliada pelo sujeito (Duarte, Nunes & Kristensen, 2008).

As crenças são embutidas em estruturas mais ou menos estáveis denominados esquemas, os quais podem ser compreendidos como uma rede inter-relacionada que orienta os indivíduos em suas atitudes. São estruturas mentais que selecionam e organizam eventos e informações, atribuindo um significado a eles. (Beck et al., 2017).

Quando o sujeito atribui um significado a um evento, as estruturas cognitivas atuam e provocam uma reação em cadeia que resulta em tipos de comportamentos explícitos, atribuídos a traços de personalidade. Tais comportamentos são denominados de “padrões de comportamentos” ou “estratégias”. Desse modo, entende-se que os estilos comportamentais de cada indivíduo são um reflexo de suas estratégias comportamentais (Beck et al., 2017).

Em alguns casos, mesmo que essas estratégias se originem de forma adaptativa, seu uso se torna exagerado e preponderante durante o curso do desenvolvimento, culminando em um transtorno de personalidade. Nesses casos, as estratégias se tornam inflexíveis, excessivamente generalizadas e intrusivas, o que resulta na dificuldade em estabelecer relacionamentos interpessoais e redução de seu bem-estar (Beck et al., 2017).

Em sua teoria, Beck et al., (2017) afirma que um modo simples de pensar nos transtornos de personalidade é abordá-los a partir de certos vetores, isto é, compreender como os tipos de personalidade se relacionam, agem e utilizem seu espaço interpessoal. Conclui que existem perfis de personalidade, caracterizados por dotes inatos que interagem com as influências ambientais, produzindo distinções quantitativas nos padrões cognitivos e afetivos, resultando em diferenças individuais à personalidade. Assim, descreve nove perfis cognitivos dos transtornos de personalidade, esquematizados de acordo com suas principais crenças.

Tabela 1.
Perfis cognitivos de personalidade segundo a teoria de Beck*

Perfil Cognitivo de Personalidade	Conflito-chave	Visão de Si	Visão dos Outros	Principais Crenças
Evitativa	Gostariam de estar perto de outros, mas têm medo de se machucar, ser rejeitadas e malsucedidas	Ineptos socialmente e incompetentes em situações profissionais	Críticos, indiferentes, prejudiciais	“Não tenho nada de bom, não presto pra nada”. “Se as pessoas chegassem perto, descobririam meu eu e me rejeitariam”.
Dependente	Acreditam ser indefesas e, portanto, tentam vincular-se a alguma figura mais forte, que lhes ofereça recursos para sua sobrevivência e felicidade	Carentes, fracos, indefesos e incompetentes	Protetores, apoiadores e competentes	“Preciso de outras pessoas – especificamente, alguém forte – para sobreviver”. “Sou totalmente indefeso”.
Passivo-agressivo	Conflito entre seu desejo de obter benefícios por meio das autoridades e seu desejo de manter a autonomia.	Autossuficientes, mas vulneráveis à intrusão dos outros	Intrusivos, exigentes, controladores, mas também capazes de serem apoiadores e tolerantes	“Ser controlado pelos outros é intolerável”. “Preciso fazer as coisas do meu jeito”. “Se eu seguir as regras, perco minha liberdade de ação”.
Obsessivo-Compulsivo	Controle, dever e perfeccionismo	Responsáveis por si mesmos e pelos outros	Displicentes, irresponsáveis, autocomplacentes ou incompetentes	“Preciso de ordem, sistemas e regras para sobreviver”. “Se eu não tiver sistemas, tudo vai desabar”.
Paranoide	Adota a desconfiança em quase todas as situações	Íntegros e vulneráveis ao mau trato dos outros	Enganadores, traiçoeiros e veladamente manipuladores	“Não se pode confiar nos outros”. “Se não for cuidados, as pessoas irão me manipular”.
Antissocial	Pode assumir variadas formas, desde o conluio, a manipulação e a exploração até o ataque direto	Solitários, autônomos e fortes	Vulneráveis e exploráveis	“Preciso ser o agressor ou serei a vítima”. “Se eu não tirar, nunca vou conseguir o que mereço”.
Narcisista	Autoenaltecimento	Especiais, incomparáveis, superiores e com direitos especiais	Inferiores, potenciais admiradores	“Sou superior aos outros e eles devem reconhecer isso”. “Se os outros não reconhecerem meus <i>status</i> especial, eles devem ser punidos”.
Histriônico	Expressividade; tendência de dramatizar ou romantizar todas as situações e tentar impressionar e cativar os outros	Glamorosos, impressionantes e dignos de atenção	São favoráveis, desde que possam extrair deles atenção, divertimento e afeição	“Preciso que outras pessoas me admirem para ser feliz”. “Se eu entretiver e divertir outras pessoas, sou digno”.
Esquizoide	Sacrificam a intimidade para preservar o desapego	Excêntricos, solitários, não se encaixam socialmente	Intrusivos, exigentes e hostis	“Sou mais feliz e fico melhor sozinho”. “Se eu não tenho nada a oferecer, não há por que tentar me ligar aos outros”. “Se eu ficar sozinho, não vou aguentar”.
Borderline	Instabilidade em muitos, se não todos, aspectos da personalidade	Imperfeito, vulnerável a abuso, traição, negligência	Caloroso, estimulante, mas indigno de confiança	“Se meus sentimentos forem ignorados, vou perder o controle”.

*Beck et al., 2017, p. 83-96

Essas características permitem compreender o modo como cada perfil de personalidade se relaciona com outras pessoas. Porém, só será caracterizado um transtorno de personalidade se essa padronização for considerada disfuncional, acarretando problemas que geram sofrimento no paciente (Beck et al., 2017).

Pesquisadores demonstram a importância de avaliar o modo de funcionamento da personalidade, pois mesmo que esse não se dê de forma patológica, possibilita a compreensão da função das reações do paciente em interação com o ambiente e sua dinâmica subjacente, aos comportamentos manifestos (Carvalho, Bartholomeu & Silva, 2010).

Como mostra o estudo de Brancaglioni (2013) que buscou associar traços de personalidade com quadros de depressão maior em gestantes. Seus resultados constataram que mulheres que apresentam traço de personalidade evitativa (pessoas precavidas, negativistas, com alta sensibilidade a críticas e intervenções) e traço de personalidade autotranscendência (capacidade de ultrapassar suas próprias barreiras) tendem a desenvolver depressão gestacional. Já o traço de personalidade de autodirecionamento (responsáveis, construtivas, confiáveis) apresenta uma proteção ao desenvolvimento de depressão nessas mulheres.

Além da compreensão do modo de funcionamento, a identificação de traços ou transtornos de personalidade pode auxiliar na prevenção e recuperação da saúde não só mental, mas também a física. Como elucidado no estudo de Pereira, Lima, Magnanini, Legay e Lovisi (2011), os transtornos de personalidade durante a gestação, além de afetar o bem-estar da mulher, interferem negativamente no autocuidado, repercutindo no inadequado desenvolvimento da gestação, do feto e do vínculo pré-natal.

Chatzi et al. (2013) também se propuseram a investigar se a presença de determinados traços de personalidade interferem em resultados adversos no nascimento, como a prematuridade e a restrição do crescimento fetal. Com seus resultados, concluiu que a

presença de traços de neuroticismo – tendência para experimentar emoções negativas – pode estar associada ao aumento do risco de restrição do crescimento fetal. Para os autores, isso pode ser explicado pelo fato de que o neuroticismo está associado à vulnerabilidade ao estresse, dificuldade de enfrentamento e subutilização de suporte social, além de maior incidência em comportamentos de risco para a saúde, como ingestão de álcool e tabagismo, culminado em um ambiente intrauterino desfavorável ao feto.

Frente a isso, o presente estudo busca identificar traços de personalidade em gestantes de alto risco, não só para compreender seu modo de funcionamento psicológico, mas também para que os profissionais da saúde, posteriormente, possam utilizar essas características a favor do enfrentamento e recuperação da saúde, bem como garantir o atendimento integral desta população.

A integralidade do atendimento de gestantes de alto risco foi incorporada em programas e leis que norteiam o trabalho das instituições de saúde. Este estudo também buscou auxílio especificamente de um desses programas que objetivam a garantia do atendimento integral da gestante, o qual é denominado “alta hospitalar qualificada”. Para compreendê-lo, será realizado um recorte do histórico de políticas e programas oferecidos no Brasil para essas mulheres.

Políticas públicas destinadas à saúde da mulher no Brasil: o caminho até a alta qualificada

Em 2011, foi lançado pelo Governo Federal o programa denominado Rede Cegonha, caracterizado por ser uma rede de cuidados com o objetivo de assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gestação, parto e puerpério. O programa tem como foco também a criança, desde seu direito ao nascimento seguro até seu crescimento e desenvolvimento saudável (Portaria nº 1.459, 2011).

Suas diretrizes e objetivos são direcionados à implantação de um modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, organizando a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil

para garantir o acesso e acolhimento das mulheres. Traz propostas de redução de mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal. A Rede se organiza em quatro componentes: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; e Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação (Silva et al., 2011).

Apesar de ser abrangente, no decorrer dos anos a rede vem sendo aprimorada por meio de publicações de leis que buscam especificar cada âmbito da saúde da mulher. A Portaria 1.020 (2013) traz em seu conteúdo “as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco em conformidade com a Rede Cegonha”.

Essa portaria preconiza a coordenação e continuidade do cuidado da gestante de alto risco, garantindo o pré-natal específico às suas necessidades e a integralidade do seu atendimento. Aponta para a responsabilidade da atenção básica em captar precocemente essas gestantes e realizar o devido encaminhamento para as equipes de referência (Portaria 1.020, 2013).

A gestação de alto risco apresenta intercorrências ao longo de seu desenvolvimento, tornando a hospitalização evento comum em algum momento da gravidez. Portanto, a portaria também preconiza a garantia de um hospital de referência para atender emergências obstétricas com atendimento 24 horas nos sete dias semana (Portaria 1.020, 2013).

No âmbito da atenção hospitalar, entra em vigência a Portaria nº 3.390 (2013), a qual institui as diretrizes para a “organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS)”. A norma se estende a toda a gama hospitalar em suas diversas especialidades. Contudo, seguindo o objetivo do presente trabalho, será exposto apenas o conceito da alta hospitalar na especialidade obstétrica.

Após o atendimento e tratamento hospitalar, a equipe de saúde deverá realizar a alta da paciente. Porém, de acordo com o artigo 16, da portaria nº 3.390 (2013), a alta hospitalar passa a ser denominada como “alta hospitalar responsável”, ou “alta hospitalar qualificada” e é entendida como uma transferência do cuidado. Para a sua realização, é necessário seguir os seguintes passos: orientar os pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçar a autonomia do sujeito, proporcionar o autocuidado e articular a continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS.

Essa portaria em conformidade com a Rede Cegonha e especificamente, com a Portaria 1.020 (2013), exige do hospital de referência ao atendimento de gestantes de alto risco uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, assistente social, nutricionista e psicólogo para o acompanhamento da gestante de alto risco no momento de sua internação em enfermaria. Nesse momento, cada profissional irá atuar de acordo com sua área específica e a partir desse acompanhamento, elaboram um relatório em conjunto com as principais necessidades, para que a Rede de Atenção à Saúde continue o acompanhamento na mesma direção do tratamento. Isto é, transferem o cuidado e garantem sua continuidade. Essas ações visam à prevenção de novas intercorrências, do nascimento prematuro do bebê e até mesmo o óbito fetal ou materno.

Apesar de todos os esforços do sistema de saúde, a mortalidade materna e infantil ainda é uma questão a ser enfrentada. A partir dos dados apresentados pelo DATASUS, é possível fazer uma comparação entre o período de implantação da Rede Cegonha até os dias atuais. Em 2012, ocorreram 1.038 mortes maternas por causas obstétricas diretas, enquanto em 2016 esse número caiu para 879. Em relação a mortes infantil e fetal por causas evitáveis, sendo essas causas a adequação da atenção à gestação, em 2012 foram 10.221 e em 2016, 8.217. Nota-se que houve uma pequena diminuição nos números, porém há ainda um expressivo número de mortes relacionado à atenção obstétrica.

Desse modo, o presente estudo buscou compreender a dinâmica da alta hospitalar qualificada com gestantes de alto risco, visando contribuir para o aprimoramento do programa, e conseqüentemente, influenciar na prevenção da morbimortalidade materna, fetal e infantil. Acredita-se que para o bom funcionamento do programa, é necessário que a equipe multidisciplinar conheça a mulher em questão, tornando o atendimento mais humanizado e efetivo.

Objetivo

Verificar o estilo de vida e perfil cognitivo de personalidade de gestantes de alto risco hospitalizadas e inseridas no programa de alta qualificada.

Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico;
- Compreender os significados e sentidos atribuídos por gestantes de alto risco às suas vivências na atenção pré-natal e alta qualificada.

MÉTODO

O estudo caracteriza-se como descritivo, transversal, com um delineamento quantitativo e qualitativo.

Foi realizado na enfermaria obstétrica do Hospital da Criança e Maternidade – HCM - de São José do Rio Preto – SP, hospital referência da Divisão Regional de Saúde (DRS) XV, a qual é composta por 102 municípios. Essa unidade hospitalar é responsável pela emergência obstétrica, internação de gestantes de alto de risco que apresentam intercorrência e, no período pós-parto, mães e recém-nascidos sadios permanecem em alojamento conjunto. A unidade possui 30 leitos e conta com equipe multidisciplinar.

Participantes

Mulheres gestantes de alto risco, hospitalizadas em enfermaria obstétrica e inseridas no programa de Alta Qualificada. Foram excluídas do estudo as gestantes não participantes do programa e as com limitações que as tornavam impossibilitadas de responder aos instrumentos.

Materiais

Para coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos:

- **Questionário sociodemográfico e dados obstétricos**, elaborado pela pesquisadora (Apêndice I). Com questões sobre idade, escolaridade, estado civil, religião, trabalho laboral e histórico gestacional.
- **Questionário Estilo de Vida “Fantástico”** (Anexo I) – Instrumento que considera o comportamento dos indivíduos e seus resultados permitem associar o estilo de vida e a saúde. Possui 25 questões dispostas na forma de escala *Likert* divididas em nove domínios: família e amigos; atividade física; nutrição; cigarro e drogas; álcool; sono, cinto de segurança, estresse, e sexo seguro; tipo de comportamento; introspeção e trabalho. Dessas questões, 23 possuem cinco alternativas de respostas e duas são dicotômicas. As questões são distribuídas em colunas e sua codificação é feita da

seguinte maneira: zero para a primeira coluna, 1 para a segunda coluna, 2 para a terceira, 3 para a quarta e 4 para a última coluna. Nas questões dicotômicas é pontuado zero para a primeira coluna e 4 para a última. A soma dos escores permite classificar os indivíduos em cinco categorias: "Excelente" (85 a 100 pontos), "Muito bom" (70 a 84 pontos), "Bom" (55 a 69 pontos), "Regular" (35 a 54 pontos) e "Necessita melhorar" (0 a 34 pontos) (Añez, Reis e Petroski, 2008).

