

## **Gestantes de alto risco em alta hospitalar qualificada: personalidade, estilo de vida e vivências**

### **High-risk pregnant women in qualified hospital discharge: personality, lifestyle and experiences**

Mariana Alves Porto<sup>1</sup>

Maria Jaqueline Coelho Pinto<sup>2</sup>

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) –  
São José do Rio Preto/SP

#### **RESUMO**

**Objetivo:** verificar estilo de vida e perfil cognitivo de personalidade de gestantes de alto risco hospitalizadas e inseridas no programa de alta qualificada na enfermaria obstétrica de um hospital escola no interior de São Paulo, bem como compreender os significados e sentidos atribuídos às suas vivências na atenção pré-natal. **Método:** foram utilizados os questionários: sociodemográfico, Estilo de Vida “Fantástico”, Crenças Pessoais (PBQ – SF) e entrevista compreensiva. Dados quantitativos foram submetidos à análise descritiva, enquanto qualitativos, analisados na modalidade fenomenológica. **Resultados:** a amostra incluiu 13 gestantes de alto risco hospitalizadas, com média de idade 24 anos ( $\pm 5,1$ ). A maioria se encontra em união estável, possui ensino médio, crença religiosa e se autodeclara do lar. A multiparidade está presente em 61% (N=8) e 61,5% (N=8) não tiveram histórico de aborto anterior. A maioria apresentou bom estilo de vida e os perfis de personalidade que se sobressaíram foram: esquizoide, evitativo e dependente. Quanto às vivências, emergiram cinco categorias: Medo; Preocupação; Fé como Recurso de Enfretamento; Importância do Suporte Social; e Relação Profissional-Paciente. **Conclusão:** A compreensão da demanda da população atendida propicia subsídios para adequação do atendimento e elaboração de plano terapêutico adequado às necessidades das pacientes.

**Palavras-chave:** gestação; gestação de alto risco; alta hospitalar; estilo de vida; personalidade.

---

<sup>1</sup> Psicóloga. Mestre em Psicologia e Saúde pela Famerp. Especialista em Psicologia da Saúde pela FAMERP. Psicóloga atuante em Obstetrícia – mariana\_aporto@hotmail.com.

<sup>2</sup> Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP. Professora-adjunta, Subchefe do Departamento de Psicologia da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Vice Coordenadora do Programa de Mestrado em Psicologia e Saúde da FAMERP – psijaqueline@famerp.br.

Agência de Fomento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES

## ABSTRACT

**Objective:** verify lifestyle and cognitive personality profile of high-risk pregnant women hospitalized and included in qualified discharge program of a teaching hospital obstetric ward in São Paulo and characterize sociodemographic profile and understand perceptions and meanings attributed by high-risk pregnant women to their experiences in prenatal care. **Method:** Data was collected using questionnaires: sociodemographic, "Fantastic" Lifestyle, Personal Beliefs (PBQ - SF) and comprehensive interview. Quantitative data was submitted to descriptive analysis, while qualitative data was analyzed through phenomenological approach. **Results:** 13 in hospital high-risk pregnant women (mean age of 24 years. Standard deviation 5.1) have been enrolled. Most are in stable union with partners, have high school, religious belief and report being house wives. Multiparity has been present in 61% (N = 8) and 61.5% (N = 8) had no history of previous abortion. Most of them have shown a good lifestyle, and the following personality profiles have been found: schizoid, avoidant and dependent. As for the experiences, five categories emerged: Fear; Worry; Faith as a Coping Resource; Importance of Social Support; and Professional-Patient Relationship. **Conclusion:** data have shown to be relevant since understanding the assisted population's needs and demands provides improved care practices and better therapeutic plan more suitable to the patients' needs.

**Keywords:** pregnancy; high risk pregnancy; patient discharge; lifestyle; personality.

## Introdução

Além das mudanças físicas, psíquicas e sociais que uma gestação acarreta na vida da mulher, algumas gestantes ainda têm que lidar com o fato de vivenciar uma gravidez de alto risco, isto é, quando há risco à saúde e vida da mãe, do feto e do recém-nascido (Ministério da Saúde, 2012).

Fatores biológicos são considerados de risco à gestação, como a história reprodutiva anterior, condições clínicas preexistentes e doenças obstétricas na gravidez atual. Entretanto, os riscos reprodutivos ultrapassam o saber biomédico, pois as vulnerabilidades sociais influenciam no desenvolvimento da gravidez, bem como as características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis (idade, peso, baixa escolaridade, conflitos familiares, hábitos de vida, etc.) (Ministério da Saúde, 2012).

