



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**TATIANE MOURA SILVA**

**AVALIAÇÃO DO ESTRESSE PERCEBIDO EM GESTANTES DE ALTO RISCO**

**FORTALEZA**

**2018**

TATIANE MOURA SILVA

AVALIAÇÃO DO ESTRESSE PERCEBIDO EM GESTANTES DE ALTO RISCO

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Priscila de Souza Aquino

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

S584a Silva, Tatiane Moura.

Avaliação do estresse percebido em gestantes de alto risco / Tatiane Moura Silva. – 2018.  
50 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,  
Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2018.

Orientação: Profa. Dra. Priscila de Souza Aquino.

1. Saúde Materna. 2. Cuidado Pré-Natal. 3. Enfermagem. I. Título.

CDD 610.73

---

TATIANE MOURA SILVA

AVALIAÇÃO DO ESTRESSE PERCEBIDO EM GESTANTES DE ALTO RISCO

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Priscila de Souza Aquino (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Ms. Sâmia Monteiro Holanda (1º Membro)  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Esp. Marianne Maia Dutra Balsells (2º Membro)  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Profª. Dra. Paula Renata Amorim Lessa Soares (Membro Suplente)  
Universidade Federal do Ceará – UFC

A Deus.

Aos meus pais, Claudia (in memoriam) e Edson.

Ao meu marido, Mateus Diniz.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida, pela vida daqueles que amo e por todas as graças e benção que Ele tem me concedido todos os dias. Sem Ele nada seria possível.

À minha família: a minha amada e saudosa mãe, Antonia Claudia, que sempre foi a minha maior motivadora e o meu maior exemplo. O seu amor e sua força me inspiram a nunca desistir dos meus sonhos e a ser uma pessoa melhor a cada dia; Ao meu querido pai, Edson, por sempre dar o seu melhor para ser um bom pai, para cuidar de mim e estar sempre comigo; Aos meus queridos irmãos, que alegam os meus dias e me motivam, mesmo que a distância; A Rose, que tem cuidado tão bem de mim e do meu pai nos últimos anos; A minha prima Stéfanie, que tem sido um exemplo e motivo de orgulho com sua vida e conselhos; Aos meus sogros, Eptácio Diniz e Maria de Fátima, por serem a minha segunda família.

Ainda falando sobre família, agradeço a Bianca e sua amada e generosa família, que sempre me acolheram com todo amor e carinho desde que eu era criança. A Dione, Kikuhe e toda família Shimabukuro por todo amor, carinho, paciência e atenção.

À Capela Nossa Senhora da Assunção, em especial ao Pároco Dom Lourenço, aos amigos Karolina, Melina, Renan, Kentucky, Alan, André, Nicolas e Eduarda. Muito obrigada por me ajudarem a crescer na fé e pelos nossos laços de amizade.

Agradeço infinitamente à Profa. Dra. Priscila de Souza Aquino que, como um presente de Deus, tem sido bem mais que uma professora e orientadora de Iniciação Científica. Obrigada por ter acreditado em mim desde o meu segundo semestre, por ter me apresentado ao Projeto de Saúde Sexual e Reprodutiva, por ter me orientado nesta monografia e, principalmente, por ser o meu maior exemplo de enfermeira e profissional.

As co-orientadoras: Ms. Sâmia Monteiro, por toda ajuda fornecida desde o princípio desta monografia e pela paciência que teve comigo; A Mestranda Marianne que sempre foi muito solícita e que me orientou com muita sabedoria em todos os nossos trabalhos juntas.

A todos os excelentes professores do Departamento de Enfermagem - UFC, em especial às Profa. Régia, Profa. Ana Karina, Profa. Janaína, Profa. Viviane, Profa. Josefina, Profa. Dalva Alves, Profa. Angela e Prof. Paulo César. Obrigada por todo carinho, ajuda e exemplo!

À Universidade Federal do Ceará que contribuiu grandemente para a minha graduação.  
Ao CNPq, que financiou esta pesquisa.

A todos os membros do Projeto Saúde Sexual e Reprodutiva e do Projeto GESSARE.

Às queridas Vivien Alves e Flaviane por terem sido ótimas companheiras de bolsa.

Às amigas Caroline Ribeiro, Adriana Moreno, Paloma Monteiro, Joyce Silva, Jéssyka Oliveira, Camila Aparecida, Thalita Façanha, Debora Batista e Danielle Éthel por terem sido apoio quando eu mais precisei, alegria nos dias mais difíceis e parceiras do dia-a-dia. Sem vocês talvez eu não tivesse conseguido chegar até aqui. Vocês me proporcionaram momentos e amizade que vou guardar comigo pela vida toda. Muito obrigada, meninas!

Ao meu marido Mateus Diniz, que sempre fez dos meus sonhos os dele, que me ensinou a amar, a me superar diante dos obstáculos e que me faz ser a melhor versão de mim mesma. *"O amor os ressuscitara, o coração de um continha fontes infinitas de vida para o coração do outro". (Fiódor Dostoiévski – Crime e Castigo)*

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, me ajudaram nessa caminhada, o meu mais sincero obrigada!

*“Há na vida momentos privilegiados em que parece que o Universo se ilumina, que a nossa vida nos revela sua significação, que queremos o destino mesmo que nos coube como se nós mesmos o tivéssemos escolhido; depois o Universo volta a fechar-se, tornamo-nos novamente solitários e miseráveis, já não caminhamos senão tateando num caminho obscuro onde tudo se torna obstáculo aos nossos passos. A sabedoria consiste em salvaguardar a lembrança desses momentos fugidios, em saber fazê-los reviver e fazer deles a trama da nossa existência cotidiana e, por assim dizer, a morada habitual do nosso espírito”.*

*(Louis Lavelle)*



## RESUMO

Apesar da gravidez ser um processo fisiológico e ter sua evolução, na maioria das vezes, sem maiores problemas, a gestação é um período onde ocorrem grandes mudanças e adaptações para a mulher, o que pode acabar gerando altos níveis de estresse, principalmente quando a gestação é considerada de alto risco. Objetivou-se avaliar o estresse percebido em gestantes de alto risco e verificar a associação entre as variáveis sociodemográficas, clínico-obstétricas e o estresse percebido. Trata-se de um estudo do tipo quantitativo e transversal, que ocorreu no período de Agosto a Novembro de 2017, com 110 mulheres atendidas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), localizada em Fortaleza – CE. Foi realizada uma entrevista individual com as gestantes onde elas leram e assinaram o TCLE e responderam um questionário com perguntas sociodemográficas, clínico-obstétricas e de hábitos de vida. Por fim, foi aplicado a versão brasileira da *Perceived Stress Scale*, uma escala tipo Likert com dez questões. Foram realizadas frequências, médias, análise descritiva dessas médias e para a análise das médias de pontuação da escala foi utilizado o teste ANOVA. O perfil sociodemográfico encontrado foi o de mulheres na faixa dos 25 a 34 anos (51,6%), autodeclaradas pardas (67,3%), com 10 a 12 anos de estudo (67,3%), procedentes da capital (69,1%), em uma união estável (49,1%), dividindo o domicílio com de 3 a 6 pessoas (66,3%). A renda familiar era de 1 a 2 salários mínimos (48,1%) e a maioria das mulheres não exerciam nenhuma atividade remunerada (54,5%). Com relação aos hábitos de vida, a maioria não fumava e nem fazia uso de álcool (95,5%). Mais da metade das mulheres relataram estar com o IMC adequado (56,4%) e 97 (88,2%) delas não praticavam atividade física. Quanto aos dados clínico-obstétricos, a PAS de até 139 mmHg esteve presente em 102 (92,7%) mulheres, bem como a PAD de até 89 mmHg foi prevalente em 94 (85,5%) gestantes. A maioria das pacientes eram secundigestas (69,1%), 36 (32,7%) mulheres tiveram apenas um parto e 22 (20%) relataram história de um aborto anterior. As mulheres com gestações do tipo única representaram 72,7% e 51,8% estavam no 3º trimestre de gestação. Das 53 (48,2%) mulheres que tinham filhos, 35 (31,8%) tinham apenas 1 filho com idade de 4 a 10 anos (24,5%). O tipo de gestação teve um “p” estatisticamente significativo igual 0,032, em que as mulheres com a gestação do tipo trigemelar marcaram as maiores médias da escala. Conclui-se que ficar atento aos fatores psicológicos e emocionais das gestantes é de extrema importância para se evitar agravamentos e conduzir o pré-natal da melhor forma possível.

**Palavras-chave:** Saúde Materna. Cuidado Pré-Natal. Enfermagem.

## ABSTRACT

Despite the fact that pregnancy is a physiological process and that its evolution, most of the time, goes about without any setbacks, it is a period of great changes and adaptations to a woman, which can, in turn, generate high levels of stress, especially when the pregnancy is considered to be high risk. The aim of this study was to evaluate the perceived stress levels in women with high risk pregnancies and to verify the association between the social-demographical, clinical-obstetrical and perceived stress variables. This was a study of quantitative and transversal type that occurred between August and November 2017 with 110 women being cared for in the Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), located in Fortaleza - CE. An individual interview was carried out with these women where they read and signed the TCLE and answered a questionnaire containing social-demographical, clinical-obstetrical and life habit questions. Finally, the Brazilian version of the *Perceived Stress Scale* was applied, a Likert type scale with ten questions. Frequencies, averages, descriptive analysis of these averages were carried out and for the analysis of the score average of the scale, the ANOVA test was used. The social-demographical profile encountered was that of women between 25 and 34 years of age (51.6 %), self identified as brown (67.3%), with 10 to 12 years of formal studies (67.3 %), born in Fortaleza itself (69.1 %), in a stable union (49.1 %), sharing a home with 3 to 6 people (66.3 %). The total family revenue was that of 1 to 2 minimum wages (48.1 %) and most of the women had no form paid activity (54.5 %). Concerning their life habits, most of them did not smoke or drink alcohol (95.5 %). More than half declared to have an adequate IMC (56.4 %), however, 97 of them (88.2 %) practiced no form of physical activity. As for the clinical-obstetrical data, ASP of up to 139 mmHg was observed in 102 women (92.7 %), as well as an ADP of up to 89 mmHg was prevalent in 94 of them (85.5 %). Most of the patients already had two pregnancies (69.1%), 36 of them (32.7 %) had had only one child and 22 (20 %) said they had already had a previous abortion. Women who were carrying only one child represented 72.7 % of all women interviewed and 51.8 % of them were in their third trimester of pregnancy. Of the 53 women that already had children (48.2 %), 35 (31.8 %) only had 1 child between the ages of 4 and 10 years (24.5 %). The pregnancy type had a statistically significant "p" of 0.032, where women who were pregnant of triplets scored the highest averages of the scale. We conclude, therefore, that it is of utmost importance to be mindful of the psychological and emotional conditions of pregnant women in order to avoid conditions that might endanger the health of mother and child and conduct the prenatal in the best manner possible.