- **Questionário de Crenças Pessoais – forma reduzida PBQ-SF** (Anexo II) – É baseado no pressuposto de que as diferenças descritivas dos transtornos da personalidade estão apoiadas nos diferentes padrões de crenças. Assim, o instrumento apresenta afirmações autorreferenciais, englobando nove tipos de perfis cognitivos de personalidade: evitativa, dependente, passivo-agressivo, obsessivo-compulsivo, paranoide, antissocial, narcisista, histriônico e esquizoide (Leahy, 2007).
- **Entrevista qualitativa** - Entrevista compreensiva na perspectiva fenomenológica, que consiste num diálogo iniciado por uma questão norteadora: “Como tem sido para você desde que soube do diagnóstico de gestação de alto risco?”.

Procedimento

Foram entrevistadas 13 gestantes entre o período de outubro de 2016 a janeiro de 2017. As participantes foram recrutadas por conveniência e convidadas a participarem. Inicialmente, foi esclarecido todo o procedimento e fornecido as informações sobre a pesquisa. Para as que aceitaram participar, foi solicitada a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (Apêndice I). Após, foram aplicados os instrumentos propostos pelo projeto.

Para a coleta de dados realizou uma entrevista no leito da gestante e, para garantia da privacidade e sigilo de suas respostas, foram utilizadas algumas estratégias como: ausência de acompanhante, realização das entrevistas em horário de almoço e troca de plantões das

equipes médicas e de enfermagem; e quando necessário, a utilização de biombo no leito para privacidade da mesma.

ANÁLISE DOS DADOS

Os escores obtidos pelos questionários foram distribuídos em tabelas em número e frequência, para posterior análise dos dados. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra pela pesquisadora, consentida pelas gestantes, para posterior análise descritiva.

De posse dos relatos das gestantes, submetemo-los à etapa de análise de dados, baseado na modalidade fenomenológica, a qual Amatuzzi (2009), propõe que seja constituída em quatro momentos distintos:

1º - Transcrição na íntegra das entrevistas e leitura ampla acerca dos relatos dos colaboradores, para que se apreenda o sentido geral do fenômeno pesquisado;

2º - Elaboração e discriminação das “unidades de significado”, após leitura e releitura dos depoimentos. Tais unidades não existem por si só, são extraídas após indagação do pesquisador em relação ao fenômeno que se pretende compreender;

3º - Após apreensão das unidades de significado, o pesquisador deverá agrupá-las em categorias que expressem o *insight* psicológico encontrado no discurso do colaborador.

4º - Nesta última etapa os *insights* contidos nas unidades de significado deverão ser sintetizados e integrados em temas ou categorias buscando identificar suas convergências e divergências, para a compreensão dos discursos dos colaboradores, o que acarretará em melhor compreensão da estrutura geral do fenômeno indagado.

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da FAMERP e foi aprovado sob o número CAEE: 59113816.4.0000.5415 e Parecer nº 1.775.076 (Apêndice II). Após aprovação, foi dado início à coleta de dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra do estudo foi composta por 13 gestantes, participantes do programa de alta qualificada, cujas características sociodemográficas coletadas nas entrevistas são apresentadas na Tabela 2.

TABELA 2.

Distribuição das gestantes segundo as características sociodemográficas

Variáveis	N	%	Variáveis	N	%
Idade			Escolaridade		
15 a 17 anos	2	15,4	Fundamental Completo	2	15,4
18 a 22 anos	2	15,4	Médio Incompleto	3	23,1
23 a 27 anos	6	46,2	Médio Completo	6	46,2
28 a 32 anos	3	23,1	Superior Incompleto	2	15,4
Estado Civil			Religião		
Solteira	3	23,1	Evangélica	7	53,8
Casada	3	23,1	Católica	4	30,8
União Estável	6	46,2	Sem religião	2	15,4
Divorciada	1	7,7	Total	13	100
Trabalho Remunerado					
Sim	6	46,2			
Não	7	53,8			
Total	13	100			

A idade da amostra variou entre 15 a 32 anos, com concentração predominante entre 23 a 27 anos, sendo a idade média 24 anos (com desvio padrão de 5,1). As participantes se enquadram em uma faixa etária considerada adequada para a gravidez, pois o Ministério da Saúde caracteriza indicador de risco à gestação, aquelas com idade menor de 15 anos ou maiores de 35 anos (Ministério da Saúde, 2012).

Esses dados corroboram com pesquisas que tiveram por objetivo caracterizar o perfil epidemiológico de gestantes de alto risco em ambiente hospitalar, como o estudo de Silva e Rosa (2014), o qual encontrou em seus resultados que 86,8% das participantes não apresentaram idade desfavorável à gestação. Bem como a pesquisa de Versiani e Fernandes

(2013), a qual 66% das gestantes participantes encontravam-se entre as idades de 20 e 35 anos.

Quanto ao estado civil, a maioria relata a presença de um companheiro, seja ele presente pelo casamento ou pela união estável, demonstrando um aspecto positivo, pois estudos apontam que a gestação evolui melhor quando é compartilhada (Magalhães, Ferreira, Magalhães & Hanan, 2006). Assim como aponta a pesquisa de Rezende e Souza (2012), o qual comprova com seus resultados que mulheres casadas apresentam melhor qualidade de vida na gestação.

Entretanto, dentre as mulheres que não estão solteiras, a maioria relata ter uma “União Estável” (46,2%). Diversos estudos encontraram esse mesmo resultado, como o de dos Santos et al. (2017), o qual 57,1% de suas participantes gestantes de alto risco estavam em união estável e o de Silva & Rosa, (2014), com 52,8% das participantes nesta mesma situação. Esses achados demonstram que vem acontecendo uma mudança estrutural na formação de famílias.

A união estável ou consensual é considerada uma situação conjugal instável ou insegura, visto que se trata de uma união na qual os laços são formados sem formalidades. Portanto, essa característica pode ser um fator de risco à gestação ou um agravante de complicações durante a gestação (Versiani & Fernandes, 2013; Rezende e Souza, 2012).

Na categoria “trabalho remunerado”, 53,8% das gestantes referem não possuírem emprego e se autodeclaram “do lar”, dado semelhante a estudos realizados em Minas Gerais (Luz et al., 2015) e no Paraná (Bitterman & Pivatto, 2010), os quais a profissão “dona de casa” foi a mais significativa, totalizando 32,7% e 45,2%, respectivamente. Das cinco participantes que relataram trabalhar fora de suas casas, as profissões variaram entre merendeira, auxiliares de limpeza, recepcionista, técnica em farmácia e operadora de caixa.

Na escolaridade, a maioria relata ter concluído o ensino médio (46,2%), dado que corrobora com o estudo de Costa, Cura, Perondi, França e Bortoloti (2016), o qual 47,5% das gestantes possui o segundo grau de escolaridade. Nessas pesquisas a escolaridade não apresentou fator de risco à gestação, pois um dos fatores de risco apresentado pelo Ministério da Saúde (2012) é a baixa escolaridade, como aponta o estudo de Silva e Rosa (2014): 48,4% das gestantes possuem apenas o ensino fundamental.

Quanto à religião, é possível observar que apenas duas participantes se consideram “sem religião”. Dentre as que relatam alguma religiosidade, estão divididas entre as religiões evangélica (53,8%) e católica (30,8%). Aspecto favorável às gestantes, pois a espiritualidade propicia maior esperança de um resultado positivo diante das dificuldades. Além disso, a prática religiosa favorece maior bem-estar psicológico, e conseqüentemente, menor probabilidade de transtornos de humor e ansiosos (Silva, Ronzani, Furtado, Aliane & Moreira-Almeida, 2010).

A Tabela 3 apresenta a distribuição das gestantes segundo o histórico obstétrico.

TABELA 3.
Distribuição das gestantes segundo o histórico obstétrico

Variáveis	N	%	Variáveis	N	%
Nº de Gestações			Abortos		
Primeira	5	38,4	Nenhum	8	61,5
Segunda	4	30,8	Um	4	30,8
Três ou mais	4	30,8	Mais de um	1	7,7
Partos Realizados			Idade Gestacional		
Nenhum	6	46,1	<20 semanas	2	15,4
Um	6	46,1	21 a 25 semanas	0	0
Dois	0	0	26 a 30 semanas	1	7,7
Três ou mais	1	7,7	31 a 35 semanas	9	69,2
			>35 semanas	1	7,7
Gestação Planejada			Gestação Desejada		
Sim	4	30,8	Sim	11	84,6
Não	9	69,2	Não	2	15,4
Internações			Total		
Uma	7	53,8		13	100
Duas	4	30,8			
Três ou mais	2	15,4			
Total	13	100			

Inicialmente, a Tabela 3 indica o número de gestações que essas mulheres já vivenciaram. Nota-se que a maioria das participantes é não primigesta. Esse mesmo dado foi encontrado em diversos estudos que buscam delinear o perfil epidemiológico de gestantes de alto risco, demonstra que este pode ser considerado um fator de risco para a gestação (Xavier et al., 2013; Leal, et al., 2017; Luz et al., 2015; Anjos, Pereira, Ferreira & Paiva, 2014; Menetrier & Almeida, 2017).

O número de partos realizados não corresponde ao mesmo número de gravidez, pois cinco participantes relataram terem abortado uma ou mais vezes, 61,5% não tiveram aborto, corroborando com o estudo de Menetrier e Almeida (2017), o qual 82,3% das gestantes não apresentou histórico de aborto.

Quanto à idade gestacional da gravidez na internação, a maioria encontrava-se entre a 31^a a 35^a semana e apenas duas participantes não haviam chegado a 20^a semana. Todas são gestantes de alto risco e o motivo de sua hospitalização variou entre trabalho de parto prematuro, infecção urinária, cólica renal, perda de líquido amniótico, diabetes e aumento de pressão. Das participantes, a maioria esteve internada uma única vez na gestação.

É possível observar que 69,2% das mulheres não planejou essa gravidez, resultado semelhante encontrado no estudo de Prietsch, Chica, Cesar & Sassi (2011), com 65% das gestantes. Para os autores, gestações não planejadas estão relacionadas com mães mais jovens, que não vivem maritalmente, são mais pobres, já tem outros filhos e não são assistidas por um plano de saúde privado.

Em seu estudo, Rodrigues e Lopes (2016), entrevistaram somente gestantes que não planejaram a gravidez e os resultados mostraram que 67% das mulheres nunca participaram de encontros no Planejamento Familiar e 75% não foram instruídas sobre o planejamento da gravidez na instituição de saúde, demonstrando certa deficiência no processo de educação sexual e planejamento familiar a essas mulheres.

Conhecer o planejamento, a aceitação e o desejo da criança que está por vir são questões relevantes para compreender a vivência dessas mulheres. Ramos e Vicente (2014), afirmam que gestantes de alto risco que planejaram e desejaram a gravidez tem níveis de esperança superiores àquelas que vivenciam uma gravidez desprovida de planejamento e organização. Portanto, ressalta-se a relevância de ações de planejamento familiar para a prevenção da saúde mental de mulheres que vivenciam essa condição.

Mesmo não planejando a gestação, a maioria aceitou a situação e deseja a criança que está por vir. Apenas duas participantes não aceitaram a gestação. Dado semelhante foi encontrado por Rodrigues e Lopes (2016), pois a maioria das gestantes demonstrou boa aceitação da gravidez indesejada.

Dando sequência ao objetivo do estudo, a Tabela 4 apresenta os dados coletados por meio do questionário estilo de vida “Fantástico”.

TABELA 4.
Distribuição das gestantes segundo o estilo de vida

Estilo de Vida	N	%
Excelente	1	7,7
Muito bom	5	38,5
Bom	6	46,2
Regular	1	7,7
Necessita melhorar	0	0
Total	13	100

Nota-se que a maioria das participantes se encontra na categoria “muito bom” e “bom”. Apenas uma gestante apresenta estilo de vida “regular” e nenhuma “necessita melhorar”, demonstrando que possuem um estilo de vida favorável à saúde.

Entretanto, a análise individualizada das dimensões apresentadas pelo instrumento, possibilita a identificação de quais fatores são mais ou menos desenvolvidos pelas participantes. Isto é, quanto menor for o escore, maior é a necessidade de mudança. Tais dados são apresentados na Figura 1.

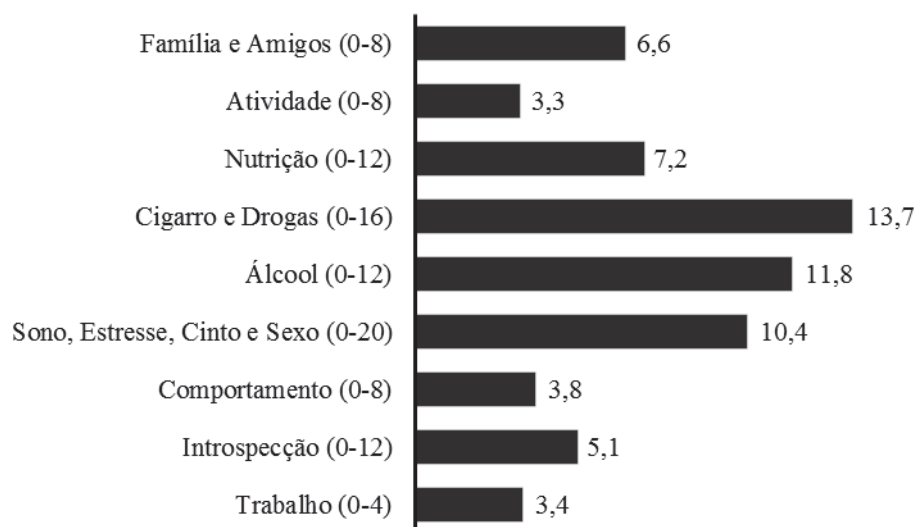


FIGURA 1.

Média dos escores das nove dimensões do questionário Fantástico

Nas dimensões “cigarro e drogas”, “álcool” e “trabalho”, a média encontrada foi próxima à pontuação máxima. Por outro lado, as dimensões “atividade”, “comportamento” e “introspecção” não alcançaram a metade da pontuação. O que significa que as participantes possuem certa deficiência na prática de atividades físicas, apresentam comportamentos de raiva e hostilidade e sentem-se tristes ou desapontadas.