Características psíquicas e comportamentais também são consideradas fatores de risco à gestação. Ainda que exista maior segurança por meio das

técnicas médicas, o que caracteriza a evolução da gestação são os cuidados com a saúde, as emoções e o estilo de vida da gestante, que podem influenciar de maneira positiva ou negativa no bem-estar físico ou mental da paciente (Sanchez, 2015).

O estilo de vida, relacionado ao aspecto comportamental, é definido como conjunto de hábitos e costumes que podem ser inibidos, modificados ou encorajados pelo processo de socialização ao longo da vida. Esses hábitos incluem uso de substâncias como álcool, tabaco, cafés e chás, prática de exercícios físicos e dietas, que implicam na saúde, influenciando nas áreas física, mental, espiritual e social (World Health Organization, 2004).

Estudos investigam como esse fator pode influenciar no desenvolvimento gestacional. Rodrigues et al., (2015) constataram que gestantes de alto risco, atendidas em uma clínica escola de nutrição, apresentavam hábitos de alimentação inadequados, o que demonstrou ser uma das causas do desenvolvimento não saudável da gestação.

Os fatores psíquicos e emocionais, por sua vez, relacionam-se ao perfil de personalidade do sujeito, e são definidos por Beck, Davis e Freeman (2017) como dotes inatos que interagem com as influências ambientais, produzindo distinções quantitativas nos padrões cognitivos e afetivos, resultando em diferenças individuais à personalidade. Assim, descrevem dez perfis cognitivos dos transtornos de personalidade, esquematizados de acordo com suas principais crenças: Evitativo, Dependente, Passivo-Agressivo, Obsessivo-Compulsivo, Paranoide, Antissocial, Narcisista, Histriônico, Esquizoide e Borderline.

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

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

A integralidade do atendimento de gestantes de alto risco foi incorporada em programas e leis que norteiam o trabalho das instituições de saúde. Um desses programas é a “Alta hospitalar qualificada”, a qual é caracterizada por transferir o cuidado das pacientes no momento da alta hospitalar.

Algumas gestantes de alto risco vivenciam intercorrências na gestação e necessitam de hospitalização em enfermaria obstétrica para assegurar sua saúde e a do feto. Nesse momento, uma equipe multidisciplinar passa a acompanhar a gestante e, posteriormente, elabora um relatório, contendo as necessidades do caso, para que a Rede de Atenção à Saúde continue o acompanhamento adequadamente. Isto é, o cuidado é transferido e sua continuidade, garantida. Essas ações visam à prevenção de novas intercorrências, desde o nascimento prematuro do bebê, até um óbito fetal ou materno (Portaria n. 3.390, 2013).

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

Assim, o presente estudo teve por objetivo verificar o estilo de vida e perfil cognitivo de personalidade de gestantes de alto risco, bem como compreender os significados e sentidos atribuídos às suas vivências na atenção pré-natal e alta qualificada.

## Método

Estudo descritivo, transversal, com delineamento quantitativo e qualitativo, realizado na enfermaria obstétrica de um hospital escola no interior de São Paulo, unidade hospitalar responsável pela emergência obstétrica, internação de gestantes de alto de risco que apresentam intercorrência, onde, no período pós-parto, mães e recém-nascidos sadios permanecem em alojamento conjunto.

As participantes foram mulheres gestantes de alto risco, isto é, que apresentam alguma condição de saúde que implica risco para si e para o feto, hospitalizadas em enfermaria obstétrica e inseridas no programa de Alta Qualificada. Foram excluídas do estudo as gestantes com limitações que as tornavam impossibilitadas de responder aos instrumentos.

Para coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário sociodemográfico e dados obstétricos, com questões sobre idade, escolaridade, estado civil, religião, trabalho laboral e histórico gestacional; Questionário Estilo de Vida “Fantástico”, instrumento que considera o comportamento dos indivíduos, cujos resultados permitem associar o estilo de vida e a saúde. Apresenta 25 questões em escala do tipo *Likert*, divididas em nove domínios: família e amigos; atividade física; nutrição; cigarro e drogas; álcool; sono, cinto de segurança, estresse, e sexo seguro; tipo de comportamento; introspeção e trabalho (Añez, Reis & Petroski, 2008). Questionário de Crenças Pessoais – forma reduzida PBQ-SF, baseado no pressuposto de que as diferenças descritivas dos transtornos da personalidade estão apoiadas nos diferentes padrões de crenças, englobando nove tipos de perfis cognitivos de personalidade: evitativo, dependente, passivo-agressivo, obsessivo-compulsivo, paranoide, antissocial, narcisista, histriônico e esquizoide (Leahy, 2009); e Entrevista compreensiva na perspectiva fenomenológica, que consiste num diálogo iniciado por uma questão norteadora: “Como tem sido para você desde que soube do diagnóstico de gestação de alto risco?”.

