

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Faculdade de Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional**  
**Curso de Psicologia**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS NA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: PERFIL DAS  
PACIENTES ATENDIDAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**Janine Pestana Carvalho**

**Pelotas, 2018**

**Janine Pestana Carvalho**

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS NA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: PERFIL DAS  
PACIENTES ATENDIDAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Airi Macias Sacco

Coorientadora: Amanda de Oliveira Ferreira Leite

Pelotas, 2018

Janine Pestana Carvalho

ASPECTOS PSICOLÓGICOS NA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: PERFIL DAS  
PACIENTES ATENDIDAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado, como requisito parcial, para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia, Faculdade de Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa: 31/07/2018

Banca examinadora:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Airi Macias Sacco (Orientadora)

Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Laura Sica Cruzeiro Szortyka

Doutora em Saúde e Comportamento pela Universidade Católica de Pelotas

---

Psicóloga Me. Doralúcia Gil da Silva

Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## **Agradecimentos**

Primeiramente, agradeço à minha família por sempre ser abrigo, conforto e amor. Em especial a minha irmã Silene, por compartilhar comigo estes anos de estudos, por me entender tão bem e sempre me encorajar.

Agradeço imensamente ao meu namorado Maique, por ter sido minha fortaleza nos dias mais difíceis e minha companhia na felicidade de cada conquista.

Aos meus professores, por todas as trocas de experiências e por sempre serem tão dedicados na formação de profissionais éticos e qualificados. Em especial à minha orientadora professora Airi Macias Sacco, pela medida certa de compreensão e por sempre incentivar meus voos.

Aos meus colegas pela potência de nossos encontros, por todos os saberes compartilhados e pelos laços de amizade construídos.

Aos meus amigos por compreenderem minhas ausências, ofertarem uma presença sempre sensível frente às minhas angústias e me proporcionarem momentos tão especiais. Nossos encontros, mesmo que mais difíceis ao longo da graduação, me deram a energia necessária para a conclusão desta jornada.

À minha banca de qualificação do projeto de pesquisa, Thaíse Mondin e Doralúcia da Silva, pelo olhar crítico, ao mesmo tempo tão sensível frente às inquietações que motivaram essa pesquisa e por todas as contribuições feitas.

À minha coorientadora Amanda Leite, por toda atenção que a mim dispensou desde nosso primeiro encontro no Estágio Específico I e por toda experiência de atuação no setor de obstetrícia que comigo compartilhou.

A todos os profissionais da unidade de atenção psicossocial do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, por serem sempre tão acolhedores e atenciosos com o desenvolvimento de minha pesquisa. Em especial à Luciana Mecking, pela disponibilidade e apoio para a realização de meu trabalho.

Ao Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, por possibilitar práticas de ensino, extensão e pesquisa, tornando-se um espaço tão enriquecedor para minha experiência pessoal e profissional.

Às gestantes e puérperas que encontrei ao longo de minha graduação, por se permitirem compartilhar a multiplicidade de suas vivências me causando tantas inquietações em busca de uma assistência qualificada.

E por último, serei sempre grata à vida pelas experiências tão ricas em afetos que têm me proporcionado.

*Que a força do medo que tenho  
não me impeça de ver o que anseio  
que a morte de tudo em que acredito  
não me tape os ouvidos e a boca  
pois metade de mim é o que eu grito  
a outra metade é silêncio...*

*(Oswaldo Montenegro)*

**Resumo:** O objetivo desta pesquisa foi traçar o perfil das pacientes que internam no setor obstétrico de um Hospital Universitário localizado no sul do Brasil, visando identificar as singularidades que representam as gestantes e puérperas atendidas pela instituição e colaborar com o planejamento e execução de ações de cunho psicológico. Trata-se de uma pesquisa documental, retrospectiva e do tipo descritiva, de caráter quali-quantitativo. Os resultados obtidos apontaram para um perfil de pacientes com marcadores de risco expressivos em relação ao desenvolvimento saudável da gestação. Quanto aos aspectos psicológicos identificou-se sofrimento psíquico resultante do período gestacional vivenciado, das intercorrências enfrentadas, dos cuidados de saúde com o recém nascido, e do rompimento da idealização tanto da gestação quanto da maternidade considerada perfeita.