**Keywords:** Maternal Health. Prenatal care. Nursing.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas das gestantes de alto risco entrevistadas no período de agosto a novembro de 2017 .....	26
Tabela 2 – Distribuição das características clínico-obstétricas e dos hábitos de vida das gestantes de alto risco entrevistadas no período de agosto a novembro de 2017 .....	27
Tabela 3 – Distribuição da associação das médias da PSS - 10 com os dados sociodemográfico, clínico-obstétricos e de hábitos de vida das gestantes de alto risco entrevistadas no período de agosto a novembro de 2017 .....	29

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
DPP	Depressão Pós-Parto
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EPS	Escala de Percepção do Stress
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IMC	Índice de Massa Corporal
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PNP	Pré-Natal Psicológico
PSS	<i>Perceived Stress Scale</i>
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
mmHg	Milímetros de Mercúrio
ONG	Organização Não Governamental
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>18</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>19</b>
3.1	Estado da arte sobre estresse na gestação .....	19
3.2	Fatores interferentes no estresse gestacional .....	20
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>23</b>
4.1	Tipo de estudo .....	23
4.2	Local da pesquisa .....	23
4.3	População e amostra .....	24
4.4	Coleta de dados .....	24
4.5	Análise dos dados .....	25
4.6	Aspectos éticos .....	25
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>26</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>32</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>36</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>37</b>
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PÚBLICO-ALVO)</b> .....	<b>43</b>
	<b>APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS</b> .....	<b>44</b>
	<b>ANEXO A – VERSÃO EM PORTUGUÊS DO BRASIL DA ESCALA DE PERCEPÇÃO DE ESTRESSE-10 (EPS - 10 - BR)</b> .....	<b>45</b>
	<b>ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b> .....	<b>46</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Sabe-se que a gestação é um fenômeno fisiológico e sua evolução acontece, na maior parte dos casos, sem maiores problemas para a saúde do binômio mãe e filho. Apesar disso, algumas gestações podem apresentar intercorrências graves. Assim, a gravidez pode ser classificada de duas formas: gestação de baixo risco (ou de risco habitual), que é aquela que transcorre sem complicações, sendo a mais comum entre a população feminina. Há também um pequeno grupo de gestantes que, por apresentarem alguma doença, sofrerem algum agravo ou desenvolverem problemas durante o período gestacional, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe, que são as “gestantes de alto risco” (FREITAS *et al.*, 2017).

De forma geral, as intercorrências não problemáticas, como enjoos e mastalgias, que ocorrem durante a gravidez, podem ser resolvidas com procedimentos simples na assistência primária. Porém, há casos de mulheres que apresentam problemas que necessitam de procedimentos mais complexos, que somente nos níveis secundário e terciário, com tecnologia e equipe de saúde capacitada, podem ser resolvidos, como é o caso de uma gravidez ectópica. Há também outros casos, que apesar da gravidade, podem ser resolvidos no nível primário. A definição do nível de assistência necessário para a resolução do problema apresentado dependerá de qual intervenção será realizada (BRASIL, 2012).

A mulher que deseja engravidar ou que já está grávida, necessita ser acompanhada pelo serviço de saúde para que ela possa realizar o pré-natal e ter toda a assistência para seguir com uma gestação a mais saudável possível.

A assistência pré-natal (PN) é uma importante ferramenta para o bom monitoramento da gestação, bem como é uma preparação, da gestante e de seu parceiro, para o parto. O objetivo da assistência pré-natal à gestação de alto risco visa identificar o problema na gravidez, que possui maior chance de ter um resultado desfavorável, e interferir de maneira positiva, diminuindo os riscos aos quais estão expostos a gestante e o feto, ou pelo menos reduzindo possíveis complicações (BRASIL, 2012).

Vale ressaltar que uma gestação de risco habitual pode se tornar de alto risco durante todo o período gestacional, por isso, o Ministério da Saúde recomenda reclassificar o risco a cada consulta pré-natal e durante o trabalho de parto. Desta forma, evita-se agravamentos e até a morte materna ou perinatal (BRASIL, 2013).

Uma boa avaliação pré-natal deve levar em consideração não somente os dados clínico-obstétricos apresentados pela gestante a cada consulta, mas também o conteúdo emocional e psicológico daquela mulher que está passando por um momento que pode ser considerado ímpar em sua vida. Um estudo com 209 gestantes de um município do sul de Minas Gerais mostrou que a ansiedade é um transtorno mental frequente entre as gestantes e bastante presente, principalmente, no terceiro trimestre da gestação (SILVA *et al.*, 2017).

Segundo a Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, além de ser uma atitude biológica necessária para a adaptação às situações novas, o estresse é uma reação natural do organismo que ocorre quando vivenciamos situações de perigo ou ameaça.

No período gestacional ocorrem intensas mudanças corporais, psicológicas e até sociais – aumento das mamas, enjoos, flutuações hormonais, medo, ansiedade entre outras. Todas essas alterações, comuns na gravidez, por mais fisiológicas que sejam, acabam por expor as gestantes a algum nível de estresse e isso pode ser um gatilho para várias complicações ou agravamentos. Além disso, outros fatores como o estilo de vida, a atividade profissional realizada, o apoio social e a forma de se encarar a vida podem interferir nos níveis de estresse (BOAROLLI *et al.*, 2016).

Atualmente, já se encontram na literatura autores que falam no conceito de pré-natal psicológico (PNP), que é aquele que, além de monitorar a saúde física da mãe e o desenvolvimento do feto, avalia também os aspectos psicológicos da gestante, cuidando de seu estado mental e emocional. O PNP trabalha com encontros grupais e temáticos que visam promover uma maior integração entre a gestante e sua família, em todo o processo gravídico-puerperal, preparando-os psicologicamente para a maternidade e prevenção da depressão pós-parto. Além de humanizar a assistência, o estudo de Arrais *et al.* (2014) mostra que o pré-natal psicológico tem caráter psicoprofilático e preventivo para depressão pós-parto.

Os múltiplos papéis e responsabilidades desempenhados pela mulher – dona de casa, profissional ou genitora –, podem ocasionar ou ser fontes de estresse, principalmente, a cada mudança que foge do seu controle, sendo preciso, então, perceber sua origem e seu nível para que, dessa maneira, possa haver uma intervenção positiva, com vistas a resultados satisfatórios para a qualidade de vida da paciente.

Segundo alguns autores, os eventos relacionados ao estresse podem variar muito de um indivíduo para o outro, sendo assim, o estresse percebido seria aquele no qual o indivíduo consegue se perceber estressado ou os agentes estressantes em sua vida (COHEN; WILLIAMSON, 1988).

O estresse pode ser medido de várias maneiras e uma das formas mais confiáveis é através do uso de escalas, que são ótimas ferramentas usadas para medir e quantificar objetos de estudo. A escala denominada *Perceived Stress Scale (PSS)*, proposta por Cohen *et al* (1983), tem a finalidade de mensurar o grau em que os indivíduos conseguem perceber as situações estressantes de sua vida.

Existem três versões validadas da PSS, uma delas com 14 (PSS 14), outra com dez (PSS 10) e uma com quatro questões (PSS 4), sendo esta última utilizada, normalmente, em pesquisas por telefone. Existem três componentes centrais na percepção do estresse, sendo assim, as questões da PSS foram formuladas de forma que o entrevistado pudesse avaliar a quão imprevisível, incontrolável e sobrecarregada está a sua vida. Escalas como a PSS podem ser usadas em diversos grupos etários, pois não contêm questões específicas e esta é, provavelmente, a razão pela qual ela tem sido validada em diversas culturas (LUFT *et al*, 2007).

Luft *et al* (2007) realizaram um estudo com 76 idosos em que traduziram e validaram a *Perceived Stress Scale* para o Brasil, tanto na versão completa, com 14 questões, como na versão reduzida, com 10 questões. A confiabilidade foi avaliada pela consistência interna, verificada por meio do coeficiente alfa de Cronbach, que apresentou um alfa igual a 0,82 para a versão brasileira da PSS 14. Após a retirada de quatro questões (4, 5, 12 e 13), para a formulação da PSS 10, o alfa se elevou para 0,83.

Os valores do alfa de Cronbach variam entre zero e um e, quanto mais próximo do um, mais confiável é o constructo. Logo, como a PSS 10 apresenta um alfa de 0,83, ou seja, próximo do um, garante ao pesquisador qualidade, robustez, boa confiabilidade e consistência no uso dessa escala (VIEIRA, 2015).

Quanto mais se conhece o perfil clínico, obstétrico e emocional das gestantes, mais direcionadas e positivas são as intervenções voltadas para a qualidade da assistência e resolução dos problemas. Ferramentas como as escalas, capazes de medir e quantificar o estresse e outros sentimentos subjetivos, são de importância singular para os profissionais de saúde no direcionamento da consulta e escolha da melhor conduta a ser tomada. Dessa forma, o estudo é relevante para a enfermagem visto que uma parte significativa das consultas de pré-natal, ocorridas na atenção primária, é realizada pelos profissionais de enfermagem. Além disso, quando comparado com outros temas, há uma baixa quantidade de estudos brasileiros, dos últimos cinco anos, que investigam esse aspecto psicológico na gestação.

Altos níveis de estresse causam a liberação de hormônios, como o cortisol e a adrenalina, que podem trazer riscos à saúde tanto da mãe quanto do feto. Em relação ao cortisol, a exposição fetal precoce a este hormônio causa um rápido amadurecimento do sistema



cardiopulmonar e aumenta as chances de provocar um parto prematuro. Quando o sistema adrenérgico materno é ativado pelo estresse, os níveis de noradrenalina se elevam e promovem uma maior resistência da artéria uterina e diminuição do fluxo sanguíneo para o feto, causando baixo crescimento e desenvolvimento fetal, além de induzir a um trabalho de parto prematuro. A função imunológica também é afetada pelo estresse e é responsável por boa parte dos casos de partos prematuros, pois aumenta a suscetibilidade a inflamações e infecções (JUNIOR *et al*, 2013).

Ademais, um estudo comparativo transversal, realizado com 116 puérperas de uma maternidade pública de Imperatriz-MA, evidencia que o estresse na gestação foi uma das variáveis estatisticamente significantes com relação à prematuridade, o que confirma a relação negativa entre estresse e prematuridade (ALMEIDA *et al*, 2012).

Ainda sobre os problemas que o estresse pode causar às gestantes, um estudo de Correia *et al* (2011), realizado com 140 adolescentes grávidas de uma unidade de saúde de Maceió-AL, mostra que em relação aos sinais e sintomas da gravidez, mesmo estando dentro dos padrões fisiológicos, houve uma exacerbação deles pela presença do estresse.

Logo, é importante que o enfermeiro atue investigando possíveis fatores ou potencialidades do estresse na gravidez com o objetivo de intervir precocemente, auxiliando, portanto, numa gestação tranquila e o mais saudável possível.

Ressalta-se que, na atenção primária, o enfermeiro é responsável pelos cuidados pré-natais à gestação de risco habitual por meio da consulta de enfermagem – solicitação de exames de rotina e prescrição de algumas suplementações e medicações, estabelecidas pelas instituições de saúde e pela Lei do Exercício Profissional 7.498/86. As consultas para gestações de alto risco, de acordo com os riscos aos quais a gestante pode estar exposta, são de competência médica (RIBEIRO *et al*, 2016; BRASIL, 1986).

No entanto, o encaminhamento da gestante de baixo risco para o pré-natal de alto risco não a desvincula da atenção primária. Além disso, a gestante do alto risco será atendida pela equipe de saúde multiprofissional. Logo, cabe à equipe de saúde agir como protagonista, junto com a gestante, na redução dos níveis de estresse. Deve-se buscar resolver o fator estressante – quando possível – ou intervir ajudando a paciente a encontrar mecanismos de escape, como grupos ou redes de apoio, verbalização do problema, atividades físicas adequadas, terapias alternativas ou incentivando-a encontrar outras atividades de lazer e relaxamento.