Foram entrevistadas 13 gestantes, entre o período de outubro de 2016 a janeiro de 2017. As participantes foram recrutadas por conveniência e

convidadas a participar. Inicialmente, foi esclarecido todo o procedimento e fornecidas informações sobre a pesquisa. Para as que aceitaram participar, foi solicitada a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE e, após, foram aplicados os instrumentos propostos pelo projeto.

A entrevista foi realizada no leito da gestante e, para garantia da privacidade e sigilo de suas respostas, foram utilizadas algumas estratégias como: ausência da acompanhante, realização das entrevistas em horário de almoço e troca de plantões das equipes médicas e de enfermagem; e quando necessário, a utilização de biombo no leito para privacidade da mesma.

Para a análise dos dados, os escores obtidos pelos questionários foram distribuídos em tabelas em número e frequência, para posterior análise dos dados e as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra pela pesquisadora, com o devido consentimento das gestantes, para posterior análise descritiva. Em seguida, os relatos das gestantes foram submetidos à etapa de análise fenomenológica dos dados.

O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da FAMERP e foi aprovado sob o número CAEE: 59113816.4.0000.5415 e Parecer nº 1.775.076.

## **Resultados**

A idade da amostra variou entre 15 a 32 anos, sendo a idade média 24 anos (com desvio padrão de 5,1). A maioria relata possuir companheiro, seja ele presente pelo casamento ou pela união estável. Seis participantes referem trabalho remunerado e as profissões variaram entre merendeira, auxiliares de limpeza, recepcionista, técnica em farmácia e operadora de caixa.

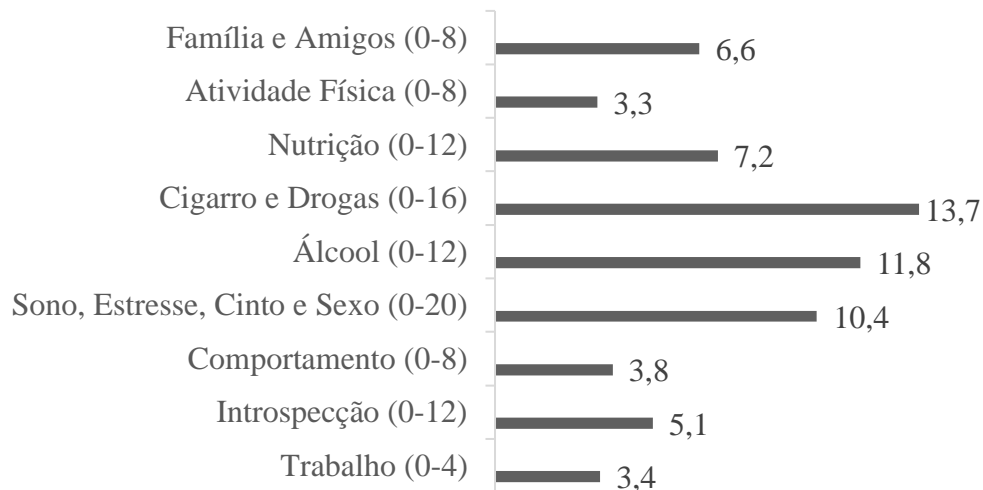
Na distribuição das gestantes segundo o histórico obstétrico, cinco participantes relataram terem abortado uma ou mais vezes. Todas são gestantes de alto risco e o motivo de sua hospitalização variou entre trabalho de parto prematuro, infecção urinária, cólica renal, perda de líquido amniótico, diabetes e aumento de pressão.

Dando sequência ao objetivo do estudo, as mulheres foram avaliadas quanto ao seu Estilo de Vida. Por meio do questionário utilizado, foi possível observar que 46,2% (N= 6) apresentaram um estilo de vida considerado bom,

seguido de 38,5% (N= 5) que apresentaram o estilo de vida muito bom. Apenas uma gestante apresenta estilo de vida “regular” e nenhuma “necessita melhorar”, demonstrando que possuem um estilo de vida favorável à saúde.