**Palavras-chave:** Gestação de alto risco; Puerpério; Aspectos psicológicos; Perfil de pacientes.

## Sumário

<b>Introdução .....</b>	<b>7</b>
Aspectos Psicológicos na Gestação de Alto Risco .....	7
Perfil de pacientes obstétricas.....	9
<b>Método .....</b>	<b>11</b>
Questões Éticas .....	11
Análise dos dados .....	12
<b>Resultados e discussão.....</b>	<b>12</b>
Perfil das pacientes .....	13
Aspectos psicológicos relacionados à gestação .....	16
<b>Considerações finais .....</b>	<b>19</b>
<b>Referências .....</b>	<b>21</b>

## **Introdução**

O período em que acontecem a gravidez e o puerpério envolve diversas mudanças na vida das mulheres, nos âmbitos físico, emocional, familiar e social (Arrais, Cabral, & Martins, 2012). Na maioria dos casos, a gestação evolui sem intercorrências. No entanto, uma parte das gestantes sofre com o agravamento de uma doença pregressa à gestação ou com o desenvolvimento de alguma doença durante este período e, em decorrência disso, passa a apresentar maiores probabilidades de evolução desfavorável para o feto e para a mãe, caracterizando o grupo chamado de “gestantes de alto risco” (Brasil, 2012).

Uma parcela da morbidade e mortalidade em todo o mundo é resultante de complicações apresentadas durante a gestação, constituindo um problema importante no âmbito da saúde pública (Morais et al. 2017), o que também justifica a atenção que se vêm dedicando a essa parte da população. Além disso, a busca pela humanização da assistência prestada à gestante durante a gravidez e o parto exige um olhar mais atento das diferentes áreas de saúde envolvidas no cuidado (Sarmiento & Setúbal, 2003).

A assistência prestada durante o pré-natal pressupõe uma avaliação dinâmica, capaz de identificar fatores de risco e problemas presentes na gestação, buscando minimizar os desfechos negativos das gestações de alto risco. Alguns fatores de risco podem ser identificados antes mesmo da gravidez, tais como características individuais, condições sociodemográficas desfavoráveis, história reprodutiva anterior e condições clínicas preexistentes da mulher. Durante a gravidez, as condições que levam a uma gestação de alto risco podem estar relacionadas com a exposição a fatores que causam anomalias uterinas, doenças obstétricas desenvolvidas na gravidez atual e intercorrências clínicas durante a gestação (Brasil, 2012). A constatação da existência de fatores de risco anteriores e durante a gestação exige dos profissionais de saúde ações de prevenção e promoção de saúde para o período grávido-puerperal.

Diante do diagnóstico de alto risco, as pacientes, em geral, precisam mudar alguns hábitos (Oliveira & Madeira, 2011), o que pode tornar o processo ainda mais difícil. Tendo isso em vista, os manuais do Ministério da Saúde enfatizam a importância da atuação de uma equipe multidisciplinar, composta por profissionais de Enfermagem, Psicologia, Nutrição, Serviço Social, entre outros, que realizem um trabalho articulado e coeso com a demanda da paciente (Caldas, Silva, Böing, Crespalidi, & Custódio, 2013).

### **Aspectos Psicológicos na Gestação de Alto Risco**

Durante a gravidez, o corpo, as percepções, as sensações e os sentimentos estão em constante mudança. As angústias perante o futuro, os medos e incertezas, principalmente



quando somados a uma gestação de risco, acabam trazendo para as mulheres uma grande carga de tensão tanto física quanto mental. O próprio rótulo “alto risco” pode resultar em dificuldades emocionais durante a gestação (Brasil, 2012). Além disso, o período gravídico-puerperal é a fase de maior incidência de transtornos psíquicos entre as mulheres, demandando uma atenção especial para manter ou recuperar o bem-estar (Falcone, Mäder, Nascimento, Santos, & Nobrega, 2005).