Dessa forma, percebe-se que há necessidade de se conhecer e avaliar os aspectos psicológicos da gestante de alto risco para que se possa evitar os problemas causados pelo estresse. Destaca-se a importância de se produzir conteúdo em relação ao presente tema, tendo

em vista os poucos estudos encontrados na literatura, voltados para este público e para a realidade dos profissionais de enfermagem no Brasil. Além de contribuir para a produção científica do país, este estudo contribuirá para que haja melhorias na assistência de enfermagem e humanização no serviço prestado.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo geral:**

Analisar o estresse percebido em gestantes de alto risco.

### **2.2. Objetivos específicos:**

Investigar a caracterização clínica e obstétrica das gestantes de alto risco;

Identificar o nível de estresse percebido em gestantes de alto risco;

Verificar a associação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e obstétricas e o estresse percebido

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1. Estado da arte sobre estresse na gestação

Como já foi dito neste estudo, o estresse durante a gestação traz repercussões bastante preocupantes para o binômio mãe-filho. Os problemas vão desde alteração na pressão arterial da mãe e agravamento de doenças até abortos ou partos prematuros. Conhecer a fisiologia do estresse, seus fatores e repercussões, torna-se imprescindível para o melhor atendimento e cuidado com aquela gestante de alto risco que se encontra com os níveis de estresse acima do suportável.

Além dos malefícios para o período gestacional, há também repercussões no período puerperal. Há na literatura um estudo que correlaciona o estresse na gestação e no puerpério com a depressão pós-parto. A amostra deste estudo foi composta por 98 mulheres, na primeira etapa e 64, na segunda etapa. Os resultados concluíram que, tanto na gestação como no puerpério, mais da metade das mulheres apresentaram sinais significativos para o stress. Entretanto, a frequência da manifestação dos sintomas significativos de estresse na gestação foi superior à frequência apresentada no puerpério. Estes resultados parecem guardar uma estreita relação com a manifestação de Depressão Pós-Parto (DPP), indicando relação entre o stress e a depressão pós-parto (RODRIGUES, 2011).

Takiuti e Kahhale (2001) trazem em seu artigo que, apesar de não se saber ao certo a etiologia e a fisiopatologia exata da pré-eclâmpsia, tornando difícil a contestação desse achado epidemiológico, há estudos que revelam existir um risco relativo aumentado para pré-eclâmpsia em gestantes submetidas a níveis intensos de estresse. Os autores também afirmam que os fatores de risco para pré-eclâmpsia, como a primeira gestação, a hipertensão arterial crônica e a raça negra, também potencializam o estresse. Além disso, situações consideradas antiestressantes, como o tabagismo e a atividade física de lazer no primeiro trimestre também reduzem a incidência da doença.

Um estudo de Silva e Camargo (2008), com adolescentes grávidas, traz em suas considerações finais que a gravidez precoce, para a qual muitas vezes a adolescente não está preparada, acaba sendo afetada por consequências como depressão, baixa auto-estima, falta de expectativas frente ao futuro e a falta de apoio familiar. Todos os esses fatores geram muito estresse para as gestantes, causando prejuízos na gestação, como prematuridade, diabetes

gestacional, pré-eclâmpsia, baixo peso no nascimento, sofrimento fetal agudo intraparto e um alto índice de cesarianas.

Referente à escala de estresse percebido, encontra-se na literatura um estudo, com uma amostra composta por onze gestantes de alto risco internadas, que objetivou desenvolver e aplicar um manual de orientações e cuidados às gestantes de alto risco, identificando sua influência no desempenho ocupacional e estresse. Uma das escalas utilizadas nesse estudo foi a PPS-10, que indicou 21 pontos na primeira avaliação e 17,9 pontos na reavaliação. Apesar da diferença ter sido leve, as autoras acreditam que grupos de apoio às gestantes, quando ocorre espaço para diálogo e escuta, permitem a construção de alternativas para o enfrentamento das dificuldades advindas da internação (CRUZ; GUARANY, 2015).

Os estudos encontrados na literatura referentes ao estresse, tanto no período gestacional quanto no período puerperal, só endossam a necessidade de se pesquisar e produzir mais material acerca do tema, tendo em vista a atualização das produções, a melhora do serviço prestado e a qualidade nos atendimentos ofertados pelos profissionais.

### **3.2. Fatores interferentes no estresse gestacional**

Segundo o dicionário digital em inglês Oxford (2018), a palavra estresse é derivada do latim “*strictus*” que quer dizer estreito ou apertado, mais tarde servindo como base para a formulação da palavra em inglês “*stress*” que significa tensão ou pressão. Segundo o abalizado dicionário da língua portuguesa Aurélio (1999), estresse é um conjunto de reações do organismo a agressões de ordem física, psíquica, infecciosa, e outras, capazes de perturbar a homeostase.

Os pesquisadores Oliveira (2011) e Junqueira (2015) trazem em seus estudos que o fisiologista Walter Cannon, formulador do conceito de homeostase, considerava o estresse como um distúrbio da homeostase submetida a condições adversas. Sabe-se ainda que quando o organismo é submetido a uma situação de alerta, move recursos para que o corpo se prepare para lutar ou para fugir. Logo, para o fisiologista Cannon, este mecanismo natural funciona em favor da sobrevivência.

Encontra-se, ainda, nos estudos de Lima (2005) e Junqueira (2015) que o médico Hans Selye, que introduziu o conceito de estresse na área da saúde, considerava que se a resposta do estresse se mantivesse por um longo período de tempo poderia causar danos ao organismo. Além disso, após realizar experiências com ratos, descreveu o que ele chamou de Síndrome Geral de Adaptação.

A evolução do estresse passa por quatro fases: Fase de Alerta ou Alarme – quando ocorre a reação do sistema nervoso simpático ao perceber o evento estressor, ou seja, o organismo libera adrenalina e mobiliza energia para enfrentar as adversidades; Fase de Resistência – quando o fator estressor permanece presente por um período de tempo prolongado, fazendo com que o organismo se esforce para manter a homeostase; Fase de Quase Exaustão – quando o organismo já não consegue manter o equilíbrio e, então, inicia-se o processo de adoecimento; Fase de Exaustão – fase final, que ocorre quando o estresse atinge níveis elevados, deixando o organismo sujeito a patologias mais graves, podendo até gerar quadros crônicos de hipertensão, úlceras, depressão e infarto (JUNQUEIRA, 2015; LIMA, 2005; LIPP, 2005).

De acordo com o livro de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA International (2017), a sobrecarga de estresse é definida como excessivas quantidades e tipos de demandas que requerem ação. O estresse pode ser caracterizado por vários fatores relacionados, os internos, entre eles, o sofrimento psicossocial e/ou os externos, as doenças crônicas.

Fatores estressantes podem variar de pessoa para pessoa e podem ser gerados tanto por fatores internos como externos. Percebe-se, atualmente, que os estressores mais comuns relatados durante a gestação são o trabalho e/ou a condição financeira, os vários papéis desempenhados pela gestante, o tipo de gravidez e o seu desfecho, o número de filhos, doenças, alterações hormonais entre outros.

Um estudo de Volpi e Souza (2004), intitulado *estresse na gestação e primeiros anos de vida e câncer infantil*, realizado com 10 mães de crianças portadoras de neoplasia maligna, de condição sócio-econômica-cultural menos favorecida, hospedadas em uma Organização Não Governamental (ONG), localizada na cidade de Curitiba/PR, traz em seus resultados que foram identificados, no conteúdo dos discursos individuais das mães, os eventos considerados estressores da gestação: medo, ansiedade, nervosismo, conflitos conjugais, problemas financeiros, ausência do companheiro, depressão, movimentos fetais e gravidez indesejada.

Reforçando alguns dos resultados de Volpi e Souza, um estudo recente, que tinha como objetivo caracterizar a produção de artigos que mensurassem sintomas de ansiedade e depressão na gestação, analisou 41 artigos, nacionais e internacionais, publicados entre 2010 e 2016, em revistas indexadas nas bases Scielo, BVS-PSI, LILACS, CAPES, Pubmed e APA PsycNet. Entre os resultados encontrados, eventos estressores na gestação (09 estudos) evidenciaram que ansiedade e depressão em gestantes eram um dos fatores de risco. A pesquisa ressaltou também a necessidade da mulher ser avaliada e amparada emocionalmente durante a

gestação, receber apoio afetivo e efetivo da rede social, da família e das equipes de saúde para que, assim, possa receber seu bebê e promover seu desenvolvimento de forma saudável (KLIEMANN; BÖING; CREPALDI, 2017).

Algum estresse é normal e até contribui de forma positiva na vida das pessoas, no entanto, níveis altos ou um excessivo estresse contínuo desencadeiam reações físicas como frequência cardíaca elevada, altos níveis de pressão arterial, liberação de neurotransmissores e hormônios, tensão muscular e enfraquecimento do sistema imunológico, que são muito prejudiciais para a saúde. Além disso, o estresse constante contribui para o agravamento de crises de artrite e asma, resfriados, infecções, aproximando a gestante da fase de exaustão. O estresse também se relaciona com sinais psicológicos como ansiedade, irritabilidade, depressão, insônia entre outros, sendo de extrema importância auxiliar as gestantes a saírem da fase de resistência, seja por meio de grupos ou terapias (LOWDERMILK et al, 2013).

## 4. METODOLOGIA

Este estudo é um recorte de um projeto mais amplo intitulado: Qualidade do sono em gestantes de risco habitual *versus* alto risco.

### 4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo do tipo quantitativo e transversal. Segundo Sampieri et al (2013), “o enfoque quantitativo utiliza a coleta de dados para testar hipóteses, baseando-se na medição numérica e na análise estatística para estabelecer padrões e comprovar teorias”. Assim, este estudo apresenta caráter quantitativo, visto que, por meio do uso da versão brasileira da *Perceived Stress Scale* (PSS – 10), pode-se medir de forma quantitativa o nível de estresse das gestantes de alto risco.

Quanto ao tempo de desenvolvimento, os estudos transversais são aqueles que transcorrem em um curto período de tempo, em um determinado momento, como assim pontua Fontelles et al (2009).

### 4.2. Local da pesquisa

O local escolhido para a realização desta pesquisa foi a Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), uma unidade de atenção terciária do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (UFC), ligada à rede da Empresa Brasileira de Serviços (EBSERH). A MEAC é totalmente pública, contratualizada com o Sistema Único de Saúde (SUS) e situa-se em Fortaleza-CE. Um dos vários serviços prestados é o atendimento pré-natal a gestantes de alto risco em um de seus ambulatórios. Sua missão é promover o ensino, a pesquisa e a assistência terciária à saúde, além de atuar de forma integrada e como suporte aos demais níveis de atenção do modelo de saúde vigente. (MEAC, 2017)

O ambulatório de obstetrícia da MEAC, também conhecido como ambulatório materno-fetal, é referência para todo o Estado do Ceará, recebendo pacientes oriundas de outros municípios e ofertando a elas atendimento especializado para gestação de alto risco. As consultas acontecem de segunda a sexta, exceto feriados, no horário das 7 às 19h.

O ambulatório conta com uma equipe multidisciplinar composta por enfermeiros e médicos cardiologistas, geneticistas, endocrinologistas, obstetras e cirurgiões. O local possui



recepção, sala de espera, banheiros e três salas de atendimento. Por dia são atendidas cerca de 40 mulheres, sendo 20 pela manhã e as outras 20 no turno da tarde. (MEAC, 2016).

### 4.3. População e amostra

A população deste estudo foi escolhida por conveniência e composta pelas gestantes de alto risco atendidas no ambulatório de obstetrícia da MEAC.

