UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

CELMA APARECIDA BARBOSA DOS SANTOS

**Assistência de enfermagem às gestantes de alto risco: as necessidades
psicossociais em foco.**

RIBEIRÃO PRETO
2019

CELMA APARECIDA BARBOSA DOS SANTOS

**Assistência de enfermagem às gestantes de alto risco: as necessidades
psicossociais em foco.**

Versão original

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Mestrado Profissional de
Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Tecnologia e Inovação no
Cuidado em Enfermagem

Orientador: Prof.^a Dr.^a Jacqueline de Souza

RIBEIRÃO PRETO

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudos e pesquisa, desde que citada a fonte.

Santos, Celma Aparecida Barbosa

Assistência de enfermagem às gestantes de alto risco: as necessidades psicossociais em foco. Ribeirão Preto. 2019.

80 p.: il.;30 cm.

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.
Área de concentração: Mestrado Profissional de Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Orientador: Jacqueline de Souza.

1. Gravidez de alto risco. 2. Cuidado de enfermagem. 3. Saúde mental.

SANTOS, Celma Aparecida Barbosa

Assistência de enfermagem às gestantes de alto risco: as necessidades psicossociais em foco.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Mestrado Profissional de
Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Aprovado em: / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Ao meu esposo Rodrigo e aos meus filhos
Olavo e Benício, com amor, pela compreensão,
carinho e estímulo ao longo desta jornada...
Vocês são meu esteio.

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, agradeço a Deus por me oportunizar viver este momento tão aguardado durante toda a minha vida e, também, por me proporcionar as condições necessárias para isso. A fé foi meu sustento nesse percurso.

A presente dissertação de mestrado não poderia chegar a bom porto sem o precioso apoio de várias pessoas e instituições.

Em primeiro lugar, agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Jacqueline de Souza, por toda a atenção, dedicação e sentido prático com que sempre me orientou neste trabalho. Muito obrigada pelo carinho e pelas conversas motivadoras durante as reuniões, as quais tornaram o período mais ameno.

Agradeço à minha amiga-irmã Alexandra que, desde o primeiro momento, me estimulou e me apoiou. Gratidão, pelo carinho e incentivo.

Desejo igualmente agradecer à minha família, pelo apoio incondicional que me deram, especialmente aos meus pais e irmãos. Amo muito vocês!

E, aos meus filhos amados, Olavo e Benício, e a meu esposo amoroso e dedicado, Rodrigo, agradeço por entenderem minhas ausências de forma tão natural, transformando esta caminhada mais tranquila. Vocês foram minha maior motivação em todos os momentos...

Agradeço a toda a equipe do Serviço de Referência à Saúde da Mulher e da Criança, que me recebeu de braços abertos e me apoiou durante as entrevistas, intermediando o contato com as gestantes de alto risco. Gratidão, pelo suporte, gentileza e profissionalismo.

Também não poderia deixar de agradecer às participantes deste estudo, que me relataram suas vivências e sentimentos diante de um momento ímpar e, muitas vezes, sofrível de suas vidas. Foi um aprendizado imenso poder escutar vocês...

Demonstro minha gratidão, também, ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais - IFSULDEMINAS/ Campus Poços de Caldas, instituição que valoriza a capacitação e o desenvolvimento científico de seus servidores visando aprimorar a educação neste país. Grata pelo apoio institucional a mim concedido durante esta trajetória.

Ao Conselho Federal de Enfermagem - COFEn e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior - CAPES, agradeço a parceria que proporcionou minha participação no programa de Mestrado Profissional da USP. Que tal parceria perpetue e fortaleça a nossa profissão, tão necessitada de investimentos e reconhecimento.

RESUMO

SANTOS, Celma Aparecida Barbosa, **Assistência de enfermagem às gestantes de alto risco: as necessidades psicossociais em foco**. 2019. 80f. Dissertação (Mestrado Profissional de Tecnologia e Inovação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

As necessidades psicossociais relacionadas à gestação de alto risco são importantes aspectos a serem considerados no processo de avaliação das mulheres pela equipe de enfermagem, pois, consiste num período em que necessitarão de apoio e orientação tanto para questões gerais relacionadas à gestação quanto específicas desta condição de risco. Neste estudo propôs-se analisar as necessidades psicossociais apresentadas por gestantes de alto risco em um Serviço de Referência à Saúde da Mulher e da Criança. Trata-se de um estudo qualitativo descritivo exploratório que teve como população as gestantes de alto risco atendidas no referido serviço. Utilizaram-se as técnicas de observação participante e entrevista semiestruturada para a coleta de dados e foi empreendida a triangulação e análise de conteúdo das informações obtidas. O perfil sociodemográfico, os dados clínicos e algumas características relacionadas à composição familiar das participantes demonstraram que a maioria estava na faixa etária de 19 a 30 anos, não apresentava histórico de abortos ou complicações gestacionais prévias e tinham apenas um filho. A análise de conteúdo das entrevistas e da observação participante culminou em três categorias, nas quais identificou aspectos psicossociais relacionados aos fatores emocionais, laborais e necessidades específicas de apoio social e cuidados profissionais. As gestantes manifestaram sentimentos de ansiedade, sofrimento e medo frente à condição vivenciada no alto risco e também dificuldades financeiras. Em contrapartida, foi verificado forte apoio social às mesmas, provido por entes familiares próximos como mãe, pai, esposo, filhos e sogra. Observou-se expressões de satisfação com a assistência recebida pelo serviço de saúde, bem como a presença de vínculo com os profissionais. A presente investigação evidencia a diversidade de anseios e vulnerabilidades da vida das participantes e revela que reconhecer e compreender suas demandas psicossociais são ações importantes para a promoção de cuidados integrais por parte da equipe assistencial. Sugere-se que estudos posteriores contemplem, em sua abordagem, os aspectos psicossociais das gestantes de alto risco, sobretudo no tocante à atuação dos profissionais que trabalham nos serviços de atenção básica. Haja vista que a assistência psicossocial pode e deve ser realizada em todas as instâncias de atenção à mulher que perpassa pelo ciclo gravídico de alto risco. Por meio das informações levantadas foi preparado um script para o desenvolvimento de uma tecnologia web sob medida de classificação de riscos psicossociais para avaliação de gestantes de alto risco. Pretende-se, por meio dessa tecnologia, facilitar a coleta de informações quanto aos aspectos psicossociais das gestantes atendidas no serviço e estimular o enfoque dos mesmos na rotina de trabalho da equipe de enfermagem, com ações embasadas no perfil de clientela atendido. Destarte, vislumbra-se que a implantação de métodos sistematizados de assistência à saúde seja o meio para o alcance do aumento da qualidade dos cuidados prestados, bem como da satisfação das necessidades das gestantes de alto risco.

Palavras-chave: Gravidez de alto risco. Cuidado de enfermagem. Saúde mental.

ABSTRACT

SANTOS, Celma Aparecida Barbosa, **Nursing care to high-risk pregnant women: psychosocial needs in focus**. 2019. 80f. Dissertation (Master's Degree in Technology and Innovation in Nursing) - Ribeirão Preto Nursing School, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

The psychosocial needs of high-risk pregnant women are important aspects that should be considered in the evaluation of these women by the nursing team, since pregnancy is a period in which women need support and guidance for general issues related to the pregnancy and for specific issues related to their risk condition. This study aimed to analyze the psychosocial needs presented by high-risk pregnant women in a Specialized Service for Women's and Children's Health. This is a qualitative, exploratory, descriptive study with high-risk pregnant women followed up in the above-mentioned service. Participant observation and semi-structured interviews were used for data collection, with triangulation and content analysis of the information obtained. The socio-demographic profile, clinical data and some characteristics related to the family composition of the participants revealed that most were between 19 and 30 years old, had no history of previous abortions or pregnancy complications and had only one child. The content analysis of the interviews and the participant observations generated three categories, which addressed psychosocial aspects related to emotional factors, work factors and specific needs for social support and professional care. The pregnant women expressed feelings of anxiety, suffering and fear associated with their high-risk condition and with financial difficulties. On the other hand, there was strong social support from close family members such as mother, father, spouse, children and mother-in-law. The participants expressed satisfaction with the assistance received in the health service and demonstrated a bond with the professionals. The present study evidences the diversity of desires and vulnerabilities of the participants and reveals that recognizing and understanding their psychosocial demands is important for the provision of comprehensive care. Future studies should include the psychosocial aspects of high-risk pregnant women in their approach, especially regarding the work of professionals in primary health care services, since psychosocial care can and should be included in all levels of care provided to women who experience high-risk pregnancies. Based on the information collected, a script for the development of a web technology for the classification of psychosocial risks in the evaluation of high-risk pregnant women was prepared. The aim of this technology is to facilitate the collection of information on psychosocial factors of pregnant women followed-up in the service and to stimulate the inclusion of these factors in the work routine of the nursing team, which should develop actions based on the participants' profile. Thus, it is expected that the implementation of systematized methods in health care will increase the quality of care and help meeting the needs of high-risk pregnant women.

Keywords: Pregnancy, high-risk. Nursing care. Mental health.

RESUMEN

SANTOS, Celma Aparecida Barbosa, **Atención de enfermería a mujeres embarazadas de alto riesgo: necesidades psicosociales en foco**. 2019. 80f. Tesis (Máster Profesional en Tecnología e Innovación en Enfermería) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Las necesidades psicosociales relacionadas con el embarazo de alto riesgo son aspectos importantes que deben considerarse en el proceso de evaluación de las mujeres por parte del personal de enfermería, ya que es un período que necesitarán apoyo y orientación tanto para cuestiones generales relacionadas con la gestación como para cuestiones específicas en esta condición de riesgo. Este estudio tuvo como objetivo analizar las necesidades psicosociales presentadas por mujeres embarazadas de alto riesgo en un Servicio de Referencia para la Salud de Mujeres y Niños. Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, en que participaron mujeres embarazadas de alto riesgo que recibían atención en el referido servicio. Las técnicas de observación participante y entrevista semiestructurada se utilizaron en la recolección de datos, y se realizó la triangulación y el análisis de contenido con las informaciones obtenidas. El perfil sociodemográfico, los datos clínicos y algunas características relacionadas con la composición familiar de los participantes revelaron que la mayoría estaba en el grupo de edad de entre 19 y 30 años, no tenía antecedentes de abortos ni complicaciones en el embarazo previas, además tenían solo un hijo. Del análisis de contenido de las entrevistas y la observación participante emergieron tres categorías, en las que se identificaron aspectos psicosociales relacionados con las necesidades emocionales, laborales y específicas de apoyo social y de asistencia profesional. Las mujeres embarazadas expresaron sentimientos de ansiedad, sufrimiento y temor por la condición experimentada de alto riesgo y también por dificultades financieras. Por otro lado, recibieron un fuerte apoyo social brindado por sus familiares cercanos, como la madre, el padre, el cónyuge, los hijos y la suegra. Se observaron expresiones de satisfacción con la asistencia ofertada por el servicio de salud, así como la presencia de vínculo con los profesionales. La presente investigación destaca la diversidad de deseos y vulnerabilidades en las vidas de los participantes y desvela que reconocer y comprender sus demandas psicosociales son acciones importantes para brindarles una atención integral por parte del personal de atención. Se sugiere que estudios posteriores consideren en su enfoque los aspectos psicosociales de las mujeres embarazadas de alto riesgo, especialmente con respecto al desempeño de los profesionales que trabajan en los servicios de atención básica. Considerando que la atención psicosocial puede y debe ser realizada en todos los casos de atención a la mujer que se encuentra en ciclo de embarazo de alto riesgo. Desde las informaciones recolectadas, se preparó un guion para el desarrollo de una tecnología web adaptada a la clasificación de riesgos psicosociales para evaluar las mujeres embarazadas de alto riesgo. Con esta tecnología se pretende facilitar la recopilación de informaciones acerca de los aspectos psicosociales de mujeres embarazadas atendidas en el servicio de salud y estimular su enfoque en la rutina de trabajo del personal de enfermería, con acciones según el perfil de la clientela. Por lo tanto, se espera que la implantación de métodos sistematizados de atención de la salud mejore la calidad de la atención ofertada, así como satisfaga las necesidades de las mujeres embarazadas de alto riesgo.

Palabras clave: Embarazo de alto riesgo. Atención de enfermería. Salud mental.

APRESENTAÇÃO

Sou enfermeira egressa da Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL/MG, do curso de Bacharelado em Enfermagem finalizado em dezembro de 2006. Iniciei minhas atividades profissionais atuando na Estratégia de Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Pontal (SP), seguindo minha atuação para uma unidade de pronto atendimento da Prefeitura Municipal de Poços de Caldas (MG) e, atualmente, exerço a função de enfermeira no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais no Campus Poços de Caldas.

Ingressei no mestrado profissional em agosto de 2017 e este estudo é parte das atividades vinculadas ao Programa Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem, de parceria entre o Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Essa parceria ofereceu vagas para o Mestrado Profissional em 16 programas de pós-graduação da área de Enfermagem, dos quais o Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional de Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP/USP faz parte. Essa iniciativa teve como foco a Sistematização da Assistência e a Implementação do Processo de Enfermagem e destinou-se aos enfermeiros que trabalham nos sistemas de Saúde municipal, estadual e federal, bem como nas instituições privadas e filantrópicas que prestam serviços ao SUS. Assim, o COFEn pretende diminuir a desproporção entre os profissionais qualificados em atuação e as necessidades da Saúde Coletiva, objetivando o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (COFEN, 2018).

O Programa de Mestrado Profissional de Tecnologia e Inovação em Enfermagem da EERP/USP é uma pós-graduação *Stricto sensu* que tem por finalidade a formação e qualificação de enfermeiros inseridos no mercado de trabalho, visando solucionar os entraves da saúde vivenciada no Brasil, mediando pela relação entre a universidade e os serviços de atenção (EERP, 2017).

Meu interesse pelo tema do presente estudo partiu da experiência vivida com gestantes de alto risco durante estágios realizados na graduação e, também, do contato com esse tipo de clientela em meu trabalho.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1 O período gestacional de alto risco	13
2.2 As necessidades psicossociais na gestação de alto risco	18
2.3 A assistência de enfermagem à gestante de alto risco	20
2.4 A Sistematização da Assistência de Enfermagem e as classificações da prática profissional	22
3 OBJETIVOS	27
3.1 Objetivo geral	27
3.2 Objetivos específicos	28
4 MARCO CONCEITUAL	28
5 PERCURSO METODOLÓGICO	30
5.1 Tipo e local do estudo	30
5.2 População e amostra	30
5.3 Coleta de dados	31
5.4 Análise dos dados	32
5.5 Aspectos éticos	33
6 RESULTADOS	35
6.1 A gestação de alto risco e seu impacto físico, emocional e laboral na vida da mulher	40
6.2 Percepções das gestantes acerca da gestação de alto risco frente ao vivido na gestação atual e nas anteriores	43
6.3 O papel dos serviços de saúde e do apoio social na vida da gestante de alto risco	46
7 DISCUSSÃO	49
8 CONSIDERAÇÕES TÉCNICAS	56
8.1 Avaliação da pertinência da CIPESC® em relação aos resultados do estudo	56
8.2 Desenvolvimento da tecnologia web sob medida	58
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICES	71
APÊNDICE I	71

APÊNDICE II 72
APÊNDICE III..... 73
APÊNDICE IV 75
ANEXO 77

1 INTRODUÇÃO

"A gravidez mexe, mexe muito... mexe com a mulher por fora e por dentro; mexe, assim, em todos os lugares, em todos os sentidos... É a gente fica muito vulnerável a patrão, a marido, a filho, à sociedade, a tudo. É a gente não sabe lidar..."

(Entrevistada 10)

Gestar é um fenômeno fisiológico e transcorre, na maioria das vezes, sem anormalidades. Esse período do ciclo vital da mulher é muito importante e traz consigo novas descobertas, várias mudanças biológicas, psicológicas, sociais e mentais. Como tal, ao receber o resultado positivo em um exame de gravidez, a mulher é acometida por uma multiplicidade de sentimentos e incertezas, pois trata-se de uma constatação que representa o início de várias transformações em sua vida. É esperado que, com o decorrer da gestação, as mudanças específicas desse período façam com que a mulher se identifique com a nova fase e torne-se capaz de lidar tanto com as alterações em seu corpo quanto em seu estado emocional (KARTAL; OSCAY, 2017; MEDEIROS et al., 2016).

Todavia, algumas gestantes apresentam maiores probabilidades de agravar condições preexistentes ou desenvolver patologias em decorrência da gravidez e, nesse caso, o período gestacional é denominado de gestação de alto risco (RICCI, 2015). A realização do pré-natal desde o início da gestação é fundamental para garantir o diagnóstico precoce de problemas, de modo a favorecer a realização de intervenções apropriadas quanto a condições de vulnerabilidade da saúde do binômio mãe-filho (BRASIL, 2016).

No sistema de assistência obstétrica atual predomina o modelo biomédico de atenção à saúde da gestante, pautado na resolução de questões clínicas em detrimento das subjetivas, deixando de valorizar a família, os fatores sociais e afetivos no contexto do momento vivido pela mulher gestante (OPAS, 2018). No entanto, é necessário ampliar a forma de avaliação do quadro apresentado pela mulher gestante, atentando-se para sua trajetória e para os sentimentos vivenciados por ela uma vez que, nesse momento, várias transformações físicas estão ocorrendo simultaneamente a uma transformação em sua existência (BRASIL, 2016).

Na busca de romper com o sistema biomédico de atenção faz-se necessária a transformação, de forma integral e humanizada, da assistência de enfermagem realizada nos serviços de saúde que acompanham as mulheres durante o ciclo gestacional (DUARTE et al., 2014). Para Maldonado (2017) a avaliação de gestantes de alto risco não deve ficar limitada a fatores fisiopatológicos, uma vez que esse tipo de abordagem inibe a gestante e o bebê quanto ao seu protagonismo dentro do processo.