A saúde se inicia com hábitos adequados e dentre eles destaca-se a atividade física, considerada uma aliada na diminuição de estresse e depressão na gestação, além de contribuir com o crescimento fetoplacentário, promover a diminuição do tempo no trabalho de parto e proporciona menor número de intervenções obstétricas durante a gestação (Ocanhas & Nakamura, 2007).

Em seu estudo, Calomeni, Ferreira, Neto e Morales (2014), concluíram que mulheres que praticam atividades físicas durante a gravidez tiveram menor ganho de peso, conseguiram manter sua rotina cotidiana, perceberam sua recuperação pós-parto como “excelente” e perceberam benefícios no desenvolvimento do feto. Já Camarillo et al. (2014), encontraram nos resultados de sua pesquisa que o exercício materno durante a gravidez resulta em redução significativa da incidência de tumor mamário em prole feminino. Além disso, afirmam que escolhas de um estilo de vida saudável, incluindo a nutrição e exercícios adequados, parecem promover a saúde da prole, mesmo após o período neonatal.

Vale ressaltar que o instrumento utilizado na presente pesquisa considera o “trabalho de casa” como atividade moderada. Por esse motivo as mulheres assinalaram essa afirmativa e não necessariamente praticavam alguma atividade física específica. Além disso, por ser uma amostra que apresenta risco gestacional, é válido considerar as limitações e impedimentos que o risco impõe a essas mulheres. Exercícios físicos não são recomendados para gestantes que apresentam cardiopatias, gestação múltipla (após a 30ª semana),

sangramento vaginal persistente, placenta prévia, trabalho de parto prematuro e hipertensão não controlada (Surita, Nascimento & Silva, 2014).

Entretanto, a falta da prática de exercícios físicos é uma realidade comum entre as gestantes e o agravante dessa situação é a falta de habilitação e pouca preparação de profissionais para realizar a prescrição de exercícios individualizados e específicos para cada gestante, principalmente as que apresentam alguma complicação (Ocanhas e Nakamura, 2007).

Em relação às dimensões “comportamento”, a qual diz respeito à pressa, hostilidade e raiva, e a “introspecção”, a qual se refere a sentimentos de pessimismo, tensão, desapontamento e tristeza, a baixa pontuação pode estar associada a situação em que as participantes se encontram. O período gestacional representa para a mulher um desafio à sua maturidade e estrutura de personalidade, em decorrência de diversas mudanças corporais, sociais e de identidade pessoal, exigindo um esforço suplementar de síntese e reorganização. A busca pela estabilidade nem sempre ocorre sem dificuldades, podendo acarretar um acréscimo de vulnerabilidade e risco para a saúde mental da mulher (Silveira & Ferreira, 2016).

O fato de a amostra estudada ser especificamente de gestantes de alto risco pode contribuir para o agravamento dessas características, pois além do problema médico, aparecem novas exigências e dificuldades relacionadas ao seu problema, suas consequências e cuidados necessários (Oliveira & Mandú, 2015).

Com isso é possível compreender que o estilo de vida envolve não só os cuidados com a saúde física, mas também os cuidados com a saúde mental. Um acompanhamento mais próximo desses fatores pode contribuir para o adequado desenvolvimento da gestação e da saúde materna. O período antes e durante a gravidez pode representar uma oportunidade de

mudança de estilo de vida, pois as mulheres são mais suscetíveis a aderir os aconselhamentos em função de seu desejo de melhorar a gravidez e os resultados do parto (Zhang et al., 2014).

Outro aspecto que vale ressaltar é que na dimensão em que o sexo é abordado, nenhuma das participantes relata a prática de sexo seguro, mesmo sem o desejo de engravidar. Essa é uma questão com complexa discussão e pode se associar a diversos fatores. O uso de métodos contraceptivos está associado a fatores socioeconômicos e culturais, como estado civil, escolaridade, acesso a transporte, dentre outros. Pessoas com maior vulnerabilidade social utilizam menos métodos contraceptivos (Rozenberg, Silva, Bonan & Ramos, 2013).

Já Medeiros et al. (2016), demonstram que as mulheres possuem uma vida restritiva desde sua infância, sendo privadas de liberdade e informações sobre a vida sexual. Iniciam as relações sexuais precocemente, sem o devido conhecimento de proteção, o que resulta em gravidez indesejada. Além disso, é comum que os métodos sejam utilizados apenas no início da relação, mas quando o vínculo e a confiança entre o casal são consolidados, o uso passa a ser descontinuado.

Esse aspecto corrobora com o já discutido anteriormente quanto à deficiência de programas de educação sexual e planejamento familiar. Para Santos, Ferreira e Silva, (2016), os programas de planejamento familiar desenvolvidos nas unidades de saúde ainda estão configurados na simples distribuição de métodos contraceptivos, sem nenhum controle e sem as devidas orientações, o que acaba resultando na não escolha correta do método, e o mais frequente, o não uso de nenhuma proteção.

Outra questão avaliada pelo presente estudo, foi a busca pela compreensão acerca dos perfis de personalidade apresentados pelas participantes. A Figura 2 apresentará os dados que foram coletados por meio do Questionário de Crenças Pessoais – forma reduzida PBQ-SF.

O instrumento avalia os traços de personalidade do paciente a partir da identificação de crenças sobre diferentes aspectos da vida. Vale ressaltar que não há normas para cada estilo de personalidade, o que se pretende é observar quais estilos estão presentes na amostra estudada. Dificilmente alguém pertencerá exclusivamente a apenas um estilo, pois as pessoas tendem a apresentar um misto de diferentes traços de personalidades. Portanto, os dados da figura não mostram o número exato de participantes, pois uma gestante pode apresentar escores elevados em mais de um tipo de estilo de personalidade (Leahy, 2007).

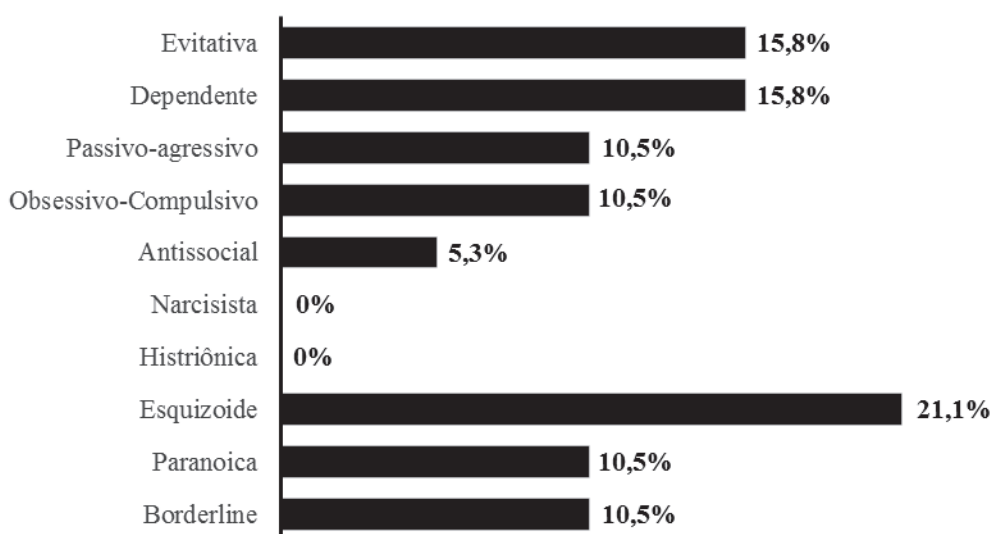


FIGURA 2.
Perfis cognitivos de personalidade em porcentagem

A partir da figura 2 é possível observar que o perfil de personalidade que mais obteve escores elevados foi a personalidade Esquizoide, seguida das personalidades Evitativa e Dependente.

A personalidade esquizoide é caracterizada principalmente pelo isolamento social e desapego de relacionamentos em todos os contextos. Essas pessoas se veem como vulneráveis às pressões sociais, ao controle, humilhação e rejeição e por isso, preferem evitar relacionamentos. Veem os outros como exigentes, intrusivos e hostis e a estratégia mais utilizada é, portanto, o afastamento social. Outra característica marcante deste perfil de

personalidade é a não expressão de sentimentos, o que leva a passarem a impressão de que realmente não possuem sentimentos, o que não é verdade (Beck et al., 2017).

Pacientes com personalidade esquizoide possuem relações negativas com as habilidades sociais, principalmente as que se referem à expressão de sentimentos positivos, como desculpar-se ou reconhecer seus próprios erros (Caballo, Salazar, Irurtia, Olivares & Olivares, 2014).

Esse perfil de personalidade é pouco encontrado em clínicas de saúde mental, pois seu sistema de crenças é incompatível com a busca de tratamento psicológico. Quando buscam, muitas vezes são confundidos com pacientes psicóticos e são encaminhados para serviços inadequados, o que resulta na não aderência ao tratamento (Beck et al., 2017).

A identificação desse traço de personalidade é importante para que se saiba que esses pacientes estão presentes no serviço e precisam de um atendimento que atenda suas necessidades subjetivas.

Segundo Heinemann (2015), aspecto comum a esses pacientes é a presença de um trauma durante seu desenvolvimento, como separação, doença, morte, violência, dentre outros. Traumas cumulativos como rejeição, humilhação, desprezo e seus sentimentos traumáticos como medo, dor e impotência, podem influenciar diretamente na presença desses traços de personalidade.

É possível que essas mulheres estejam vivenciando sentimentos traumáticos diante da gestação de alto risco. Como será melhor explicitado na descrição de suas vivências, é comum que estas gestantes vivenciem sentimentos como medo e impotência diante da situação de risco, tanto para ela, quanto para seu filho. Desse modo, uma hipótese a ser considerada é que os traços esquizoide possam ter emergido diante da vulnerabilidade que a situação impõe a elas.

Os outros dois perfis de personalidade que se destacaram foram evitativa - caracterizado pela baixa tolerância a sentimentos desagradáveis e sensibilidade ao fracasso e rejeição – e dependente, que se caracteriza pelo medo do indivíduo em ser abandonado e crença de que só funciona se houver mais alguém em sua vida (Leahy, 2007; Beck et al., 2017).

Em uma pesquisa realizada com gestantes com diagnóstico de malformação fetal, os dois perfis de personalidade que se sobressaíram sobre os demais também foram o de personalidade evitativa e dependente. Esses dois perfis se associaram ao uso da estratégia de enfrentamento focalizada no problema. Para a autora, o uso dessa estratégia em pacientes com personalidade evitativa pode estar associado ao desejo em lidar com a situação sem se envolver em reações emocionais. Já os pacientes com personalidade dependente exigem um fluxo contínuo de apoio e encorajamento, portanto, sem um suporte social a gestante teria dificuldade de enfrentar o problema com independência (Borges, 2015).

Em síntese, tanto a personalidade esquizoide, quanto a evitativa, resistem a relacionamentos por temerem rejeição e crítica. A diferença é que a esquizoide não se incomoda com a solidão resultante deste comportamento. Já a personalidade dependente, vê-se desamparada e incompetente, o que leva a se vincular a uma figura mais forte que forneça os recursos para sua sobrevivência e felicidade (Beck et al., 2017).

Nota-se que o que há em comum é a baixa autoestima e o medo de se sentirem rejeitadas. Essa característica também pode estar associada à vulnerabilidade que a mulher se encontra, pois, além de vivenciar uma gestação de alto risco, estão hospitalizadas, quando a noção do risco se faz mais concreta. Isso reforça a importância do atendimento integral e humanizado a essas mulheres, buscando não só compreender seu modo de funcionamento, como auxiliá-las nas principais dificuldades, como a dificuldade de estabelecer relações com a equipe, os sentimentos de impotência, medo, dentre outros.

Assim, busca-se complementar a compreensão sobre o modo como essas mulheres vivenciam e enfrentam a gestação de alto risco. A seguir serão apresentadas as análises compreensivas dos relatos das 13 participantes e as cinco categorias agrupadas que foram: A vivência do medo, Preocupação, A fé como recurso de enfrentamento, A importância do suporte social e Relação profissional-paciente.

Categoria 1 – A vivência do medo - nessa categoria as mulheres falam sobre como se sentiram frente ao diagnóstico. As unidades de significado que caracterizam essa categoria estão dispostas na tabela 5.

TABELA 5.
A vivência do medo

Gestante	Relato
G1	Fiquei com medo só. De nascer e ficar na UTI. De ficar machucando com os aparelhos. Só.
G2	No começo foi assustador né? Saber que podia ter alguma coisa de errado com a minha neném. É um misto de ansiedade, medo, tudo né. Às vezes eu penso assim, ela podia nascer logo pra acabar o sofrimento meu e dela. E às vezes eu penso, nossa, mas se ela nascer agora, ela vai ter que ficar na incubadora, sabe? Vai ficar na UTI e eu morro de medo. É tudo misturado as emoções assim, sabe? Fica tudo a flor da pele.
G4	Tenho medo... Que acontece alguma coisa com ele. Perder ele...
G7	Por conta da dificuldade de segurar o bebê eu sinto medo. Porque minha mãe já teve caso de perda na gravidez que ela teve, e aí dá medo né. De perder ela (...) Aí me deu aquele medo né, minha filha vai nascer.
G8	Ah então, eu tenho medo agora né. Eu tenho medo de perder, entendeu? Porque nossa, tá passando por esse sofrimento todo e depois chegar na hora e perder (...)
G10	Tá sendo um “baque”. Tá sendo difícil tanto aceitar, quanto passar por isso. É bem complicado. Tá bem complicado pra mim ainda. É o medo né, de dar alguma coisa errada com o bebê... esse é meu maior medo.

As gestantes apresentam o medo como o principal sentimento aflorado nesse momento, porém o sentido que atribuem a ele pode variar. Algumas das participantes relatam o medo da possibilidade da hospitalização do filho em UTI Neonatal após o parto, e conseqüentemente o sofrimento que o bebê pode vir a vivenciar. Já outras participantes possuem crenças mais calamitosas, referindo o medo da morte e perda de seu filho.

Corroborando com esses achados, Wilhelm et al. (2015) relatam que o medo foi um sentimento evidenciado na maioria dos depoimentos de seu estudo, além de ser o mais referido. Essas mulheres relataram o medo do que ouviram falar sobre gestação de risco, de não conseguir levar a gestação a termo, de morrer e de acontecer algo com o bebê. Esse resultado reflete a insegurança, desamparo e vulnerabilidade de mulheres que vivenciam uma gestação de alto risco.

Do mesmo modo como mostra a pesquisa de Lima et al. (2015), a qual buscou conhecer as representações sociais de gestantes de alto risco e percebeu que, ao estimulá-las com a palavra “risco”, elas o associavam imediatamente com o “medo”, tanto da morte, quanto da doença.