Os critérios de inclusão foram:

- A mulher estar grávida;
- Se enquadrar no grupo de gestantes de alto risco;
- Ser acompanhada nas consultas pré-natais no ambulatório de obstetrícia da MEAC, no período da pesquisa.

Sendo, portanto, selecionada uma amostra composta por 110 gestantes.

### 4.4. Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de agosto a novembro de 2017. Foi realizada uma entrevista pessoal com as gestantes presentes, que aguardavam pela consulta pré-natal na sala de espera do ambulatório materno-fetal da MEAC. Cada mulher foi entrevistada respondendo a um instrumento individualizado, construído por Holanda (2017), que contemplava 42 questões para investigação do perfil sociodemográfico, clínico-obstétrico e de hábitos de vida (APÊNDICE B). Por fim, foi aplicada a versão brasileira da *Perceived Stress Scale*, formulada por Cohen *et al.* (1983), que continha 10 questões (ANEXO A).

A *Perceived Stress Scale* escolhida para este estudo foi a PSS-10 devido ao seu alfa de Cronbach, de 0,83, ser um pouco maior do que a da PSS-14 que apresenta um alfa de 0,82. Além disso, por ser uma escala reduzida, ela se torna mais rápida e menos cansativa de ser respondida pelas gestantes. A PSS é uma escala do tipo Likert, com as seguintes opções de resposta para cada questão: 0 = nunca; 1 = quase nunca; 2 = às vezes; 3 = quase sempre e 4 = sempre. O resultado é obtido pela soma das questões. As questões da PSS-10 que possuem uma conotação positiva em sua composição, são elas: 4, 5, 7 e 8, têm sua pontuação somada de forma invertida, onde o zero vale quatro, o um vale três, o dois vale dois, o três vale um e, finalmente, o quatro vale zero. A soma das pontuações destas 10 questões e os escores podem variar de zero, que significa nenhum estresse, a 40, que significa estresse extremo (LUFT *et al.*, 2007).

#### **4.5. Análise dos Dados**

Os dados produzidos por esta pesquisa foram armazenados no programa para Windows do pacote Office, Excel 2016. Posteriormente, foram realizadas frequências absolutas e relativas, médias, análise descritiva dessas medidas de tendência central, além do teste ANOVA para verificação de comparação das médias em que foi adotado o nível de significância  $p \leq 0,05$ .

O ANOVA é um teste de análise de variância. Ele testa a hipótese de que as médias de duas ou mais populações são iguais, avaliando a importância de seus fatores e comparando as médias de variáveis de resposta nos diferentes níveis de fator, sendo então o tipo de teste adequado para estudos que trabalham com pontuações, como é o caso da escala usada nesta pesquisa (MINITAB INC, 2017).

Por fim, os resultados obtidos foram dispostos em tabelas de fácil compreensão e apresentados também de forma discursiva, abordando o tema de acordo com a literatura pertinente.

#### **4.6. Aspectos Éticos**

Este projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da MEAC via Plataforma Brasil sob aprovação do parecer substanciado do CEP de número 2.247.417.

Assim, foram respeitados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) presente no apêndice A. no qual consta as informações detalhadas do estudo, garantindo-lhes o anonimato, a liberdade para desistir a qualquer momento e assegurando que o estudo não acarretará em prejuízo ou complicações para as participantes.

## 5. RESULTADOS

A amostra foi composta por um total de 110 mulheres gestantes de alto risco do ambulatório materno-fetal da MEAC e os resultados foram divididos em três tabelas. Os dados obtidos em relação à caracterização sociodemográfica das gestantes envolvidas nesse estudo foram expostos na tabela 1.

**Tabela 1** – Distribuição das características sociodemográficas das gestantes de alto risco entrevistadas no período de agosto a novembro de 2017.

Variáveis sociodemográficas (n=110)	N	%	Média	(±DP)
<b>Faixa Etária</b>				
Até 20	14	12,7		
21 a 24	36	32,7	25,45	(±4,664)
25 a 34	57	51,6		
≥ 35	3	2,7		
<b>Escolaridade (em anos)</b>				
Até 4	2	1,8		
5 a 9	22	19,9	11,30	(±2,485)
10 a 12	74	67,3		
> 12	12	10,9		
<b>Procedência</b>				
Capital	76	69,1		
Interior	33	30		
Outros Estados	1	0,9		
<b>Nº de pessoas no domicílio</b>				
Até 2	29	26,4		
3 a 6	73	66,3	3,77	(±1,701)
7 a 11	8	7,2		
<b>Renda Familiar (salário mínimo*)</b>				
< 1	14	12,6		
1 a 2	53	48,1	1519,27	(±627,29)
> 2	43	39		
<b>Atividade remunerada</b>				
Sim	50	45,5		
Não	60	54,5		
<b>Estado Civil</b>				
Casada	43	39,1		
União Estável	54	49,1		
Solteira	13	11,8		
<b>Mora com o companheiro</b>				
Sim	95	86,4		
Não	15	13,6		
<b>Raça</b>				

Negra	11	10,0
Parda	74	67,3
Amarela	8	7,3
Branca	17	15,5
<b>Total</b>	110	100

\*Valor do Salário Mínimo Brasileiro no Ano de Ocorrência da Coleta de Dados Desta Pesquisa Era de R\$ 937,00

O perfil sociodemográfico encontrado nesta pesquisa mostra que a idade da mulher mais nova foi 16 anos, enquanto que a da mulher mais velha foi 46 anos, apresentando uma média igual a 25,4 anos de idade. O intervalo de idade mais prevalente neste estudo foi o de mulheres de 25 a 34 anos, somando um total de 57 mulheres (51,6%).

Com relação à escolaridade, as mulheres tinham no mínimo três e no máximo 17 anos de estudo, perfazendo uma média de 11,3 anos. Das 110 participantes, 59 mulheres (53,6%) relataram ter 12 anos de estudo.

No tocante à procedência, 76 (69,1%) mulheres eram provenientes da capital de Fortaleza, 33 (30%) eram do interior do Ceará e somente uma (0,9%) era proveniente do Maranhão. Quanto ao número de pessoas morando no mesmo domicílio, variou de duas a 11 pessoas, com uma média de 3,77 pessoas por residência. A menor renda encontrada foi 162,00 reais e a mais alta foi 3.000,00 reais, resultando em uma renda média de 1.519,00 reais, o que mostra que em uma família composta por 3,77 pessoas, tem-se uma renda, aproximada, de 403,00 reais por morador.

A maioria das mulheres, correspondendo a 97 (88,2%), tinha um relacionamento estável e vivia com o parceiro. Quanto à raça, 74 (67,3%) mulheres se declararam pardas e somente 11 (10%) disseram ser negras.

A apresentação dos dados clínico-obstétricos e de hábitos de vida deu-se conforme descrito na tabela 2.

**Tabela 2** – Distribuição das características clínico-obstétricas e dos hábitos de vida das gestantes de alto risco entrevistadas no período de agosto a novembro de 2017.

Variáveis clínico-obstétricas e hábitos de vida	N	%	Média
<b>Hábitos</b>			
Sim	5	4,5	
Não	105	95,5	
<b>Tabagista</b>			
Sim	3	2,7	
Não	107	97,3	

<b>Álcool</b>			
Sim	1	0,9	
Não	109	99,1	
<b>Outras drogas</b>			
Sim	1	0,9	
Não	109	99,1	
<b>IMC</b>			
Baixo peso	2	1,8	
Adequado	62	56,4	
Sobrepeso	33	30,0	
Obesidade	13	1,8	
<b>Atividade física</b>			
Sim	13	11,8	
Não	97	88,2	
<b>PAS (mmHg)</b>			
Até 139	102	92,7	
≥ 140	8	7,3	
<b>PAD (mmHg)</b>			
Até 89	94	85,5	
≥ 90	16	14,5	
<b>Nº de Gestações</b>			
Até 2	76	69,1	2,06
> 2	34	30,9	
<b>Nº de Partos</b>			
0	55	50,0	
1	36	32,7	0,67
2	19	17,3	
<b>Nº de Abortos</b>			
0	79	71,8	
1	22	20,0	0,40
2	5	4,5	
3	4	3,6	
<b>Gestação</b>			
Única	80	72,7	
Gêmeos	28	25,5	
Trigêmeos	2	1,8	
<b>Idade gestacional (por trimestre)</b>			
Primeiro	2	1,8	
Segundo	51	46,4	
Terceiro	57	51,8	
<b>Filhos</b>			
Sim	53	48,2	
Não	57	51,8	
<b>Quantidade de Filhos</b>			
0	57	51,8	
1	35	31,8	1,34
2	18	16,4	
<b>Idade do filho mais novo (em anos)</b>			

Até 3	13	11,8	
4 a 10	27	24,5	8,06
11 a 19	10	9,1	
≥ 20	3	2,7	

Com relação aos hábitos de vida, cinco mulheres relataram fazer uso de alguma substância (4,5%). Três (2,7%) tinham o hábito de fumar cigarro, uma (0,9%) fazia uso de maconha e outra (0,9%) fazia uso de álcool. Das mulheres entrevistadas, 48 (33,6%) estavam com o índice de massa corporal (IMC) inadequado. Além disso, a grande maioria, 97 (88,2%), não praticava atividade física.

A menor Pressão Arterial Sistólica (PAS) encontrada foi 90 mmHg contra 150 mmHg da maior. A PAS mais frequente foi 120 mmHg, encontrada em 41 mulheres (37,3%). Em relação à Pressão Arterial Diastólica (PAD), a menor foi 40 mmHg e a maior 110 mmHg, sendo 80 mmHg a PAD mais prevalente em 43 (39,1%) mulheres.

O número de gestações variou de 1 a 4, perfazendo uma média de 2 gestações. Quanto ao número de partos, o mínimo foi 0 e o máximo foi 2, com uma média de 0,67 partos. Em relação aos abortos, a variação foi de 0 a 3 e a média foi de menos de 1 aborto.

As mulheres de gestação única – um feto por gestação – foram mais da metade das mulheres pesquisadas, somando um total de 80 (72,7%). As gestantes entre o segundo e o terceiro trimestre da gravidez representaram o maior grupo da amostra, sendo 108 (98,2%) mulheres no total. Além disso, as 53 (48,2%) mulheres, que disseram ter filhos, tinham no mínimo 1 e no máximo 2 filhos. A idade do filho mais novo variou de 1 a 24 anos.

A seguir, foi realizada a comparação das médias da PSS - 10 que foram avaliadas nesse estudo, como apresentado na tabela 3.

**Tabela 3** – Distribuição da associação das médias da PSS - 10 com os dados sociodemográfico, clínico-obstétricos e de hábitos de vida das gestantes de alto risco entrevistadas no período de agosto a novembro de 2017.