Conforme apontado por Oliveira e Mandú (2015) o diagnóstico de maior risco pode gerar sofrimento emocional na gestante pelo possível impacto não somente a sua saúde, mas, especialmente, à saúde de seu filho. A partir do momento do diagnóstico o processo de gestar é acompanhado por várias mudanças sejam sociais, familiares, físicas e intersubjetivas. A mulher sente a necessidade de rever suas atividades rotineiras, as quais, em muitos casos, são interrompidas. Torna-se inevitável a ocorrência de mudanças que intensificam sentimentos negativos como preocupações, medos, conflitos, entre outros, haja vista que, somados aos aspectos físicos e patológicos, surgem obstáculos e imposições relacionados ao problema, aos seus desdobramentos e aos cuidados exigidos para a condução da situação.

A avaliação profissional de gestantes de alto risco deve considerar a presença de fatores psicossociais que possam estar interferindo na vida da mulher, haja vista que o período gestacional é um momento de instabilidade emocional, ocasionado por inseguranças e medos. Destarte, cabe aos profissionais atuantes nos serviços de saúde sensibilização para considerar a singularidade da gestante e prestar cuidados sob uma perspectiva ampliada, considerando os mais variados aspectos de maneira compreensiva (PINAR; UCAR, 2017).

No que se refere à atenção básica e à saúde da mulher no ciclo gravídico de alto risco, a avaliação dos aspectos psicossociais é extremamente necessária, haja vista a situação de risco que envolve tanto a mãe quanto o feto, bem como a importância desse *setting* de cuidado para a continuidade do acompanhamento de saúde de ambos.

É essencial a organização da prática de enfermagem voltada para ações efetivas e embasada em critérios que regem a profissão. Nesse sentido, o enfermeiro inserido na equipe multidisciplinar deve prestar cuidado integral, humanizado, alicerçado na sistematização do processo de enfermagem, visando atender às demandas da gestante e da família (GOMES et al., 2016).

Perante o exposto, a presente pesquisa estabeleceu a opção de dedicar-se ao estudo das necessidades psicossociais em gestantes de alto risco considerando que esse tipo de estudo, voltado a esse recorte de gênero e nessa etapa do ciclo vital, é raro e pouco explorado.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O período gestacional de alto risco

De todas as gestações que ocorrem no Brasil, 20% são caracterizadas como de alto risco (RICCI, 2015). O termo risco é definido como a possibilidade de um resultado negativo ou a presença de um fator que aumenta essa possibilidade, podendo resultar em complicações maternas e/ou fetais (AKSOY et al., 2016).

De acordo com o Protocolo de Atenção Básica de Saúde das Mulheres, publicado no ano de 2016 pelo Ministério da Saúde, a gestação de alto risco caracteriza-se pela presença de alguns fatores que podem existir antes da gestação (quadro 1), daqueles que estiveram presentes nas gestações anteriores (quadro 2) ou daqueles que porventura se desenvolvam durante o período gestacional atual (quadro 3). A presença de um desses fatores de risco é condição indicativa de encaminhamento ao pré-natal de alto risco (BRASIL, 2016).

Quadro 1: Fatores de risco gestacional relacionados às condições prévias

-
- Cardiopatias.
 - Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica não controlada).
 - Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo).
 - Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia).
 - Doenças neurológicas (como epilepsia).
 - Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras collagenoses).
 - Alterações genéticas maternas.
 - Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar.
 - Ginecopatias (malformação uterina, tumores anexiais e outras).
 - Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras ISTs (condiloma).
 - Hanseníase.
 - Tuberculose.
 - Anemia grave (hemoglobina < 8).
 - Isoimunização Rh.
 - Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.
-

Fonte: Protocolo de Atenção Básica de Saúde das Mulheres (BRASIL, 2016, p.87).

Os fatores de risco elencados no quadro 1 referem-se estritamente a condições biológicas que levam uma gravidez a ser considerada de risco, não havendo a abordagem de condições psicossociais geradoras de risco gestacional, como poderiam ser consideradas, por exemplo, a situação conjugal insegura, os conflitos familiares e o fator socioeconômico, sugerindo uma ênfase nos aspectos biológicos.

Quadro 2: Fatores de risco gestacional relacionados à história reprodutiva anterior

-
- Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida.
 - Abortamento habitual (duas ou mais perdas precoces consecutivas).
 - Esterilidade/infertilidade.
 - História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome HELLP, eclâmpsia, internação da mãe em UTI).
-

Fonte: Protocolo de Atenção Básica de Saúde das Mulheres (BRASIL, 2016, p.87).

No quadro 2, como trata-se de condições de risco desenvolvidas durante as gestações anteriores, percebe-se que todas elas estão relacionadas a fatores biológicos, uma vez que o enfoque das avaliações realizadas nos serviços de pré-natal é bastante voltado para tais aspectos.

Quadro 3: Fatores de risco gestacional relacionados à gravidez atual

-
- Restrição do crescimento intrauterino.
 - Polidrâmnio ou oligodrâmnio.
 - Gemelaridade.
 - Malformações fetais ou arritmia fetal.
 - Evidência laboratorial de proteinúria.
 - Diabetes mellitus gestacional.
 - Desnutrição materna severa.
 - Obesidade mórbida ou baixo peso (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional).
 - NIC III.
 - Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-RADS III ou mais.
-

-
- Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória).
 - Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser inicialmente encaminhada ao hospital de referência para avaliação).
 - Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso.
 - Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras IST (infecções sexualmente transmissíveis, como o condiloma), quando não há suporte na unidade básica.
 - Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual.
 - Adolescentes com fatores de risco psicossocial.
-

Fonte: Protocolo de Atenção Básica de Saúde das Mulheres (BRASIL, 2016, p.88).

No quadro 3 é elencada uma condição não biológica, a gravidez de adolescentes com risco psicossocial, haja vista que na fase da adolescência os riscos psicossociais podem levar à falta de adesão ao acompanhamento preconizado. Esses fatores psicossociais podem estar associados à aceitação da gravidez e provocar reflexos por toda a vida da gestante, assim o profissional de saúde deve ficar atento quanto às especificidades desta fase.

Constata-se que a gestação de alto risco é determinada por vários fatores e que esses podem ser coexistentes e inter-relacionados durante o período gestacional. É importante que as gestantes tenham suas necessidades psicossociais também avaliadas, pois tais questões estarão permeando a nova realidade vivenciada por essas mulheres e elas necessitarão de apoio e orientação. Além disso, todos os fatores de risco elencados implicam, também, em diferentes demandas emocionais que podem ou não estar claramente explicitadas em tais gestantes.

A presença de fatores de risco para a gestante e/ou feto deve ser avaliada na primeira e a cada consulta realizada na unidade básica de saúde, sendo a identificação do risco um marcador de alerta para o cuidado qualificado e para a busca de complicações associadas à situação (SÃO PAULO, 2017).

A figura 1 demonstra o fluxo a ser seguido pelas equipes atuantes nas Unidades de Atenção Básica diante da presença de fatores de risco gestacional. A presença de risco gestacional deve ser observada pelo enfermeiro ou médico da Unidade, sendo que a avaliação desse risco só pode ser realizada pelo médico, e este deve encaminhar a gestante para o

serviço de pré-natal de alto risco após a confirmação. A equipe multiprofissional deve manter o acompanhamento na atenção básica, com realização de atendimentos médicos e de enfermagem, visitas ao domicílio, busca ativa e atividades com teor educativo, sempre de maneira singularizada e considerando a especificidade de cada mulher, bem como do quadro de risco apresentado pela mesma. A linha de cuidado a essas pacientes pressupõe o acompanhamento conjunto entre as equipes da atenção básica e os serviços de referência/especializados, mesmo quando as gestantes pertencem ao grupo de alto risco (BRASIL, 2016).

Figura 1 - Avaliação de risco gestacional na Atenção Básica

Fonte: Adaptado de Protocolos de Atenção Básica: Saúde das Mulheres (BRASIL, 2016, p. 70).

No ano de 2000, dirigentes mundiais reuniram-se na sede das Nações Unidas em Nova Iorque para a elaboração da Declaração do Milênio, a qual estabelece medidas imprescindíveis para o progresso da humanidade, bem como para a sobrevivência de parte importante dos seres humanos. Foram traçadas áreas de enfoque a serem trabalhadas para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), dentre os quais destaca o ODM 4 que visa a redução da mortalidade infantil e o ODM 5 que propõe melhorar a saúde materna. Dentre as contribuições da UNICEF para esses aspectos está o estabelecimento das bases para um bom atendimento pré-natal e o provimento de serviços de saúde eficientes (UNICEF, 2018).

Outro marco importante ocorreu Nova Iorque em setembro de 2015, onde 193 estados membros da Organização das Nações Unidas (ONU) reconheceram que a erradicação da pobreza em todas as suas formas e dimensões é o maior desafio global e um requisito indispensável para o desenvolvimento sustentável. Assim, foi criada a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, a qual é um plano composto por 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), dentre os quais cabe também referenciar o 3º ODS, que propõe assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, com enfoque à saúde infantil e materna (ONU, 2019).

Gumusdas et al. (2014) afirma que a gravidez de alto risco é uma doença fisiológica, social e uma condição emocional que ameaça a saúde materna e fetal, contribuindo para o aumento da mortalidade e da taxa de morbidade. Destarte, evidencia-se a importância dos cuidados de saúde voltados para a saúde materna e infantil e, especificamente em relação à gestação de alto risco, à promoção da assistência necessária ao acompanhamento de todo o processo que envolve tal situação, desde o início da gravidez até o pós-parto.

Foi desenvolvido, pelos Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e pelos departamentos estaduais de saúde dos Estados Unidos, um programa de monitoramento para avaliação de risco na gravidez, o Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), o qual é um projeto de vigilância que coleta dados específicos da população de cada estado sobre atitudes e experiências maternas antes, durante e logo após a gravidez. A vigilância do PRAMS cobre atualmente cerca de 83% de todos os nascimentos nos EUA e fornece dados que podem ser usados para identificar grupos de mulheres e bebês com alto risco de desenvolverem problemas de saúde, além de realizar monitoramento e medir o progresso em direção a metas para melhorar a saúde dos mesmos. Os dados do PRAMS são usados por pesquisadores para investigar questões emergentes no campo da saúde reprodutiva. Já os

governos estaduais e locais o usam para planejar e também para revisar programas e políticas destinados a reduzir problemas de saúde materna e infantil (CDC, 2018).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016) as ações de saúde devem focar os cuidados reprodutivos, objetivando garantir assistência de qualidade às mulheres e seus filhos durante toda a gravidez, parto e período pós-natal. Segundo esse organismo internacional, é imprescindível implementar condutas baseadas em evidências com o intuito de poupar vidas e também oportunizar as grávidas, suas famílias e as comunidades a receberem informações adequadas quanto a fatores fisiológicos, comportamentais e socioculturais assim como de suporte assistencial. Ressalta que tais medidas devem ser realizadas de forma ampla e que abarque a integralidade, abrangendo questões sociais e emocionais.

Ao melhorar a vida da gestante ocorre também a melhora da utilização dos serviços de saúde e da sua qualidade, priorizando-se a saúde e o bem-estar centrados nas pessoas. Dessa forma, deve-se propiciar uma experiência tranquila do ciclo gravídico para a mulher a fim de que ela tenha equilíbrio físico e emocional durante esse período, com evolução saudável para o parto, visando uma vivência positiva da maternidade com autoestima e autonomia preservadas (OMS, 2016).

2.2 As necessidades psicossociais na gestação de alto risco

Os aspectos psicossociais são de caráter multidimensional e estão associados ao quadro de saúde apresentado. Tais aspectos não se operam de forma independente, logo podem corroborar para o aumento do risco durante a gestação. Desse modo, abordagens compreensivas de saúde que considerem tanto os aspectos clínicos quanto os psicossociais são essenciais para melhorias mais efetivas das condições de saúde das gestantes e de seus filhos. (MAXSON et al., 2016).

Segundo Johnson (2007), o termo psicossocial refere-se a uma variedade de aspectos sociais, emocionais e de saúde mental, bem como o cuidado oferecido para atender as necessidades de cada indivíduo. Fatores psicossociais abrangem experiências de vida e o contexto ambiental em que os indivíduos vivem, assim, a compreensão sobre o papel dos fatores psicossociais no risco de doença é importante.

Para Sickel (2013) os fatores psicossociais relacionados à gravidez podem ser classificados como internos e externos à mulher. Os internos são aqueles relacionados ao

autoconceito da gestante diante de mudanças físicas e de suas capacidades, ou ainda à existência de condições de comorbidade de qualquer tipo, como HIV, depressão, obesidade, diabetes, hipertensão, entre outras. Além disso, a autora refere-se também à exacerbação de desordens de humor preexistentes, como a depressão e condições relacionadas à ansiedade e salienta que a saúde física preexistente e aquela vivida durante o período gestacional também podem influenciar a resposta psicológica das mulheres, que ficam sujeitas a alterações de humor, ansiedade ou desordem psicológica durante ou imediatamente após a gravidez.

Os fatores psicossociais externos à mulher são aqueles com potencial de afetar o modo como a gravidez é vivenciada, destacando-se o nível socioeconômico, uma vez que mulheres com níveis socioeconômicos mais baixo, por exemplo, podem ter menos opções de cuidados médicos ou precisar trabalhar em vários empregos para se manter. O suporte social é um recurso que pode melhorar ou dificultar a forma da mulher vivenciar a gestação, colaborando para resultados psicológicos diversos. Ainda, há o estigma percebido, o racismo e a discriminação, que afetam de maneira negativa a experiência da gravidez, bem como a violência doméstica, que representa uma ameaça grave à saúde materna (SICKEL, 2013).

As vivências ocorridas durante a gravidez influenciam de maneira intensa a vida da mulher, uma vez que envolvem a história vivida pela mesma, sua capacidade de resolver situações conflituosas, a estrutura de sua personalidade, as circunstâncias que envolvem a gravidez, os fatores sociais e econômicos, os serviços assistenciais, os sistemas, apoio familiar e a percepção frente à espera pelo bebê (RICCI, 2015). Muitas mulheres podem considerar tais vivências como um momento de crise, no qual elas passam a refletir sobre fatores conflitivos decisórios tanto do ponto de vista emocional como social (TAGUCHI; PIO, 2014). As mudanças psicossociais do período gestacional de alto risco refletem-se tanto nas atividades práticas e nas responsabilidades cotidianas da mulher quanto na forma como ela se reconhece como gestante (WILHELM et al., 2015).

A experiência física ocorre somente para a mulher, mas a gravidez é inerentemente social e as interações com os indivíduos podem ter um impacto positivo ou negativo sobre a gestante. As expectativas quanto ao período gestacional e a percepção acerca da situação vivida nessa fase estão diretamente relacionadas a informações advindas de familiares e pessoas do convívio social da gestante, bem como de experiências prévias. Assim, faz-se necessário que a assistência prestada nos serviços de saúde de pré-natal considere, também, as questões emocionais incorporadas nas vivências dessa mulher, a fim de que a avaliação seja singular, pertinente a cada caso, valorizando as experiências da mesma em família, bem como

as situações vividas (WILHELM et al., 2015).

Estudos anteriores sobre a influência dos fatores psicossociais na saúde das gestantes de alto risco destacam a ansiedade, a depressão, o estresse, o medo e a tristeza como questões psicossociais e elencam como riscos o apoio paterno deficiente, o baixo suporte social, a baixa autoeficácia e o baixo nível socioeconômico (WILHELM et al., 2015; MAXSON et al., 2016; PINAR; UCAR, 2017).

Além desses fatores, destaca-se que faz parte do imaginário social compartilhado pelas mulheres com alto risco gestacional que a gestação deve ser um período tranquilo, sem intercorrências ou sobressaltos, com acompanhamento médico mensal e a formação de um bebê também idealizado, perfeito e saudável. Assim, o diagnóstico de maior risco configura-se em um estressor importante relacionado ao seu papel (LANGARO; SANTOS, 2014).

Nesse contexto, mostra-se essencial a avaliação das necessidades psicossociais durante a consulta de enfermagem a fim de consolidar abordagens mais compreensivas e pautadas em uma perspectiva integral do processo saúde doença.

2.3 A assistência de enfermagem à gestante de alto risco

De acordo com a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), a incorporação de estratégias de capacitação de profissionais para a prevenção e o manejo das principais afecções que ocorrem no ciclo gravídico-puerperal e do cuidado baseado nas melhores práticas disponíveis é imprescindível para que sejam obtidos efeitos significativos na qualidade do cuidado ofertado no Sistema Único de Saúde (OPAS, 2018).

Entretanto, o modelo de assistência obstétrica e neonatal realizado atualmente na maioria dos países ocidentais ainda tem enfoque inerentemente médico, considerando todas as gestações como potencialmente patológicas e o corpo da mulher como uma máquina imperfeita que necessita de tecnologias para funcionar (OPAS, 2018).

Esse reducionismo do cuidado pode prejudicar o acompanhamento realizado com as gestantes pelos serviços de saúde, haja vista que o afastamento das vivências dessas mulheres e o desconhecimento dos aspectos psicossociais vividos em seu cotidiano podem aumentar o número de mortes maternas. Isso certamente levará ao agravamento dos problemas de saúde pública, assim "a repercussão da desatenção à dimensão subjetiva inibe as possibilidades de repensar modos de cuidado de enfermagem e de cuidado à saúde a partir da mulher e dos significados que ela confere à gravidez" (AMORIM et al., 2016, p.2).

Quando o atendimento da equipe versa no sentido de voltar a atenção apenas para algumas necessidades e não investe numa avaliação mais compreensiva e integral - para identificar também as necessidades que podem não ter sido explicitamente manifestadas pela usuária do serviço - forma-se uma lacuna entre equipe e a usuária do serviço, inviabilizando o alcance do objetivo principal da atuação profissional, que é prover a assistência necessária, pautada na integralidade. Infelizmente, nesses casos, o interesse da cliente pode perder-se e a mesma abandonar o acompanhamento e até o tratamento, uma vez que as manifestações clínicas são imbuídas de várias questões emocionais e vice-versa.