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

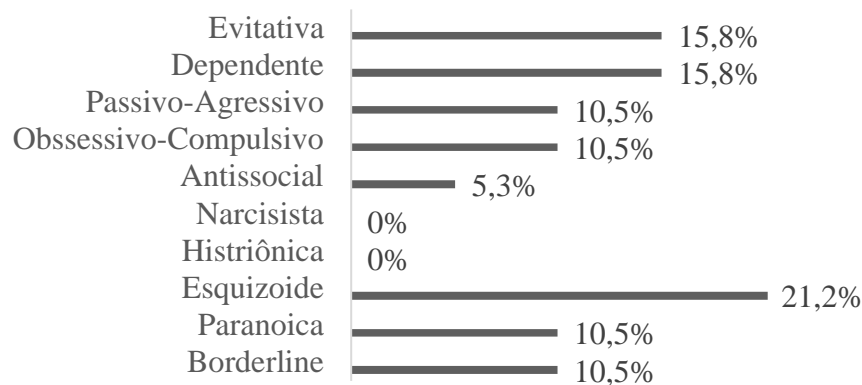
Figura 1 - Média dos Escores das Nove Dimensões do Questionário Fantástico



Os menores escores foram nas dimensões atividade física, comportamento e introspecção, demonstrando que as participantes possuem deficiência na prática de atividades físicas, apresentam comportamentos de raiva e hostilidade e sentem-se tristes ou desapontadas.

Outra questão avaliada pelo presente estudo foi a busca pela compreensão acerca dos perfis de personalidade presentes na amostra, apresentados na Figura 2.

Figura 2 - Perfis Cognitivos de Personalidade em Porcentagem



Vale ressaltar que não há normas para cada estilo de personalidade, o que se pretende é observar quais estilos estão presentes na amostra estudada. Dificilmente alguém pertencerá exclusivamente a apenas um estilo, pois as pessoas tendem a apresentar um misto de diferentes traços de personalidades. Portanto, os dados da figura não mostram o número exato de participantes, pois uma gestante pode apresentar escores elevados em mais de um tipo de estilo de personalidade (Leahy, 2009).

O perfil de personalidade que mais obteve escores elevados foi a personalidade Esquizoide, a qual é caracterizada principalmente pelo isolamento social e desapego de relacionamentos em todos os contextos. Essas pessoas se veem como vulneráveis às pressões sociais, ao controle, humilhação e rejeição e por isso, preferem evitar relacionamentos. Veem os outros como exigentes, intrusivos e hostis e a estratégia mais utilizada é, portanto, o afastamento social (Beck, 2017).

Para complementar a compreensão sobre o modo como essas mulheres vivenciam e enfrentam a gestação de alto risco, a seguir serão apresentadas as análises compreensivas dos relatos das participantes.

### *Categoria 1 – A vivência do medo*

Nessa categoria as mulheres falam sobre como se sentiram frente ao diagnóstico. As unidades de significado que caracterizam essa categoria estão dispostas na Tabela 1.



Tabela 1 - A Vivência do Medo

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

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

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

### *Categoria 2 – Preocupação*

As mulheres relatam quais são suas principais preocupações diante do diagnóstico de gestação de alto risco e da hospitalização, apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - *Preocupação*

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

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

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

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

### *Categoria 3 – A importância do suporte social*

Nessa categoria as gestantes falam sobre a necessidade de ter outra pessoa presente para compartilhar este momento e como isso pode influenciar em sua experiência. Os relatos são descritos na Tabela 3.

Tabela 3 - *A Importância do Suporte Social*

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

Observa-se dois lados diferentes do suporte social. Um dos relatos (G8) elucida claramente a importância da presença e apoio do marido para auxiliá-la no enfrentamento da situação. Contrariamente, os outros dois relatos (G10 e G11) demonstram que a ausência de outra pessoa para acompanhá-las e apoiá-las nesse momento dificulta o enfrentamento da situação e agrava os sentimentos de insegurança e do medo.

#### *Categoria 4 – A fé como recurso de enfrentamento*

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

Tabela 4 - *A Fé Como Recurso de Enfrentamento*

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

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

#### *Categoria 5 – Relação Profissional-Paciente*

Nessa categoria as pacientes falam sobre como se sentiram ao receber os cuidados dos profissionais dentro do hospital e como isso influenciou no seu estado emocional (Tabela 5).

 Tabela 5 - *Relação Profissional-Paciente*

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

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

## **Discussão**

Dentre os dados sociodemográficos e obstétricos, os resultados que se destacaram por serem considerados fatores de risco à gestação de alto risco foram a união estável, multiparidade e o não planejamento da gestação.

Apesar da presença de um companheiro representar um aspecto positivo para a gestação, diversos estudos encontraram, na maioria da amostra, gestantes em união estável, demonstrando que vem acontecendo uma mudança estrutural na formação de famílias (Santos et al., 2017; Silva & Rosa, 2015).