Variáveis da comparação das médias da PSS – 10	N	Média	(±DP)	p*
<b>Idade</b>				<b>0,765</b>
16 a 20	14	24,29	7,907	
21 a 25	50	24,38	5,996	
26 a 30	33	25,39	6,896	
31 a 46	13	26,38	9,161	
<b>Escolaridade</b>				<b>0,177</b>
3 a 8	11	21,09	6,774	

9 a 11	28	25,50	6,380	
12	59	25,66	6,814	
13 a 17	12	23,33	7,832	
<b>Nº de pessoas em casa</b>				<b>0,437</b>
2	29	24,59	6,566	
3	26	23,27	6,797	
4	25	25,40	7,326	
5	17	27,35	5,408	
6 a 11	13	24,77	8,467	
<b>Hábitos</b>				<b>0,815</b>
Não	105	24,94	6,806	
Sim	5	24,20	9,203	
<b>Álcool</b>				<b>0,082</b>
Sim	1	13,00	.	
Não	109	25,02	6,815	
<b>Ocupação remunerada</b>				<b>0,944</b>
Não	60	24,87	6,560	
Sim	50	24,96	7,312	
<b>Procedência</b>				<b>0,808</b>
Interior	53	25,08	7,277	
Capital	57	24,75	6,550	
<b>Estado civil</b>				<b>0,422</b>
Casada	43	24,19	6,013	
Solteira	13	23,69	9,250	
União Estável	54	25,78	6,911	
<b>Mora com o companheiro</b>				<b>0,189</b>
Sim	95	25,25	6,441	
Não	15	22,73	9,169	
<b>IMC (adequado)</b>				<b>0,137</b>
Sim	62	24,05	7,504	
Não	48	26,02	5,869	
<b>Tipo de gestação</b>				<b>0,032</b>
Única	80	25,39	6,405	
Gemelar	28	22,86	7,663	
Trigemelar	2	34,50	3,536	
<b>Atividade física</b>				<b>0,322</b>
Sim	13	26,69	4,366	
Não	97	24,67	7,132	

Aplicada a correta soma dos escores, a pontuação da escala mostra que, quanto mais alto o total obtido, mais estressada a mulher se percebe.

Através das médias entre grupos e os resultados do teste ANOVA, pôde-se identificar se o “p” foi estatisticamente significativo ou não, conferindo associação entre as variáveis.

Das comparações realizadas por meio do método ANOVA, somente o item “tipo de gestação” foi significativa, com um “p” igual 0,032. As mulheres que estavam com a gestação do tipo trigemelar marcaram as maiores médias, ou seja, maior pontuação na *Perceived Stress Scale*.



## 6. DISCUSSÃO

Traçado o perfil sociodemográfico das participantes desta pesquisa, tem-se que, apesar das gestantes adolescentes serem atendidas por outro ambulatório da MEAC, a maioria das mulheres (97,3%) tinha entre 16 e 34 anos, idade ideal para reprodução. Segundo Montenegro e Rezende (2018), as mulheres que não estão nos extremos de idade, ou seja, menores de 15 anos e maiores de 35, têm em geral resultados mais favoráveis. Estes resultados corroboram com o estudo de Costa *et al.* (2016) sobre adequação do pré-natal de alto risco em um hospital de referência localizado no município de Francisco Beltrão, PR, Brasil, onde 73 gestantes participaram do estudo e houve predominância de mulheres com idade entre 16 e 35 anos (88,9%).

O fato da maioria (67,3%) das mulheres apresentarem entre 10 a 12 anos de estudo é semelhante aos resultados encontrados no estudo de Melo *et al.* (2016) que teve como objetivo identificar a prevalência e os fatores de risco associados à gestação de alto risco em um município do noroeste paranaense por meio da análise de 97 prontuários. O autor traz que, sobre a escolaridade, 46,4% das mulheres também apresentaram entre 10 e 12 anos de estudos. Esses resultados estão de acordo com os dados de 2015 apresentados pelo IBGE, em que há a prevalência de pessoas com 11 anos de estudo.

No tocante ao número de pessoas vivendo na mesma residência, o estudo de Bezerra *et al.* (2018) sobre anemia e fatores associados em mulheres de idade reprodutiva de um município do Nordeste brasileiro, com uma amostra representativa de 322 mulheres, traz que de 4 a mais pessoas morando no mesmo domicílio representou 58,4% dos resultados do estudo. De forma análoga, em nossos resultados temos que metade da amostra, ou seja, 55 (50%) mulheres relatam morar com 4 a 11 pessoas no mesmo domicílio. O que pode retratar falta de privacidade e/ou alguma conturbação no lar.

No presente estudo, a renda familiar girou em torno de 1,5 salários mínimos (48,1%), o que se encontra de acordo com o estudo de Chagas *et al.* (2017) sobre os efeitos do ganho de peso gestacional e do aleitamento materno na retenção de peso pós-parto em mulheres da coorte BRISA, realizado com 2067 mulheres que apresentavam ter uma renda de 1 a 3 salários mínimos (55,5%). De acordo com os dados de 2015 do IBGE, a renda média brasileira mais prevalente vai de 1 a 2 salários mínimos.

Sabe-se que o fato de 60 (54,5%) mulheres deste estudo não exercerem uma ocupação remunerada influenciou no total da renda familiar, o que pode afetar a dinâmica

financeira da casa. Em conformidade com o estudo de Souza *et al.* (2013) realizado com 50 mulheres e que teve como objetivo identificar o perfil epidemiológico das gestantes atendidas na consulta de pré-natal de uma UBS em São Luís-MA, o autor nos mostra que 84% das mulheres eram estudantes ou do lar, ou seja, não tinham remuneração.

Quanto ao estado civil, 97 (88,2%) mulheres tinham companheiro, sendo 43 (39,1%) casadas e 54 (49,1%) em uma união estável, contrapondo-se ao encontrado no já citado Costa *et al.* (2016), em que as mulheres casadas (50,7%) superaram o número de mulheres em união estável (28,8%). As mulheres solteiras representaram a menor parcela em ambos os estudos.

No que se refere a raça, 74 (67,3%) eram pardas e 17 (15,5%) eram brancas. Tais achados corroboram com o estudo de Bezerra *et al.* (2018), em que 71 (22%) mulheres eram brancas, 220 (68,3%) eram pardas e somente 31 (9,6%) eram negras.

No tocante aos hábitos de vida, como o uso de cigarros ou álcool, a grande maioria das mulheres, 105 (95,5%), respondeu não fazer uso. No entanto, três (2,7%) eram tabagistas, uma (0,9%) fazia uso de bebida alcóolica e uma (0,9%) mulher referiu que era usuária de maconha. Diante desses achados, é importante destacar que o álcool está fortemente associado com malformações em diversos órgãos e o tabaco interfere negativamente no peso do recém-nascido. Quanto ao uso da *cannabis*, a restrição de crescimento é uma das maiores complicações causadas por ela (PAULA PENA *et al.*, 2017; LEITE *et al.*, 2016; RIBEIRO *et al.*, 2016).

Pode-se inferir, diante dos resultados obtidos, que mais da metade das mulheres, correspondendo a 62 (56,4%), relataram estar com o IMC adequado, o que diverge do estudo de Antunes *et al.* (2018), que ao avaliar 217 gestantes de alto risco, evidenciou que somente 29% eram eutróficas e 49,3% estavam com excesso de peso. Reforça-se, então, a importância da avaliação antropométrica a cada consulta como um aspecto importante de um bom cuidado pré-natal, pois o excesso de peso pode prejudicar o crescimento e desenvolvimento do bebê, bem como pode causar, na gestante, diabetes, hipertensão entre outros problemas (FERREIRA, 2017).

Considerando que a prática de atividade física associada a uma dieta adequada são fatores que auxiliam no controle glicêmico, torna-se preocupante a sua baixa frequência. Com base no exposto, observou-se que 97 (88,2%) mulheres não realizavam nenhum tipo de atividade física, o que pode corroborar com alguns estudos a respeito ao aconselhamento para a prática de atividade física (ROCHA, 2015; BATISTA; SCHMIDT, 2016).

Mais da metade das gestantes, 76 (69,1%), estavam divididas entre a primeira e a segunda gestação, sendo que 38 (34,5%) eram primigestas e outras 38 (34,5%) eram

segundigestas. Com relação aos partos, predominaram as gestantes nulíparas (50%) seguido das primíparas, 32,7%. Quanto ao evento abortamento, o mínimo foi 1 e o máximo 3 abortos. As mulheres que referiram história de apenas um aborto anterior representaram 20% da amostra. Achados semelhantes foram encontrados em outros estudos (MELO *et al.*, 2016; DIAS *et al.*, 2018).

A pressão arterial sistólica mais prevalente foi a da faixa de até 139 mmHg, com 102 (92,7%) mulheres, assim como a de pressão arterial diastólica foi a da faixa de até 89 mmHg, com 94 (85,5%) mulheres. De acordo com os parâmetros da Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), em torno de 43 (39,1%) mulheres, deste estudo, estavam dentro da faixa ótima de pressão arterial enquanto que aproximadamente 16 (14,5%) não estavam dentro dos padrões normais desejados. No entanto, o estudo de Jantsch *et al.* (2017), que tinha como objetivo analisar o perfil epidemiológico das gestantes de alto risco da região central do Rio Grande do Sul, mostra a necessidade de se ficar atento aos índices pressóricos das gestantes, pois constatou-se que entre as doenças com maior prevalência, nesse período, está a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

A gestação da grande maioria das mulheres era do tipo única, 80 (72,7%). Entretanto, 30 (27,3%) eram gestações gemelares, sendo 28 (25,5%) grávidas de gêmeos e duas (1,8%) de trigêmeos. O estudo de Ahumada-barrios e Alvarado (2016), sobre fatores de risco para o parto prematuro, realizado em um hospital com 600 gestantes, demonstrou que entre os fatores de risco, associados com o parto prematuro, estavam a gravidez gemelar (OR ajustada= 2,4; p= 0,02) e a pré-eclâmpsia (OR ajustada= 1,9; p= 0,005).

Das 110 mulheres pesquisadas, 53 (48,2%) relataram ter filhos, dentre elas, 35 (66,0%) tinham somente um e 18 (34%) tinham 2 filhos. Dado parecido foi encontrado nos estudos de Melo et al (2016) sobre fatores associados à gestação de alto risco, realizado com 97 prontuários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município do noroeste paranaense, em que 50 (51,5%) mulheres tinham de 1 a 3 filhos. Além deste, há outros estudos que só reforçam esse perfil de quantidade de filhos (MENETRIER; ALMEIDA, 2016; JANTSCH *et al.*, 2017;).

Outro dado importante é que das mulheres que tinham filho, a idade do filho mais novo, de maior prevalência, foi a de 4 a 10 anos, com 27 (24,5%) mães de crianças nessa faixa, o que significa que um bom número de mulheres está dentro do período adequado - de dois anos - entre uma gestação e outra. O curto intervalo entre gestações não é recomendável por desencadear a possibilidade de morbimortalidade materna e infantil, como ressalta Falcão et al (2018) em seu estudo sobre contracepção no puerpério.

Quanto aos dados da comparação de médias da PSS – 10, apresentados na tabela 3, observa-se que quanto maior a idade da mulher, maiores as médias de pontuação na escala. No entanto, não houve um “p” estatisticamente significativo. Há na literatura estudos com gestantes de alto risco, de idades semelhantes às encontradas neste estudo, porém, com médias discretamente mais baixas na escala de estresse percebido, o que mostra que, talvez, o fator idade realmente não seja algo que interfira tão fortemente no estresse (CRUZ; GUARANY, 2015)

Apesar do uso de álcool ( $p \leq 0,082$ ) e a atividade remunerada ( $p \leq 0,944$ ), não apresentarem, no presente estudo, relação com o estresse, um estudo sobre prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA mostra que 24,46% das gestantes apresentaram nível de estresse elevado, 40,84% apresentaram sintomas de ansiedade de moderada a intensa e 28,8% tinham sintomas depressivos graves (ROCHA *et al.*, 2016). Talvez a baixa prevalência de mulheres com esses hábitos de vida possa ter sido o motivo pelo qual este dado não foi estatisticamente significativo.