Uma vez que durante o período gestacional ocorrem várias mudanças e novas experiências para a mulher e sua família, trata-se de uma ocasião propícia para que os trabalhadores da área da saúde invistam em formas de educar e cuidar da saúde, com vistas a incluir o vínculo social dessa gestante na situação da maternidade, propiciando a satisfação dos desejos da mulher e o bem-estar do binômio mãe-filho (BRASIL, 2016).

A prestação do cuidado de enfermagem de forma integral e humanizada em todo o ciclo gravídico puerperal contribui para romper com o atual modelo biomédico de assistência à gestante. O sujeito que adoece deve ser visto sob uma ótica biopsicossocial, visando compreender sua singularidade, pois a partir disso é que as ações em saúde serão capazes de promover a apropriação do indivíduo de suas próprias condições para que possa superá-las e alcançar novas possibilidades de vida (LANGARO; SANTOS, 2014).

Nesse contexto, Oliveira e Mandú (2015) afirmam que a postura de banalização por parte dos profissionais frente às demandas das gestantes aumenta o sentimento de insegurança das mesmas, o que torna a situação ainda mais sofrível à medida que não se posicionam com vínculo e acabam por inibir a liberdade das gestantes manifestarem suas dúvidas e angústias.

Em contrapartida, muitas vezes os profissionais da equipe, incluindo os enfermeiros, não se sentem instrumentalizados para lidar com questões de saúde mental, não se percebem com habilidades suficientes para articular tais cuidados com os demais, que são focados em outras questões clínicas, cuja resolução e/ou direcionamentos se configuram mais objetivamente.

Assim, o profissional de saúde deve atentar-se para a especificidade das demandas psicossociais em todas as fases do ciclo vital. Espera-se que a equipe que faz o acompanhamento de gestantes deva estar capacitada técnica e cientificamente para oferecer um cuidado amplo, direcionado e focado em cada caso, sempre considerando o componente

psicossocial, fornecendo as orientações e apoio necessário para satisfazer as necessidades reais e potenciais de cada gestante (BRASIL, 2016).

A abordagem por meio do diálogo a respeito dos aspectos psicossociais relativos ao bebê, à gestação, ao parto e à amamentação é um artifício que contempla elementos essenciais na transição para a maternidade. É importante que a mulher disponha da autonomia necessária para minimizar sua ansiedade diante dessa nova etapa fazendo-se imprescindível que um olhar para além do biológico contemple a mãe, bem como aqueles que estão com ela nessa transição (FONSECA et., 2018).

2.4 A Sistematização da Assistência de Enfermagem e as classificações da prática profissional

Em 2009, a Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) regulamentou a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do processo de enfermagem em todos os ambientes nos quais a prática de enfermagem é desenvolvida, sejam eles públicos ou privados. De acordo com essa resolução, a SAE propõe a organização da prática profissional no que tange à metodologia, aos recursos humanos e à instrumentalização dos cuidados possibilitando que o processo de enfermagem seja operacionalizado, uma vez que é uma metodologia voltada para direcionar e documentar a atuação dos profissionais (COFEN, 2018). A SAE é um dos instrumentos utilizados para a reorganização das práticas de atendimento, constituído por informações que proporcionam fundamentos para traçar os caminhos a serem seguidos e delinear a execução do cuidado (KRAUZER, 2015).

Como ferramenta de capacitação e gerenciamento da prática de enfermagem, a SAE utiliza o raciocínio clínico para atuar de forma sistêmica. Nessa perspectiva, os processos de gerenciamento do serviço combinam a ciência e a arte dos cuidados profissionais e fazem da enfermagem uma profissão de afirmação (SALVADOR, 2015). Este processo, que toma a integralidade como eixo, tem apresentado potencialidades e dificuldades nos serviços de saúde, uma vez que traz desafios aos enfermeiros ao criar a necessidade de reverem suas práticas, de forma a contribuir para melhorias na atenção às pessoas (BATISTA, 2017).

De acordo com a Resolução 358/2009 do COFEn, o processo de enfermagem, que caracteriza a SAE, inclui uma sequência de atividades, quais sejam: coleta de dados, informações sobre o indivíduo assistido, avaliação das informações com a utilização de

diagnósticos de enfermagem, elaboração de planejamentos de atividades assistenciais, implementação dos cuidados e avaliação dos resultados obtidos por meio das ações realizadas (COFEN, 2018).

O processo de enfermagem deve ser realizado permanentemente durante toda a assistência prestada, considerando os aspectos de risco nos quais a situação está envolvida, mesmo nos casos em que esse risco não seja aparente. É por meio do conhecimento e da avaliação contínua que o enfermeiro poderá acompanhar as mudanças ocorridas com o indivíduo, sua família e aqueles que o cercam, tomando decisões pautadas em referenciais metodológicos (BARROS et al., 2015). Dessa forma, incumbe ao enfermeiro a atitude de liderar a execução e avaliar o processo de enfermagem, a fim de alcançar os resultados esperados. Cabe ao enfermeiro, privativamente, a elaboração do diagnóstico de enfermagem e da prescrição das ações a serem realizadas pela equipe de enfermagem (COFEN, 2018).

Diante da necessidade de uniformização da prática da enfermagem e de facilitar a linguagem de trabalho nas várias instâncias de ação do enfermeiro, surgem as classificações de enfermagem. Embora a criação de algumas classificações não seja recente, o uso das mesmas ainda se constitui um desafio para os enfermeiros, sobretudo na saúde coletiva, haja vista o aumento das dificuldades inerentes ao processo saúde-doença e a carência de modelos institucionalizados que sustentem o uso das mesmas. Outro ponto a se destacar é a falta de domínio de referências teóricas e metodológicas pelos enfermeiros (BATISTA, 2017).

A figura 2 mostra que a utilização do pensamento crítico é essencial ao enfermeiro como elo entre seu conhecimento, sua prática, suas habilidades e os sistemas de classificação de enfermagem, sendo que, a falha em qualquer um desses fatores, compromete todo o processo de enfermagem.

Figura 2 - O pensamento crítico e suas interfaces com a prática do enfermeiro

Fonte: SAE - Guia Prático (SANTOS et al, 2016, p.19)

A sistematização da assistência de enfermagem deve ocorrer pautada em uma classificação que propicie a instrumentalização da prática realizada em cada serviço. A *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) foi desenvolvida na década de 1970 e propõe a abrangência de todos os problemas verificados nos indivíduos assistidos pelo enfermeiro. A NANDA é uma classificação que possibilita a avaliação clínica por parte do enfermeiro quanto às condições de saúde apresentadas pelos indivíduos, considerando problemas de saúde reais ou potenciais com vistas a formular diagnósticos que promovam a saúde dos mesmos (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Atualmente a classificação recebe a designação de NANDA International (NANDA-I) e a 11^a edição de 2018-2020 é a mais recente. Essa edição traz mudanças implementadas de modo a incorporar a diversidade e as diferenças de prática da enfermagem no mundo, contendo 244 diagnósticos e duas novas categorias de indicadores diagnósticos, que são as categorias de condições associadas e de populações em risco. Os diagnósticos de enfermagem estão categorizados em 13 domínios que se referem a questões clínicas/fisiológicas e, também, a alguns aspectos psicossociais (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

No entanto, na classificação NANDA I, verifica-se que a abordagem psicossocial é realizada em alguns diagnósticos como autopercepção, enfrentamento/tolerância ao estresse, papéis e relacionamentos. Todavia, percebe-se que há maior ênfase nas condições biológicas/fisiológicas em detrimento das psicossociais. Ademais, os diagnósticos incluídos são mais voltados para o aspecto psiquiátrico e os direcionamentos têm um caráter de implementação das ações em nível hospitalar, dificultando sua aplicabilidade nos serviços de nível primário ou secundário. Ressalta-se que a classificação da NANDA I somente pode ser utilizada por enfermeiros.

Em 1987 teve início na Universidade de Iowa, nos Estados Unidos (EUA), a *Nursing Interventions Classification* (NIC), que é uma classificação composta de intervenções de enfermagem. Ela tem enfoque no comportamento da enfermagem de forma a ajudar o paciente a progredir na direção do resultado esperado. Baseando-se em uma assistência individualizada e que abrange uma grande variedade das práticas de enfermagem que podem ser utilizadas em todos os cenários de atenção e de todas as especialidades. A 6^a edição, de 2016, é a mais recente e tem 554 tópicos de intervenções de enfermagem que descrevem ações de domínio da enfermagem, contudo algumas dessas intervenções também podem ser realizadas por outros cuidadores (BULECHEK et al., 2016).

A NIC pode ser utilizada isoladamente, mas seu uso é frequentemente associado a

outra classificação, uma vez que não possui os diagnósticos de enfermagem. Nela estão incluídas intervenções fisiológicas e psicossociais, tanto para tratar quanto para prevenir doenças e promover a saúde, sendo a maioria destinada à utilização com pacientes de forma individual, porém muitas são utilizadas com famílias e algumas são para o uso de comunidades inteiras (BULECHEK et al., 2016).

Já a *Nursing Outcomes Classification* (NOC) surgiu em 1991, também na Universidade de Iowa, e utiliza critérios para mensurar e investigar os resultados das intervenções de enfermagem, além de definir metas de alcance das ações previamente à implementação das mesmas, tendo como enfoque o ambiente hospitalar. A edição mais recente é a 5ª, 2016, e tem cerca de 500 tópicos de resultados de enfermagem, com indicadores específicos formulados para auxiliar no processo de avaliação, classificando o cliente com base no alcance dos resultados (JOHNSON et al., 2016).

A classificação NOC é utilizada em associação à NANDA e à NIC, uma vez que trata especificamente dos resultados das ações da enfermagem. Assim, pode ser aplicada na avaliação do estado de saúde, antes e depois da intervenção. Os resultados foram desenvolvidos para serem utilizados por enfermeiros, mas outras equipes podem considerá-los para avaliar a efetividade de suas intervenções. A mensuração não se limita aos estados de saúde funcional e fisiológico, mas inclui medidas de estado psicossocial, de conhecimento e de comportamento (JOHNSON et al., 2016).

Em 1989, em Seul na Coreia, teve início a construção da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE®) buscando universalizar, de forma precisa, a linguagem de enfermagem a partir da descrição das atividades realizadas por seus profissionais (MESQUITA; RAMOS, 2014). Havia certa preocupação por parte de grupos de enfermeiros sobre a falta de uma linguagem padronizada e aplicável aos diferentes *settings* de cuidado, que descrevesse a participação da enfermagem no processo de elaboração de soluções para os problemas e para ações de promoção à saúde da população, o que começava a ser visto como uma desvantagem para a profissão (GARCIA; BARTZ; COENEN, 2015).

Cavalcante (2014) refere que a CIPE® é uma terminologia dotada de vários eixos que se combinam e permitem a formulação de diagnósticos, intervenções e resultados para orientar a assistência de enfermagem. De acordo com Garcia, Bartz e Coenen (2015) a CIPE® tem sido considerada uma tecnologia facilitadora na elaboração da assistência a ser prestada ao cliente, uma vez que promove o raciocínio clínico e propicia a padronização dos registros e documentos relacionados à conduta. Dessa forma, favorece a utilização das informações

obtidas para amplos aspectos, desde o desenvolvimento de políticas de saúde até a avaliação das ações de enfermagem junto à população.

No entanto, alguns autores destacam limitações da CIPE[®], uma vez que os fenômenos encontrados nessa classificação também são voltados mais especificamente para o cenário hospitalar e, mesmo podendo ser utilizada em outras realidades, tem seu enfoque na assistência prestada dentro do hospital (MESQUITA E RAMOS, 2014).

Diante da necessidade de padronizar a prática de enfermagem nos serviços de saúde coletiva, em 1996, surge a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC[®], cuja discussão e elaboração partiu da Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn (BATISTA, 2017).

O sistema CIPESC[®] apresenta um modelo de disposição dos diagnósticos de enfermagem dividido em dois temas, as necessidades psicobiológicas e as psicossociais. Conforme sejam as necessidades apresentadas pelo sujeito o enfermeiro deve relacionar as informações coletadas com a necessidade afetada e, então, escolher os diagnósticos e as intervenções de enfermagem correspondentes. O tema que se refere às necessidades psicossociais apontadas pela CIPESC[®] é dividido em 8 tipos de necessidades: segurança, liberdade, aprendizagem, gregária, recreação, autoestima, participação e autoimagem. Assim, ao avaliar que a necessidade afetada é direcionada a uma questão psicossocial, o enfermeiro tem variedade de condições para definir a melhor intervenção a ser implementada (ALBUQUERQUE; CUBAS; MARTINS, 2005).

Estudo prévio identificou conhecimento limitado por parte dos enfermeiros sobre a CIPESC[®], bem como algumas fragilidades quanto à sua utilização nos serviços da atenção básica de saúde, destacando-se a falta de hábito do profissional e a sobrecarga de trabalho, em especial pela ênfase dada às atividades administrativas realizadas por enfermeiros. Verificou-se, ainda, que os enfermeiros reconhecem as potencialidades da classificação e os benefícios de sua utilização, no entanto não a inserem de forma sistematizada no seu processo de trabalho (CAVALCANTE, 2016).

A CIPESC[®] possui ações direcionadas especificamente para a população que utiliza a rede de serviços da saúde coletiva e tem como enfoque o cuidado da pessoa e não da doença por meio de um método científico e sistematizado do processo de enfermagem, promovendo uma relação interativa entre o enfermeiro e o cliente/família/comunidade. Dessa maneira, constitui-se, também, como um método que favorece a profissão uma vez que torna mais visível suas práticas e promove a humanização do cuidado (MESQUITA e RAMOS, 2014).

Nessa perspectiva, no âmbito da saúde mental, ao correlacionar o sistema de classificação mais utilizado mundialmente - desenvolvido pela NANDA - e o sistema direcionado para a saúde coletiva - a CIPESC® - evidencia-se que ambos contêm diagnósticos relacionados à saúde mental, embora a CIPESC® apresente mais diagnósticos pautados na noção psicossocial e a NANDA mais diagnósticos pautados em aspectos psiquiátricos. É importante ressaltar que a CIPESC® é o único sistema desenvolvido até o momento com um tema exclusivo sobre questões psicossociais e com ações direcionadas especificamente para a população que utiliza a rede de serviços da saúde coletiva, dando suporte para a utilização da mesma pelos profissionais de enfermagem que ali atuam.

Outro ponto a ser destacado é que a CIPE® aponta suas ações mais para o ambiente hospitalar enquanto a CIPESC® faz uma abordagem direcionada à saúde coletiva e fornece ferramentas que possibilitam a avaliação psicossocial que, na atuação do enfermeiro nos serviços dos níveis primário e secundário de atenção à saúde da gestante de alto risco, é essencial para a prestação do cuidado integral.

Perante o exposto, no presente estudo elegeu-se a utilização do sistema CIPESC®, baseando-se em suas especificidades acima descritas e levantou-se os seguintes questionamentos: Quais são as principais necessidades psicossociais apresentadas por gestantes de alto risco? Tais necessidades são contempladas pela CIPESC®?

A relevância e a justificativa deste estudo devem-se ao fato de que a abordagem de diagnósticos de enfermagem relacionados às questões emocionais e sociais de gestantes de alto risco são essenciais na assistência a esse grupo de mulheres, considerando-se que a situação de risco envolve tanto a mãe quanto o feto e que essa gestante irá acessar diferentes pontos de atenção até o momento do parto, devendo os mesmos estarem preparados para prestarem atendimento humanizado e qualificado.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar as necessidades psicossociais apresentadas por gestantes de alto risco em um Serviço de Referência à Saúde da Mulher e da Criança.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar as necessidades psicossociais presentes em gestantes de alto risco atendidas em um Serviço de Referência à Saúde da Mulher e da Criança;
- Avaliar a pertinência dos diagnósticos relacionados às necessidades psicossociais proporcionados pela Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC® para a sistematização da assistência de enfermagem de gestantes de alto risco;
- Elucidar os principais desafios da identificação das necessidades psicossociais frente às demais demandas clínicas de gestantes de alto risco;
- Desenvolver uma tecnologia de avaliação rápida e resolutiva das necessidades psicossociais, integrada às demais intervenções.

4 MARCO CONCEITUAL

No presente estudo foram considerados os seguintes conceitos básicos:

Gestação de alto risco: é uma doença fisiológica, social e uma condição emocional que ameaça a saúde materna e fetal, aumentando os índices de morbidade e de mortalidade (GUMUSDAS et al., 2014). A gestação de alto risco caracteriza-se pela presença de alguns fatores que podem existir antes da gestação, daqueles que estiveram presentes em gestações anteriores ou daqueles que, porventura, se desenvolvam durante o período gestacional atual (BRASIL, 2016). Para caracterização dessa situação foi considerada como gestante de alto risco aquela que estava em acompanhamento no serviço de referência de pré-natal de alto risco.

Necessidades psicossociais: este conceito está relacionado ao referido por Oliveira et al. (2011), segundo os quais o termo psicossocial contempla aspectos psicológicos e sociais que se relacionam com a saúde e o desenvolvimento do ser humano, uma vez que "as necessidades em saúde, de expressão coletiva, não podem ser isoladas e individualizadas, já que elas apenas assumem sentido no corpo social onde são geradas" (OLIVEIRA et al., 2011, p.843). Para esses autores, as ações e os processos assistenciais devem se pautar na avaliação das demandas dos indivíduos, nos espaços individualizados e coletivos, objetivando identificar a influência dos fatores sociais na saúde. Ressaltam que, para que ocorra uma visão

abrangente e totalitária do ser humano, faz-se necessária a indagação quanto as suas necessidades, as informações que justificam as mesmas e, também, as ações direcionadas no sentido de abordá-las e resolvê-las. Assim sendo, o cuidado de enfermagem necessita abranger, além das características particulares de cada indivíduo, todos os espaços que o cercam a fim de determinar as influências dos mesmos sobre o processo saúde-doença.