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

Nos dados obstétricos, a multiparidade pode ser considerado um fator de risco gestacional, uma vez que esse mesmo dado foi encontrado em diversos estudos que buscaram delinear o perfil epidemiológico de gestantes de alto risco (Xavier, Jannotti & Martins, 2013; Leal et al., 2017; Luz et al., 2015; Anjos, Pereira, Ferreira & Paiva, 2014; Menetrier & Almeida, 2017).

Dado que também se destacou foi o não planejamento da gestação, resultado semelhante encontrado no estudo de Prietsch, Chica, Cesar e Sassi (2011), com 65% das gestantes. Para os autores, gestações não planejadas estão relacionadas com mães mais jovens, que não vivem maritalmente, são mais pobres, já têm outros filhos e não são assistidas por um plano de saúde privado.

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

Conhecer o planejamento, a aceitação e o desejo da criança que está por vir são questões relevantes para compreender a vivência dessas mulheres. Deste modo, ressalta-se a relevância de ações de planejamento familiar para a prevenção da saúde mental de mulheres que vivenciam essa condição.

Já no Estilo de Vida, a amostra se destacou pela deficiência na prática de atividades físicas, na introspecção e comportamento.

Pesquisas apontam que mulheres que praticam atividades físicas durante a gravidez tiveram menor ganho de peso, conseguiram manter sua rotina cotidiana, perceberam sua recuperação pós-parto como “excelente” e perceberam benefícios no desenvolvimento do feto (Calomeni, Ferreira, Neto & Morales, 2014).

Por ser uma amostra que apresenta risco gestacional, é válido considerar as limitações e impedimentos que o risco impõe a essas mulheres. Contudo, a falta da prática de exercícios físicos é uma realidade comum entre as gestantes e o agravante dessa situação é a falta de habilitação e pouca preparação de profissionais para realizar a prescrição de exercícios individualizados e específicos para cada gestante, principalmente as que apresentam alguma complicação (Ocanhas & Nakamura, 2007).

Em relação às dimensões “comportamento”, a qual diz respeito à pressa, hostilidade e raiva, e a “introspecção”, a qual se refere a sentimentos de pessimismo, tensão, desapontamento e tristeza, a baixa pontuação pode estar associada a situação em que as participantes se encontram.

A gestação representa para mulher um desafio à sua maturidade e estrutura de personalidade em decorrência de diversas mudanças corporais, sociais e de identidade pessoal, exigindo um esforço suplementar de síntese e reorganização. A busca pela estabilidade nem sempre ocorre sem dificuldades,

podendo acarretar um acréscimo de vulnerabilidade e risco para a saúde mental da mulher (Silveira & Ferreira, 2016).

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

Com isso, é possível compreender que o estilo de vida envolve não somente os cuidados com a saúde física, mas também os cuidados com a saúde mental. Um acompanhamento mais próximo desses fatores pode contribuir para o adequado desenvolvimento da gestação e da saúde materna. O período antes e durante a gravidez pode representar uma oportunidade de mudança de estilo de vida, pois as mulheres são mais suscetíveis a aderir aos aconselhamentos, em função de seu desejo de melhorar a gravidez e os resultados do parto (Zhang et al., 2014).

Os resultados referentes aos perfis cognitivos de personalidade e as vivências das mulheres frente à gestação de alto risco, indicam as características psicológicas e emocionais das participantes.

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

Como demonstrado na descrição de suas vivências, é comum que estas gestantes vivenciem sentimentos como medo, preocupações e impotência diante da situação de risco, tanto para ela, quanto para seu filho. Uma hipótese a ser considerada é que os traços esquizoide possam ter emergido diante da vulnerabilidade que a situação impõe a elas.

As vivências demonstraram também que essas mulheres buscaram estratégias que as auxiliaram a enfrentar a situação, como o suporte social e o enfrentamento religioso.

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

Corroborando a afirmação, Maffei, Menezes e Crepaldi (2019) demonstram, a partir de uma revisão integrativa da literatura, que diversos estudos buscaram compreender a relação entre suporte social e aspectos psicológicos maternos, identificando relação direta, visto que mulheres com apoio social, apresentam menores escores relacionados à ansiedade e depressão. Destacam, portanto, o quanto a presença do apoio pode ser benéfica para a promoção de saúde.

A religião traz benefícios à saúde, não só mental, mas também física. Pessoas que utilizam o enfrentamento religioso lidam melhor com suas condições, assim como um melhor nível de saúde física também está associado ao maior envolvimento religioso. Entende-se que isso decorre do fato de que a religião é um instrumento de formação de comportamentos que repercutem na saúde, como a restrição alimentar e proibição do uso de álcool e drogas. Além disso, os adeptos incorporam como diretrizes, sentimentos de moderação e conformidade, o que acaba diminuindo o risco de uma vida estressante e aumenta a harmonia interpessoal (Alves, Alves, Barboza & Souto, 2010).