Quanto ao relacionamento estável, as mulheres que moram com o companheiro compuseram uma média maior (25,25) do que a apresentada pelas mulheres que não moram com o companheiro (22,73). No entanto, encontramos semelhanças de perfil no estudo de Santos e Silva (2016), que utilizou a Escala de Estresse Percebido para verificar se existe associação entre estresse percebido durante a gravidez e a ocorrência de anemia em crianças de 12 a 31 meses de idade. Esta pesquisa traz que a prevalência de estresse percebido durante a gestação foi de 23,4%. A maioria das gestantes relatou possuir companheiro e houve predomínio das famílias com renda de até 3 salários mínimos.

No tocante ao tipo de gestação ( $p \leq 0,032$ ), as gestações trigemelares marcaram os mais altos escores na PSS-10, mesmo representando somente 1,8% da amostra, o que demonstra a preocupação das mães quanto ao desfecho da gravidez e à saúde dos bebês como sendo um forte fator de estresse. Conforme evidenciado, o presente resultado encontra um maior embasamento em outros estudos da literatura (AHUMADA-BARRIOS; ALVARADO, 2016; SANTOS; SILVA, 2016).

Desse modo, vale lembrar que é normal passar por algum estresse durante a gravidez, ainda mais quando essa gestação é classificada como sendo de alto risco. Nem todas as mulheres suportam o estresse da mesma forma, o que é estressante para uma pode não ser estressante para outra. Logo, é de suma importância que os profissionais estejam atentos aos sinais e relatos apresentados pelas gestantes e não menosprezem suas queixas evitando, assim, desfechos desfavoráveis e/ou complicações.

## 7. CONCLUSÃO

Em consonância com os objetivos propostos neste estudo, os resultados obtidos contribuíram para uma boa avaliação do estresse percebido em gestantes do grupo de alto risco da MEAC. Percebe-se que conhecer o perfil sociodemográfico, clínico-obstétrico e os fatores gerais que podem ser prejudiciais à gestação é de extrema importância para que se possa fazer uma avaliação adequada da gestante e traçar estratégias voltadas para a qualidade do pré-natal e a melhoria do atendimento.

Um dos fatores limitadores desta pesquisa foi a relativa baixa quantidade de artigos atuais, dos últimos cinco anos, voltados para a realidade brasileira. Além disso, por conta da escala não ter um ponto de corte exato, não conseguimos classificar o nível de estresse da gestante.

Diante de um tema tão importante, é salutar que o pré-natal psicológico seja incentivado, visto ser uma ferramenta bastante útil na profilaxia e prevenção da ansiedade, depressão pós-parto e até mesmo do estresse percebido. Enfermidades como essas, mesmo sendo bastante prejudiciais à saúde tanto da mãe quanto do feto, muitas vezes são negligenciadas ou mal diagnosticadas.

O estresse, associado a uma comorbidade ou a um fator de alto risco, pode gerar um ciclo de agravamento da patologia, pois o estresse piora a doença e a doença piora o estresse. Muitas vezes, as gestantes de alto risco já se encontram com altos níveis de estresse pela sua condição clínica ou tipo de gravidez. Quanto mais cortisol e adrenalina elas produzem por estímulo do estresse, mais riscos surgem para a gestação e para o bebê, piorando sua condição, aumentando - mais ainda - o estresse e a ansiedade.

Conclui-se, então, que uma gravidez e puerpério saudáveis incluem, além dos aspectos físicos e clínicos, a saúde mental e psicológica da paciente. Sendo o enfermeiro um dos membros da equipe de saúde que presta assistência direta à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, cabe a ele ficar atento às necessidades das gestantes, atuar de forma acolhedora e em conjunto com a equipe multiprofissional de saúde, tornando, assim, o atendimento mais humanizado e completo, além de evitar maiores agravos.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. C. *et al.* Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz - MA, **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre – RS, v. 33, n. 2, p. 86-94, 2012.
- AHUMADA-BARRIOS, M. E.; ALVARADO, G. F. Risk Factors for premature birth in a hospital. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 24, p.1-8, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0775.2750>. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/124536/121034>>. Acesso em: 07 jun. 2018.
- ANTUNES, L. O. *et al.* Caracterização clínica e nutricional de gestantes de alto risco assistidas no Hospital Universitário de Maceió-Alagóas. **Gep News**, Maceió-al, v. 1, n. 1, p.14-19, Jan/Mar 2018. Disponível em: <<http://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/4676/3283>>. Acesso em: 06 jun. 2018.
- ARRAIS, A. R.; MOURÃO, M. A.; FRAGALLE, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto, **Saúde Soc. São Paulo**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 251-264, 2014.
- BALLONE, G. J. **Estresse, ansiedade e esgotamento**. Disponível em: <<http://www.cerebromente.org.br/n11/doencas/estresse.htm>>. Acesso em: 16 maio 2018.
- BATISTA, M. Z.; SCHMIDT, M. I. Estado Nutricional, Ganho de Peso e Atividade Física em mulheres com Diabetes Mellitus gestacional. In: SALÃO UFRGS 2016: SIC - XXVIII SALÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UFRGS, 28. 2016, Campus do Vale - UFRGS. Rio Grande do Sul: Ufrgs Proseq, 2016. p. 1 - 2. Disponível em: <[https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/155179/Resumo\\_48664.pdf?sequence=1](https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/155179/Resumo_48664.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 06 jun. 2018.
- BEZERRA, A.G.N. *et al.* Anemia e fatores associados em mulheres de idade reprodutiva de um município do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 21, p.1-13, 28 maio 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720180001>. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rbepid/2018.v21/e180001/pt>>. Acesso em: 06 jun. 2018.
- BOAROLLI, Micheli *et al.* Avaliação de estresse, depressão e ansiedade em um grupo de gestantes cadastradas na estratégia saúde da família do bairro São Sebastião, Criciúma. **Revista do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica / Saúde da Família**, Criciúma - Sc, v. 3, p.1-9, 2016. Disponível em: <<http://periodicos.unesc.net/prmultiprofissional/article/view/3028/2792>>. Acesso em: 30 jun. 2018.
- BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD**. 2015. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/multidominio/condicoes-de-vida-desigualdade-e-pobreza/9127-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios.html?=&t=destaques>>. Acesso em: 01 jul. 2018.

BRASIL. Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: <<https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/128195/lei-7498-86>> Acesso em 20 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2013p. (Caderno, n. 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. **Estresse**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/253\\_estresse.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/253_estresse.html)>. Acesso em: 08 de dezembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico da gestação de alto risco**, Brasília – DF, 5ª Edição, 2012.

CALDAS, D. B. *et al.* Atendimento psicológico no pré-natal de alto risco: A construção de um serviço, **Psicologia Hospitalar**, São Paulo – SP, v.11, n. 1, p. 66-87. 2013.

CHAGAS, D. C. *et al.* Efeitos do ganho de peso gestacional e do aleitamento materno na retenção de peso pós-parto em mulheres da coorte BRISA. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 33, n. 5, p.1-15, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00007916>. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2017.v33n5/e00007916/pt/>>. Acesso em: 06 jun. 2018.

COHEN, S.; KARMACK, T.; MERMELSTEINM, R. A global measure of perceived stress, **Journal of Health and Social Behavior**, v. 24, n. 4, p. 385-396, 1983.

COHEN S.; WILLIAMSOM G.M. Perceived Stress in a Probability Sample of United States. **The Social Psychology of Health: Claremont Symposium on applied social psychology**. Newbury Park, 1988.

CORREIA, D. S. *et al.* Adolescentes grávidas: Sinais, sintomas e presença de estresse, **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre – RS, v. 32, n. 1, p. 40-47, 2011.

COSTA, L. D. *et al.* Adequacy of high-risk prenatal care at a referral hospital. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [s.l.], v. 17, n. 4, p.459-465, 8 set. 2016. Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem de Nordeste. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000400004>. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/4931/3632>>. Acesso em: 06 jun. 2018.

CRUZ, J. A; GUARANY, N. R. Desempenho ocupacional e estresse: aplicação de manual de orientações e cuidados a gestantes de risco. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, [s.l.], v. 26, n. 2, p.201-206, 4 set. 2015. Universidade de Sao Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i2p201-206>. Disponível em: <<http://www.periodicos.usp.br/rto/article/view/86584/101716>>. Acesso em: 09 jun. 2018.

DIAS, E. G. *et al.* Perfil socioeconômico e gineco-obstétrico de gestantes de uma Estratégia de Saúde da Família do Norte de Minas Gerais. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, [s.l.], v. 12, n. 10, p.285-297, 2018. Disponível em:

<<https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/884/513>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

FALCÃO, L. M. S; SANTOS, R. F; PARENTE, A. C. M. Contracepção no puerpério: prática do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Piauí, v. 7, n. 1, p.44-49, Jan/Mar 2018. Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/6180/pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio Século XXI**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. 2128 p.

FERREIRA, Maria Cláudia Henrique da Silva. **Obesidade na gravidez e seus fatores de risco**. 2017. 21 f. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: <[https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/172959/Maria Claudia Henrique da Silva Ferreira - Materno - TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/172959/Maria%20Claudia%20Henrique%20da%20Silva%20Ferreira%20-%20Materno%20-%20TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Acesso em: 01 jul. 2018

FREITAS, F. *et al.* **Rotinas em Obstetrícia**. 7ª Ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2017.

FONTELLES, M. J.; SIMÕES, M. G.; FARIAS, S. H., & FONTELLES, R. G. S. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**, Pará, v. 23, n. 3, p. 1-8, 2009.

HOLANDA, S. M. **Qualidade do sono em gestantes de risco habitual e alto risco: um estudo comparativo**. 2017. 97 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza - Ce, 2017.

JUNIOR, J. R. *et al.* A influência do estresse na gestação. **Revista Debates em Psiquiatria**. Rio de Janeiro, n. 1, p. 6-11, Maio/Junho 2013.

JUNQUEIRA, L. A importância da detecção do estresse: psicofisiologia e impacto na saúde física e mental das pessoas. **Psychiatry On Line Brasil**, [S.L.], v. 20, n. 12, dez. 2015. Mensal. Disponível em: <<https://www.polbr.med.br/ano15/art1215.php>>. Acesso em: 20 maio 2018.

JANTSCH, P. F. *et al.* PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DAS GESTANTES DE ALTO RISCO DA REGIÃO CENTRAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Revista Destaques Acadêmicos**, [s.l.], v. 9, n. 3, p.82-91, 4 nov. 2017. Editora Univates. <http://dx.doi.org/10.22410/issn.2176-3070.v9i3a2017.1534>. Disponível em: <<http://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/1534/1219>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

KLIEMANN, A; BÖING, E; CREPALDI, M. A. Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, [s.l.], v. 25, n. 2, p.69-76, 18 dez. 2017. Instituto Metodista de Ensino Superior. <http://dx.doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v25n2p69-76>. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/7512/6006>>. Acesso em: 21 maio 2018.



LEITE, J. C. L. *et al.* **Avaliação da relação entre uso de álcool e malformações congênitas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.** 2016. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/165384/001007017.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

LIMA, F. V. **Correlação entre variáveis preditoras de estresse e o nível de estresse.** 2005. 147 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Educação Física, Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2005. Disponível em: <<https://bdtd.ucb.br:8443/jspui/bitstream/123456789/1043/1/pdf.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2018.

LIPP, M. Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL). 3ª edição. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

LOWDERMILK, D. L. *et al.* **Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica.** 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 1024 p.

LUFT, C. D. B. *et al.* Versão brasileira da escala de estresse percebido: tradução e validação para idosos, **Revista de Saúde Pública**, São Paulo – SP, v. 41, n. 4, p. 606-15, 2007.