Cuidado integral: este conceito foi vinculado à definição feita por Viegas e Penna (2015), segundo as quais as relações interpessoais são materializadas por meio do cuidado estabelecido durante a realização de uma atitude, visto que impõem uma forma de olhar ampliada para a pessoa, sobre sua saúde e sobre o cuidado de que a mesma necessita. Dessa forma, todos os fatores relacionados à vida humana devem ser considerados e valorizados no desempenho das atividades profissionais e durante a prestação do cuidado direto ao indivíduo.

Perante o exposto, neste estudo partiu-se do pressuposto de que, para a prestação de uma assistência integral à gestante de alto risco enfocando as necessidades reais e potenciais de cuidado numa perspectiva de integralidade, é imprescindível a avaliação dos aspectos psicossociais apresentados por essa mulher, auxiliando-a a reconhecer as barreiras de apropriação de sua situação e propiciando meios para superar suas dificuldades e vivenciar o período gestacional de alto risco da maneira mais serena e saudável possível.

Figura 3 - Modelo conceitual do estudo

Fonte: elaborado pela autora (2019).

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Tipo e local do estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório desenvolvido em um Serviço de Referência de Saúde da Mulher e da Criança localizado no Sul de Minas Gerais, em um município com cerca de 148.000 habitantes. Tal serviço presta atendimento especializado às gestantes de alto risco referenciadas pelas unidades de atenção básica da rede pública de saúde da cidade, sendo também referência para os encaminhamentos realizados por outros cinco municípios da região via consórcio intermunicipal de saúde. As gestantes são acompanhadas desde seu encaminhamento ao serviço até o momento do parto, além de retornarem ao serviço no período puerperal para avaliação final, momento em que é realizado o contrarreferenciamento à unidade de origem dentro da estrutura de atendimento da rede de serviços de saúde. A equipe do referido serviço conta com um enfermeiro, cinco técnicos de enfermagem, um auxiliar administrativo e dois médicos ginecologistas especialistas em gestação de alto risco.

A atuação da equipe de enfermagem do serviço versa no sentido de prestar atendimento à gestante no que se refere ao preenchimento de dados cadastrais, exame físico e acompanhamento durante todo seu percurso dentro da unidade. Além disso, os profissionais de enfermagem participam do processo de orientação a essa mulher quanto ao agendamento e realização de exames, encaminhamentos solicitados pelos médicos bem como escuta sobre as necessidades específicas de cada caso, intermediando a atuação entre os demais membros da equipe.

5.2 População e amostra

Considerando a importância dos atendimentos realizados pela instituição e a relevância da saúde reprodutiva, o presente estudo teve como público alvo direto as gestantes de alto risco atendidas no serviço. Tais mulheres apresentam tanto os diagnósticos/condições típicas que caracterizam as gestações de alto risco quanto alguns diagnósticos específicos de saúde mental, como transtornos relacionados ao uso de substâncias, transtornos do espectro do humor, transtornos de ansiedade e esquizofrenia.

O referido serviço, desde sua implantação no ano de 2008, já atendeu cerca de 1500

gestantes. No período de coleta de dados contava com 63 gestantes em acompanhamento. No presente estudo foi utilizada uma amostra de conveniência, da qual fizeram parte 30 gestantes que atenderam os seguintes critérios de inclusão: ser maior de 18 anos e ter diagnóstico de alto risco oficialmente estabelecido. Como critério de exclusão foi considerado o comprometimento cognitivo que inviabilizasse a gestante de participar da entrevista, sendo avaliado mediante a utilização do Mini-Exame do Estado Mental. No entanto, nenhuma gestante apresentou tal comprometimento.

As gestantes foram recrutadas nos dias de consulta, agendada previamente pela equipe. O convite para a participação foi realizado pessoalmente pela pesquisadora em conjunto com um dos membros da equipe de enfermagem no próprio ambulatório. Como as consultas são previamente agendadas e o atendimento controlado pela equipe, todas foram convidadas a participarem assim que chegavam ao serviço, no momento da avaliação de sinais vitais. Foi explicado a elas que se tratava de um convite para participação de uma pesquisa de cunho educacional, autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP e que a pesquisadora principal se encontraria na sala de reuniões - local previamente reservado e combinado com a equipe de enfermagem - para que, caso aceitassem participar da pesquisa, se dirigissem para lá ao final da consulta médica daquele dia.

5.3 Coleta de dados

Visando atender ao critério de qualidade da pesquisa qualitativa denominada triangulação dos dados, as técnicas para coleta utilizadas foram a observação participante e a entrevista semiestruturada. A primeira etapa abrangeu a observação participante e o diário de campo, realizados pela pesquisadora principal utilizando um roteiro previamente definido (Apêndice I) no qual constam aspectos relacionados ao funcionamento do serviço, bem como ao processo de trabalho das equipes e detalhamentos sobre o modo de atendimento às gestantes. As observações foram realizadas durante 20 dias e totalizaram 30 horas, sendo redigidas em diário de campo num total de 27 páginas. Entende-se que tal técnica garantiu à pesquisadora a aproximação com a equipe e com as mulheres atendidas, sendo que isso, certamente, facilitou na aquisição do direito de entrada no serviço e no recrutamento das participantes do estudo, além de oferecer um momento valioso para coleta de dados.

Na segunda etapa foram realizadas 30 entrevistas semiestruturadas num período de 60

dias, as quais foram conduzidas baseando-se em um roteiro previamente definido pelas pesquisadoras (Apêndice II). Os dados sociodemográficos e clínicos das gestantes, após serem autorreferidos pelas mesmas, foram anotados pela pesquisadora principal no espaço do roteiro destinado para os dados de caracterização. As falas das participantes, após a realização de uma questão norteadora descrita no roteiro, foram áudio-gravadas e transcritas para realização da análise de conteúdo.

Para as finalidades da presente pesquisa entende-se que o número de 30 entrevistas atendeu ao objetivo proposto.

5.4 Análise dos Dados

Os dados das entrevistas foram transcritos e a análise ocorreu de duas maneiras. Primeiramente foram listadas as necessidades psicossociais identificadas a fim de analisar seu enquadramento nos diagnósticos proporcionados pela Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC[®], apontando os desafios e potencialidades dessa classificação em relação a tais necessidades de saúde.

Além disso, foi empreendida a análise de conteúdo por meio da triangulação dos dados das entrevistas e da observação participante, visando discutir as possíveis recomendações para facilitar o processo de trabalho da enfermagem na identificação das necessidades psicossociais conjuntamente às demais demandas clínicas durante a sistematização da assistência de enfermagem. De acordo com Bardin (2009, p. 121), a análise de conteúdo constitui-se em "[...] uma técnica de investigação que, através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações".

Seguiu-se, para a realização da análise de conteúdo, os passos apresentados por Bardin (2009), quais sejam: 1) pré-análise; 2) investigação dos dados; 3) exposição dos resultados, inferência e interpretação. No momento da pré-análise, com o intuito de organizar os dados obtidos e reconhecer os apontamentos iniciais da transcrição, realizou-se a leitura dos textos, objetivando reconhecê-los e aproximar-se das impressões provindas dos mesmos.

Já na fase de investigação, os textos foram estudados de forma aprofundada, norteados pelos objetivos e pelo marco conceitual da pesquisa. Assim, foi realizada a codificação por meio das informações contidas nos textos, de modo a representar o conteúdo descrito. O processo de codificação ocorreu em todas as entrevistas e no diário de campo, por meio da

elaboração de frases. Em seguida, foram criadas as categorias. Por fim, na fase de exposição dos resultados, as categorias foram discutidas utilizando-se deduções amparadas nos fundamentos teóricos e em reflexões.

Os dados de caracterização da amostra populacional foram analisados utilizando-se a estatística descritiva. Além disso, posteriormente, empreendeu-se o cruzamento dos mesmos com as categorias advindas da análise de conteúdo.

Mediante a análise dos dados das duas etapas do estudo, procedeu-se ao desenvolvimento de uma tecnologia web sob medida a fim de propiciar a avaliação rápida e resolutiva das necessidades psicossociais de modo integrado às demais intervenções de saúde específicas das gestantes de alto risco.

5.5 Aspectos éticos

O presente estudo teve início após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), sob o número de parecer de aprovação 2.972.438 (em anexo) e autorização da Secretaria Municipal de Saúde da cidade onde foi realizado. Tal procedimento visou atender os dispositivos da Resolução nº. 446, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013), os quais regulamentam a realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

Durante abordagem às gestantes foram fornecidas orientações sobre a pesquisa e, mediante a concordância de participação no estudo, solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice III) a todas as participantes. Foi garantido o anonimato e o direito de desistência em qualquer fase do processo de desenvolvimento da pesquisa.

Foi informado às participantes que, apesar de sua colaboração não lhes trazer benefícios diretos nem remuneração, elas estavam contribuindo para que fosse possível entender melhor as possibilidades de assistência às gestantes de alto risco. Além disso, as gestantes foram instruídas de que teriam direito de receber indenizações diante da ocorrência de algum prejuízo originado durante sua participação no estudo, considerando as leis em vigor no país.

Quanto aos possíveis riscos da participação das gestantes na pesquisa, era possível que a participante apresentasse algum desconforto ou algum constrangimento para responder às questões. Porém a participante poderia deixar de responder aos questionamentos em que não se

sentisse à vontade, ou mesmo desistir em qualquer momento. Além disso, a pesquisadora principal tem experiência em acolhimento e, diante de situação de choro ou desconforto, estava preparada para amparar a participante e solicitar apoio à equipe do serviço para o encaminhamento e manejo da situação.

Vale ressaltar que os dados poderão ser apresentados em eventos ou publicados em revistas científicas, mas a identificação das participantes será preservada, isto é, mantida em sigilo.

6 RESULTADOS

"Eu queria saber lidar comigo mesma, com este bebê, com toda esta situação e com as outras pessoas".
(Entrevistada 10)

O perfil sociodemográfico, os dados clínicos e algumas características relacionadas à composição familiar das gestantes entrevistadas podem ser verificados nas tabelas 1 e 2. Conforme pode ser observado na tabela 1, a maioria das gestantes estava na faixa etária entre 19 a 30 anos (46,7%), estudou até o ensino médio (73,3%), era evangélica (46,7%), estava em união estável (76,7%), não exercia trabalho remunerado (53,3%) e referiu renda familiar mensal entre R\$1600,00 a R\$3000,00 (53,3%). Metade das gestantes declarou possuir casa própria. Em relação às profissões referidas, cinco são relacionadas ao exercício do cuidado e a maioria corresponde a profissões de menor prestígio.

Tabela 1 - Dados sociodemográficos das gestantes entrevistadas (n=30). Interior de Minas Gerais, 2018.

Características	n(%)
Idade (anos)	
19 - 30	14 (46,7)
31 - 40	13 (43,3)
41 - 45	3 (10,0)
Nível de instrução	
Até o Ensino Fundamental	2 (6,7)
Até o Ensino Médio	22 (73,3)
Até o Ensino Superior	6 (20,0)
Casa própria	
Sim	15 (50,0)
Não	15 (50,0)
Trabalho remunerado	
Sim	14 (46,7)
Não	16 (53,3)
Renda familiar	
R\$950,00 a R\$1500,00	9 (30,0)

R\$1600,00 a R\$3000,00	16 (53,3)
R\$3100 a R\$10000,00	5 (16,7)
Situação Conjugal	
Em união estável (casadas e amasiadas)	23 (76,7)
Fora de união estável (solteiras, divorciadas e viúvas)	7 (23,3)
Religião*	
Evangélica	14 (46,7)
Católica	11 (36,7)
Testemunha de Jeová	1 (3,3)
Espiritismo	2 (6,7)
Deísmo	2 (6,7)
Ateísmo	1 (3,3)
Profissão	
Analista de vendas	1 (3,3)
Atendente	2 (6,7)
Auxiliar de produção	1 (3,3)
Balconista	1 (3,3)
Cuidadora	2 (6,7)
Dona de casa	8 (26,7)
Empregada doméstica	2 (6,7)
Empresária	1 (3,3)
Faxineira	1 (3,3)
Gestora ambiental	1 (3,3)
Massoterapeuta	1 (3,3)
Operadora de caixa	3 (10,0)
Professora	1 (3,3)
Promotora de vendas	1 (3,3)
Tosadora	1 (3,3)
Técnica em enfermagem	2 (6,7)
Zeladora	1 (3,3)
Nota: *Uma das gestantes entrevistadas referiu ter duas religiões.	

A tabela 2 apresenta os dados clínicos e algumas características relacionadas à composição familiar das gestantes. A maioria (36,7%) referiu que a família era composta por

três pessoas e a mesma porcentagem alegou possuir apenas um filho, enquanto 33,3% ainda não tinham filhos.

Tabela 2 - Dados clínicos e familiares das gestantes entrevistadas (n=30). Interior de Minas Gerais, 2018.

Características	n (%)
Acompanhante	
Sim	4 (13,3)
Não	26 (86,7)
Composição familiar	
2 pessoas	10 (33,3)
3 pessoas	11 (36,7)
4 ou mais pessoas	9 (30,0)
Número de filhos	
Nenhum filho	10 (33,3)
1 filho	11 (36,7)
2 filhos ou mais	9 (30,0)
Doença crônica**	
Não	19 (63,3)
Sim	11 (36,7)
Asma	1 (3,3)
Diabetes mellitus	1 (3,3)
Discopatia degenerativa	1 (3,3)
Hipertensão arterial	5 (16,7)
Hipotireoidismo	1 (3,3)
Transtorno bipolar	1 (3,3)
Trombofilia	2 (6,7)
Idade gestacional	
Até 13 semanas	2 (6,7)
De 14 a 26 semanas	9 (30,0)
De 27 a 39 semanas	19 (63,3)
História reprodutiva	
<i>Gestações</i>	
1	7 (23,3)
2	9 (30,0)
3	10 (33,3)
4 ou mais	4 (13,3)

<i>Partos</i>	
0	8 (26,7)
1	11 (36,7)
2	10 (33,3)
4	1 (3,3)
<i>Abortos</i>	
0	23 (76,7)
1	5 (16,7)
3	1 (3,3)
5	1 (3,3)
Complicações gestacionais anteriores***	
Não	22 (73,3)
Sim	8 (26,7)
Ruptura das membranas	1 (3,3)
Pré-eclâmpsia	3 (10,0)
Parto prematuro	1 (3,3)
Aborto	2 (6,7)
Aspiração do mecônio	1 (3,3)
Natimorto	1 (3,3)
Gestação anembrionária	1 (3,3)

Nota: **Uma das gestantes entrevistadas referiu ter duas doenças crônicas;

***Duas das gestantes entrevistadas referiram duas complicações gestacionais anteriores.

Conforme pode ser observado na tabela 2, 86,7% das participantes compareceram às consultas sem acompanhante. Quando indagadas quanto à doença crônica preexistente, 63,3% declararam não apresentar e, das que afirmaram ter, a maioria (16,7%) mencionou ter hipertensão arterial.

Quanto à idade gestacional 63,3% referiram estar com 27 a 39 semanas. No tocante à história reprodutiva a maioria das mulheres era multípara, sem histórico de abortos ou complicações gestacionais prévias.

A análise de conteúdo dos dados das entrevistas e da observação participante culminou em três categorias, sendo os resultados apresentados na Figura 4.

Figura 4 - Categorias temáticas e códigos (com síntese dos resultados), interior de Minas Gerais, 2019.

Fonte: elaborado pela autora (2019).

6.1 A gestação de alto risco e seu impacto físico, emocional e laboral na vida da mulher

Esta categoria temática contempla as alterações provindas do processo de gestar na condição de alto risco. As gestantes relataram, no momento das entrevistas e durante a observação participante, questões físicas relacionadas à gestação de alto risco, sendo referidos cansaço, dor, enjoo, edema, mal-estar, contração, cólica e fraqueza, conforme ilustrado nos trechos a seguir.

Ah, eu estou cansada, o que eu fazia já não faço mais. Domingo mesmo a gente saiu, mas já não andei, fiquei mais cansada por causa do calor, fiquei sentada, quietinha (entrevistada 2).

É complicado, exige todo um cuidado, são dores, você não tem posição pra deitar, você não tem posição pra nada, você se sente cansada, ainda mais junto com a dor... (entrevistada 4).

Eu comecei a ter muito enjoo, essa dor de cabeça... a dor nas costas começou faz muito tempo e uma dor aqui no "pé" da barriga terrível. A minha doutora falou que é normal, que é o final da gravidez, mas eu nunca tinha sentido. Está sendo isso, esse inchaço que só Deus, não posso andar que meu pé vira uma bola (entrevistada 8).

Eu sinto muito mal-estar, eu sinto muita pressão no ouvido, na cabeça, eu já estou desde os seis meses com contração e um pouco de cólica (entrevistada 10).

Ela me disse que está com 15 semanas de gestação e que, desde que descobriu a gravidez gemelar, sente muito enjoo e azia, que a única fruta que consegue comer é maçã. Disse, também, que não consegue comer feijão e arroz por causa do cheiro e que, por isso, está ficando muito fraca, inclusive já esteve internada na Santa Casa (diário de campo - observador).

Quanto aos aspectos emocionais presentes no ciclo gravídico de alto risco e vários sentimentos foram referidos: medo de morrer, medo do parto normal, tristeza, esperança, ansiedade, preocupação com o diagnóstico, preocupação com a saúde do bebê, negação, estresse, felicidade, religiosidade e fé:

No momento o que passou pela minha cabeça é que "eu vou morrer, o neném vai morrer" (...) A gente fica ansiosa também, cada vez que a gente chega à consulta a gente não vê a hora de escutar o coraçãozinho e ver que está tudo certo (entrevistada 3).

Eu tenho essa preocupação, até porque eu nunca tive parto normal e agora eu não sei; nas minhas outras gravidezes o parto foi cesárea e eu tenho medo de parto normal (entrevistada 18).

A gente fica aérea, a gente não pensa muito, mas eu penso que eu posso morrer na hora do parto porque, querendo ou não, é muita complicação (entrevistada 9).