É comum no período gestacional a emergência do medo diante das mudanças suscitadas, mesmo que o bebê seja muito desejado. Entretanto, diante do diagnóstico e informação de que algo não está correndo bem, esse sentimento de aflição pode se intensificar. Como observado nos resultados, o medo é um sentimento que ronda a vivência das gestantes de alto risco e rouba-lhes a paz e a tranquilidade, pois vivem na dúvida e incerteza do que acontecerá com elas ou com seus filhos. Entende-se que o medo é, na verdade, um sentimento de inquietação frente a uma situação de um perigo real ou imaginário (Oliveira et al., 2011).

Além de suscitar o sentimento de medo, a dúvida e incerteza do desfecho de sua gestação podem provocar também preocupações com as possibilidades do que está por vir. Essas preocupações foram expressas pelas participantes do estudo e estão apresentadas na categoria 2.

Categoria 2 – Preocupação – as mulheres relatam sobre quais são suas principais preocupações diante do diagnóstico de gestação de alto risco e da hospitalização, descritos na tabela 6

TABELA 6.
Preocupação

Gestante	Relato
G3	Mas tem preocupação com o bebê, a gente sabe que tem risco né... Preocupação com ele, nada mais. A gente vê casos de prematurinho, nasce, não aguenta. É essa a preocupação
G6	Eu fico preocupada por causa do nenê. De perder, porque eu já tive uma infecção uma vez e a moça falou que era... que mulher grávida quando tem isso, tem risco de perder.
G9	Não quero nem pensar na hora do parto, porque se eu colocar... que minha pressão vai subir... e como eu tenho complicações na família, que minha mãe teve é... como é que fala aquela... pré-eclâmpsia. Esqueci dos outros problemas e tô me preocupando só com o nenê.
G12	Eu fico pensando muito nela (bebê). A minha preocupação é no bebê. Eu me preocupo com o que pode acontecer com ela. Então fico muito preocupada em relação a isso. O que pode acontecer com ela...

Chama a atenção que a preocupação das gestantes está relacionada com a possibilidade de nascer prematuro, de perder o bebê e o que pode vir acontecer com ele. Fica claro em seus relatos que sua única preocupação é com a saúde do filho, deixando de lado qualquer outro tipo de preocupação.

O mesmo fenômeno foi encontrado no estudo de Oliveira et al. (2011), no qual as gestantes expressaram a preocupação com a vias do parto e seu desfecho, em separar-se do seu bebê e na possibilidade de prematuridade ou má-formação.

Quando se trata de gestantes com baixo risco, é possível observar a centralidade das preocupações relacionadas à saúde do filho. Isso acontece porque o bebê vai adquirindo uma individualidade própria ao longo da gestação e começa a fazer parte integrante e fundamental na vida familiar, sobretudo da mãe. Com isso, os pais iniciam seus papéis de parentalidade e

desenvolvem a ideia de obrigação de garantir prestação de cuidados que garantam a saúde e bem-estar de seu filho, mesmo antes de seu nascimento (Conde & Figueiredo, 2007).

Entretanto, em gestantes de baixo risco, as preocupações relativas à saúde do bebê tendem a diminuir conforme as mães vão se adaptando à gestação e à fase de transição para parentalidade (Conde & Figueiredo, 2007). Diferente do encontrado na presente pesquisa, o qual entende-se que, por estar ante a um perigo e risco real, as preocupações das mães tendem a intensificar a centralidade no filho, mesmo que o risco também esteja relacionado à sua própria saúde.

Esse é um dado que elucida como as mães, no período gestacional, voltam toda sua atenção para o filho, principalmente em situação de risco, com o objetivo de protegê-lo. Vale lembrar que essa ideia corrobora com a trazida anteriormente, de que este é um momento propício para trabalhar o desenvolvimento de hábitos saudáveis. Portanto, é importante que a equipe se atente ao autocuidado da mulher e incentive práticas saudáveis por meio da motivação de que isto trará bons resultados no desfecho gestacional.

Por meio da avaliação dessas duas categorias, fica evidente o impacto negativo produzido pela notícia de que a gestação possui um risco, promovendo na mulher a necessidade de reorganização não só dos cuidados físicos, como também das emoções e sentimentos vividos. Contudo, sabe-se que a presença de alguns recursos durante o processo de reorganização pode agravar ou minimizar tais sentimentos adversos (Oliveira & Mandú, 2015).

As categorias a seguir trazem os discursos das participantes que demonstram a presença de recursos que as auxiliaram na travessia deste percurso.

Categoria 3 – A importância do suporte social - nessa categoria as gestantes falam sobre a necessidade de ter outra pessoa presente para compartilhar este momento e como isso pode influenciar em sua experiência. Os relatos estão dispostos na tabela 7.

TABELA 7.
A importância do suporte social

Gestante	Relato
G8	Tem... tá tem o meu namorado, mas as vezes ele não me entende e as vezes também, tá eu moro com minha mãe, mas as vezes também ela não me entende. Ao mesmo tempo que eu penso que a opinião dela é diferente entendeu...mesmo ela sabendo que é aquilo, entendeu? Ela prefere discordar, do que concordar. E isso entendeu, me deixa triste, entendeu, me leva a chorar entendeu? E assim, eu me sinto sozinha, tipo você ta ali entendeu, com alguém que não concorda com você, é ruim, mesmo sabendo o que você tá passando...Porque minha mãe ficou com meu outro filho, então não dava pra ela vim comigo. Aí tipo, eu não me senti totalmente segura.
G10	Se não é o meu marido me apoiando, ajudando, me dando autoestima eu fico todo dia triste.
G11	É... foi com meu ex-marido. Então tá sendo complicado por isso, de não ter ele do meu lado, por eu ter perdido meu emprego ano passado, ter tido que ir morar com minha mãe... Entendeu? Eu tinha uma vida e passei a ter outra, então é uma mudança muito radical. Assim, parece que o mundo desaba de repente.

Observa-se dois lados diferentes do suporte social. Um dos relatos (G8) elucida claramente a importância da presença e apoio do marido para auxiliá-la no enfrentamento da situação.

Mulheres que contam com a presença do companheiro para dividir as angústias provenientes dessa situação, sentem-se mais seguras para vivenciá-la. Isso porque sentem necessidade de serem ouvidas e receberem encorajamento e conforto para seu estado de ânimo (Lima et al., 2015; Vasquez, Sánchez, Caicedo e Parrado, 2013)

A família e a rede social são uma importante fonte de cuidado, que as auxiliam nas atividades cotidianas, no cuidado dos demais filhos, nas dificuldades financeiras e no acompanhamento às consultas. Quanto menos extensa e fortalecida a rede social, mais vulnerável a mulher pode se encontrar (Oliveira & Mandú, 2015).

Contrariamente, os outros dois relatos (G10 e G11) da Tabela 7 demonstram que a ausência de outra pessoa para acompanhá-las e apoiá-las neste momento, dificulta o enfrentamento da situação e agrava os sentimentos de insegurança e do medo. Resultado que

nos permite compreender a ideia de que mulheres com companheiros tem um melhor desenvolvimento gestacional, do que as que estão solteiras ou em relacionamentos instáveis, como trazido anteriormente.

Entende-se que o apoio familiar é considerado um fator de proteção que permite a gestante superar problemas emergentes, bem como pode contribuir de forma positiva para a estruturação e o fortalecimento da gestante que está passando por uma fase de grande preocupação. Quando o problema é compartilhado torna-se mais fácil administrá-lo e superá-lo (Lima et al., 2015; Petroni, Silva, Lima, Marcon, & Mathias, 2013).

Gestantes que possuem uma rede de apoio consistente, apresentam sentimentos positivos durante a hospitalização. Por outro lado, aquelas que não possuem o apoio familiar durante a rotina hospitalar, apresentam maiores dificuldades para enfrentar a situação (Vasquez et al., 2013; Silva et al., 2013).

Além do suporte emocional, a família poder ser também importante aliado na dimensão do cuidado e deve ser extensora de orientações prestadas pelos profissionais da saúde. Isto é, a família pode estar envolvida nos cuidados profissionais e com isso, apoiar, fortalecer e orientar a gestante. Entretanto, inserir a família nesse cuidado à saúde exige atenção especial às suas expectativas, relações e contexto em que vivem. Se estimulada de forma adequada, sua participação interfere de forma positiva, reduzindo a ansiedade e deixando as mulheres mais confiantes em relação ao desenvolvimento da gestação de risco (Petroni et al., 2013).

Categoria 4 – A fé como recurso de enfrentamento – aqui, as gestantes relatam o sobre a utilização da fé e espiritualidade como um recurso que as auxiliaram no enfrentamento da situação. A Tabela 8 apresenta os discursos referentes a esta categoria.

TABELA 8.
A fé como recurso de enfrentamento

Gestante	Relato
G2	Mas aí depois, assim é... orei, pedi pra Deus me dar força e Ele foi renovando minhas forças, sabe?.Mas agora tá na mão de Deus. O que tiver que ser, vai acontecer no tempo Dele.
G3	Assim é passageira, porque eu penso positivo, tenho fé que vai dar tudo certo.
G7	(...) como eu sou evangélica também eu oro muito a Deus, eu peço força... E assim, tá na mão dele, o que ele for fazer é o melhor pra mim e pra bebê. (...) agora eu to esperando o tempo de Deus, se for da vontade dele vim prematuro, ele vai cuidar de tudo...
G8	As vezes, assim, como que eu te falo? As vezes assim eu me sinto sozinha assim, entendeu? Mas... eu busco suporte com Deus, simplesmente entendeu?

Aproximadamente 85% das gestantes referem pertencer a alguma religião, com os relatos, é possível observar como essa crença interfere positivamente na vivência de gestantes de alto risco. Nota-se que além de utilizarem a fé como a busca de renovação de suas forças para enfrentar a situação, a religião também contribui para a aceitação tanto da situação presente, quanto das possibilidades que estão por vir.

O uso da crença religiosa neste momento ajuda as mulheres a se sentirem mais calmas, relaxadas, seguras e confiantes, assim como aliviou os sentimentos de medo e solidão (Vásquez, Acuña & Montañez, 2012). Dado semelhante pode ser observado no relato da G8, que por se ver desprovida de um suporte social, e conseqüentemente, sentir-se sozinha, buscou o suporte em Deus.

A fé e as práticas religiosas são consideradas fontes de esperança e confiança para levar a gestação a um desfecho bem-sucedido. Depositar as expectativas em Deus gera nas mulheres uma expectativa positiva para aliviar a carga gerada pela doença e assim, sentir-se melhor para enfrentar a situação (Vasquez et al., 2013).

A religião traz benefícios à saúde, não só mental, mas também física. Pessoas que utilizam o enfrentamento religioso lidam melhor com suas condições, assim como um melhor

nível de saúde física também está associado ao maior envolvimento religioso. Entende-se que isso decorre do fato de que a religião é um instrumento de formação de comportamentos que repercutem na saúde, como a restrição alimentar e proibição do uso de álcool e drogas. Além disso, os adeptos incorporam como diretrizes, sentimentos de moderação e conformidade, o que acaba diminuindo o risco de uma vida estressante e aumenta a harmonia interpessoal (Alves, Alves, Barboza & Souto, 2010).

É possível observar que a religião tem relação estreita com o estilo de vida, desenvolvendo um papel importante na promoção de saúde. Portanto, a espiritualidade deve ser incentivada pelos profissionais da saúde, respeitando a individualidade, fé e religião de cada um. Para isso, deve ser dissociada da religião e os profissionais devem compreendê-la como algo que dá sentido a situação de crise e sofrimento do paciente, além de poder auxiliá-lo em sua recuperação (Póvoas et al., 2015).

Categoria 5 – Relação Profissional-Paciente - nessa categoria as pacientes falam sobre como se sentiram ao receber os cuidados dos profissionais dentro do hospital e como isso influenciou no seu estado emocional.

TABELA 9.
Relação Profissional-Paciente

Gestante	Relato
G2	Aí eu vim aqui no hospital, o pessoal daqui é... sabe? Trata a gente super bem, tirou todas as minhas dúvidas aí eu acalmei.
G3	Aqui é um ótimo hospital, os médicos são muito bons. Eu tive um prematurinho com 30 semanas e viveu... aqui nessa parte a gente não tem reclamação.
G7	Agora eu to mais calma, mas eu fiquei muito nervosa, que os médico assusta muito né? Chega na hora né, não dá tempo de fazer cerclagem ele falou de um jeito como se a nenê fossa nascer naquele dia e não fosse sobreviver.
G8	Quando cheguei aqui eu fui bem tratada, aí fiquei bem.
G12	Por causa que muitos médicos fala né... se tiver que tirar agora, tá muito cedo, não garante, então a gente fica preocupado de acontecer alguma coisa.

O que fica evidente nessa categoria é a importância do bom atendimento e acolhimento oferecido dentro do hospital. Quando a paciente se sente apoiada e tem suas dúvidas sanadas, ela vivencia a situação de uma maneira mais positiva e segura. Quando o contrário acontece, contribui para o aumento dos sentimentos adversos como medo, ansiedade, preocupação e insegurança.

No estudo de Melo, Amorim, Salimena, Melo e Souza (2016), as gestantes relatam a falta de atenção para o sofrimento que estão vivenciando e entendem essa atitude como passividade e imposição de poder por parte da equipe. Para elas, essas atitudes resultam em dor, espera, dúvidas e preocupações.

Questão comum é a falta de clareza nas informações prestadas pelos profissionais, sendo envoltas de tecnicismo, dificultando o entendimento das orientações, procedimentos e intervenções. O desconhecimento ou não entendimento das informações neste momento agrava o medo, ansiedades e receio de que surjam novas complicações (Vasquez et al., 2013).

Fica evidente que a relação entre profissionais e pacientes exercem papel fundamental na vivência destas gestantes. O sofrimento é maior quando ela não tem espaço dentro do serviço para se expressar, entender e elaborar o que o diagnóstico significa. Por outro lado, os sentimentos como medo e preocupação podem ser amenizados se receberem a devida atenção. É importante que os profissionais se atentem a compreender o contexto que se encontra as tensões das pacientes e considerar as condições psicossociais e culturais que influenciam no modo como experienciam e lidam com a gestação e seus problemas (Oliveira & Mandú, 2015).

Diante da relevância do adequado atendimento no processo de saúde e doença e visando uma transformação cultural na forma de atendimento e gestão de processos de trabalho, políticas e programas vindo sendo implementados no sistema de saúde como o Programa Nacional de Humanização – PNH, também conhecida como Humaniza SUS, o qual

tem por objetivo valorizar a dimensão humana e subjetiva nos atos de assistência à saúde (Ministério da Saúde, 2004).