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

Dado destacado também pelas participantes foi a influência da relação profissional-paciente em suas vivências durante a hospitalização.



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

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

Aproximar-se da experiência vivida pelas gestantes de alto risco permite que o profissional avalie não só as necessidades de cuidados objetivos, mas principalmente os subjetivos. O conhecimento produzido a partir da compreensão do contexto que perpassa toda a vivência dessas gestantes deve ser utilizado como uma ferramenta de intervenção coerente com a realidade daquela paciente. Para isso, o profissional deve submergir na realidade subjetiva da gestante a ser atendida, melhorar a qualidade do atendimento e auxiliar no alívio de sentimentos como medo, desespero, incerteza, bem como aceitação da situação e mudança de hábitos e atitudes pouco saudáveis (Vasquez, Sánchez, Caicedo & Parrado, 2013).

## Conclusão

O presente artigo pretendeu demonstrar a variedade de fatores que podem estar envolvidos no processo gestacional de alto risco e, para isso, foram investigadas características relacionadas ao estilo de vida, perfil cognitivo de personalidade e vivências de gestantes de alto risco hospitalizadas e inseridas no programa de alta qualificada.

Por meio dos resultados, conclui-se que essas mulheres vivenciam um momento de vulnerabilidade emocional diante do diagnóstico e hospitalização. Foi possível observar que a maioria apresentou um estilo de vida positivo nas dimensões relacionadas à família, alimentação, uso de álcool e drogas e trabalho. Houve, entretanto, prejuízo no estilo de vida nas dimensões que tratam do comportamento (raiva, pressa e hostilidade) e introspecção (sentimentos de pessimismo, tensão, desapontamento e tristeza). Os traços de personalidade que emergiram com maior frequência na amostra, foram esquizoides, evitativo e dependente, associados com baixa autoestima e o medo da rejeição. Já na compreensão dos significados e sentidos das vivências acerca da gestação de alto risco, as participantes destacaram os sentimentos de medo e preocupação frente à incerteza do desfecho gestacional.

Apesar das dificuldades enfrentadas e dos sentimentos adversos vivenciados, essas mulheres utilizaram estratégias positivas, que as auxiliaram no enfrentamento da situação. Destacaram, principalmente, como estratégias positivas de enfrentamento, o suporte social e a busca pela espiritualidade com o intuito de amenizar as angústias provenientes do momento de vulnerabilidade.

Questão que vale destaque é a influência que a relação com profissionais de saúde exerce na vivência dessas mulheres. Os relatos demonstraram que, quando o atendimento oferecido pelos profissionais é adequado e acolhedor, a paciente sente-se apoiada e vivencia a hospitalização de uma maneira positiva e segura.

O atendimento integralizado de gestantes de alto risco requer uma abordagem biopsicossocial por parte dos profissionais da saúde, pois além das

complicações médicas, essas mulheres passam por um processo de reestruturação emocional diante do risco da saúde de seu filho e de sua própria saúde.

## Referências

- Alves, R. R. D. N., Alves, H. D. N., Barboza, R. R. D., & Souto, W. D. M. S. (2010). The influence of religiosity on health. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(4): 2105-2111. Recuperado em 30 de outubro, 2019 de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000400024&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400024&lng=en&tlng=en)
- Añez, C. R. R., Reis, R. S., & Petroski, E. L. (2008). Versão brasileira do questionário "estilo de vida fantástico": tradução e validação para adultos jovens. *Arq Bras Cardiol.*, 91(2):102-109. Recuperado em 30 de março, 2017 de [https://www.researchgate.net/publication/23176627\\_Brazilian\\_version\\_of\\_a\\_lifestyle\\_questionnaire\\_Translation\\_and\\_validation\\_for\\_young\\_adults](https://www.researchgate.net/publication/23176627_Brazilian_version_of_a_lifestyle_questionnaire_Translation_and_validation_for_young_adults)
- Anjos, J. C. S., Pereira, R. R., Ferreira, P. R. C., & Paiva, T. B. (2014). Perfil epidemiológico das gestantes atendidas em um centro de referência em pré-natal de alto risco. *Revista Paraense de Medicina*, 28(2): 23-33. Recuperado em 2 de fevereiro, 2018 de <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2014/v28n2/a4264.pdf>.
- Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (2017). *Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade*. Porto Alegre, RS: Artmed Editora.
- Calomeni, M. R., Ferreira, A. D. F. N. F., Neto, N. T. A., & Morales, A. P. (2014). Atividade física e gestação: riscos e benefícios. *Biológicas & Saúde*, 4(14). Recuperado em 30 de outubro, 2019 de [http://ojs3.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas\\_e\\_saude/article/view/551](http://ojs3.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/view/551)
- Heinemann, A. (2015). The importance of the detail complexity (symptoms) and dynamic complexity (emotional flexibility) for the description, diagnosis and therapy of mental disorders (shown by the example of phobic and schizoid personality disorders). *Psychiatria*, 12(4), 213-237. Recuperado em 2 de março, 2018 de <https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/view/44244/35001>
- Leahy, R. L. (2007). *Como lidar com as preocupações: sete passos para impedir que elas paralisem você*. Porto Alegre, RS: Artmed Editora.
- Leal, R. C., Santos, C. N. C., Lima, M. J. V., Moura, S. K. S., Pedrosa, A. O., & Costa, A. C. M. (2017). Complicações materno-perinatais em gestação de alto risco. *Revista de enfermagem UFPE online.*; 11(4):1641-1649.