A gestante disse que iria pedir para a médica fazer logo o parto, pois estava com medo de acontecer alguma coisa errada com o bebê e ressaltou que não quer fazer parto normal, pois acha que dói muito e não quer ficar sofrendo (diário de campo - observador).

Ah, triste, bem triste, abalada... mas confiante, entendeu, que vai dar tudo certo, bastante confiança! Nesse momento é isso, um misto de tristeza e esperança. Acho que não vai ser nada demais, vou fazer os exames e vai dar tudo dentro dos parâmetros e o próximo ultrassom que eu fizer não vai estar mais alterado, já voltou ao normal... (entrevistada 20).

A gente fica bem preocupada porque a gente pensa diretamente no bebê, "será que ele está bem?" "será que é com ele?" porque a gente só pensa em ele ter saúde (entrevistada 1).

Eu quero ver o bebê, se está bem, se eu vou ter mesmo esse bebê. Quero muito, mas é a preocupação, é a preocupação é o pior. Você fica preocupada, você quer estar bem (entrevistada 14).

Depois da gestação eu tive pressão alta, então o meu foco é esse, é não deixar a pressão elevar, ter mais cuidado. Hoje em dia eu ando com medidor

de pressão na bolsa porque tem horas que eu me sinto mal, já vem a pressão na mente, então tem que estar cuidando (entrevistada 7).

Eu acho que eu passei muito estresse por causa dessas coisas, porque eles falam "ah, você não pode carregar peso, você não pode fazer isso, você não pode fazer aquilo, você tem que tomar cuidado", isso me deixou bem estressada mesmo (entrevistada 25).

É uma vida chegando, então eu acho que todos os corações amolecem e a família fica unida, tanto da parte da família dele quanto da minha família. Então, eu acho que esse bebê veio com um propósito de fazer a alegria de todo mundo, então isso me deixa feliz... (entrevistada 1).

Eu tive uma revelação no "Monte" que eu ia ter um menino, aí, passou um ano, um ano e meio mais ou menos, eu descobri que estava grávida. Então foi assim, uma felicidade, e ele foi muito bem aceito por mim e pelo meu esposo, pelas minhas filhas e pela minha família também. (...) Eu sabia que os médicos iam falar que era de alto risco, que era perigoso e tudo mais, mas assim, a minha fé em Deus era muito maior (entrevistada 6).

O impacto da gestação no trabalho e na vida profissional foi mencionado nas entrevistas, sendo relacionado também à dificuldade financeira e ao receio de julgamentos, de acordo com os apontamentos a seguir.

A minha vida era normal, agitada, trabalhava bastante, comigo tinha tempo ruim não. Mas, agora, o que eu fazia já não faço mais porque não sou só eu (entrevistada 2).

O fato de ter que ficar em casa, parar de trabalhar, então assim, abala um pouquinho (entrevistada 4).

É um pouco assim, é difícil, porque eu estava acostumada a trabalhar, a ter meu dinheiro. Agora, ficar em casa, depender do marido, a gente fica meio frustrada, meio nervosa... (entrevistada 23).

Eu sempre tive uma situação financeira muito melhor, no momento eu não estou com uma situação financeira tão agradável, tudo isso pesa... (entrevistada 9).

Tem dia que eu levanto e penso "nossa, que vontade de ficar em casa, tranquila" porque a barriga começa a pesar, o maior incômodo, nada está bom. (...) Às vezes eu penso assim comigo "nossa, é chato porque eu estou esperando neném vão pensar que eu estou aproveitando da situação". Mas aquilo até me incomoda. Às vezes eu já penso "como chegar amanhã no trabalho sendo que hoje eu faltei?"; isso tudo fica na cabeça, amanhã eu vou chegar no serviço me sentindo mal, já fica muito ruim (entrevistada 7).

6.2 Percepções das gestantes acerca da gestação de alto risco frente ao vivido na gestação atual e nas anteriores

A segunda categoria temática direciona ao significado da vivência do período gestacional, sendo ele de alto risco ou não.

As gestantes referiram diferentes pontos de vista acerca da gestação de alto risco e levantaram fatores como foco da atenção no bebê, peso do diagnóstico, gestação mais complicada ou mais difícil que as anteriores, dedicação à maternidade, necessidade de mais cuidados, conhecimento prévio sobre a condição de risco e interferência emocional diante do conhecimento sobre o diagnóstico de alto risco. A seguir, foram elencados alguns trechos a respeito.

Parece que você não se preocupa mais com você, você só se preocupa com o neném. (...) Então, o meu pensamento é meu neném agora. As coisas mudam bastante, muda o modo da gente pensar. É uma vida dentro da gente, então você muda totalmente, muito, muito mesmo (entrevistada 24).

Esta foi mais complicada do que a outra, a vida muda um pouquinho... porque eu estava com a pressão alta, acima do peso, a gente já fica mais preocupada. Tive que mudar a alimentação, os hábitos, tive que mudar muita coisa, então, foi bem diferente de antes (entrevistada 17).

Eu acho que eu estou sendo o melhor de mim, estou muito feliz, era o que eu queria... estou sendo o melhor de mim mesma. Estou fazendo tudo que eu posso, estou estudando mais para depois ficar mais tempo com o bebê, vou trabalhar até o final para depois ficar mais tempo com o bebê também, então eu estou sendo o melhor de mim. Estou fazendo o que eu posso fazer para cuidar, para receber bem, para ficar mais tempo juntos, acolher, ser mãe... (entrevista 19).

Eu nem sabia o que era pressão alta, eu fui descobrir os riscos que tinha depois de um tempo (entrevistada 8).

No início eu assustei, chorei, fiquei triste porque eu era leiga e não sabia do que se tratava, eu não sabia a proporção; agora não, agora está melhor, eu estou mais tranquila (entrevistada 19).

Agora tem que tomar mais cuidado, a gente tem que ter cuidado com certas coisas que a gente faz. Frequento o pré-natal certinho porque tem que fazer os exames (entrevistada 28).

Em contrapartida, também foram feitas referências ao ocorrido em gestações anteriores com alegações sobre trauma e concepções negativas em relação ao parto normal e à amamentação, bem como histórico de depressão pós-parto.

Eu acho que eu aprendi muito porque já é a terceira. Na primeira não existia maternidade, não existia esse SUS maravilhoso, então foi uma coisa anormal, foi uma coisa grotesca, foi uma coisa animal, foi muito ruim... Tanto que o meu distúrbio veio de uma depressão pós-parto, de um parto muito ruim... (entrevistada 10).

Eu tive um parto prematuro, ela nasceu prematura, rompeu a bolsa antes do tempo (entrevistada 1).

Quando você sabe que está gestante, mas não tem embrião, você fica preocupada; eu já tive uma gestação assim, que não viu o embrião no ultrassom e passou pouco tempo eu abortei. Então, eu fico preocupada, quero ver ultrassom para ter certeza de que está bem (entrevistada 14).

Então, da outra gravidez, eu fiquei em coma por três dias porque tive hemorragia logo após o parto e eu não vi nada, só sei que eu perdi muito sangue (entrevistada 1).

Ah, nosso Deus, mudou muito, porque antes, na primeira gestação, eu passei bastante raiva, bastante estresse... eu me alimentava mal, me cuidava mal, não me preocupava, não entendia nada de nenhum exame (entrevistada 16).

Então, desta vez, eu quero ficar sossegada, eu com o bebê porque da outra vez eu nem consegui amamentar direito... (entrevistada 1).

No que tange à concepção sobre a gravidez emergiram algumas vertentes entre as entrevistadas, sendo que algumas delas alegaram aspectos negativos do engravidar, outras, aspectos positivos e a questão do planejamento da gravidez e rejeição.

Carregar peso, ficar agachando, ficar muito em pé eu não posso, eu sinto muito mal, eu sinto muita fraqueza, fico mais de repouso, mais de cama em casa. Eu não levo mais uma vida normal porque eu saía muito, andava muito, hoje eu já não faço mais isso. Tem coisa que eu já não faço mais... (entrevistada 11).

Graças a Deus, até agora, sete meses fez hoje, ninguém me ajudou em nada. Eu arrumo a casa, claro, com a minhas limitações porque agora eu estou pesada, minhas costas estão doendo, mas eu faço tudo, tudo dentro de casa, limpo, passo e ninguém me ajuda, ninguém, sério mesmo (entrevistada 16).

A gente planejou tudo, a criança, queria muito ela... (entrevistada 27).

Eu não fiquei feliz, num primeiro momento pensei em abortar... A gravidez inesperada, por isso que eu não aceito. (...) É porque eu não queria ter outro filho mesmo agora no momento (entrevistada 12).

A gestante disse que no início da gravidez ela não aceitou, que tinha tentado engravidar do namorado atual por uns cinco anos e que já tinha desistido

quando engravidou. Falou, também, que já se sentia "velha" e que pensou em abortar (diário de campo - observador).

6.3 O papel dos serviços de saúde e do apoio social na vida da gestante de alto risco

Esta categoria temática compreendeu a alusão feita pelas gestantes de alto risco aos sujeitos inseridos em seu convívio social e no serviço de saúde. Ao referir-se ao serviço de atenção à saúde, as mulheres mencionaram a satisfação com o acompanhamento realizado, a valorização do serviço de alto risco, a melhora das condições emocionais devido ao acompanhamento bem sucedido, assim como a necessidade de singularidade no acompanhamento e a rotatividade dos profissionais.

Eu fico mais tranquila porque a doutora (médica) me falou que a hipertensão na gravidez, quando você já tinha ela, é mais fácil de controlar e que quando você adquire durante a gestação é mais difícil de controlar. Então isso me acalma sabe... (entrevistada 23).

O atendimento, toda vez que eu precisei, foi muito bom, até por ser pelo SUS, mas sempre que eu precisei de exames, essas coisas, tudo foi muito bom (entrevistada 5).

Foi melhor porque chega aqui e ela (médica) conversa, ela explica tudo, que não é tanto igual à gente pensa que é. Ela passou o remédio, a pressão controlou e está tudo normal. Daí, eu fiquei mais tranquila porque eu estava bem preocupada (entrevistada 17).

Então, quando eu venho para cá (serviço de referência ao alto risco), às vezes eu saio daqui oito horas da noite, nove horas, mas, mesmo que eu não tiver nem passado consulta, eu me sinto melhor do que ficar em casa. Eu acho que é a atenção, o jeito de cuidar de uma gestante do alto risco, o jeito de dar atenção para ela e eu acho que isso podia ser para todas as mães (entrevistada 10).

Então, a pessoa (profissional de saúde) fala muito do bebê perfeito, não fala do outro bebê pois, no caso, o meu bebê é diferente (lábio leporino) e eu não

sabia. E, como eu estava naquele meio, vamos dizer, diferente, poderia ter outras gestantes assim também. Então, eu acho que falta isso, falta uma singularidade, um olhar para cada uma (entrevistada 19).

Trocou minha médica e eu já estava desequilibrada e agora eu vou passar pela segunda vez com essa doutora nova, ainda bem que ele (bebê) já nasce na sexta porque senão eu ia passar ainda por mais desequilíbrio até eu acostumar novamente à médica... porque você pega confiança, segurança (entrevistada 10).

Durante a observação participante foi possível verificar momentos de orientações da equipe de enfermagem às gestantes e, também, o vínculo afetivo profissional-cliente, como nas situações descritas a seguir.

A enfermeira disse à gestante que, embora o valor da glicemia estivesse normal, ela precisava reduzir a quantidade de doces porque ainda estava no meio da gestação e se continuasse ingerindo doces poderia complicar sua gravidez. Orientou, também, que ela procurasse uma nutricionista no posto do seu bairro para ajudá-la a controlar a alimentação (diário de campo - observador).

A gestante que estava preocupada com o exame de coagulação passou na recepção sorridente e disse para a auxiliar de enfermagem "a doutora (médica) falou que está tudo certo com o meu exame, que só preciso repetir daqui uns dias, mas que estou bem" e cruzou as mãos levantando para cima, como forma de agradecimento a Deus. A auxiliar sorriu e disse "que bom, agora pode ficar tranquila e curtir sua gravidez". A gestante despediu-se dela e saiu da Unidade (diário de campo - observador).

Seus olhos lacrimejaram e a auxiliar de enfermagem olhou para ela e disse para ficar tranquila, que ela estava fazendo o acompanhamento direitinho, que "se Deus quiser logo você terá seu bebezinho no colo" (diário de campo - observador).

Em relação ao apoio social as gestantes apontaram a presença do mesmo, ausência desse apoio, estigma social, dificuldades relacionais e isolamento social. As referências feitas

à disponibilidade de suporte social foram voltadas à mãe, ao pai, ao esposo, aos filhos, a parentes próximos (tia, cunhada, sogra), aos amigos, aos vizinhos, aos colegas de trabalho e aos profissionais de saúde.

Em casa tenho todo apoio, minha mãe, meu pai. Minha mãe fica preocupada, toda hora pergunta se está tudo bem, essas coisas (entrevistada 13).

Meu marido está sempre do meu lado, minha família também me ajuda muito, meu pai também, tive bastante ajuda. Lá no postinho todo mundo me ajudou no início, tudo que eles podiam fazer pra mim eles fizeram (entrevistada 29).

Eu não tenho parente aqui (na cidade onde mora), ninguém, só meu filho e meu marido e mais ninguém, só nós três mesmo. A gente sente falta de mãe, pai, avó. (...) Eu queria ganhar meu neném na minha cidade porque lá tem os meus parentes, tem a minha mãe, aí fica comigo (entrevistada 15).

Eu me sinto incomodada, de certa forma, com o tratamento das pessoas quando eu falo que eu estou grávida, por causa da idade. E, também, quando ficam sabendo que eu tenho pressão alta, parece que me julgam como se eu, com a idade que eu tenho, não pudesse ter arrumado filho, mas ninguém sabe o porquê... (entrevistada 18).

Depois dos quatro meses eu falei "não, ou eu me afasto de umas pessoas e me levanto ou vai morrer eu e o bebê". Eu fui me afastando de algumas pessoas, tive que ficar uns dois meses eu e meus filhos trancados na minha casa. Depois eu fui voltando a conversar e a me envolver só com quem realmente não me fazia mal (entrevistada 10).

7 DISCUSSÃO

"Porque tudo muda... muda o cabelo, muda a unha, muda a estrutura, muda a alimentação, muda o humor, o corpo muda, o jeito que as pessoas te olham muda, tudo muda..."

(Entrevistada 10)

Os principais aspectos sociodemográficos do grupo estudado apontam para média escolaridade e idade (mulheres adultas jovens). Corroborando estudo prévio em que se evidenciou riscos à saúde psicossocial ligeiramente atenuados para gestantes com tais características sociodemográficas em relação àquelas que não tinham o mesmo perfil (MAXSON et al., 2016).

Ainda em relação ao perfil da população deste estudo mais da metade das entrevistadas não exercia trabalho remunerado, semelhante aos resultados de estudos anteriores (BÖDECS et al., 2013; YILMAZ; KÜÇÜK, 2015). Nesse sentido, uma pesquisa realizada na Turquia, os autores apontaram esse resultado como um aspecto importante para surgimento de ansiedade e depressão em mulheres grávidas, tendo em vista as necessidades psicológicas e financeiras advindas do nascimento de um filho (PINAR; UCAR, 2017). Depreende-se que a hospitalização de gestantes de alto risco parece ser um fator importante e que colabora para o abandono do trabalho, haja vista as limitações da saúde física e emocional, bem como a sobrecarga de atividades de cuidado, como consultas e exames médicos, que se somam às já numerosas ações executadas por uma mulher gestante com risco habitual.

Em contrapartida, ressalta-se a maior prevalência de gestantes que referiram condição média de nível socioeconômico, o que pode ser interpretado pelo perfil sociodemográfico da cidade na qual as mesmas residem, onde existe boa oferta de empregos bem remunerados por se tratar de uma referência regional de comércio e turismo.

No que concerne às atividades laborais, as depoentes se manifestaram quanto ao impacto da gestação na vida profissional. Relataram as dificuldades enfrentadas devido ao abandono do trabalho, uma vez que estavam habituadas à rotina agitada e à socialização no

ambiente laboral. Para algumas, a ruptura com o vínculo empregatício gerou também dificuldade financeira.

Ocorre que, durante o acompanhamento de uma gestação de alto risco, em algumas circunstâncias, a gestante tem indicação quanto à abstenção do trabalho com o objetivo de primar pela sua própria saúde e, também, a do bebê ao menos durante um período. Isto pode ocorrer no início da gestação, até que a gestante se aproprie de sua nova condição, no final, para que a mulher se prepare para o momento do parto, ou durante praticamente todo o período gestacional quando há indicação de repouso absoluto. A permanência da gestante no ambiente laboral pode acarretar danos, pois a condição clínica muitas vezes é passível de ser agravada pelos riscos presentes nesse ambiente.

Ao incluir o exercício laboral no contexto de uma gravidez de alto risco a situação da gestante tende a tornar-se ainda mais complicada e frágil. A gravidez confere à mulher a responsabilidade por si e pelo ser que carrega em seu ventre, assim, fica sensível ao que ocorre internamente e externamente. Ademais, as alterações fisiológicas e emocionais decorrentes do período gestacional fortificam e auxiliam a gestante no preparo para o parto, mas, também, acarretam fragilidade e podem limitar suas atividades, aumentando sua sensibilidade no que se refere aos relacionamentos sociais, aos processos de laborais e aos fatores que conferem risco ocupacional (PUSTIGLIONE, 2017).

Algumas gestantes alegaram dificuldades financeiras como fator dificultador do momento pelo qual estavam passando. Este resultado também foi verificado em um estudo pregresso (PINAR; UCAR, 2017), no qual a maioria das mulheres entrevistadas afirmou que sua renda era menor que as despesas e que isso interferia em seu estado emocional.