A humanização é compreendida como uma transformação cultural na forma de atendimento e gestão de processos de trabalho. Isto é, o atendimento hospitalar não envolverá apenas as necessidades biológicas, mas também as questões sociais, psicológicas, educacionais e éticas nas ações relativas à saúde. Os profissionais de saúde devem buscar compreender os medos, angústias e incertezas do paciente, levando em consideração seus valores de referência e suas possibilidades de funcionamento, não somente fisiológicas, mas também as mentais. A humanização do atendimento deve valorizar o respeito afetivo ao outro, visando a melhoria na relação hospitalar (Ribeiro & Silveira, 2015).

Vale ressaltar que não se trata do profissional se tornar um terapeuta, mas sim de compreender a eficácia que a empatia pode ter diante do sofrimento. Isto é, deixar de centrar o atendimento na instrumentação técnica e na objetividade dos dados para buscar conhecer a realidade do paciente que necessita do seu cuidado, dar atenção às suas queixas e encontrar, junto a ele, estratégias que facilitem sua adaptação à situação (Cia & Balau, 2007).

É preciso compreender que muitas vezes, tanto pacientes, quanto profissionais, estão mais preocupados e atentos àquilo que não está saudável, o que acaba acarretando na supervalorização da doença, dificultando o processo de recuperação. Em contrapartida a isso, é preciso ampliar o foco a todo o contexto da situação. Alternativa eficaz é concentrar a atenção nas forças que o paciente possui para superar a situação de crise (Cia & Balau, 2007).

É de fundamental importância que os profissionais da saúde reconheçam o papel ativo das mulheres no próprio cuidado à saúde gestacional, apoiando-as e estimulando-as para que desenvolvam a capacidade de pensar-se no contexto social e cultural, e com isso, desenvolverem mais autonomia e busca pela sua saúde (Wilhelm et al., 2015).

Quando se discute o desenvolvimento de hábitos saudáveis durante a gestação, também está se falando de uma autonomia para o autocuidado. Mas para que isso aconteça, a gestante necessita de um sentimento de confiança na equipe que incentiva a mudança de seu comportamento. Esse sentimento de confiança será adquirido se a equipe demonstrar empatia, apoio e fornecer informações que alcancem seu entendimento. A adequada relação entre profissionais da saúde e pacientes também é um aliado para que ocorra adesão e permanência dela na atenção pré-natal e nos cuidados e comportamentos necessários para o desenvolvimento saudável da gestação (Wilhelm et al., 2015).

Diante de todo o exposto, é possível compreender que a maneira como as mulheres irão vivenciar e perceber uma gestação de alto risco irá depender de múltiplos fatores, como as suas crenças pessoais e familiares, seus comportamentos e hábitos, seus sentimentos emergentes frente o diagnóstico de risco, o suporte que recebem de seus companheiros e familiares e a relação que estabelecem com os profissionais responsáveis por seu cuidado.

É possível encontrar dados semelhantes entre as experiências de cada uma, como os medos, as preocupações, as angústias e as formas como lidam com esse problema. Isso porque, a gestação já é marcada por modificações biopsicossociais e quando ela está associada ao um risco, a fragilidade e instabilidade emocional são reforçadas, podendo interferir na qualidade da saúde materna. (Silva et al., 2013). Por esse aspecto é que se evidencia a necessidade de uma assistência mais humanizada, onde a integralidade do cuidado deve ser a grande aliada na qualidade da assistência prestada (Oliveira et al., 2011).

Aproximar-se da experiência vivida pelas gestantes de alto risco permite que o profissional avalie não só as necessidades de cuidados objetivos, mas principalmente subjetivos. O conhecimento produzido a partir da compreensão do contexto que perpassa toda a vivência dessas gestantes deve ser utilizado como uma ferramenta de intervenção coerente com a realidade daquela paciente. Para isso, o profissional deve submergir na realidade

subjetiva da gestante a ser atendida, melhorar a qualidade do atendimento e auxiliar no alívio de sentimentos como medo, desespero, incerteza, bem como aceitação da situação e mudança de hábitos e atitudes pouco saudáveis (Vasquez et al., 2012).

CONCLUSÕES

Quanto ao perfil sociodemográfico, os resultados encontrados mostraram que a média de idade das participantes é 24 anos, tem companheiro, são do lar, possuem o ensino médio e apresentam crença religiosa. Quanto aos dados obstétricos, a maioria é multípara, não possui histórico de abortos anteriores e não planejou a gravidez, mas atualmente a aceitam.

Já o estilo de vida apresentado por elas está compreendido entre as categorias “bom” e “muito bom”. Entretanto, foi possível observar que há uma deficiência na prática de atividades físicas, presença de comportamentos de raiva, pressa e hostilidade e sentimentos de pessimismo, tensão, desapontamento e tristeza. No perfil de personalidade houve predominância de traços de personalidade esquizoide, evitativa e dependente.

Em relação a compreensão dos significados e sentidos das vivências das participantes acerca da gestação de alto risco, as categorias demonstraram o impacto negativo que a notícia de gestação de alto risco causa na mulher, porém, algumas vivências relatadas mostram que apesar de sentimentos negativos, existem fatores que as auxiliam no enfrentamento da situação como o suporte social, a fé e a adequada relação com os profissionais da saúde.

A partir da análise desses resultados, compreende-se que o desenrolar de uma gestação de alto risco é influenciado por múltiplos fatores. Além das complicações médicas, essas mulheres passam por um processo de reestruturação emocional diante do risco da saúde de seu filho e de sua própria saúde.

Considera-se que este estudo pode ser um relevante apoio para os profissionais de saúde que atuam na alta hospitalar qualificada, pois mostra a diversidade de variáveis que podem influenciar no desfecho da gestação. Além do atendimento integralizado dentro do hospital, os profissionais devem conhecer e identificar quais fatores necessita de maior atenção e cuidados ao transferir os cuidados da paciente à rede básica de saúde.

REFERÊNCIAS

- Alves, R. R. D. N., Alves, H. D. N., Barboza, R. R. D., & Souto, W. D. M. S. (2010). The influence of religiosity on health. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(4), 2105-2111. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000400024>
- Amatuzzi, M. M. (2009). Psicologia fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. *Estud. psicol.(Campinas)*, 26(1), 93-100. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n1/a10v26n1.pdf>
- Añez, C. R. R., Reis, R. S., & Petroski, E. L. (2008). Versão brasileira do questionário "estilo de vida fantástico": tradução e validação para adultos jovens. *Arq Bras Cardiol*, 91(2), 102-9. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Rodrigo_Reis3/publication/23176627_Brazilian_version_of_a_lifestyle_questionnaire_Translation_and_validation_for_young_adults/links/5473366f0cf24bc8ea19cda5.pdf.
- Anjos, J. C. S., Pereira, R. R., Ferreira, P. R. C., & Paiva, T B. (2014). Perfil epidemiológico das gestantes atendidas em um centro de referência em pré-natal de alto risco1. *Revista Paraense de Medicina*, 28(2), 23. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2014/v28n2/a4264.pdf>.
- Araújo, J. D. D. (2012). Polarização epidemiológica no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 21(4), 533-538. Doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400002>
- Ávila, C. S., & Berlinck, M. T. (2014). Reflexões sobre crise e estabilização em Psicopatologia Fundamental. *Tempo psicanalitico*, 46(2), 270-286. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382014000200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Barreto, A. S., Santos, D. B., & Demetrio, F. (2013). Orientação nutricional no pré-natal segundo estado nutricional antropométrico: estudo com gestantes atendidas em unidades

- de saúde da família. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 37(4), 952-968. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v37n4/a4489.pdf>
- Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (2017). *Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade*. Porto Alegre, RS: Artmed Editora.
- Bitterman, R. B., Pivatto, L. F. (2010). Perfil das mulheres de uma maternidade pública de alto risco do município de Curitiba – PR. *Boletim de Enfermagem*, 4(1), 53-69.
- Bogaerts, A., Ameye, L., Bijlholt, M., Amuli, K., Heynickx, D., & Devlieger, R. (2017). INTER-ACT: prevention of pregnancy complications through an e-health driven interpregnancy lifestyle intervention–study protocol of a multicentre randomised controlled trial. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 154. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1336-2>
- Borges, M. M. (2015). *Apego materno-fetal, enfrentamento e perfis cognitivos de personalidade em gestantes que recebem diagnóstico de malformação*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo – FFCLRP – Departamento de Psicologia de Educação.
- Brancaglioni, M. Y. M. (2013). *Estudo sobre aspectos psicossociais, qualidade de vida e traços de personalidade associados à depressão gestacional*. (Dissertação de Mestrado). Recuperado em Universidade Federal de Minas Gerais – Biblioteca Digital (<http://hdl.handle.net/1843/BUOS-9DUG3U>)
- Bortoletti, F. F. (2007). Psicodinâmica do ciclo gravídico puerperal. In: Bortoletti, F. F., Moron, A. F., Bortoletti, J. F., Nakamura, M. U., Santana, R. M, Mattar, R (Orgs), *Psicologia na Prática Obstétrica – Abordagem Interdisciplinar* (pp. 71-78). Barueri, SP: Manole.
- Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Recuperado em 20 de janeiro, 2017, de <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0402>

- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Irurtia, M. J., Olivares, P., & Olivares, J. (2014). Relación de las habilidades sociales con la ansiedad social y los estilos/trastornos de la personalidad. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22(3), 401-423. Disponível em:
https://www.researchgate.net/profile/Vicente_Caballo/publication/269762295_Relacion_de_las_habilidades_sociales_con_la_ansiedad_social_y_los_estilostrastornos_de_la_personalidad/links/55177fb40cf2d70ee278dba5/Relacion-de-las-habilidades-sociales-con-la-ansiedad-social-y-los-estilos-trastornos-de-la-personalidad.pdf
- Caldas, D. B., Silva, A. L. R. D., Böing, E., Crepaldi, M. A., & Custódio, Z. A. D. O. (2013). Atendimento psicológico no pré-natal de alto-risco: a construção de um serviço. *Psicologia Hospitalar*, 11(1), 66-87. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092013000100005
- Calomeni, M. R., Ferreira, A. D. F. N. F., Neto, N. T. A., & Morales, A. P. (2014). Atividade física e gestação: riscos e benefícios. *Biológicas & Saúde*, 4(14). doi:
<http://dx.doi.org/10.25242/88684142014551>
- Camarillo, I., Clah, L., Zheng, W., Zhou, X., Larrick, B., Blaize, N., ... & Donkin, S. S. (2014). Maternal exercise during pregnancy reduces risk of mammary tumorigenesis in rat offspring. *European journal of cancer prevention: the official journal of the European Cancer Prevention Organisation (ECP)*, 23(6), 502. doi:
10.1097/CEJ.0000000000000029
- Carvalho, L. D. F., Bartholomeu, D., & Silva, M. C. R. (2010). Instrumentos para avaliação dos transtornos da personalidade no Brasil. *Avaliação Psicológica*, 9(2). Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712010000200013
- Carvalho, L. D. F., Sette, C. P., & Primi, C. G. C. R. (2014). Propriedades psicométricas da versão revisada da dimensão necessidade de atenção do inventário dimensional clínico da

- personalidade. *Temas em Psicologia*, 22(1), 147-160. doi: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2014.1-12>
- Chatzi, L., Koutra, K., Vassilaki, M., Vardiampasis, A., Georgiou, V., Koutis, A., ... & Kogevinas, M. (2013). Maternal personality traits and risk of preterm birth and fetal growth restriction. *European Psychiatry*, 28(4), 213-218. doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.11.006
- Cia, W. C., & Balau, T. S. S. C. (2007). Relação médico-paciente em obstetrícia. In: Bortoletti, F. F., Moron, A. F., Bortoletti, J. F., Nakamura, M. U., Santana, R. M, Mattar, R (Orgs), *Psicologia na Prática Obstétrica – Abordagem Interdisciplinar* (pp. 71-78). Barueri, SP: Manole.
- Conde, A., & Figueiredo, B. (2007). Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós-parto. *Análise Psicológica*, 25(3), 381-398. doi: <https://doi.org/10.14417/ap.452>
- Costa, L. D., Cura, C. C., Perondi, A. R., França, V. F., & Bortoloti, D. S. (2016). Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. *Cogitare Enfermagem*, 21(2). doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i2.44192>
- Duarte, A. L. C., Nunes, M. L. T., & Kristensen, C. H. (2008). Esquemas desadaptativos: revisão sistemática qualitativa. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(1), 0-0. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872008000100004
- Heinemann, A. (2015). The importance of the detail complexity (symptoms) and dynamic complexity (emotional flexibility) for the description, diagnosis and therapy of mental disorders (shown by the example of phobic and schizoid personality disorders). *Psychiatria*, 12(4), 213-237. Disponível em: <https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/view/44244/35001>.