MEAC, Maternidade Escola Assis Chateaubriand – EBSEH. **Ambulatório materno-fetal.** Disponível em: <[http://www.ebserh.gov.br/web/meac-ufc/noticias/-/asset\\_publisher/JYdUOrTtibKI/content/id/1029302/2016-03-ambulatorio-materno-fetal-passa-a-funcionar-em-novas-instalacoes](http://www.ebserh.gov.br/web/meac-ufc/noticias/-/asset_publisher/JYdUOrTtibKI/content/id/1029302/2016-03-ambulatorio-materno-fetal-passa-a-funcionar-em-novas-instalacoes)> Acesso em: 15 de dezembro de 2017.

MEAC, Maternidade Escola Assis Chateaubriand – EBSEH. **Consultas e exames.** Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/meac-ufc/consultas-e-exames>> Acesso em: 15 de dezembro de 2017.

MELO, W.A. *et al.* Gestação de alto risco: fatores associados em município do noroeste paranaense. **Espaço para a saúde – Revista de Saúde Pública do Paraná, Londrina**, v. 17, n. 1, p. 82-91, julho 2016. DOI 10.5433/15177130-2016v17n1p82

MENETRIER, J. V.; ALMEIDA, G. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco com parto prematuro em um hospital de referência. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá - PR, v. 9, n. 3, p.433-441, set/dez. 2016. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/viewFile/5534/2926>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

MINITAB INC (S.I.). **O que é ANOVA?** 2017. Disponível em: <<https://support.minitab.com/pt-br/minitab/18/help-and-how-to/modeling-statistics/anova/supporting-topics/basics/what-is-anova/>>. Acesso em: 4 jun. 2018.

MONTENEGRO, C.A.B.; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia.** 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

NANDA (International). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA International: Definições e Classificação.** Porto Alegre: Artmed, 2017. 606 p.

OLIVEIRA, E. A. **Delimitando o conceito de stress**. 2011. Disponível em: <[http://www.medtrab.ufpr.br/arquivos para dowload 2011/saude mental/Delimitando o conceito de stress.pdf](http://www.medtrab.ufpr.br/arquivos%20para%20download%202011/saude%20mental/Delimitando%20o%20conceito%20de%20stress.pdf)>. Acesso em: 20 maio 2018.

**Oxford Living Dictionaries**. 2018. Disponível em: <<https://en.oxforddictionaries.com/definition/stress>>. Acesso em: 20 maio 2018.

PENA, J. C. P. *et al.* Uso de álcool e tabaco na gestação: Influência no peso do recém-nascido. **Revista Saúde: Revista eletrônica da Universidade de Guarulhos, Guarulhos - Sp**, v. 11, n. 1-2, p.74-82, 2017. V. 11, N.1-2, 2017. Disponível em: <<http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/3070/2207>>. Acesso em: 06 jun. 2018.

**Resolução nº 466/12**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 12 de dez. 2012

RIBEIRO, H. L. *et al.* Efeitos do consumo de cannabis na gravidez e no período pós-parto. **Revista Debates em Psiquiatria**, [s.], p.16-24, Março/Abril 2016. Disponível em: <[http://www.abp.org.br/rdp16/02/RDP\\_2\\_1602.pdf](http://www.abp.org.br/rdp16/02/RDP_2_1602.pdf)>. Acesso em: 06 jun. 2018.

RIBEIRO, J. F. *et al.* Contribuição do pré-natal para o parto normal na concepção do enfermeiro da estratégia saúde da família. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n. 1, p. 161-170, 2016. Disponível em: <[https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/521/pdf\\_296](https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/521/pdf_296)> Acesso em 25 nov. 2017.

ROCHA, P. C. *et al.* Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 32, n. 1, p.1-13, jan. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00192714>. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csp/2016.v32n1/e00192714/pt>>. Acesso em: 09 jun. 2018.

ROCHA, R. S. **Padrão de atividade física e saúde na gravidez e pós-parto: implementação de um programa de atividade física na gravidez**. 2015. Disponível em: <<http://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/1372>>. Acesso em: 06 jun. 2018.

RODRIGUES, O. M. P. R.; SCHIAVO, R.A. Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, v. 33, n. 9, p. 252-257, 2011. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/27860>>. Acesso em: 24 de abril de 2018.

SANTOS, B. L. A.; SILVA, A. A. M. **Associação entre estresse percebido durante a gravidez e anemia na criança**. 2016. 61 f. Monografia (Especialização) - Curso de Nutrição, Nutrição do Campus do Bacanga, Universidade Federal do Maranhão, São Luís - MA, 2016. Disponível em: <<https://rosario.ufma.br/jspui/bitstream/123456789/914/1/BrunnaLeticia.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

SANTOS, D. T. A.; CAMPOS, C. S. M.; DUARTE, M. L. Perfil das patologias prevalentes na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro – RJ, v. 9, n. 30, p. 13-

22, 2014. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)687](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)687). Acesso em: 24 de abril de 2018.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. D. P. B. **Metodologia de Pesquisa: 5ª Ed.** Porto Alegre: Penso Editora LTDA, 2013.

SILVA, A. A.; CAMARGO, N. L. Repercussões negativas de gravidez na adolescência: Revisão de literatura. **Revista Científica Eletrônica de Psicologia**, Garça/SP, a. 6, v. 11, nov. 2008. Semestral. Disponível em: <[http://faef.revista.inf.br/imagens\\_arquivos/arquivos\\_destaque/3hUOWZG5b10rVoS\\_2013-5-13-12-34-1.pdf](http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/3hUOWZG5b10rVoS_2013-5-13-12-34-1.pdf)>. Acesso em: 21 maio 2018.

SILVA, M. M. J. *et al.* Ansiedade na gravidez: prevalência e fatores associados, **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, e. 03253, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (São Paulo - Sp). **Perguntas frequentes: O que é hipertensão?**. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/geral/oque-e-hipertensao.asp>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

SOUZA, N.A. *et al.* Perfil epidemiológico das gestantes atendidas na consulta de pré-natal de uma unidade básica de saúde em São Luís-MA. **Rev. Ciênc. Saúde**, São Luís, v.15, n.1, p. 28-38, jan-jun, 2013. Disponível em: <<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rcisaude/article/view/1919/2833>>. Acesso em: 06 de junho de 2018.

TAKIUTI, N. H.; KAHHALE, S. Estresse e pré-eclampsia. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [s.l.], v. 47, n. 2, p.88-89, jun. 2001. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-42302001000200005>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302001000200005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000200005)>. Acesso em: 21 maio 2018.

VIEIRA, S. Alfa de Cronbach. **Blogspot**. Disponível em: <<http://soniavieira.blogspot.com.br/2015/10/alfa-de-cronbach.html>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

VOLPI, J. H.; SOUZA, C. B. Estresse na gestação e primeiros anos de vida e cancer infantil. Curitiba: Centro Reichiano, 2004. Disponível em: <<http://www.centroreichiano.com.br/artigos/Artigos/VOLPI-Jose-Henrique-SOUZA-Camila-Estresse-na-gestacao.pdf>>. Acesso em: 20 de maio de 2018.

XAVIER, R.B. *et al.* Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1161-1171, 2013.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezada senhora,

Eu, Sâmia Monteiro Holanda, enfermeira e mestranda em enfermagem pela Universidade Federal do Ceará, estou desenvolvendo uma pesquisa cujo título é **QUALIDADE DO SONO EM GESTANTES DE RISCO HABITUAL VERSUS ALTO RISCO**, sob orientação da Dra. Priscila de Souza Aquino, venho por meio deste convidar a V.S.<sup>a</sup> a participar como voluntária deste estudo que tem como objetivo principal correlacionar a qualidade do sono entre gestantes de baixo risco e de alto risco. As informações aqui obtidas ficarão em sigilo e seu anonimato será preservado. Além disso, em nenhum momento a senhora terá prejuízo, seja ele qual for. Deste modo solicito sua colaboração para ser voluntário da pesquisa.

Garanto à senhora que os riscos em participar do estudo são mínimos, apesar disto, pode ocorrer a lembrança de fatos que podem trazer sentimentos contrários a alegria e satisfação, como a frustração em alguns casos específicos.

Caso haja concordância em participar do estudo, realizaremos algumas perguntas por meio de um formulário de caracterização sociodemográfica, clínica e obstétrica, além de uma escala que avalia a qualidade do sono, uma que avalia a sonolência diurna excessiva e uma última que avalia o estresse percebido. Todos esses instrumentos são relativos ao mês passado. A senhora será abordada no momento que aguarda a consulta de acompanhamento de pré-natal, ou logo após a mesma e a sua participação neste estudo é livre e deve durar em média 20 minutos.

Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para a realização deste estudo. A senhora tem o direito de sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar, sem que sua desistência possa prejudicar seu atendimento na rede pública ou privada de saúde. Finalmente informamos que sua identidade será preservada tanto durante a condução do estudo como quando publicado em periódicos científicos. A participação no estudo não trará nenhum custo à senhora. A senhora poderá fazer qualquer pergunta durante a leitura desse termo. Ressalto, que caso aceite participar, a senhora deverá assinar esse termo em duas vias, ficando uma via com a senhora e outra comigo.

Sinta-se livre para fazer qualquer pergunta durante a leitura desse termo de consentimento ou em qualquer momento do estudo, contatando os pesquisadores por meio do telefone (85) 985128445. Assim como, caso queira saber mais sobre os trâmites desse projeto, segue também o contato do comitê de ética da instituição (85) 33668569.

### CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_ RG n° \_\_\_\_\_, declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos e concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

**APÊNDICE B: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

( ) MEAC ( ) CEDEFAM

**I - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Telefone 1: \_\_\_\_\_ Telefone 2: \_\_\_\_\_

1. Número do prontuário: \_\_\_\_\_

2. Procedência: 1.( ) Capital 2.( ) Interior 3.( ) Outros estados

3. Idade (anos completos): \_\_\_\_\_ 4. Escolaridade (anos de estudo completos): \_\_\_\_\_

5. Renda familiar mensal: \_\_\_\_\_ 6. Nº de pessoas no domicílio: \_\_\_\_\_

7. Hábitos: 1.( ) Tabagismo 2.( ) Alcoolismo 3.( ) Outras drogas

8. Realiza atividade (ocupação): 1.( ) Sim 2.( ) Não 9. Qual? ( ) Do lar ( ) Estudante ( ) Outra, qual \_\_\_\_\_

10. Atividade remunerada? 1.( ) Sim 2.( ) Não 11. Local da atividade: ( ) No lar ( ) Fora do lar

12. Estado civil: 1.( ) Casada 2.( ) Solteira 3.( ) União estável 4.( ) Divorciada 5.( ) Viúva

13. Mora com companheiro? 1.( ) Sim 2.( ) Não

14. Raça auto referida: 1.( ) Negra 2.( ) Parda 3.( ) Amarela 4.( ) Branca 5.( ) Indígena

**II- dados clínicos e obstétricos**

15. Tipo de Pré-Natal: 1.( ) Risco Habitual 2.( ) Alto Risco

16. Se realiza Pré-Natal de Risco, motivo: \_\_\_\_\_

17. Local de realização do Pré-Natal: 1.( ) UBS 2.( ) Maternidade [MEAC] 3.( ) Ambos

18. Profissional que realiza o Pré-Natal: 1.( ) Médico 2.( ) Enfermeiro 3.( ) Ambos

19. IMC na última consulta: 1.( ) Obesidade 2.( ) Sobrepeso 3.( ) Adequado 4.( ) Baixo peso

20. G: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_ 21. PA na ultima consulta \_\_\_\_\_ mmHg

22. Tipos de Parto Anteriores: 1. Cesárea Nº ( ) 2. Vaginal Nº ( ) 3. Nenhum ( )

23. Tem filhos: 1.( ) Sim Quantos: \_\_\_\_\_ 2.( ) Não 24. Idade (s): 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