Em relação aos aspectos físicos, as depoentes mencionaram sintomas relacionados à condição clínica patológica apresentada e também sintomas comuns a qualquer gestação, seja de risco ou não. É importante inferir que ocorre, no decorrer da gestação de alto risco, uma multiplicidade de fatores que interferem no bem estar físico da mulher, uma vez que o corpo tenta se adaptar a mudanças fisiológicas a fim de manter duas vidas.

A avaliação da equipe de enfermagem deve buscar maneiras de proporcionar tranquilidade para esse momento, por meio de atenção direcionada a favorecer a saúde física, mediante o oferecimento de alternativas de participação em grupos de atividades que enfoquem as queixas físicas e, também, em parceria com os demais profissionais da equipe, elaborar estratégias de cuidados específicos para atenuar ou sanar tais queixas.

Em relação aos aspectos psicossociais das entrevistadas emergiram falas voltadas para fatores emocionais e laborais, bem como o apoio social e os cuidados profissionais recebidos.

Em Durham/EUA foi realizado um estudo por Maxson et al. (2016) em que os autores exploraram a combinação de múltiplos aspectos da saúde psicossocial de gestantes por meio de uma abordagem multidimensional de cinco domínios: apoio paterno, estresse percebido, suporte social, depressão e autoeficácia. Buscando elucidar a complexidade da saúde psicossocial eles reconheceram que esses componentes não operam de forma independente, mas são coexistentes.

No estudo em questão, foram identificados três perfis de saúde psicossocial nas gestantes: a) o resiliente, caracterizado por baixo nível de depressão e estresse percebido e alto apoio interpessoal, apoio paterno e autoeficácia; b) o vulnerável, marcado por alto nível de depressão e estresse percebido, assim como baixo apoio interpessoal, apoio paterno e autoeficácia; c) o moderado, o qual apresentou nível baixo entre os outros perfis em todos os domínios. A pesquisa demonstrou que mulheres com o perfil vulnerável foram mais propensas a terem fatores de risco na gravidez e parto prematuro, já as mulheres com perfil resiliente tiveram melhores desfechos para o parto e menos fatores de risco associados à saúde. Dessa forma, os autores constataram que a saúde psicossocial e o estresse podem interagir para aumentar o risco durante a gestação, que a identificação e a intervenção com essas mulheres em situação de vulnerabilidade psicossocial pode melhorar as condições de saúde para as mesmas e também para seus filhos (MAXSON et al., 2016).

No tocante aos aspectos emocionais das participantes, os resultados revelaram a presença frequente de ansiedade na vivência da gestação de alto risco, aliada à preocupação tanto com a própria saúde quanto com a saúde do bebê, e ao sofrimento diante da possibilidade de perda do controle sobre a situação vivida. Estudos anteriores também apontaram quadros de ansiedade presentes em mulheres grávidas interferindo diretamente em suas vivências da gestação (OMIDVAR et al., 2018; GHAFAR et al., 2017). Outro estudo apontou a relação entre a ansiedade e a qualidade do sono em gestantes, de forma que quanto maior o nível de ansiedade menor a qualidade do sono e vice-versa (RESHADAT et al., 2018).

Em estudo semelhante, cujo objetivo foi conhecer a vivência de mulheres que passaram por uma gestação de alto risco, todas as participantes reportaram à ansiedade em suas falas, sendo um estado emocional atribuído a um conjunto de sentimentos que surgem

desde a fase de aceitação das condições da gestação até o momento em que é realizado o atendimento no serviço especializado (WILHELM et al., 2015).

A ansiedade é um sentimento que acompanha as gestantes de alto risco desde o instante do conhecimento sobre sua condição, pois apresenta uma nova realidade, muitas vezes inesperada, diante da qual a mulher não tem tempo de se preparar para vivenciar. Trata-se de uma situação de ajuste das atividades cotidianas, das tarefas laborais, das relações sociais e isso pode ocasionar o aumento da ansiedade, em um momento em que a gestante necessita primar pela estabilidade emocional. Destarte, cabe à equipe de saúde responsável pelo acompanhamento da mulher que passa por uma gestação de alto risco a escuta de suas reais demandas, a fim de detectar e trabalhar as questões de ansiedade inerentes ao estado emocional dessa gestante.

No momento do parto, a apreensão em relação ao desfecho da gestação e a insegurança quanto à saúde do bebê foram as circunstâncias apontadas como geradoras de medo pelas gestantes deste estudo. O medo, também relatado pelas depoentes em estudos prévios (PINAR; UCAR, 2017; MAXSON et al., 2016; WILHELM et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2011), é tido como ameaçador diante da gestação de risco e acaba por trazer insegurança à mulher. Esse fator torna a gestante vulnerável e temerosa quanto ao que pode ocorrer consigo e com seu filho, assim, de forma marcante ou sutil, o medo pode fazer com que a gestante perca a tranquilidade, a paz e o sossego.

No estudo de Pinar e Ucar (2017) a falta de confiança na capacidade de ser mãe e a autopercepção negativa da mulher também foram apontados como causadores de problemas como somatização, hostilidade, raiva, agressividade, desespero, desesperança, ansiedade, culpa e humor depressivo.

Sentimentos adversos à ansiedade e ao medo, como fé e felicidade, também foram expressos nas falas das gestantes. Declararam a convicção de que o desfecho seria positivo e que se colocaram otimistas desde o início porque tinham fé. Relataram que se sentiam felizes e alegres por poderem vivenciar o momento, pela comoção e união familiar que a gestação proporcionou.

Um estudo prévio que objetivou entender o significado de gerar um filho em situação de alto risco também encontrou sentimentos ambíguos nas declarações das gestantes entrevistadas. Mesmo diante de toda ansiedade e preocupações vivenciadas por essas mulheres, a gravidez de alto risco não foi um obstáculo para que a gestante sentisse feliz e

satisfeita com a gravidez, sustentando a idealização de um desfecho positivo (OLIVEIRA et al., 2011).

A maioria das mulheres incluídas no presente estudo demonstraram forte apoio social, referenciando suporte provido por entes familiares próximos como mãe, pai, esposo, filhos e sogra, bem como de amigos, colegas de trabalho e profissionais de saúde. Foi possível identificar que grande parte possuía vínculo com suas famílias, inclusive esta era considerada como fonte de apoio emocional e material, em alguns casos. As famílias foram mencionadas como um apoio social com aspecto protetivo, corroborando com estudo anterior (FARAMARZI; PASHA, 2018). No entanto, algumas respondentes alegaram falta de apoio social, dificuldades relacionais e estigma social. Duas das gestantes referiram falta de apoio devido à ausência da mãe por perto, que morava em outra cidade. As dificuldades relacionais foram direcionadas ao convívio com esposo e entes próximos como filhos e família. As questões de estigma estavam relacionadas ao preconceito com a doença mental enfrentada por uma das participantes e à idade avançada de outra.

Na literatura existem estudos (PINAR; UCAR, 2017; ELSENBURCH et al., 2007; WESTDAHL et al., 2007) em que foi demonstrado que as participantes apresentavam sistema de apoio inadequado e, por conseguinte, os índices de ansiedade e depressão detectados foram altos. Os sistemas de apoio social proporcionam tranquilidade às gestantes e ajudam a lidar e superar problemas físicos, estressores mentais e ansiedade. Os sistemas de apoio social e depressão na gravidez são fortemente associados. Apoio ambiental, familiar e adaptação matrimonial são fatores importantes que aumentam a adaptação psicossocial de gestantes (GOUROUNTI et al., 2014; SEN; SIRIN, 2013).

As experiências prévias das gestantes contribuem ainda mais para a ocorrência de manifestações negativas diante de um diagnóstico de alto risco, como o desenvolvimento de transtornos mentais, por exemplo. Sobretudo porque o ciclo gravídico de alto risco suscita nas mulheres o sentimento de culpabilidade e de responsabilidade pela "perfeição" do bebê, dentro de uma lógica de processo de normalidade instaurada socialmente e, especificamente, nos períodos gestacionais. A realidade tida como normal para gestações fora da classificação de risco torna o período gravídico extremamente conflituoso para a gestante de alto risco. Esta mulher sofre e, muitas vezes, não tem escuta e compreensão em sua família e nos ambiente sociais que frequenta, o que pode acarretar manifestações negativas.

Ao mesmo tempo, o diagnóstico de alto risco parece acarretar um senso de melhora do autocuidado, da autoestima e da autopercepção da gestante, além de estabelecer limites ao que

causa mal-estar. Foi possível verificar em algumas participantes do estudo que o elo existente entre mãe e filho ocasionou mudanças positivas em seu autoconceito, manifestando-se como aspecto fortalecedor para o enfrentamento da condição de risco. Ademais, com o foco no bebê as mulheres se sentiam fortalecidas e dispostas a lidar com todas as particularidades que seu quadro de risco demandava. Estudo prévio desvelou que o laço afetivo existe entre a mãe e o filho desde o período pré-natal e que o risco de morte do bebê, inerente à gestação de alto risco, faz com que a vinculação materno-fetal seja utilizada pelas gestantes como uma forma de se defender e se proteger de uma circunstância causadora de sofrimento (SAVIANI-ZEOTI; PETEAN, 2015).

Nas situações em que não houve o planejamento da gestação, as depoentes mencionaram ter ocorrido rejeição materna e/ou paterna, além de intenção de abortar. Na maioria dos casos, a rejeição foi-se esvaecendo com o decorrer dos trimestres gestacionais à medida em que o processo de aceitação foi se estabelecendo mediante apoio familiar. No entanto, houve relatos de rejeição que se mantiveram até o final da gestação, vinculados às dificuldades financeiras e a brigas conjugais. Em estudo precedente (MAXSON et al., 2016) foi evidenciada situação semelhante, principalmente entre mulheres pertencentes a grupos vulneráveis e com aspectos psicossociais negativos como falta de apoio social, depressão e baixa autoeficácia. Outro estudo revelou que a maioria das participantes não planejou a gestação (YILMAZ; KÜÇÜK, 2015), assim, diante de uma gestação de alto risco a ocorrência de rejeição e intenção de abortar tende a ser ainda maior. Além disso, um estudo internacional (SUH et al., 2016) apoia a associação entre o não planejamento da gravidez e a ocorrência de depressão pós parto.

Quanto ao serviço de referência de alto risco, as gestantes manifestaram satisfação com o acompanhamento realizado e demonstraram vínculo com os profissionais atuantes no local. Em contrapartida, a equipe também se mostrou atenta na escuta e focada nas demandas recebidas, sem utilizar termos técnicos durante os atendimentos, fornecendo orientações de forma clara.

Outro estudo prévio (LANGARO; SANTOS, 2014) aponta para a importância de a equipe assistencial investir em uma comunicação que permita ouvir e compreender as dificuldades enfrentadas pelas gestantes de alto risco com vistas a ajudá-las a se apropriarem desta nova condição e, conseqüentemente, melhorar o grau de adesão das mesmas ao tratamento. Indica, ainda, que é preciso atentar-se às crenças, sentimentos, desejos e histórias singulares de cada gestante, além de oferecer informações e orientações inerentes às

demandas individuais. Soma-se a isso, a necessidade de avaliação dos recursos emocionais e da rede de apoio que essas gestantes possuem para enfrentar as intercorrências de uma gestação, considerando-se a totalidade da vida da cliente e não somente os fatores físicos que estão em risco.

Como responsáveis pelo acompanhamento, os profissionais possuem condições de avaliar as necessidades de intervenção. Muitas vezes a mulher verbaliza sua necessidade na busca de ser ouvida e atendida em suas demandas, mas é necessário que a equipe esteja pronta para abordá-la, disponível para ouvi-la e preparada para orientá-la, baseando-se na avaliação quanto à melhor conduta e procedendo de maneira adequada e singular.

As participantes do estudo relataram que, após o início do acompanhamento e das orientações, ocorreu melhora dos quadros de ansiedade, medo e insegurança. Ressaltaram que tais sentimentos foram gerados devido à falta de conhecimento sobre o diagnóstico e que, uma vez realizados os exames e fornecidas as informações de forma adequada, elas passaram a ficar mais tranquilas. Este resultado corrobora estudo anterior, segundo o qual fornecer informações e conhecimentos acerca da condição clínica individual e de como manejá-la é um dos pontos evidenciados como eficazes, conforme avaliação do próprio público-alvo. Tais evidências reforçam que esse tipo de estratégia pode e deve ser utilizada pelos profissionais de todas as áreas envolvidas no cuidado à essas pacientes (LANGARO; SANTOS, 2014).

A opção pelo acompanhamento no serviço foi apontada por algumas mulheres, sob a alegação de cuidado especializado e profissionais mais capacitados. Todavia, algumas respondentes expressaram pontos negativos do atendimento recebido em relação à demora para o início do tratamento após o encaminhamento da unidade básica, à rotatividade dos profissionais, à necessidade de singularidade e à dificuldade de acesso aos cuidados de saúde mental. Vários pesquisadores ressaltam que a avaliação do estado de saúde de gestantes é muito importante e deve ser realizada visando conhecer as necessidades e características de cada paciente, sendo por meio de cuidados de enfermagem humanizados e singulares, bem como pela abordagem dos fatores de risco que alteram a saúde psicossocial. Para tal, reforçam a necessidade de treinamento dos profissionais dos serviços de saúde para que se atentem aos fatores psicossociais que possam estar interferindo na saúde das gestantes, de modo a reduzir suas ansiedades e medos, proporcionando uma gravidez o mais tranquila possível (GUMUSDAS, et al., 2014; GOUROUNTI et al., 2014; WILHELM et al., 2015; YILMAZ; KÜÇÜK, 2015).

8 CONSIDERAÇÕES TÉCNICAS

8.1 Avaliação da pertinência da CIPESC® em relação aos resultados do estudo

A referência quanto à classificação de enfermagem utilizada como parâmetro para este estudo foi a publicação de Albuquerque e Cubas (2005) "CIPESCANDO EM CURITIBA: Construção e Implementação da Nomenclatura de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem na Rede Básica de Saúde". Tal escolha baseou-se no fato de essa ser a publicação mais completa disponível até o momento, no que diz respeito à CIPESC®.

A análise das necessidades das participantes da pesquisa possibilitou a identificação de 15 diagnósticos de enfermagem aplicáveis às necessidades psicossociais elencadas pela CIPESC®. Tais diagnósticos foram:

- Solidão;
- Ansiedade decorrente do estado de saúde atual;
- Ansiedade frente à coleta e resultado de exames;
- Negação;
- Tristeza;
- Conhecimento insuficiente;
- Apoio familiar prejudicado;
- Relacionamento familiar conflituoso;
- Dificuldade de enfrentamento;
- Relacionamento interpessoal comprometido;
- Vínculo familiar presente;
- Vínculo familiar ausente;
- Vínculo mãe e filho comprometido;
- Vínculo mãe e filho preservado;
- Adaptação/enfrentamento inadequado.

Apesar disso, para várias outras questões psicossociais identificadas entre as gestantes de alto risco não foi possível a relação com um diagnóstico correspondente presente na CIPESC®. A maioria dos diagnósticos apresentados em relação às necessidades psicossociais da referida classificação têm seu foco mais voltado para questões psicológicas. Isso pode ser resultado da possível influência do conceito frágil do termo psicossocial, cujo uso é limitado,

na maioria das vezes, a fatores psicológicos e expressão de sentimentos, ao passo que uma ampla gama de aspectos sociais está intrinsecamente vinculada a sua expressão. Aqui retoma-se o marco conceitual deste estudo, segundo o qual o termo psicossocial contempla aspectos psicológicos e sociais que se relacionam com a saúde e o desenvolvimento do ser humano. Uma vez que "as necessidades em saúde, de expressão coletiva, não podem ser isoladas e individualizadas, já que elas apenas assumem sentido no corpo social onde são geradas" (OLIVEIRA et al., 2011, p.843). Esses autores afirmam que as ações e os processos assistenciais devem se pautar na avaliação das demandas dos indivíduos, nos espaços individualizados e coletivos, objetivando identificar a influência dos fatores sociais na saúde. Ressaltam que, para que ocorra uma visão abrangente e totalitária do ser humano, faz-se necessária a indagação quanto às suas necessidades, as informações que justificam as mesmas e, também, as ações direcionadas no sentido de abordá-las e resolvê-las.

Ao realizar uma análise cruzada entre as necessidades identificadas nas gestantes e aquelas listadas na CIPESC[®], percebeu-se que as questões psicossociais aparecem em diferentes itens da classificação e não apenas no item específico sobre tais necessidades. Como exemplo, cita-se os casos das necessidades 13 (Percepção), 16 (Reprodução) e 17 (Crescimento e desenvolvimento) listadas no conjunto de necessidades psicobiológicas, mas que possuem alguns diagnósticos correspondentes a questões psicossociais, como "Atividade mental prejudicada" listado na necessidade de "Percepção" (13), "Risco para o aborto" e "Gravidez indesejada" listados na necessidade "Reprodução" (16) e "Maturidade feminina adequada" listado na necessidade "Crescimento e desenvolvimento" (17).

Ao avaliar os códigos oriundos da análise de conteúdo identificou-se que parte dos aspectos mencionados no tópico das necessidades psicobiológicas correspondia a fatores psicossociais. Em contrapartida, ao detalhar as necessidades psicossociais da referida classificação, diversos aspectos identificados nas mulheres não estavam listados. Verifica-se que a CIPESC[®] possui diagnósticos consistentes quanto às necessidades psicossociais, entretanto necessita de ampliação quanto às necessidades e diagnósticos elencados, bem como a ressignificação sobre a definição dos aspectos psicossociais para que ocorra o manejo dos mesmos que se encontram listados em outro conjunto de necessidades.

A concomitância entre transtorno mental e gestação é um desafio importante porque nenhuma área sozinha é hábil para proporcionar isoladamente o suporte necessário. Assim, exige trabalho interdisciplinar, focado nas especificidades de cada mulher, na direção de que cada profissional colabore dentro de suas atribuições a fim de que o resultado seja o mais

próximo daquele desejável pela gestante. Nesse sentido, foram identificadas várias questões que reforçam a necessidade da intersecção de ações de saúde mental e cuidados obstétricos.