- Leahy, R. L. (2007). *Como lidar com as preocupações: sete passos para impedir que elas paralisem você*. Porto Alegre, RS: Artmed Editora.
- Leal, R. C., Santos, C. N. C., Lima, M. J. V., Moura, S. K. S., Pedrosa, A. O., & Costa, A. C. M. (2017). Complicações materno-perinatais em gestação de alto risco. *Revista de enfermagem UFPE on line*, 11(4), 1641-1649. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=31304&indexSearch=ID>
- Leite, M. G., Rodrigues, D. P., Sousa, A. A. S., Melo, L. P. T., & Fialho, A. V. M (2014). Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. *Psicologia em Estudo*, 19(1). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-7372189590011>
- Lima, I. M. A., Silva, C. C. F., Tavares, V. D. S. A., Espíndola, M. M. M., Nascimento, M. A. N., & Nunes, G. F. O. (2015). Gestantes de alto risco: representações sociais do planejamento da gravidez, parto e família. *Revista de enfermagem UFPE on line*, 9(12), 1255-1263. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i12a10832p1255-1263-2015>
- Luz, B. G., Soares, L. T., da Silva Grillo, V. T. R., Viola, B. M., Laporte, I. C., de Menezes Bino, D. B., ... & Oliveira, V. J. (2015). O perfil das gestantes de alto risco acompanhadas no pré-natal da policlínica de Divinópolis-MG, no biênio 2013/14. *Journal of Health & Biological Sciences*, 3(3), 137-143. doi: <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v3i3.177.p137-143.2015>
- Magalhães, D. R. B., Ferreira, C. R. C., Magalhães, E. B., & Hanan, M. Z. (2006). Assistências pré-concepcional e pré-natal. *Perinatologia básica*, 3, 37-51.
- Maldonado, M. T. (2013). *Psicologia da gravidez*. Editora Jaguatirica Digital.
- Malta, D. C., & Silva Jr, J. B. D. (2013). O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiologia*

- e Serviços de Saúde*, 22(1), 151-164. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100016>
- Mazer, A. K., Macedo, B. B. D., & Juruena, M. F. (2017). Transtornos da personalidade. *Medicina (Ribeirão Preto, Online.)*, 50(1), 85-97. Doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50isup11.p85-97>
- Medeiros, T. F. R., Santos, S. M. P., Xavier, A. G., Gonçalves, R. L., Mariz, S. R., & Sousa, F. L. P. (2016). Vivência de mulheres sobre contracepção na perspectiva de gênero. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(2). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.57350>.
- Melo, M. N., Amorim, T. V., Salimena, A. M. O., Melo, M. C. S. C., & Souza, Í. E. O. (2016). Cuidado hospitalar de mulheres que vivenciaram a gestação de alto risco: contribuições para a enfermagem. *Revista de enfermagem UFPE on line*, 10(11), 3911-3917. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-30135>
- Menetrier, J. V., & de Almeida, G. (2017). Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco com parto prematuro em um hospital de referência. *Saúde e Pesquisa*, 9(3), 433-441. doi: <http://dx.doi.org/10.17765/1983-1870.2016v9n3p433-441>
- Ministério da Saúde (2004). Política Nacional de Humanização – A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. *Série B. Textos Básicos de Saúde*. Recuperado em 03 de janeiro, 2018 de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf
- Ministério da Saúde (2012). Gestação de Alto Risco. Manual Técnico. *Série A. Normas e Manuais Técnicos*. 5ªEd. Recuperado em 22 de fevereiro, 2017 de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf
- Ocanhas, M. B. & Nakamura, M. U. (2007). Atividade física no ciclo gravídico puerperal. In: Bortoletti, F. F., Moron, A. F., Bortoletti, J. F., Nakamura, M. U., Santana, R. M, Mattar,

- R (Orgs), *Psicologia na Prática Obstétrica – Abordagem Interdisciplinar* (pp. 71-78). Barueri, SP: Manole.
- Oliveira, D. S. (2009). *Relações entre perfis cognitivos de personalidade e estratégias de coping em adultos* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Uberlândia – Instituto de Psicologia. (<https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/17086>)
- Oliveira, D. D. C., & Mandú, E. N. T. (2015). Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, 19(1), 93-101. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150013>.
- Oliveira, V. J., Madeira, A. M. F., & Penna, C. M. D. M. (2011). Vivenciando a gravidez de alto risco entre a luz e a escuridão. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*, 12(1). Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3240/324027974007/>
- Organização Mundial da Saúde (2004). *A glossary of terms for community health care and services for older persons*. WHO Centre for Health Development, Ageing and Health Technical Report, vol. 5. Recuperado em 14 de março, 2017, em http://www.who.int/kobe_centre/ageing/ahp_vol5_glossary.pdf
- Organização Mundial da Saúde (2009). Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Recuperado em 14 de março, 2017, em http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf
- Pereira, P. K., Lima, L. A., Magnanini, M. M. F., Legay, L. F., & Lovisi, G. M. (2011). Transtornos mentais maternos graves e risco de malformação congênita do bebê: uma metanálise. *Cad. Saúde Pública*, 27(12), 2287-2298. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2011001200002&script=sci_arttext.

Petroni, L. M., da Silva, T. C., de Lima Santos, A., Marcon, S. S., & de Freitas Mathias, T. A.

(2013). Convivendo com a gestante de alto risco: a percepção do familiar. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11(3), 535-541. Disponível em: doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v11i3.15369

Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011 (2011). Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília. Recuperado em 06 de abril, 2017, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

Portaria 1.020, de 29 de maio de 2013 (2013). Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Brasília. Recuperado em 06 de abril, 2017, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html

Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 (2013). Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília. Recuperado em 06 de abril, 2017, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html

Póvoas, F. T. X., Santos, A. A., Trezza, M. C. S. F., Monteiro, E. K. R., dos Santos, R. M., & dos Santos, R. F. E. P. (2015). A anamnese espiritual como base para a integralidade do cuidado em saúde. *Revista de enfermagem UFPE on line*, 9(6), 8322-8332. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i6a10593p8322-8332-2015>

Prietsch, S.O.M., Chica, D.A. G., Cesar, J.A., Sassi, R.A. M. (2011). Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública*, 27, 1906-16. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2011.v27n10/1906-1916/>.

- Ramos, A. M. B., & Vicente, H. O. (2014). *Esperança no Contexto da Gravidez de Risco: contributo para o estudo da esperança no processo gravídico de risco médico, psicológico e social* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior Miguel Torga. (<http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/582>)
- Rezende, C. L., & Souza, J. C. (2012). Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher. *Psicólogo informação*, 16(16), 45-69. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092012000200003
- Ribeiro, I., & da Silveira, M. G. C. C. (2015). Humanização hospitalar no Sistema Único de Saúde. *Revista Interdisciplinar Ciências e Saúde-Rics*, 2(3). Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/rics/article/view/2040>
- Rocha-Brischiliari, S. C., Agnolo, C. M. D., Gravena, A. A. F., Lopes, T. C. R., Carvalho, M. D. B., & Pelloso, S. M. (2014). Doenças crônicas não transmissíveis e associação com fatores de risco. *Rev Bras Cardiol*, 27(1), 35-42. Disponível em: <http://www.onlineijcs.org/sumario/27/pdf/v27n1a06.pdf>
- Rodrigues, A. F. C., Farias, E. R., Gomes, F. K. I., Pureza, I. R. D. O. M., Leite, J. G. M., Braga, R. C., & Pereira, W. D. (2015). Perfil nutricional de gestantes de alto risco atendidas numa clínica escola de nutrição de maceió-AL e incentivo ao aleitamento materno. *Entre Aberta Revista de Extensão*, 1(1). Disponível em: <http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/entreaberta/article/view/302/221>
- Rodrigues, C. D. S., & Lopes, A. O. S. (2016). A Gravidez não planejada de mulheres atendidas no pré-natal das Unidades Básicas de Saúde. *Id On Line Revista De Psicologia*, 10(32), 70-87. doi: <https://doi.org/10.14295/idonline.v10i32.579>

- Rozenberg, R., Silva, K. S. D., Bonan, C., & Ramos, E. G. (2013). Contraceptive practices of Brazilian adolescents: social vulnerability in question. *Ciencia & saude coletiva*, 18(12), 3645-3652 doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001200020>
- Sanchez, M. M. (2015). Gravidez e pós-parto: estilo e vida, fatores de risco e intervenções em saúde. In: T. Rudnicki, C. Ramos, I. Patrão, F. Pimenta (Orgs), *Ciclo de Vida da Mulher – Intervenção Cognitivo-Comportamental na Saúde e na Doença* (pp. 43-61). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.
- Santos, M. B., Cardoso, S. M., Brum, Z. P., Machado, N. C. B., Rodrigues, A. P., & Rocha, L. S. (2017). Qualidade da assistência de enfermagem prestada à gestante de alto risco em âmbito hospitalar. *ScientiaTec*, 3(2), 25-38. Disponível em: <https://periodicos.ifrs.edu.br/index.php/ScientiaTec/article/view/1488>
- Santos, A. A. P., Ferreira, C. C., & Silva, M. L. (2016). Fatores que interferem na escolha do método contraceptivo pelo casal: revisão integrativa. *Revista de APS*, 18(3). Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2516/900>
- Silva, L. C. F. P., Queiroz, M. R., Reis, J. G., Santinon, E. P., Diniz, C. S. G., Araújo, N. M., & Trintinália, M. M. J. (2011). Novas leis e a saúde materna: uma comparação entre o novo programa governamental rede cegonha e a legislação existente. *Rev Ambito Jurídico*, 16(93), 1-15. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?artigo_id=10495&n_link=revista_artigos_leitura
- Silva, M. S., & Rosa, M. R. Q. P. (2014). Perfil de gestantes de alto risco atendidas em um centro obstétrico de Santa Catarina. *Revista Interdisciplinar*, 7(2), 95-102. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/394>
- Silva, C. S., Ronzani, T. M., Furtado, E. F., Aliane, P. P., & Moreira-Almeida, A. (2010). Relação entre prática religiosa, uso de álcool e transtornos psiquiátricos em

- gestantes. *Revista de psiquiatria Clínica*, 37(4), 152-156. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832010000400002>
- Silva, M. R. D. C., Vieira, B. D. G., Alves, V. H., Rodrigues, D. P., Vargas, G. S., & Sá, A. M. P. D. (2013). A percepção de gestantes de alto risco acerca do processo de hospitalização. *Rev. enferm. UERJ*, 21(2, n. esp), 792-797. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21esp2/v21e2a16.pdf>
- Silveira, C., & Ferreira, M. M. D. C. (2016). Auto-Conceito da Grávida–Factores Associados. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*, (40), 53-67. Disponível em: <http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8219/5834>
- Simonetti, A. (2011) *Manual de psicologia hospitalar – o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Surita, F. G., Nascimento, S. L., & Silva, J. L. P. (2014). Physical Exercise During Pregnancy. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 12(36). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/SO100-720320140005176>
- Vásquez, C. L., Acuña, G. P. P., & Montañez, R. A. C. (2012). La fenomenología para el estudio de la experiencia de la gestación de alto riesgo. *Enfermería global*, 11(28), 295-305. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400015&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Vasquez, C. L, Sánchez, J. Q., Caicedo, H. J. J., & Parrado, J. A. P. (2013). Experiencias y sentimientos vividos durante una gestación de alto riesgo: un estudio documental 2005-2011. *Enfermería Global*, 12(31), 357-386. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.12.3.152821>
- Versiani, C. C., & Fernandes, L. L. (2013). Gestantes de alto risco internadas na maternidade de um Hospital Universitário. *Renome*, 1(1), 68-78. Disponível em: <http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/view/51/126>

- Wilhelm, L. A., Alves, C. N., Demori, C. C., da Silva, S. C., Meincke, S. M. K., & Ressel, L. B. (2015). Sentimentos de mulheres que vivenciaram a gestação de alto risco: estudo descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 14(3), 284-293. Disponível em: https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5206/html_882
- Xavier, R. B., Jannotti, C. B., Silva, K. S., & Martins, A C. (2013). Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(4). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000400029>
- Zhang, C., Tobias, D. K., Chavarro, J. E., Bao, W., Wang, D., Ley, S. H., & Hu, F. B. (2014). Adherence to healthy lifestyle and risk of gestational diabetes mellitus: prospective cohort study. *Bmj*, 349, 5450. <http://revistas.rcaap.pt/millennium/article/view/8219/5834>

ANEXOS

ANEXO I

QUESTIONÁRIO ESTILO DE VIDA FANTÁSTICO
(Añez, et al., 2008)

Família e amigos	Tenho alguém para conversar as coisas que são importantes para mim.	Quase nunca		Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Dou e recebo afeto.	Quase nunca		Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
Atividade	Sou vigorosamente ativo pelo menos durante 30 minutos por dia (corrida, bicicleta etc.).	Menos de 1 vez por semana	1-2 vezes por semana	3 vezes por semana	4 vezes por semana	5 ou mais vezes por semana	
	Sou moderadamente ativo (jardinagem, caminhada, trabalho de casa).	Menos de 1 vez por semana	1-2 vezes por semana	3 vezes por semana	4 vezes por semana	5 ou mais vezes por semana	
Nutrição	Como uma dieta balanceada (ver explicação).	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre	
	Freqüentemente como em excesso (1) açúcar, (2) sal, (3) gordura animal (4) bobagens e salgadinhos.	Quatro itens	Três itens	Dois itens	Um item	Nenhum item	
	Estou no intervalo de ___ quilos do meu peso considerado saudável.	Mais de 8 kg	8kg	6kg	4kg	2kg	
Cigarro e drogas	Fumo cigarros.	Mais de 10 por dia	1 a 10 por dia	Nenhum nos últimos 6 meses	Nenhum no ano passado	Nenhum nos últimos cinco anos	
	Uso drogas como maconha e cocaína.	Algumas vezes				Nunca	
	Abuso de remédios ou exagero.	Quase diariamente	Com relativa frequência	Ocasionalmente	Quase nunca	Nunca	
	Ingiro bebidas que contêm cafeína (café, chá ou "colas").	Mais de 10 vezes por dia	7 a 10 vezes por dia	3 a 6 vezes por dia	1 a 2 vezes por dia	Nunca	
Álcool	Minha ingestão média por semana de álcool é: ___ doses (ver explicação).	Mais de 20	13 a 20	11 a 12	8 a 10	0 a 7	

	Bebo mais de quatro doses em uma ocasião.	Quase diariamente	Com relativa frequência	Ocasionalmente	Quase nunca	Nunca	
	Dirijo após beber.	Algumas vezes				Nunca	
Sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro	Durmo bem e me sinto descansado	Quase Nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase Sempre	
	Uso cinto de segurança.	Nunca	Raramente	Algumas vezes	A maioria das vezes	Sempre	
	Sou capaz de lidar com o estresse do meu dia-a-dia.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre	
	Relaxo e desfruto do meu tempo de lazer.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre	
	Pratico sexo seguro (ver explicação).	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Sempre	
Tipo de comportamento	Aparento estar com pressa.	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca	
	Sinto-me com raiva e hostil.	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca	
Introspecção	Penso de forma positiva e otimista.	Quase sempre	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre	
	Sinto-me tenso e desapontado.	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca	
	Sinto-me triste e deprimido.	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca	
Trabalho	Estou satisfeito com meu trabalho ou função.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase Sempre	

Instruções

Dieta balanceada (para pessoas com idade de 4 anos ou mais).

Pessoas diferentes necessitam de diferentes quantidades de comida. A quantidade de comida necessária por dia dos quatro grupos de alimentos depende da idade, do tamanho corporal, do nível de atividade física, do sexo e do fato de estar grávida ou amamentando. A tabela a seguir apresenta o número de porções mínimo e máximo de cada um dos grupos. Por exemplo, crianças podem escolher o número menor de porções, ao passo que adolescentes do sexo masculino podem optar por um número maior de porções. Para a maioria das pessoas, o número intermediário será suficiente.

Grãos e Cereais	Frutas e Vegetais	Derivados do Leite	Carnes e Semelhantes	Outros Alimentos
Escolha com maior frequência, grãos integrais e produtos enriquecidos	Escolha com maior frequência, vegetais verde-escuros e alaranjados	Escolha produtos com baixo teor de gordura	Escolha com maior frequência, carnes magras, aves, peixes, assim com ervilhas, feijão e lentilhas.	Outros alimentos que não estão em nenhum dos grupos apresentam alto teores de gordura e calorias, e devem ser usados com moderação.
Porções Recomendadas Por Dia				
5- 12	5 - 10	Crianças (4-9 anos) 2-3 Jovens (10-16 anos) 3-4 Adultos 2-4 Grávidas e amamentando 3-4	2 -3	
<i>Álcool – 1 dose = 1 lata de cerveja (340ml) ou 1 copo de vinho (142ml) ou 1 curto (42ml); Sexo seguro – Refere-se ao método de prevenção de infecção e concepção.</i>				

ANEXO II

QUESTIONÁRIO DE CRENÇAS PESSOAIS – FORMA REDUZIDA (PBQ-SF)
(Leahy, 2007)

Por favor, leia as afirmações abaixo e avalie quanto acredita em cada uma delas. Tente avaliar como se sente acerca de cada afirmação a maior parte do tempo. Não deixe nenhuma afirmação em branco.