O interesse demonstrado pela comunidade científica no período gestacional e na maternidade é cada vez maior, e está relacionado às mudanças morfológicas, funcionais e psicológicas, bem como aos ajustes e reestruturações desencadeados por estas mudanças (Morais et al. 2017). Embora os estudos já tenham avançado muito em relação à produção de conhecimentos acerca da saúde mental da mulher no período gravídico-puerperal, as singularidades que envolvem os aspectos psicológicos ainda requerem atenção. A intensidade das alterações psicológicas durante a gestação pode estar relacionada a diversos fatores, como as relações familiares, conjugais, sociais, culturais ou a própria personalidade da gestante/puérpera (Vieira & Parizotto, 2013).

A exposição a fatores de risco também pode estar associada às alterações psicológicas vivenciadas durante o período gestacional. A utilização de drogas lícitas e ilícitas, por exemplo, é um fator de risco presente antes da gestação e que pode ter relação direta com complicações presentes durante a gravidez. O uso de substâncias que alterem o funcionamento normal do organismo pode prejudicar as adaptações e reestruturações físicas e psicológicas exigidas pelo momento (Brasil, 2012). Também é preciso considerar os antecedentes psiquiátricos das pacientes. Diagnósticos anteriores de transtornos podem revelar pré-disposição à sintomatologia psiquiátrica diante de situações estressoras, como a gestação e a maternidade, exigindo maior assistência por parte da equipe (M. N. Baptista, A. S. D. Baptista & Torres, 2006). Torna-se fundamental, portanto, considerar os aspectos emocionais presentes neste período, buscando fortalecer psicologicamente a paciente e prevenir recaídas ao adoecimento psiquiátrico.

Ainda como influência direta sobre os aspectos emocionais presentes no período gravídico e puerpério podemos citar, entre outros, o histórico reprodutivo da paciente. Os números de cesáreas e abortamentos anteriores é um dos indicadores de risco presentes antes da gestação (Brasil, 2012). Considerar o histórico de perdas fetais, algo comum em meio a gestações de alto risco, é importante para o planejamento de uma assistência que dê conta dos âmbitos fisiológicos, psicológicos e sociais das pacientes.

Outra característica importante ao se pensar na assistência prestada às pacientes que enfrentam uma gestação de alto risco é o desenvolvimento do vínculo mãe-bebê que, neste contexto, está diretamente relacionado com o suporte social e com o apoio de profissionais de saúde durante o período gestacional (Morais et al. 2017). Analisar como se dá este processo pode favorecer e ampliar o conhecimento sobre os atravessadores e facilitadores do desenvolvimento do vínculo.

É importante ressaltar que uma gestação, mesmo não planejada, tende a ser idealizada tanto pela família quanto pela gestante. Assim, quando ocorrem intercorrências, podem surgir sentimentos negativos, tais como sensação de impotência, insegurança, medo, culpa, raiva, luto e desânimo. No contexto da gestação de alto risco estes sentimentos ficam ainda mais evidentes, pois, além do fim da gestação idealizada, muitos casos evoluem para um nascimento prematuro, e envolvem um parto e uma maternagem diferentes daquilo que foi elaborado pela paciente (Arruda & Marcon, 2007). O rompimento dessa idealização, aliado à ausência de assistência familiar e/ou técnica, pode desencadear sofrimento psíquico e diagnósticos psiquiátricos.