Recuperado em 28 de janeiro, 2018 de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=31304&indexSearch=ID>.

- Lima, I. M. A., Silva, C. C. F, Tavares, V. D. S. A., Espíndola, M. M. M., Nascimento, M. A. N., & Nunes, G. F. O. (2015). Gestantes de alto risco: representações sociais do planejamento da gravidez, parto e família. *Revista de enfermagem UFPE online.*,9(12): 1255-1263. Recuperado em 30 de outubro, 2019 de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10832/12030>
- Luz, B. G., Soares, L. T., Grillo, V. T. R. S., Viola, B. M., Laporte, I. C., Bino. D. B. M., & Oliveira, V. J. (2015). O perfil das gestantes de alto risco acompanhadas no pré-natal da policlínica de Divinópolis (MG), no biênio 2013/14. *Journal of Health & Biological Sciences*, 3(3): 137-143. doi: <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v3i3.177.p137-143.2015>
- Maffei, B., Menezes, M., & Crepaldi, M. A. (2019). Rede social significativa no processo gestacional: uma revisão integrativa. *Revista da SBPH*, 22(1), 216-237. Recuperado em 19 de setembro, 2019 de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582019000100012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000100012)
- Menetrier, J. V., & Almeida, G. (2017). Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco com parto prematuro em um hospital de referência. *Saúde e Pesquisa*, 9(3): 433-441. doi: <http://dx.doi.org/10.17765/1983-1870.2016v9n3p433-441>
- Ministério da Saúde (2012). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde. Recuperado em 22 de fevereiro, 2017 de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf).
- Ocanhas, M. B, & Nakamura, M. U. (2007) Atividade física no ciclo gravídico puerperal. In: F. F., Bortoletti, A. F. Moron, J. F. Bortoletti, M. U. Nakamura, R. M. Santana, R. Mattar (Orgs). *Psicologia na Prática Obstétrica – Abordagem Interdisciplinar*. (PP. 71-78). Barueri, SP: Manole.
- Oliveira, V. J., Madeira, A. M. F., & Penna, C. M. D. M. (2011). Vivenciando a gravidez de alto risco entre a luz e a escuridão. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*, 12(1): 49-56. Recuperado em 22 de fevereiro, 2018 de <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4119>.
- Oliveira, D. D. C., & Mandú, E. N. T. (2015). Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado. *Esc. Anna Nery*

*Rev. Enferm.*, 19(1): 93-101. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150013>.

Pereira, P. K., Lima, L. A., Magnanini, M. M. F., Legay, L. F., & Lovisi, G. M. (2011). Transtornos mentais maternos graves e risco de malformação congênita do bebê: uma metanálise. *Cad. Saúde Pública*, 27(12): 2287-2298. Recuperado em 22 de março, 2017 de [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2011001200002&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2011001200002&script=sci_arttext).

Petroni, L. M., Silva, T. C., Lima Santos, A., Marcon, S. S., & Freitas Mathias, T. A. (2013). Convivendo com a gestante de alto risco: a percepção do familiar. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11(3), 535-541. doi: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v11i3.15369>

Portaria n. 3.390 (2013, 30 de dezembro). Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, DF: Presidência da República. Recuperado em 06 de abril, 2017 de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html).