- 4 – Acredito totalmente
3 – Acredito muito
2 – Acredito moderadamente
1 – Acredito pouco
0 – Não acredito

1. Ser exposto como inferior ou inadequado é intolerável	4 3 2 1 0
2. Devo evitar situações desagradáveis a qualquer custo	4 3 2 1 0
3. Se as pessoas agem amigavelmente, devem estar tentando me usar ou me explorar	4 3 2 1 0
4. Devo resistir ao domínio de autoridades, mas ao mesmo tempo manter sua aprovação e aceitação	4 3 2 1 0
5. Não consigo tolerar sentimentos desagradáveis	4 3 2 1 0
6. Falhas, defeitos ou erros são intoleráveis	4 3 2 1 0
7. As outras pessoas são frequentemente muito exigentes	4 3 2 1 0
8. Devo ser o centro das atenções	4 3 2 1 0
9. Se eu não tiver sistemas, tudo vai desabar	4 3 2 1 0
10. É intolerável se eu não recebo o devido respeito ou não consigo o que tenho direito	4 3 2 1 0
11. É importante ser perfeito em tudo o que eu faço	4 3 2 1 0
12. Gosto mais de fazer as coisas sozinho do que com outra pessoa	4 3 2 1 0
13. As outras pessoas tentarão me usar ou me manipular se eu não ficar atento	4 3 2 1 0
14. As outras pessoas tem razões ocultas	4 3 2 1 0
15. A pior coisa possível seria ser abandonado	4 3 2 1 0
16. As outras pessoas deveriam reconhecer o quanto sou especial	4 3 2 1 0
17. Os outros tentam deliberadamente me humilhar	4 3 2 1 0
18. Preciso que os outros me ajudem a tomar decisões ou me digam o que fazer	4 3 2 1 0
19. Os detalhes são extremamente importantes	4 3 2 1 0
20. Se considero as pessoas como sendo muito mandonas, tenho o direito de desconsiderar suas exigências	4 3 2 1 0
21. Figuras autoritárias tendem a ser inoportunas, exigentes, intrometidas e controladoras	4 3 2 1 0
22. O jeito de conseguir o que quero é impressionar ou agradar as pessoas	4 3 2 1 0
23. Devo fazer qualquer coisa para me safar	4 3 2 1 0
24. Se as outras pessoas descobrirem coisas a meu respeito, vão usá-las contra mim	4 3 2 1 0
25. Os relacionamentos são confusos e interferem na liberdade	4 3 2 1 0
26. Só as pessoas tão brilhantes quanto eu me compreendem	4 3 2 1 0
27. Como sou tão superior, tenho direito a tratamento especial e privilégios	4 3 2 1 0
28. É importante para mim ser livre e independente dos outros	4 3 2 1 0
29. Em muitas situações fico melhor sozinho	4 3 2 1 0
30. É necessário fixar-se a padrões mais elevados o tempo todo,	

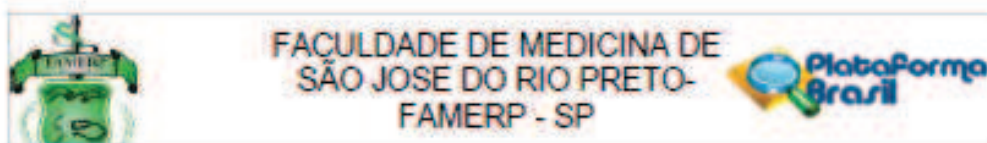
ou as coisas desabam	4 3 2 1 0
31. Sentimentos desagradáveis vão aumentar e fugir do controle	4 3 2 1 0
32. Vivemos em uma selva e a pessoa mais forte é quem sobrevive	4 3 2 1 0
33. Devo evitar situações nas quais eu atraia atenção, ou ser tão discreto quanto possível	4 3 2 1 0
34. Se eu não mantenho outras pessoas ligadas, elas não vão gostar de mim	4 3 2 1 0
35. Se eu quero algo, devo fazer qualquer coisa que seja necessário para conseguir	4 3 2 1 0
36. É melhor estar sozinho do que ficar preso a outras pessoas	4 3 2 1 0
37. A menos que eu distraia ou impressione as pessoas, não sou nada	4 3 2 1 0
38. As pessoas vão me criticar se eu não criticar primeiro	4 3 2 1 0
39. Quaisquer sinal de tensão em um relacionamento indicam que ele vai mais; portanto devo rompê-lo	4 3 2 1 0
40. Se meu desempenho não for o mais elevado, vou falhar	4 3 2 1 0
41. Estabelecer prazos, cumprir exigências e obedecer são golpes diretos no meu orgulho e auto-suficiência	4 3 2 1 0
42. Tenho sido injustamente tratado e tenho o direito de obter minha cota de justiça por quaisquer meios que consiga	4 3 2 1 0
43. Se as pessoas se aproximarem de mim, elas descobrirão meu eu “verdadeiro” e irão me rejeitar	4 3 2 1 0
44. Sou carente e fraco	4 3 2 1 0
45. Fico impotente quando me deixam sozinho	4 3 2 1 0
46. Outras pessoas deveriam satisfazer minhas necessidades	4 3 2 1 0
47. Se seguir as regras do jeito que os outros esperam, isso irá cercear minha liberdade de ação	4 3 2 1 0
48. As pessoas irão se aproveitar de mim se eu lhes der chance	4 3 2 1 0
49. Preciso estar em guarda o tempo todo	4 3 2 1 0
50. Minha privacidade é muito mais importante para mim do que a proximidade com as pessoas	4 3 2 1 0
51. Regras são arbitrárias e m sufocam	4 3 2 1 0
52. É terrível quando as pessoas me ignoram	4 3 2 1 0
53. Não me importo com o que os outros pensam	4 3 2 1 0
54. Para ser feliz preciso que outras pessoas prestem atenção em mim	4 3 2 1 0
55. Se distrair as pessoas, elas não vão notar minha fraqueza	4 3 2 1 0
56. Preciso de alguém disponível e por perto o tempo todo para me ajudar a realizar o que preciso ou caso algo ruim aconteça	4 3 2 1 0
57. Qualquer falha ou imperfeição no meu desempenho pode levar a uma catástrofe	4 3 2 1 0
58. Já que sou tão talentoso, as pessoas deveriam sair de meu caminho para promover minha carreira	4 3 2 1 0
59. Se eu não pressionar outras pessoas, serei pressionado	4 3 2 1 0
60. Não tenho que segui as regras que se aplicam a outras pessoas	4 3 2 1 0
61. Força ou astúcia são a melhor maneira de se conseguir as coisas	4 3 2 1 0
62. Devo ser acessível o tempo todo a quem me sustenta ou me ajuda	4 3 2 1 0
63. Sou basicamente sozinho – a menos que possa me vincular a uma pessoa mais forte	4 3 2 1 0
64. Não posso confiar em outras pessoas	4 3 2 1 0
65. Não consigo lidar com as situações como as outras pessoas	4 3 2 1 0

Guia de escore, Questionário de Crenças Pessoais – forma reduzida

Escala QCP	Some os itens para calcular o escore bruto	Escore bruto	Use a fórmula para calcular seu escore	Seu escore
Esquivo	Some os itens 1,2,5,31,33,39,43	_____	$(\text{Escore bruto} - 10,86)/6,46$	_____
Dependente	Some os itens 15,18,44,45,56,62,63	_____	$(\text{Escore bruto} - 9,26)/6,12$	_____
Passivo-agressivo	Some os itens 4, 7, 20, 21, 41, 47, 51	_____	$(\text{Escore bruto} - 8,09)/5,97$	_____
Obsessivo-Compulsivo	Some os itens 6, 9, 11, 19, 30, 40, 57	_____	$(\text{Escore bruto} - 10,56)/7,20$	_____
Anti-social	Some os itens 23, 32, 35, 38, 42, 59, 61	_____	$(\text{Escore bruto} - 4,25)/4,30$	_____
Narcisista	Some os itens 10, 16, 26, 27, 46, 58, 60	_____	$(\text{Escore bruto} - 3,42)/4,23$	_____
Histriônico	Some os itens 8, 22, 34, 37, 52, 54, 55	_____	$(\text{Escore bruto} - 6,47)/6,09$	_____
Esquizóide	Some os itens 12, 25, 28, 29, 36, 50, 53	_____	$(\text{Escore bruto} - 8,99)/5,60$	_____
Paranóico	Some os itens 3, 13, 14, 17, 24, 48, 49	_____	$(\text{Escore bruto} - 6,99)/6,22$	_____
Borderline	Some os itens 31, 44, 45, 49, 56, 64, 65	_____	$(\text{Escore bruto} - 8,07)/6,05$	_____

ANEXO III

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTILO DE VIDA, PERSONALIDADE E VIVÊNCIAS DE GESTANTES DE RISCO DO PROGRAMA DA ALTA QUALIFICADA

Pesquisador: Mariana Alves Porto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 69113816.4.0000.5415

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP - SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.775.076

Apresentação do Projeto:

A pesquisadora pretende com esse projeto atuar junto a gestantes do Programa de Alta Hospitalar Qualificada, que consiste em avaliar e identificar as necessidades sociais, físicas e psicológicas de gestantes de risco hospitalizadas em enfermagem obstétrica. A equipe multidisciplinar é responsável em contatar com a Rede de Assistência à Saúde para propor ações que previnam novas intercorrências com a paciente em questão. Assim neste projeto pretende-se compreender as vivências dessas mulheres acerca da gravidez de alto risco, bem como delinear seu estilo de vida e fatores de personalidade, a fim de auxiliar os profissionais responsáveis pela alta qualificada, na elaboração de um plano terapêutico mais fidedigno, atendendo a real demanda destas pacientes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender os significados e sentidos atribuídos por gestantes de alto risco as suas vivências na atenção pré-natal e alta qualificada.

Objetivo Secundário:

Delinear o perfil sociodemográfico das participantes do estudo;

Conhecer o estilo de vida das pacientes;

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5415
 Bairro: VILA SÃO PEDRO CEP: 15.090-000
 UF: SP Município: SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
 Telefone: (17)3201-5813 Fax: (17)3201-5813 E-mail: cepfamerp@famerp.br



FACULDADE DE MEDICINA DE
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-
FAMERP - SP



Continuação do parecer 1.775-076

Conhecer os perfis cognitivos de personalidade das paciente

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos em participar do estudo são mínimos, incluindo a discussão de aspectos que possam causar sentimentos negativos (ex. tristeza, ansiedade).

Benefícios:

O presente estudo pretende delinear o perfil de pacientes inseridas na alta qualificada, por meio da compreensão de seu estilo de vida, seu perfil cognitivo de personalidade e os sentidos e significados que atribuem à vivência da gestação de alto risco. E assim acredita-se que, será possível conhecer a real demanda, auxiliando os profissionais da saúde responsáveis pela alta qualificada a elaborar um plano terapêutico mais fidedigno às necessidades desta população. Além disso, entende-se que reconhecer o que o paciente está vivenciando propicia ao profissional, subsídios para o acolhimento humanizado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia é descrita da seguinte forma: serão convidadas a participarem do estudo 30 gestantes de alto risco, hospitalizadas em enfermaria obstétrica e inseridas no programa de alta qualificada. Para a coleta dos dados serão aplicados: questionário sociodemográfico, questionário Estilo de Vida "Fantástico", questionário de Crenças Pessoais em forma reduzida PBQ-SF e, posteriormente, será realizada entrevista compreensiva com uma questão norteadora. Os dados coletados por meio de questionários sociodemográfico e obstétrico, bem como das escalas psicométricas, serão tabulados utilizando-se frequência e porcentagem para posterior análise descritiva. Já, as transcrições dos depoimentos serão submetidas a análise qualitativa, na modalidade fenomenológica, na busca de compreender os significados e sentidos atribuídos pelas gestantes na vivência da gestação de alto risco.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os termos : Folha de rosto, declaração de Infra estrutura e o TCLE atendeu as solicitações de adequação.

Recomendações:

Não há recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:

O projeto está adequado

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5415

Bairro: VILA SÃO PEDRO CEP: 13.090-000

UF: SP Município: SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Telefone: (17)3201-6813 Fax: (17)3201-6813 E-mail: cepfamerp@famerp.br



FAÇULDADE DE MEDICINA DE
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-
FAMERP - SP



Continuação do Parecer: 1.775.076

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_747982.pdf	27/09/2016 10:48:12		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_atualizado.doc	27/09/2016 10:45:44	Mariana Alves Porto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_gestacao_de_risco_finalizado.doc	24/08/2016 13:55:46	Mariana Alves Porto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao1.pdf	24/08/2016 13:49:47	Mariana Alves Porto	Aceito
Folha de Rosto	declaracao2.pdf	24/08/2016 13:49:00	Mariana Alves Porto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 14 de Outubro de 2016

Assinado por:

GERARDO MARIA DE ARAUJO FILHO
(Coordenador)

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416

Bairro: VILA SÃO PEDRO

CEP: 15.090-000

UF: SP

Município: SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Telefone: (17)3201-6813

Fax: (17)3201-6813

E-mail: cepfamerp@famerp.br

APÊNDICE I
QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

Nome: _____

Idade: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Estado Civil: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Religião: _____

Com quem mora? _____

Nº de gestações: ____ Partos: ____ Abortos: ____

Idade gestacional atual: _____

Gestação planejada? _____ Gestação desejada? _____

Faz acompanhamento pré-natal? _____

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Modelo em acordo com a Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde)

Estilo de Vida, Personalidade e Vivências de Gestantes de Risco do Programa da Alta Qualificada



Você está sendo convidada a participar de um estudo científico, por estar grávida e hospitalizada. Esse estudo poderá aumentar o conhecimento a respeito da gestação de alto risco, com o título “Estilo de Vida, Personalidade e Vivências de Gestantes de Risco do Programa da Alta Qualificada”.

Esse estudo será realizado para fornecer dados e talvez aperfeiçoar o tratamento de pessoas que passarem pela mesma situação.

DO QUE SE TRATA O ESTUDO?