25. Idade do filho mais novo: \_\_\_\_\_ 26. Quantos filhos moram com você? \_\_\_\_\_

27. Idade Gestacional: \_\_\_\_\_

28. Tipo de gravidez: 1.( ) Única 2.( ) Gemelar 3.( ) Trigemelar 4.( ) Quadrigemelar 5.( ) Outra \_\_\_\_\_

29. Atividade física: 1.( ) Sim Qual(is) \_\_\_\_\_ 2.( ) Não

30. Intercorrências na gestação atual? 1.( ) Sim 2.( ) Não

31. Se sim, qual (is): 1.( ) Diabetes Mellitus 2.( ) Doença Hipertensiva 3.( ) Descolamento de Placenta 4.( ) Placenta Prévia 5.( ) ITU 6.( ) IST 7.( ) Outra, qual: \_\_\_\_\_

32. Resultados adversos em gestações anteriores? ( ) Sim ( ) Não

33. Se sim, qual (is): 1.( ) Morte fetal 2.( ) Aborto espontâneo 3.( ) Parto prematuro 4.( ) Óbito neonatal precoce 5.( ) Depressão pós-parto

34. Queixa (s) atual (is) na gestação? 1.( ) Sim 2.( ) Não

35. Se sim, qual (is): 1.( ) Náusea e/ou vômitos 2.( ) Tontura 3.( ) Pirose 4.( ) Cólicas 5.( ) Flatulência e obstipação intestinal 6.( ) Hemorróidas 7.( ) Disúria 8.( ) Urgência Miccional 9.( ) Nictúria 10.( ) Dispneia 11.( ) Ortopneia 12.( ) Mastalgia 13.( ) Lombalgia 14.( ) Cefaleia 15.( ) Cãimbras 16.( ) Ansiedade ( ) Fadiga ( ) Medo ( ) 17.( ) Outra, qual: \_\_\_\_\_

**III- dados DO SONO**

36. Queixa de sono anterior à gestação: 1.( ) Sim 2.( ) Não 37. Qual (is)? \_\_\_\_\_

38. Tem um lugar próprio para dormir? 1.( ) Sim Qual \_\_\_\_\_ 2.( ) Não

39. Dorme com alguém no mesmo quarto? 1.( ) Sim Quem \_\_\_\_\_ 2.( ) Não

40. Dorme com alguém na mesma cama/rede? 1.( ) Sim Quem \_\_\_\_\_ 2.( ) Não

41. Possui aparelhos eletrônicos no quarto? 1.( ) Sim Qual(is) \_\_\_\_\_ 2.( ) Não

42. Ambiente ruidoso? 1.( ) Sim 2.( ) Não

**ANEXO A – ESCALA DE PERCEÇÃO DE ESTRESSE-10 VERSÃO EM PORTUGUÊS  
DO BRASIL (EPS-10 – BR)**

As questões nesta escala perguntam a respeito dos seus sentimentos e pensamentos durante os **últimos 30 dias (último mês)**. Em cada questão indique a frequência com que você se sentiu ou pensou a respeito da situação.

1. Com que frequência você ficou aborrecido por causa de algo que aconteceu inesperadamente?  
(Considere os últimos 30 dias)  
[ 0 ]. Nunca [ 1 ]. Quase nunca [ 2 ]. Às Vezes [ 3 ]. Pouco frequente [ 4 ]. Muito frequente
2. Com que frequência você sentiu que foi incapaz de controlar coisas importantes na sua vida?  
(Considere os últimos 30 dias)  
[ 0 ]. Nunca [ 1 ]. Quase nunca [ 2 ]. Às Vezes [ 3 ]. Pouco frequente [ 4 ] Muito Frequente
3. Com que frequência você esteve nervoso ou estressado? (Considere os últimos 30 dias)  
[ 0 ]. Nunca [ 1 ]. Quase nunca [ 2 ]. Às Vezes [ 3 ]. Pouco frequente [ 4 ] Muito Frequente
4. Com que frequência você esteve confiante em sua capacidade de lidar com seus problemas pessoais? (Considere os últimos 30 dias)  
[ 0 ]. Nunca [ 1 ]. Quase nunca [ 2 ]. Às Vezes [ 3 ]. Pouco frequente [ 4 ] Muito Frequente
5. Com que frequência você sentiu que as coisas aconteceram da maneira que você esperava?  
(Considere os últimos 30 dias)  
[ 0 ]. Nunca [ 1 ]. Quase nunca [ 2 ]. Às Vezes [ 3 ]. Pouco frequente [ 4 ] Muito Frequente
6. Com que frequência você achou que não conseguiria lidar com todas as coisas que tinha por fazer? (Considere os últimos 30 dias)  
[ 0 ]. Nunca [ 1 ]. Quase nunca [ 2 ]. Às Vezes [ 3 ]. Pouco frequente [ 4 ] Muito Frequente
7. Com que frequência você foi capaz de controlar irritações na sua vida? (Considere os últimos 30 dias)  
[ 0 ]. Nunca [ 1 ]. Quase nunca [ 2 ]. Às Vezes [ 3 ]. Pouco frequente [ 4 ] Muito Frequente
8. Com que frequência você sentiu que todos os aspectos de sua vida estavam sob controle?  
(Considere os últimos 30 dias)  
[ 0 ]. Nunca [ 1 ]. Quase nunca [ 2 ]. Às Vezes [ 3 ]. Pouco frequente [ 4 ] Muito Frequente
9. Com que frequência você esteve bravo por causa de coisas que estiveram fora de seu controle?  
(Considere os últimos 30 dias)  
[ 0 ]. Nunca [ 1 ]. Quase nunca [ 2 ]. Às Vezes [ 3 ]. Pouco frequente [ 4 ] Muito Frequente
10. Com que frequência você sentiu que os problemas acumularam tanto que você não conseguiria resolvê-los? (Considere os últimos 30 dias)  
[ 0 ]. Nunca [ 1 ]. Quase nunca [ 2 ]. Às Vezes [ 3 ]. Pouco frequente [ 4 ] Muito Frequente

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFC - MATERNIDADE ESCOLA  
ASSIS CHATEAUBRIAND DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** COMPARAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO EM GESTANTES DE ALTO RISCO E RISCO HABITUAL

**Pesquisador:** Samia Monteiro Holanda

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 74027817.2.0000.5050

**Instituição Proponente:** Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.247.417

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da UF. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e correlacional, com coleta de dados a ser realizada no período de setembro a novembro de 2017 com gestantes de risco habitual atendidas no Centro de Parto Natural Lígia Barros Costa e com gestantes de alto risco atendidas no ambulatório de pré-natal da Maternidade Escola Assis chateaubriand. Para a avaliação do sono será utilizado o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) e a Escala de Sonolência de Epworth (ESE), que são instrumentos adaptados e validados para a população brasileira desde 2011, além da Escala de Estresse Percebido - PSS – 10- (também adaptada e validada para a população brasileira) e o instrumento para identificação do perfil sociodemográfico, clínico e obstétrico. Critério de Inclusão: Ser gestante, independente da idade gestacional, estar realizando o pré-natal de baixo risco no Centro de Parto Natural ou pré-natal de alto risco na Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Critério de Exclusão: Gestantes em uso de terapia para melhora do sono. Pretende uma amostra de 148 pacientes, sendo 74 de alto risco e o mesmo número de risco habitual. Não irá utilizar dados do prontuário.

#### Objetivo da Pesquisa:

A pesquisadora trás como objetivo Primário: Comparar a qualidade do sono entre gestantes de

**Endereço:** Rua Cel Nunes de Melo, s/n  
**Bairro:** Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270  
**UF:** CE **Município:** FORTALEZA  
**Telefone:** (85)3366-8569 **Fax:** (85)3366-8528 **E-mail:** cepmeac@gmail.com

UFC - MATERNIDADE ESCOLA  
ASSIS CHATEAUBRIAND DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.247.417

risco habitual e de alto risco e objetivo Secundário: Avaliar a qualidade do sono em gestantes de risco habitual e alto risco. Identificar a qualidade do sono em cada trimestre gestacional. Correlacionar os dados sociodemográficos, clínicos e obstétricos com a qualidade do sono.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Risco mínimo. Benefícios: Identificação da qualidade do sono na gestação

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Refere que respeitará os aspectos éticos segundo resolução 510/2016.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

TCLE cita o telefone do CEP MEAC, porém não cita o nome do referido CEP, tão pouco o endereço. Os demais termos seguem os critérios exigidos.

**Recomendações:**

Acrescentar o nome do CEP MEAC no TCLE com endereço.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado. Apenas com recomendação para acréscimo no TCLE o Nome do CEP MEAC e endereço.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O colegiado concorda com o relator

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_969777.pdf	21/08/2017 16:03:35		Aceito
Outros	TERMO_DE_CIENCIA_AMB_DE_RISCO.pdf	21/08/2017 16:01:49	Samia Monteiro Holanda	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA_MEAC.pdf	21/08/2017 15:56:34	Samia Monteiro Holanda	Aceito
Outros	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO.pdf	21/08/2017 15:54:33	Samia Monteiro Holanda	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	21/08/2017 15:52:50	Samia Monteiro Holanda	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_CONCORDANCIA.pdf	21/08/2017 15:51:34	Samia Monteiro Holanda	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	APENDICE_B_TCLE_final.pdf	21/08/2017 15:46:35	Samia Monteiro Holanda	Aceito

**Endereço:** Rua Cel Nunes de Melo, s/n  
**Bairro:** Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270  
**UF:** CE **Município:** FORTALEZA  
**Telefone:** (85)3366-8569 **Fax:** (85)3366-8528 **E-mail:** cepmeac@gmail.com



UFC - MATERNIDADE ESCOLA  
ASSIS CHATEAUBRIAND DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.247.417

Ausência	APENDICE_B_TCLE_final.pdf	21/08/2017 15:46:35	Samia Monteiro Holanda	Aceito
Outros	ANEXO_C_EPS_10.pdf	31/07/2017 11:14:28	Samia Monteiro Holanda	Aceito
Outros	ANEXO_B_ESS.pdf	31/07/2017 11:14:09	Samia Monteiro Holanda	Aceito
Outros	ANEXO_A_PSQI.pdf	31/07/2017 11:13:36	Samia Monteiro Holanda	Aceito
Outros	APENDICE_A_DADOS_SOCIODEMOG RAFICOS.pdf	31/07/2017 11:12:37	Samia Monteiro Holanda	Aceito
Orçamento	APENDICE_C_ORCAMENTO.pdf	31/07/2017 11:10:06	Samia Monteiro Holanda	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO DISSERTACAO_SAMIA_FI NAL.pdf	31/07/2017 11:08:20	Samia Monteiro Holanda	Aceito
Cronograma	APENDICE_D_CRONOGRAMA.pdf	31/07/2017 11:07:29	Samia Monteiro Holanda	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 30 de Agosto de 2017

Assinado por:  
Maria Sidneuma Melo Ventura  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Cel Nunes de Melo, s/n  
**Bairro:** Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270  
**UF:** CE **Município:** FORTALEZA  
**Telefone:** (85)3366-8569 **Fax:** (85)3366-8528 **E-mail:** cepmeac@gmail.com