Póvoas, F. T. X., Santos, A. A., Trezza, M. C. S. F., Monteiro, E. K. R., Santos, R. M., & Santos, R. F. E. P. (2015). A anamnese espiritual como base para a integralidade do cuidado em saúde. *Revista de enfermagem UFPE online.*, 9(6): 8322-8332. doi: 10.5205/reuol.7585-66362-1-ED.0906201522

Prietsch, S. O. M., Chica, D. A. G., Cesar, J. A., & Sassi, R. A. M. (2011). Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública*, 27: 1906-1916. Recuperado em 18 de fevereiro, 2018 de <https://www.scielo.org/article/csp/2011.v27n10/1906-1916/>.

Rezende, C. L., & Souza, J. C. (2012). Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher. *Psicólogo informação*, 16(16): 45-69. Recuperado em 10 de Janeiro, 2018 de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-88092012000200003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092012000200003).

Rodrigues, A. F. C., Farias, E. R., Gomes, F. K. I., Pureza, I. R. D. O. M., Leite, J. G. M., Braga, R. C., & Pereira, W. D. (2015). Perfil nutricional de gestantes de alto risco atendidas numa clínica escola de nutrição de Maceió (AL) e incentivo ao aleitamento materno. *Entre Aberta Revista de Extensão*. 1(1). Recuperado em 20 de março, 2017 de <http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/entreaberta/article/view/302/221>.

Rodrigues, C. D. S., & Lopes, A. O. S. (2016). A gravidez não planejada de mulheres atendidas no pré-natal das Unidades Básicas de Saúde. *Id On*

*Line Revista De Psicologia*, 10(32): 70-87. doi:  
<https://doi.org/10.14295/online.v10i32.579>

- Sanchez, M. M. (2015). Gravidez e pós-parto: estilo e vida, fatores de risco e intervenções em saúde. In: T. Rudnicki, C. Ramos, I. Patrão & F. Pimenta (Orgs). *Ciclo de Vida da Mulher – Intervenção Cognitivo-Comportamental na Saúde e na Doença*. (PP. 43-61). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.
- Santos, M. B., Cardoso, S. M., Brum, Z. P., Machado, N. C. B., Rodrigues, A. P., & Rocha, L. S. (2017). Qualidade da assistência de enfermagem prestada à gestante de alto risco em âmbito hospitalar. *Scientia Tec*, 3(2): 25-38. Recuperado em 12 de maio, 2017 de <https://periodicos.ifrs.edu.br/index.php/ScientiaTec/article/view/1488>.
- Silva, M. S., & Rosa, M. R. Q. P. (2014). Perfil de gestantes de alto risco atendidas em um centro obstétrico de Santa Catarina. *Revista Interdisciplinar*, 7(2): 95-102. Recuperado em 15 de abril, 2017 de <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/394>.
- Silva, M. R. D. C., Vieira, B. D. G., Alves, V. H., Rodrigues, D. P., Vargas, G. S., & Sá, A. M. P. D. (2013). A percepção de gestantes de alto risco acerca do processo de hospitalização. *Rev. enferm. UERJ*, 21(2, n. esp): 792-797. Recuperado em 18 de abril, 2018 de <http://www.facenf.uerj.br/v21esp2/v21e2a16.pdf>.
- Silveira, C., Ferreira, M. M. D. C. (2016). Auto-Conceito da Grávida–Factores Associados. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*, (40):53-67. Recuperado em 2 de março, 2018 de <http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8219/5834>.
- Vasquez, C. L., Sánchez, J. Q., Caicedo, H. J. J., & Parrado, J. A. P. (2011). Experiencias y sentimientos vividos durante una gestación de alto riesgo: un estudio documental 2005-2011. *Enfermería Global*, 12(31): 357-386. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.12.3.152821>
- Versiani, C. C., & Fernandes, L. L. (2013). Gestantes de alto risco internadas na maternidade de um Hospital Universitário. *Renome*, 1(1): 68-78. Recuperado em 12 de maio, 2017 de <http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/view/51/126>.
- World Health Organization. (2004). *A glossary of terms for community health care and services for older persons*. WHO Centre for Health Development, Ageing and Health Technical Report. Recuperado em 14 de março, 2017 de [http://www.who.int/kobe\\_centre/ageing/ahp\\_vol5\\_glossary.pdf](http://www.who.int/kobe_centre/ageing/ahp_vol5_glossary.pdf).

Xavier, R. B., Jannotti, C. B., Silva, K. S., & Martins, A. C. (2013). Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(4). Recuperado em 30 de outubro, 2019 de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000400029&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000400029&lng=pt&tlng=pt)

Zhang, C., Tobias, D. K., Chavarro, J. E., Bao, W., Wang, D., Ley, S. H., & Hu, F. B. (2014). Adherence to healthy lifestyle and risk of gestational diabetes mellitus: prospective cohort study. *Bmj*, 349, 5450. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.g5450>