Aspectos como preconceito com a doença mental, uso de medicações psiquiátricas na gestação, transtornos mentais prévios, pensamento suicida, gestação, luto e conflitos conjugais foram reconhecidos nas gestantes estudadas. Além disso, algumas gestantes referiram rejeição materna e/ou paterna, desejo de abortar e de não ter mais filhos como questões geradoras de instabilidade emocional e sofrimento.

8.2 Desenvolvimento da tecnologia web sob medida

O objetivo norteador para o desenvolvimento de uma tecnologia web sob medida baseada nos resultados obtidos neste estudo foi fornecer uma proposta de avaliação rápida e resolutiva das necessidades psicossociais, integrada às demais intervenções realizadas pela equipe de enfermagem do Serviço de Referência à Saúde da Mulher e da Criança, onde os dados foram coletados. Tomando por base os códigos advindos da análise de conteúdo, iniciou-se o processo de elaboração da referida tecnologia. Tais códigos foram agrupados em três tópicos, compostos por itens, de forma a abranger as principais necessidades psicossociais reveladas pelas falas das participantes:

Itens A:

- Diagnóstico de Transtorno Mental;
- Pensamento ou ideação suicida.

Itens B:

- Perda recente;
- Uso de psicotrópico;
- Isolamento social;
- Conflitos conjugais;
- Rede de apoio prejudicada;
- Rejeição do filho pelo pai;
- Rejeição do filho pela mãe;
- Dificuldade financeira;
- Dificuldade no trabalho.

Itens C:

- Vítima de preconceito ou estigma;

- Sintomas físicos exacerbados;
- Enfrentamento negativo da condição de saúde;
- Experiências negativas de gestação prévia;
- Tristeza;
- Ansiedade;
- Insegurança;
- Medo;
- Angústia;
- Descontrole;
- Culpa;
- Irritabilidade;
- Instabilidade;
- Preocupação excessiva.

A divisão em itens partiu da necessidade de atribuir uma escala de prioridade de atenção a cada aspecto psicossocial elencado. Assim, os aspectos listados como item A requerem do profissional maior atenção do que os listados como item B e C. Por sua vez, os aspectos elencados como item B também requerem maior atenção do que aqueles listados como item C. Em seguida, foram definidas três classificações quanto ao nível de gravidade dos aspectos psicossociais apresentados pela gestante:

- **Grave** - A gestante necessita de um acompanhamento psiquiátrico/psicológico imediatamente.
- **Moderado** - A gestante necessita de seu posicionamento enquanto apoiador e reavaliação constante.
- **Leve** – A gestante necessita de escuta e informações.

Para que o profissional possa detectar em qual classificação a gestante se encontra e delinear sua atuação também foi estabelecido critérios para avaliação dos aspectos psicossociais detectados:

Grave:

- quando houver algum dos itens A;
- quando houver algum item B e 5 ou mais itens C;
- quando houver 2 ou mais itens B.

Moderado:

- quando houver algum dos itens B;
- quando houver 5 ou mais itens C.

Leve:

- quando houver menos de 5 itens C e nenhum item A ou B.

Além disso, foram elaboradas algumas intervenções para que o profissional possa atuar prontamente após a definição da classificação de risco psicossocial da gestante. No entanto, cabe ao mesmo a avaliação quanto à necessidade de ampliar suas ações com enfoque nas demandas específicas de cada mulher. As intervenções elaboradas foram as seguintes:

Grave:

- Proporcione uma atmosfera acolhedora, demonstrando empatia e solidariedade com a situação da gestante;
- Encoraje-a a manifestar seus sentimentos e mostre-se como uma figura apoiadora para escutá-la e realizar os trâmites possíveis para o seu acompanhamento;
- Informe o profissional de referência e realize os trâmites para encaminhamento.

Moderado:

- Proporcione uma atmosfera acolhedora, demonstrando empatia e solidariedade com a situação da gestante;
- Encoraje-a a manifestar seus sentimentos e mostre-se como uma figura apoiadora para escutá-la;
- Você pode estabelecer uma agenda para conversar com a gestante periodicamente, acompanhando a evolução do quadro apresentado atualmente;
- Atente-se para sinais de piora do quadro e proceda a reavaliação sempre que julgar necessário, visando identificar a necessidade de acompanhamento especializado;
- Considere os recursos disponíveis na rede de assistência, como grupos de apoio e atividades do Programa Materno-Infantil;
- Avalie a disponibilidade de apoio social da paciente.

Leve:

- Proporcione uma atmosfera acolhedora, demonstrando empatia e solidariedade com a situação da gestante;

- Encoraje-a a manifestar seus sentimentos e mostre-se como uma figura apoiadora para escutá-la;
- Nunca subestime a possibilidade de piora do quadro;
- Acompanhe as questões psicossociais apresentadas pela gestante sempre que possível;
- Considere incentivar a gestante a acionar sua rede de apoio social sempre que necessário e informe sobre os grupos existentes na rede de atenção à saúde.

Por meio desse arcabouço de informações foi preparado um *script* para o desenvolvimento de uma tecnologia de classificação de riscos psicossociais, para avaliação de gestantes de alto risco (Apêndice IV). Pretende-se, por meio dessa tecnologia, facilitar a coleta de informações quanto aos aspectos psicossociais das gestantes atendidas no serviço e estimular o enfoque dos mesmos na rotina de trabalho da equipe de enfermagem, com ações embasadas no perfil de clientela atendida. Destarte, vislumbra-se que a implantação de métodos sistematizados de assistência à saúde seja o meio para aumentar a qualidade dos cuidados prestados, bem como da satisfação das necessidades das gestantes de alto risco.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

"Mas hoje eu estou feliz com a minha gravidez, eu estou em paz com ela, independente do que vai acontecer, do jeito que vai acontecer, eu quero ela... Eu me sinto bem com minha barriga".
(Entrevistada 10)

Perante o exposto, retoma-se que a presente pesquisa foi desenvolvida visando analisar as necessidades psicossociais apresentadas por gestantes de alto risco em um Serviço de Referência à Saúde da Mulher e da Criança. Os resultados demonstraram aspectos psicossociais das entrevistadas relacionados a fatores emocionais, laborais, apoio social e cuidados profissionais. No tocante aos aspectos emocionais emergiram sentimentos de ansiedade na vivência da gestação de alto risco, preocupação, tanto com a própria saúde quanto com a saúde do bebê, e sofrimento diante da possibilidade de perda do controle sobre a situação vivida. O momento do parto, a apreensão em relação ao desfecho da gestação e a insegurança quanto à saúde do bebê foram as circunstâncias apontadas como geradoras de medo pelas depoentes deste estudo. Conquanto, sentimentos adversos à ansiedade e ao medo - como fê e felicidade - também foram expressos nas falas das gestantes entrevistadas.

Ainda, no que concerne às atividades laborais, as depoentes relataram dificuldades inerentes ao abandono do trabalho devido à interrupção da rotina agitada e da socialização vivenciada no ambiente laboral, sendo que, para algumas mulheres, a ruptura com o vínculo empregatício gerou, também, dificuldade financeira. Além disso, os resultados retrataram forte apoio social provido por entes familiares próximos como mãe, pai, esposo, filhos e sogra e, também, por amigos, colegas de trabalho e profissionais de saúde. As famílias foram apontadas como apoio social com aspecto protetivo e o vínculo familiar foi considerado fonte de apoio emocional e material, em alguns casos. Ademais, foram levantadas dificuldades relacionais, falta de apoio e questões de estigma social relacionadas à idade avançada, bem como o preconceito com a doença mental. Igualmente, foi manifestada rejeição materna e/ou paterna, além de intenção de abortar.

Outrossim, no que se refere ao serviço de referência de alto risco, as gestantes manifestaram satisfação com o acompanhamento realizado e demonstraram vínculo com os

profissionais atuantes no local, os quais se mostraram atentos na escuta e focados nas demandas recebidas. Todavia, pontos negativos também foram apontados como a demora para o início do tratamento após o encaminhamento da unidade básica, a rotatividade dos profissionais, a necessidade de singularidade e a dificuldade de acesso aos cuidados de saúde mental. Sugere-se uma reorganização quanto ao quantitativo de profissionais atuantes no serviço bem como quanto às categorias de profissionais atuantes no local, haja vista que são muitas demandas direcionadas ao serviço.

Posto isto, a relevância deste estudo apresenta-se como o descortinar de um conjunto de informações importantes acerca da temática dos aspectos psicossociais inerentes à gestação de alto risco. Ademais, a investigação evidencia a diversidade de anseios e vulnerabilidades da vida das participantes e revela que compreendê-las é essencial para a elaboração de cuidados mais amplos pela equipe assistencial, a qual, muitas vezes, atém-se às práticas direcionadas a questões biológicas em detrimento das subjetivas.

Em relação às limitações desta pesquisa, ressalta-se que o ato de realizar as entrevistas no ambiente da unidade de saúde pode ter gerado inibição nas gestantes em relatar tudo o que sentiam e pensavam sobre o serviço devido à preocupação de suas falas influenciarem nas ações assistenciais recebidas pelos profissionais.

Faz-se necessário que outras pesquisas contemplem os aspectos psicossociais das gestantes de alto risco em sua abordagem, sobretudo no tocante à atuação dos profissionais que trabalham nos serviços de atenção básica e que prestam cuidados a essas mulheres. Salienta-se que a atenção psicossocial pode e deve ser realizada em todas as instâncias de atenção à mulher que perpassa pelo ciclo gravídico de alto risco.

Sugere-se que novos estudos investiguem o que fragiliza e o que fortalece as gestantes de alto risco com o intuito de promover a saúde dessas mulheres, que é o objetivo base dos cuidados de enfermagem. A busca pelo conhecimento quanto aos aspectos passíveis de abordagem durante o pré-natal de alto risco deve ser a direção tomada por estudos futuros, tendo em vista a capacitação da gestante na definição de suas necessidades reais e na compreensão de como poderá resolvê-las por meio de recursos disponíveis em si e ao seu redor, em seu sistema de apoio social. Destarte, sentimentos e temores poderão ser trabalhados de forma a suscitar a autonomia e a autoeficácia dessa mulher.

Considera-se relevante que pesquisas futuras avaliem o desenvolvimento de novos diagnósticos e intervenções para a CIPESC[®], voltados cada vez mais para a realidade experienciada na atuação em saúde coletiva. Associado a isso, coloca-se a necessidade de que

novos estudos analisem a condição de risco gestacional pelo enfoque de outra classificação de enfermagem a fim de explorar os aspectos psicossociais vividos pelas gestantes de alto risco, propiciando a aproximação das mesmas com os serviços e, assim, tornando mais eficientes as atividades realizadas.

A experiência de gestar é algo único e peculiar na vida de uma mulher... É um momento em que se desvelam novos caminhos, às vezes inesperados e sofríveis, mas sempre recobertos de uma necessidade maior de segurança para si e para o filho que se encontra imerso em seu corpo e em seu ser. É possível vivenciar tal momento abstendo-se de sofrimentos que a façam perder a suavidade que é inerente ao acender de uma nova vida? Talvez não... mas, cabe ao profissional que se aproxima o escutar, o compreender e o atuar de forma ímpar e singular, visando a satisfação dos anseios e o transcorrer saudável e ameno dessa trajetória. Tentemos...

REFERÊNCIAS

AKSOY, Y. E. et al. Prenatal attachment and social support in risk pregnancies. **Journal Health Science**. v.1, p.163-169, 2016. Disponível em: <<https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-riskli-gebelerde-prenatal-baglanma-ve-sosyal-destek-73946.html>> Acesso em: 05 de novembro de 2018.

ALBUQUERQUE, L.M.; CUBAS, M.R.; MARTINS, S.K. **Cipescando em Curitiba: construção e implementação da nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem na rede básica de saúde**. Curitiba: ABEn, 2005, 121p.

AMORIM, T.V. et al. Cotidiano da gravidez de risco por cardiopatia: estudo. fenomenológico das relações assistenciais. **Rev. Escola de Enfermagem Anna Nery**. v.20, n.4, out/dez 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000400209&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 de maio de 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARROS, A.L.B.L. et al. **Processo de enfermagem: guia para a prática/Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo**. São Paulo, COREN-SP, 2015. 113 p. Disponível em: <<https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>>. Acesso em: 12 de maio de 2018.

BATISTA, L. **Elaboração de um Roteiro de Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Gestante: Proposta de Utilização da CIPESC**. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ EERP-USP, 2017, 179p. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22134/tde-28022018-201121/pt-br.php>>. acesso em: 17 de novembro de 2018.

BÖDECS, T. et al. Prevalence and psychosocial background of anxiety and depression emerging during the first trimester of pregnancy: data from a Hungarian population-based sample. **Psychiatr Danub**, v.25, p.352-58, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24247046>>. Acesso em: 16 de novembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. 1.ed. Brasília, DF, 2016, 230p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em 13 de Novembro de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun.2013. Seção 1. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 15 de janeiro de 2018.

BULECHEK, G.M. et al. **NIC – Classificação das Intervenções de Enfermagem**. Tradução da 6ª edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2016. 640p.

CAVALCANTE, M.D.M.A. **A Classificação Internacional das Práticas de Saúde Coletiva**

CIPE[®] como instrumento do processo de trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Paraná, 2014, 96p.

CAVALCANTE, M.D.M.A. et al. Terminologia de enfermagem como instrumento do processo de trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. **Rev. Esc. Enfermagem USP.** v.50, n.4, p.610-16, 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n4/pt_0080-6234-reeusp-50-04-0610.pdf>. Acesso em: 02 de outubro de 2018.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. Divison of Reproductive Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Disponível em: < <https://www.cdc.gov/prams/>>. Acesso em 22 de Agosto de 2018.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/abertas-inscricoes-de-mestrados-gratuitos-para-enfermeiros_51257.html>. Acesso em: 26 de Fevereiro de 2018.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n. 358, de 15 de outubro 2009.** Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em 16 de Abril de 2018.

DUARTE, M.R. et al. Atuação do Enfermeiro no Controle de Infecção Puerperal: Revisão Integrativa. **Rev. Enfermagem UFPE**, v.8, n.2, p.434- 40, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9691/9746>>. Acesso em: 16 de abril de 2018.

EERP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/corporate-a-eerp/>>. Acesso em: 26 de Fevereiro de 2018.

ELSENBRUCH, S. et al. Social support during pregnancy: Effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. **Rev. Human Reproduction.** v.22, p.869–877, 2007. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17110400>>. Acesso em: 05 de agosto de 2018.

FARAMARZI, M.; PASHA, H. The role of social support in prediction of stress pregnancy. **Journal of Babol University of Medical Sciences.** v.17, p. 52-60, 2015. Disponível em: < http://jbums.org/browse.php?a_id=5334&sid=1&slc_lang=en>. Acesso em: 12 de agosto de 2018.

FONSECA, M.N.A. Ambivalências do ser mãe: um estudo de caso em psicologia hospitalar. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia.** Londrina. v.9, n.2, p.141-155, ago./2018. Disponível em: < <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/eip/article/view/26609>>. Acesso em 28 de novembro de 2018.

GARCIA, T.R.; BARTZ, C.C.; COENEN, A. CIPE[®]: uma linguagem padronizada para a prática profissional. In: Garcia TR, organizadora. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE[®]: aplicação à realidade brasileira.** Porto Alegre: Artmed, p. 24-36, 2015.

GHAFFAR, R. et al. Frequency and predictors of anxiety and depression among pregnant women attending tertiary healthcare institutes of Quetta City, Pakistan. **BMC Women's Health**, v.17, n.1, dec./2017. Disponível em: <<https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-017-0411-1>>. Acesso em: 23 de agosto de 2018.

GOMES, L.F.S. **Sistematização da Assistência de Enfermagem à gestante de alto risco: construção e validação de tecnologia para o cuidado**. 2016. 200f. Tese (doutorado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/22135>>. Acesso em: 11 de dezembro de 2018.

GOUROUNTI, K. et al. Poor marital support associate with anxiety and worries during pregnancy in Greek pregnant women. **Journal of Midwifery & Women's Health**. v.30, p. 628-35, 2014. Disponível em: <[https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(13\)00300-8/abstract](https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(13)00300-8/abstract)>. Acesso em: 27 de setembro de 2018.

GÜMÜSDAS, M. et al. Comparison of psycho-social health in pregnant women with and without risk. **Journal of Health Science and Profession-HSP**. v.1, n.2, p.32-42, 2014.

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020**. Tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros... [et al.]. Porto Alegre: Artmed, 2018,462p.

JOHNSON, M. et al. **NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 5. ed., 2016, 712p.

JOHNSON, M. et al. **Ligações NANDA, NIC-NOC. Condições clínicas: suporte ao raciocínio e assistência de qualidade**. Tradução: Soraya Imon de Oliveira et al. Rio de Janeiro: Elsevier, 3.ed., 2016, 422p.

KARTAL, Y.A.; OSCAY, U.Y. Anxiety, depression and coping with stress styles of pregnant women with preterm labor risk. **International Journal of Caring Sciences**. v.10, p. 716-725, 2017. Disponível em: <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/9_kartal_original_10_2.pdf>. Acesso em: 14 de novembro de 2018.

KRAUZER, I.M. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção Básica: o que dizem os enfermeiros? **Rev. Ciência y Enfermería**, v.21, n.2, p. 31-8, 2015. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v21n2/art_04.pdf>. Acesso em: 17 de março de 2018.

LANGARO, F. SANTOS, A.H. Adesão ao Tratamento em Gestação de Alto Risco. **Rev. Psicologia: Ciência e Profissão**, v.34, n.3, p. 625-642, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932014000300625&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 04 de março de 2018.

MALDONADO, M.T. **Psicologia da gravidez: gestando pessoas para uma sociedade melhor**. São Paulo: Ideias e Letras, 2017, 291p.

MAXSON, P.J. et al. A multidimensional approach to characterizing psychosocial health during pregnancy. **Matern Child Health Journal**, v.20, p.1103–1113, 2016. Disponível em: <<https://europepmc.org/abstract/med/27107859>>. Acesso em: 12 de abril de 2018.