Nesta pesquisa pretendemos compreender o perfil e vivências de gestantes de alto risco hospitalizadas. O motivo que nos leva a estudar este tema é porque acreditamos que os resultados ajudarão a conhecer a real necessidade dessas pacientes, o que poderá auxiliar no trabalho dos profissionais da saúde responsáveis por essa população.

COMO SERÁ REALIZADO O ESTUDO?

Você será convidada a responder uma entrevista, durante a hospitalização.

Para a realização do estudo será utilizado três questionários, onde suas respostas serão anotadas e uma pergunta aberta, onde sua resposta será gravada.



Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Quando for necessário utilizar os seus dados nesta pesquisa, sua privacidade será preservada, já que seu nome será substituído por outro, preservando sua identidade.

Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo.

ESSES PROCEDIMENTOS SÃO DESCONFORTÁVEIS OU GERAM RISCOS?

Os procedimentos poderão trazer os seguintes riscos: discussão de aspectos que possam causar sentimentos negativos (ex. tristeza, ansiedade). Como este estudo conta com a participação de psicólogos, as pacientes que necessitarem serão encaminhadas para atendimento individual. É possível que você não receba o benefício ao participar deste estudo, porém sua participação irá contribuir para descobrir as necessidades de tratamento de mulheres que passam pela mesma situação, bem como as causas que levaram essa gestação se tornar de risco, contribuindo também para a prevenção de gestação de risco.

O QUE ACONTECE COM QUEM NÃO PARTICIPA DO ESTUDO?

Não lhe acontecerá nada se você não quiser participar desse estudo.

Também será aceita a sua recusa em participar dessa pesquisa, assim como a sua desistência a qualquer momento, sem que lhe haja qualquer prejuízo de continuidade de qualquer tratamento nessa instituição, penalidade ou qualquer tipo de dano à sua pessoa. Será mantido total sigilo sobre a sua identidade e em qualquer momento você poderá desistir de que seus dados sejam utilizados nesta pesquisa.

Você não terá nenhum tipo de despesas por participar da pesquisa, durante todo o decorrer do estudo, porém quaisquer despesas que ocorram, como transporte e alimentação, serão custeadas pela Mariana Alves Porto, pesquisadora responsável por este estudo. Você também não receberá pagamento por participar desta pesquisa.



Você será acompanhado de forma integral, estando livre para perguntar e esclarecer suas dúvidas em qualquer etapa deste estudo.

Em caso de dúvidas ou problemas com a pesquisa você pode procurar o **pesquisador responsável** Mariana Alves Porto pelo e-mail mariana_aporto@hotmail.com ou pelo telefone (17) 99103-8915 ou a **orientadora responsável** Maria Jaqueline Coelho Pinto pelo e-mail psijaqueline@famerp.br ou pelo telefone (17) 3201-5842.

Para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP (CEP/FAMERP) está disponível no telefone: (17) 3201-5813 ou pelo email: cepfamerp@famerp.br.



Declaro que entendi este TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Pesquisador Responsável

Mariana Alves Porto

Orientador

Dra. Maria Jaqueline Coelho Pinto

Participante da Pesquisa ou Responsável

(Nome e Assinatura)

APÊNDICE III

TRANSCRIÇÕES DAS ENTREVISTAS ABERTAS

Gestante 1: *Fiquei com medo só. De nascer e ficar na UTI. De ficar machucando com os aparelhos. Só./ P:Tem mais alguma coisa que você pensou, passou pela sua cabeça... /G1:Não. Só foi o medo mesmo.*

Gestante 2: *Ah, pra mim é... No começo foi assustador né? Saber que podia ter alguma coisa de errado com a minha neném. Mas aí depois, assim é... orei, pedi pra Deus me dar força e Ele foi renovando minhas forças, sabe? Aí eu vim aqui no hospital, o pessoal daqui é ... sabe? Trata a gente super bem, tirou todas as minhas dúvidas aí eu acalmei. Mas no começo foi bem complicado e difícil... É um misto de ansiedade, medo, tudo né. Às vezes eu penso assim, ela podia nascer logo pra acabar o sofrimento meu e dela. E às vezes eu penso, nossa, mas se ela nascer agora, ela vai ter que ficar na incubadora, sabe? Vai ficar na UTI e eu morro de medo. É tudo misturado as emoções assim, sabe? Fica tudo a flor da pele. Mas agora tá na mão de Deus. O que tiver que ser, vai acontecer no tempo Dele.*

Gestante 3: *Eu não sinto nada, porque em todas as minhas gravidez foi assim. Eu sei que tem algum tipo de complicação que eu não chego até o fim da gestação. Aqui é um ótimo hospital, os médicos são muito bons. Eu tive um prematurinho com 30 semanas e viveu... aqui nessa parte a gente não tem reclamação. /P. E pra você, como que é ta passando por isso? /G3. Ah, assim, agora eu tô me sentindo estranha porque eu nunca cheguei até as 35 e pouco, é a primeira vez e é tudo diferente né.. Tem uma dor diferente, né? Então eu acho assim, tô bem... Mas tem preocupação com o bebê, a gente sabe que tem risco né... Preocupação com ele, nada mais. /P. O que é essa preocupação? /G3. Ah, a gente vê casos de prematurinho, nasce, não aguenta. É essa a preocupação... Assim é passageira, porque eu penso positivo, tenho fé que vai dar tudo certo.*

Gestante 4: *Eu vim pra cá, eu tava com um pouco de dor e assim que eu fui lá no postinho eles me deram um buscopan, mas a dor não melhorou, aí logo eles me encaminharam pra cá. Chegando aqui, me deu uma infecção muito forte, que eu tava com tipo uma bactéria e tava com um pouco e contração e só. /P: E como que foi pra você passar por tudo isso? /G4: É porque na minha outra gravidez eu tive né? Sempre eu vou ter infecção por causa do rim. E aí dá medo né...Que acontece alguma coisa com ele. Perder ele...*

Gestante 5: *Eu acredito que por mais que seja uma gravidez de risco, por causa do meu rim pélvico, talvez isso não afeta o bebê. Então só tem que fazer o acompanhamento porque pode provocar dilatação e nascer antes do tempo. Então não fico com medo, porque com minha outra filha foi a mesma coisa, eu tive o mesmo problema porque eu tenho esse rim desde quando eu nasci. Mas aqui no hospital tô sentindo cólica de rim, que é horrível, por eu ter gerado essas pedras no rim durante a gestação, mas é tranquilo porque eu sei que tem muita gente com problemas piores que o meu... Então o meu é tranquilo... porque eu sei que meu problema não prejudica o meu bebê. Não pode nascer com deficiência, não pode ter nenhum*

problema. Porque com minha filha foi a mesma coisa, foi gravidez de risco por causa do rim. A única diferença é que agora eu tô tendo cólica renal, infecção de urina que eu não tive, tive que ficar internada porque a infecção foi forte, não passou com o remédio que eu tava tomando. Então eu fico tranquila porque eu sei que é uma coisa que eu vou melhorar e não vai me prejudicar. Eu acredito que a infecção de urina é comum dar em grávida. Eu graças a Deus, é a primeira vez que tá dando. Porque pelo meu rim, o médico disse que eu vou ter várias infecções, por causa do rim pélvico, e eu só tive apenas essa, a primeira. Então eu sei que tá tratando, tá melhorando, tô tomando uma medicação um pouco mais forte, que vai passar. Então não tenho medo mesmo. Eu sei que vou tomar medicação, vou sarar logo e não vou ficar no hospital muito tempo.

Gestante 6: *Eu fico preocupada por causa do nenê. De perder, porque eu já tive uma infecção uma vez e a moça falou que era... que mulher grávida quando tem isso, tem risco de perder... Ah, eu não senti nada...só a preocupação mesmo.*

Gestante 7: *Ah então, assim eu... por conta da dificuldade de segurar o bebê eu sinto medo. No começo bem mais. Agora que tá passando o tempo da gestação, e como eu sou evangélica também eu oro muito a Deus, eu peço força... E assim, tá na mão dele, o que ele for fazer é o melhor pra mim e pra bebê. Assim, agora eu to mais calma, mas eu fiquei muito nervosa, que os médico assusta muito né? Chega na hora né, não dá tempo de fazer cerclagem ele falou de um jeito como se a nenê fossa nascer naquele dia e não fosse sobreviver. Aí eu fui pra Santa Casa, fui ficando mais calma e agora eu to esperando o tempo de Deus, se for da vontade dele vim prematuro, ele vai cuidar de tudo... Mas dá medo de perder ela. Porque minha mãe já teve caso de perca na gravidez que ela teve, e aí dá medo né. Já tenho toda essa dificuldade (cadeirante), primeira filha... Agora tô mais tranquila... Cheguei ontem no hospital e cheguei nervosa assim né, porque o colo do útero quando ele é curto, você não sente dilatar, então eu vim porque eu vi o sangramento, mas não imaginava que tava dilatando. Aí cheguei aqui tava, aí me deu aquele medo né, minha filha vai nascer. Mas eu vim orando, falando com Deus, agora to mais calma. Tô calma... dá aquela tensão um pouco se tá dilatando mais, se tá a mesma coisa, mas tá na mão de Deus... E é isso.*

Gestante 8: *Porque a primeira (gestação) foi né (de risco), e os médico, desde quando comecei, que eu descobri que tava grávida dessa segunda gravidez eles já tinham me avisado que poderia ser de risco. Então eu já sabia... Ah então, eu tenho medo agora né, que eu já me acostumei com a gravidez, depois de ter levado um choque, eu tenho medo de perder, entendeu? Porque nossa, tá passando por esse sofrimento todo e depois chegar na hora e perder... E às vezes, assim, como que eu te falo? às vezes assim eu me sinto sozinha assim, entendeu? Mas... eu busco suporte com Deus, simplesmente entendeu? E só.../ P: Porque você se sente sozinha? /G8: Ah, muitas vezes entendeu? Por aquela situação do questionário que você me fez aquelas perguntas, entendeu? Eu respondi aquilo de acordo com o que eu já passei, com o que eu passo... porque assim entendeu? Tem... tá tem o meu namorado, mas as vezes ele não me entende e as vezes também, tá eu moro com minha mãe, mas as vezes também ela não me entende. Ao mesmo tempo que eu penso que a opinião dela é diferente entendeu...mesmo ela sabendo que é aquilo, entendeu? Ela prefere discordar, do que concordar. E isso entendeu, me deixa triste, entendeu, me leva a chorar entendeu? E assim, eu me sinto sozinha, tipo você ta ali entendeu, com alguém que não concorda com você, é ruim, mesmo sabendo o que você tá passando... Quando eu vim pro hospital, no começo eu*

não gostei muito, quando eles falaram que ia me encaminhar pra Rio Preto, eu não gostei muito da ideia não. Mas eu falei, não se é bom pro bebê, tudo bem né? Só que assim, por ter vindo sozinha, entendeu? E tudo... Porque minha mãe ficou com meu outro filho, então não dava pra ela vim comigo. Aí tipo, eu não me senti totalmente segura, mas quando cheguei aqui eu fui bem tratada, aí fiquei bem assim, entendeu?

Gestante 9: *Ah, pra mim é uma experiência, né? E... no momento não quero nem pensar na hora do parto, porque se eu colocar... que minha pressão vai subir... e como eu tenho complicações na família, que minha mãe teve é... como é que fala aquela... pré-eclâmpsia, então eu só quero pensar na hora de eu ter ele, colocar o nenê pra fora, pra ver a carinha dele. Mas do contrário tá sossegado. Eu só quero que seja só... eu espere só positiva né? Tanto... se eu tô me preocupando agora, esqueci dos outros problemas e tô me preocupando só com o nenê.*

Gestante 10: *Pra mim foi... ainda tá sendo um “baque”. Tá sendo difícil tanto aceitar, quanto passar por isso. É bem complicado. Se não é o meu marido me apoiando, ajudando, me dando autoestima eu fico todo dia triste, que eu quero ficar bem e ver ele bem também, né? Então tá bem complicado pra mim ainda. /P: Por que tá difícil? / G10: É o medo né, de dar alguma coisa errada com o bebê... esse é meu maior medo.*

Gestante 11: *Olha, tá complicado porque não foi uma gravidez planejada, é... foi com meu ex-marido. Então tá sendo complicado por isso, de não ter ele do meu lado, por eu ter perdido meu emprego ano passado, ter tido que ir morar com minha mãe... Entendeu? Eu tinha uma vida e passei a ter outra, então é uma mudança muito radical. Assim, parece que o mundo desaba de repente, então é bem complicado. E a respeito da gravidez assim... não é uma coisa que eu quero, não desejo... Ainda não consegui aceitar.*

Gestante 12: *É complicado por causa da pressão, tem que tomar cuidado, tem hora que eu não sinto ela subir. Vamos supor, tem hora que eu tô normal, não to com dor de cabeça, não to com dor na nuca, aí vai ver minha pressão tá 20 por 10, 20 por 11, aí é aquele susto. Então tá bem complicado e o remédio não faz efeito. Já mudou, já aumento, já diminuiu, não tem tido efeito...Então tem que achar uma quantidade certa ou um outro remédio pra poder começar a fazer efeito, mas fora isso é tranquilo. Não sinto dores... fora a dor de cabeça por causa da pressão, o resto tá tudo tranquilo. E o que me acalma é que a nenê tá bem, o único problema é a pressão só. /P: E como você se sente com isso? /G12: Eu fico pensando muito nela (bebê). A minha preocupação é no bebê. Eu me preocupo com o que pode acontecer com ela. Então fico muito preocupada em relação a isso. O que pode acontecer com ela... Por causa que muitos médicos fala né... se tiver que tirar agora, tá muito cedo, não garante, então a gente fica preocupado de acontecer alguma coisa. Mas fora isso não.*

Gestante 13: *Ah... Depois que eu tive esse probleminha, assim, eu cheguei aqui com muita dor... muita. Aí os médicos só me encaminharam tudo, aí falaram que era normal, só que eu que to com do, eu sei que tá insuportável e pros médico é tudo normal. Aí eles dão alta, passa uma semana, nós tá aqui no hospital de novo com dor, e pra eles é tudo normal, e isso*

aí que eu acho ruim, porque eu chego aqui passando mal, achando que eu já ia fazer a cesárea e no final eles me manda pra casa de novo com dor. E não me sinto não muito bem. Os médico aqui são ignorante, uns são paciente e outros não. Outros já são muito ignorante. E eu sou ignorante quando eu quero, então quando eles fala na ignorância eu fico na minha, porque eu sei que eu vou perder a linha. Então se a pessoa me tratar bem, eu vou tratar bem, se me tratar mal eu já vou olhar de cara feia e nem vou querer papo. E agora to esperando uma resposta dos médico e fico pensando no nenê. Como vai ser, se ele vai nascer ou não, que dia... é isso.