MEDEIROS, A.L. et al. Avaliando diagnósticos e intervenções de enfermagem no trabalho de parto e na gestação de risco. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, v.37, n.3, set/ 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472016000300409&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2018.

MESQUITA, S.K.C.; RAMOS, D.K.R. Produção Científica sobre a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva. **Rev. Universidade Vale do Rio Verde - Três Corações**, v.12, n.2, p.187-95, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/1431>>. Acesso em: 28 de março de 2018.

NANDA. **International Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Diagnósticos de Enfermagem - Definições e Classificação 2015-2017**. Porto Alegre: Artmed. 10.ed, 2014, 488p.

OLIVEIRA, D.C.; MANDÚ, E.N.T. Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado. **Rev. Escola Anna Nery**, v.19, n.1, p.93-101, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0093.pdf>>. Acesso em: 23 de abril de 2018.

OLIVEIRA, D.C. et al. Construção de um paradigma de cuidado de enfermagem pautado nas necessidades humanas e de saúde. **Rev. Escola Anna Nery**, v.15, n.4, p. 838-44, out-dez/2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452011000400025&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 06 de junho de 2018.

OMIDVAR, S. et al. Associations of psychosocial factors with pregnancy healthy life styles. **PLOS ONE**, v.13, n.1, jan./ 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29370250>>. Acesso em: 26 de outubro de 2018.

ONU, Organização das Nações Unidas. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/conheca-os-novos-17-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel-da-onu/>>. Acesso em: 21 de Agosto de 2019.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience**. 2016, 172p.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Manual de orientação para o curso de prevenção de manejo obstétrico da hemorragia: Zero Morte Materna por Hemorragia**. Brasília: OPAS; 2018, 72p.

PINAR, S.E.; UCAR, N. Mental health status of the women with risky pregnancies in the hospital and affecting factors. **International Journal of Caring Sciences**. v.10, n.3, p.1426, set-dez/2017. Disponível em: <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/35_pinar_original_10_3.pdf>. Acesso em: 08 de junho de 2018.

PUSTIGLIONE, M. Trabalhadoras gestantes e lactantes: impacto de agentes de risco ocupacional (ARO) no processo de gestação, no conceito e no lactente. **Rev. Bras. Medicina Trabalho**, v.15, n.3, p.284-94, 2017. Disponível em: <<http://www.rbmt.org.br/details/260/pt-BR/trabalhadoras-gestantes-e-lactantes--impacto-de-agentes-de-risco-ocupacional--aro--no-processo-de-gestacao--no-concepto-e-no-lactente>>. Acesso em: 22 de outubro de 2018.

RESHADAT, S. et al. A study of the psychological and family factors associated with sleep quality among pregnant women. **Journal Sleep Hypnosis**. v.20, n.1, p. 17-24, Mar/2018. Disponível em: <<http://www.sleepandhypnosis.org/ing/Pdf/40fa414f149f4a65a78b5198696f84cc.pdf>>. Acesso em: 11 de outubro de 2018.

RICCI, S.S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015.

SALVADOR, P.T.C.O. et al. A sistematização do cuidado de enfermagem como instrumento de empoderamento: revisão integrativa. **Rev. EnfermagemUFPE**, v.9, n.5, 2015.

SANTOS, I.M. et al. **SAE - Sistematização da assistência de enfermagem: Guia prático**. Salvador: COREN - BA, 2016, 40p.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. **Pré-natal e Puerpério - Manual Técnico**. 2017. 123p.

SAVIANI-ZEOTI, F.; PETEAN, E.B.L. Apego materno-fetal, ansiedade e depressão em gestantes com gravidez normal e de risco: estudo comparativo. **Estudos de Psicologia - PUC Campinas**, v.32, n.4, p. 675-683, out./dez.2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2015000400675&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 de setembro de 2018.

SEN, E.; SIRIN, A. The factors affecting depression, anxiety and perceived social support level of pregnant women who have the diagnosis of preterm labor. **Gaziantep Medical Journal**, v.19 n.3, p.159-163, 2013. Disponível em: <<https://www.scopemed.org/?mno=35694>>. Acesso em: 18 de agosto de 2018.

SETTE, N.L.F.; AUGUSTO, M.T.; MATARUCCO, C.R. A influência do consumo de substâncias teratogênicas durante o período gestacional na saúde materno-infantil. **Rev. UNIFEV Ciência e Tecnologia**, v.3, p.211-227, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.unifev.edu.br/index.php/RevistaUnifev/article/view/370>>. Acesso em: 15 de março de 2018.

SICKEL, A. E. Psychology & Pregnancy. **International Journal of Childbirth Education**. v. 28, n.3, p.9-10, jul/2013.

SUH, E.Y. et al. Pregnancy Intention and Post-partum Depressive Affect in Louisiana Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. **Matern Child Health Journal**, v.20, p.1001-1013, 2016. Disponível em: <<https://www.semanticscholar.org/paper/Pregnancy-Intention-and-Post-partum-Depressive-in-Suh-Ma/48e76c897f0a413098e6159cb2ba2f9ca95db735>>. Acesso em: 22 de janeiro de 2018.

TAGUCHI, M.C.M.; PIO, D.A.M. Uma leitura psicanalítica da vivência da maternidade nos casos de aborto e prematuridade. **Rev. Psicologia e Saúde**, v.6, n.2, p.56-61, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2014000200008>. Acesso em: 09 de abril de 2018.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_9540.htm>. Acesso em 28 de Novembro de 2018.

VIEGAS, S.M.F.; PENNA, C.M.M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Rev. Interface**, v. 19, n.55, p.1089-100, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000401089&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 de maio de 2018.

WILHELM, L.A. et al. Sentimentos de mulheres que vivenciaram a gestação de alto risco: estudo descritivo. **Jornal Brasileiro de Enfermagem Online**. v.14, n.3, 2015. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5206/html_882>. Acesso em: 05 de agosto de 2018.

YILMAZ, E.B.; KÜÇÜK, E.E. Unplanned and risk pregnancy, domestic violence and the psychosocial health status of pregnant women in north-east Turkey. **International Journal of Caring Sciences**.v.8, n.3, p. 585-593, sep/dec 2015. Disponível em: <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/8_Bahadir_original_8_3.pdf>. Acesso em: 12 de setembro de 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE I

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Local: Serviço de Referência de Saúde da Mulher e da Criança

Data: _____ **Período:** _____

- 1. Observar o funcionamento do serviço (número de gestantes atendidas, fluxo de atendimento, intercorrências, etc).**

- 2. Observar a dinâmica entre o processo de comunicação/relação interpessoal (profissionais/usuário) e os comportamentos das gestantes.**

APÊNDICE II

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Fonte: Gestantes em atendimento no Serviço de Referência de Saúde da Mulher e da Criança

Data: ____/____/2018

1. Nome (iniciais): _____

2. Dados Sociodemográficos:

Está com acompanhante: () sim () não

Data de nascimento: ____/____/____ Naturalidade: _____

Escolaridade/nível de instrução: _____

Renda familiar: _____

Quantas pessoas compõem a família: _____

Número de filhos: _____

Casa própria: _____

Trabalho remunerado: _____

Profissão: _____

Situação conjugal: _____

Tem doença crônica: () sim. Qual? _____ () não

Religião: _____

3. Dados clínicos:

DUM: ____/____/____

DPP: ____/____/____

G: ____ P: ____ A: ____

Teve complicações nas gestações anteriores?

() sim. Qual? _____

() não

4. Questão norteadora para a entrevista

(Primeiramente a pesquisadora deve explicar o que é psicossocial e, em seguida, fazer a questão norteadora).

Pense em sua vida como uma linha do tempo, como ela era antes e como ficou após o diagnóstico de gravidez de alto risco. Agora, conte-me como você está.

APÊNDICE III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu sou Celma Aparecida Barbosa, enfermeira e aluna do Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP/USP.

Gostaria de convidá-la para participar da pesquisa **“Assistência de enfermagem às gestantes de alto risco: as necessidades psicossociais em foco”**, que está sendo orientada pela Prof.^a Jacqueline de Souza. Nesta pesquisa temos como objetivo investigar as principais necessidades emocionais e sociais apresentadas por gestantes de alto risco, visando desenvolver uma tecnologia de avaliação rápida e resolutiva dessas necessidades para ser trabalhada juntamente com as demais intervenções da equipe de enfermagem.

Caso aceite o convite, será realizada uma entrevista na qual serão feitas algumas perguntas sobre fatores emocionais e sociais que a senhora está vivendo durante esta gestação. A entrevista terá duração aproximada de 30 minutos e será áudio-gravado, caso a senhora autorize.

Garantimos que a sua identificação será mantida em sigilo. Os possíveis riscos de sua participação são algum desconforto ou algum constrangimento para responder às questões, porém a senhora pode deixar de responder as que não se sentir à vontade, ou mesmo desistir de sua participação em qualquer momento. Os dados poderão ser apresentados em eventos ou publicados em revistas científicas, mas a identificação das participantes será preservada, isto é, mantida em sigilo. Ressaltamos que, apesar de sua colaboração não lhe trazer benefícios diretos nem remuneração, a senhora contribuirá para que seja possível entender melhor as possibilidades de assistência para as gestantes de alto risco. Informamos, ainda, que a senhora terá direito à indenização, conforme as leis vigentes no país, caso ocorra algum dano decorrente da sua participação na pesquisa.

Ao concordar em participar do estudo o termo de consentimento será assinado pela senhora e por nós, em duas vias, sendo que uma ficará sob a guarda dos pesquisadores e a outra será sua. A assinatura do termo declara que a senhora foi informada sobre os procedimentos da pesquisa e que não terá benefícios diretos nem remuneração pela sua participação. Além disso, estará ciente do seu direito de receber resposta à qualquer dúvida sobre o estudo, do direito de não ser identificada e de ter sua privacidade preservada, da liberdade de retirar seu consentimento ou desistir da participação a qualquer momento sem

que isso lhe traga prejuízo algum.

Em caso de dúvidas, estas poderão ser esclarecidas com a pesquisadora abaixo identificada ou com o Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP/USP pelo telefone (16) 3315-9197, de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas.

PESQUISADORA: CELMA APARECIDA BARBOSA

e-mail: celma.barbosa@usp.br

Telefone: (35) 99815-6864

ORIENTADORA: JACQUELINE DE SOUZA

e-mail: jacsouza2003@usp.br

Telefone: (16) 3315-3404

ACEITE:

Eu, _____, RG _____,
aceito participar da presente pesquisa.

Assinatura da participante

Data: ____/____/____

APÊNDICE IV

Classificação	Crítérios	Ação
Grave - A gestante necessita de um acompanhamento psiquiátrico/psicológico imediatamente.	quando houver algum dos itens A quando houver algum item B e 5 ou mais itens C quando houver 2 ou mais itens B	Proporcione uma atmosfera acolhedora, demonstrando empatia e solidariedade com a situação da gestante. Encoraje ela a manifestar seus sentimentos e mostre-se como uma figura apoiadora para escutá-la e realizar os trâmites possíveis para o seu acompanhamento. Informe o profissional de referência e realize os trâmites para encaminhamento. Você pode estabelecer uma agenda para conversar com a gestante periodicamente, acompanhando as orientações do profissional de referência a essa mulher e mantendo o vínculo com a mesma.
Moderado – A gestante necessita de seu posicionamento enquanto apoiador e reavaliação constante.	quando houver algum dos itens B quando houver 5 ou mais itens C	Proporcione uma atmosfera acolhedora, demonstrando empatia e solidariedade com a situação da gestante. Encoraje ela a manifestar seus sentimentos e mostre-se como uma figura apoiadora para escutá-la. Você pode estabelecer uma agenda para conversar com a gestante periodicamente acompanhando a evolução do quadro apresentado atualmente. Atente-se para sinais de piora do quadro e proceda a reavaliação sempre que julgar necessário visando identificar a necessidade de acompanhamento especializado. Considere os recursos disponíveis na rede de assistência, como grupos de apoio e atividades do Programa Materno-Infantil. Avalie a disponibilidade de apoio social da paciente.
Leve – A gestante necessita de escuta e informações	quando houver menos de 5 itens C e nenhum item A ou B	Proporcione uma atmosfera acolhedora, demonstrando empatia e solidariedade com a situação da gestante. Encoraje ela a manifestar seus sentimentos e mostre-se como uma figura apoiadora para escutá-la. Nunca subestime a possibilidade de piora do quadro. Acompanhe as questões psicossociais apresentadas pela gestante sempre que possível. Considere incentivar a gestante a acionar sua rede de apoio social sempre que necessário e informe sobre os grupos existentes na rede de atenção à saúde.

Itens A

Diagnóstico de Transtorno Mental

Pensamento ou ideação suicida

Itens B

Perda recente

Uso de psicotrópico

Isolamento social

Conflitos conjugais

Rede de apoio prejudicada

Rejeição do filho pelo pai

Rejeição do filho pela mãe

Dificuldade financeira

Dificuldade no trabalho

Itens C

Vítima de preconceito ou estigma

Sintomas físicos exacerbados

Enfrentamento negativo da condição de saúde

Experiências negativas de gestação prévia

Tristeza

Ansiedade

Insegurança

Medo

Angústia

Descontrole

Culpa

Irritabilidade

Instabilidade

Preocupação excessiva

ANEXO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Assistência de enfermagem às gestantes de alto risco: as necessidades psicossociais em foco.

Pesquisador: CELMA APARECIDA BARBOSA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 98220818.0.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.972.438

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de Mestrado Profissional, estruturado como um estudo qualitativo, descritivo e exploratório que será realizado com 28 (amostra de conveniência definida como a metade das gestantes em atendimento atualmente pelo serviço) gestantes de alto risco atendidas em um Serviço de Referência de Saúde da Mulher e da Criança localizado em município com cerca de 148 mil habitantes no Sul de Minas Gerais.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da pesquisa são:

- identificar as necessidades psicossociais presentes em gestantes de alto risco atendidas em um Serviço de Referência à Saúde da Mulher e da Criança;
- avaliar a pertinência dos diagnósticos relacionados às necessidades psicossociais proporcionados pela Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem - CIPESC® para a sistematização da assistência de enfermagem de gestantes de alto risco;
- elucidar os principais desafios da identificação das necessidades psicossociais frente às demais demandas clínicas de gestantes de alto risco;
- desenvolver uma tecnologia de avaliação rápida e resolutiva das necessidades psicossociais integrada às demais intervenções.

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 2.972.438

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As pesquisadoras afirmam, em relação aos riscos da pesquisa: possibilidade de "geração de algum desconforto ou algum constrangimento para responder às questões".

As pesquisadoras destacam que, apesar dos riscos referidos, "a gestante pode deixar de responder as (perguntas) que não se sentir à vontade, ou mesmo desistir de sua participação em qualquer momento." Ressaltam ainda que "a pesquisadora principal tem experiência em acolhimento e poderá intervir diante de desconforto apresentado pela participante bem como acionar a equipe do serviço para fazer o encaminhamento necessário à mesma."

Garantem ainda que "os dados poderão ser apresentados em eventos ou publicados em revistas científicas, mas a identificação das participantes será preservada, isto é, mantida em sigilo" e, ainda, que "será informado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que a gestante terá direito à indenização, conforme as leis vigentes no país, caso ocorra algum dano decorrente da sua participação na pesquisa".

Vale destacar que os riscos não são citados no projeto completo, mas são adequadamente descritos no projeto - PB e no TCLE.

Quanto aos benefícios, as pesquisadoras apontam que "a abordagem de diagnósticos de enfermagem relacionados às questões emocionais e sociais de gestantes de alto risco são essenciais na assistência a esse grupo de mulheres", citando ainda que o estudo também "proporcionará informações importantes que poderão ser utilizadas pelos profissionais de enfermagem que atuam nos serviços de assistência à gestante de alto risco".

Os benefícios são descritos no projeto completo, projeto - PB e no TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com boa fundamentação teórica e com metodologia adequada (observação participante e entrevista semiestruturada, de acordo com as pesquisadoras).

No projeto completo, consta não um roteiro de entrevista semi-estruturada, mas uma questão norteadora que deve orientar a investigação da pesquisadora - são elencados tópicos a serem observados na interação com as participantes.

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 2.972.438

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram anexados ao protocolo de pesquisa:

- Folha de rosto, devidamente preenchida e assinada, com indicação de 28 participantes;
- Projeto completo;
- Formulário de Informações Básicas do Projeto - PB;
- Cronograma, adequado às recomendações CONEP e exequível;
- Orçamento detalhado, com indicação de subvenção CAPES/COFEn;
- Ofício de encaminhamento do projeto ao CEP;
- Autorização da Secretaria Municipal de Saúde responsável pelo serviço em que será realizado o estudo;
- TCLE.

Recomendações:

Na quarta linha, do segundo parágrafo do TCLE: completar a expressão "gestantes de alto".

Inserir, no projeto completo, descrição dos riscos previstos para participação na pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os preceitos éticos foram atendidos conforme a resolução do CNS 466/2012.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado na 38ª Reunião Extraordinária do CEP-EERP/USP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1172935.pdf	11/09/2018 16:24:22		Aceito
Outros	Aceite_Secretaria_Saude.pdf	11/09/2018 16:23:27	CELMA APARECIDA BARBOSA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	11/09/2018 10:19:37	CELMA APARECIDA BARBOSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/09/2018 16:33:01	CELMA APARECIDA BARBOSA	Aceito

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 2.972.438

Outros	Oficio.pdf	05/09/2018 15:30:20	CELMA APARECIDA BARBOSA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	05/09/2018 15:24:04	CELMA APARECIDA BARBOSA	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	28/08/2018 13:44:51	CELMA APARECIDA BARBOSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa.pdf	14/08/2018 16:49:43	CELMA APARECIDA BARBOSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 19 de Outubro de 2018

Assinado por:
Angelita Maria Stabile
(Coordenador(a))

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br