### **Perfil de pacientes obstétricas**

Embora tenha sido reduzida significativamente nos últimos anos no Brasil, a taxa de mortalidade materna ainda é uma questão relevante na área da saúde pública, principalmente pelo fato de a maioria das mortes serem por causas consideradas evitáveis. Além disso, as questões de saúde maternas são sensíveis às desigualdades sociais, às situações de vulnerabilidade e à dificuldade no acesso a serviços de saúde adequados (Xavier, Jannotti, Silva & Martins, 2013). Essas informações expõem a necessidade de estudos que sejam capazes de identificar marcadores de risco nos diferentes âmbitos de assistência à saúde.

A pesquisa de Xavier et al. (2013), por exemplo, ao analisar o perfil de gestantes matriculadas em um serviço de pré-natal de alto risco, apontou associação entre renda familiar baixa e malformações fetais, gravidez antes dos 15 anos e HIV. Por outro lado, houve relação entre renda familiar mais elevada com gravidez acima dos 35 anos, malformações fetais e doenças ginecológicas. Nessa pesquisa se evidenciou a necessidade de obtenção de maior conhecimento sobre o perfil de risco reprodutivo no Brasil e sua distribuição conforme características sociodemográficas, visando ao aperfeiçoamento das práticas assistenciais de saúde.

Rezende e Souza (2012), ao avaliar a qualidade de vida em gestantes diagnosticadas com alto risco, encontraram associações entre variáveis sociodemográficas e desconfortos emocionais. Neste estudo, as gestantes solteiras apresentaram índices mais baixos de

qualidade de vida do que as gestantes casadas. O número de filhos também teve impacto sobre essa variável: quanto maior o número de filhos, pior foi a qualidade de vida percebida. Diante disso, os autores demonstraram a necessidade da realização de acompanhamento, por meio de programas especiais inseridos no pré-natal, que contribuam no enfrentamento da gestação de alto risco.

Caldas et al. (2013), ao inserir um Serviço de Psicologia em um ambulatório de pré-natal de alto risco em um hospital geral, levantaram, através de fichas de registros, os dados que caracterizam o perfil das pacientes atendidas. Nos primeiros dois meses de atendimento, as autoras identificaram associação entre gestação de alto risco e gravidez na adolescência e tardia (mais de 35 anos), vulnerabilidade social, doenças hipertensivas prévias ou desenvolvidas na gestação, malformações fetais e HIV. Em relação aos aspectos emocionais, a pesquisa indicou que a maioria das gestações não havia sido planejada, que havia a ocorrência de conflitos familiares que interferiam na vivência da maternidade, e que uma parcela das pacientes tinha transtorno depressivo. Diante disso, o estudo reafirmou a importância do suporte psicológico no serviço, tendo em vista que, diante das intercorrências do período gravídico-puerperal, a mulher pode entrar em sofrimento psíquico.

Em um estudo realizado com pacientes de 18 a 36 anos, que buscou compreender as alterações psicológicas decorrentes do período gravídico (Vieira & Parizotto, 2013), não foi encontrada relação entre a ocorrência de gestações não planejadas e o desenvolvimento de alterações psicológicas. Por outro lado, a pesquisa evidenciou relação entre baixo suporte emocional com alterações psicológicas. Diante dos resultados obtidos, as autoras expuseram a importância da elaboração de programas de saúde que proporcionem suporte emocional para pacientes que estejam no período gravídico-puerperal.

Com base em todos os elementos expostos, o objetivo desta pesquisa foi traçar o perfil das pacientes que internam no setor obstétrico de um hospital universitário localizado no sul do Brasil. Essa instituição possui um serviço consolidado de psicologia, que atua em diferentes cenários de saúde, dentre os quais está a linha de cuidado à saúde materno-infantil, a qual oferece atendimento especializado para a obstetrícia de alto risco, tanto ambulatorial quanto para internação. Este estudo surgiu a partir da necessidade da criação de um banco de dados que possa servir como ponto de partida para a identificação tanto das características gerais quanto das singularidades que representam as gestantes e puérperas atendidas por esta instituição. Além disso, visa colaborar com o planejamento e execução de ações de cunho psicológico, possibilitando melhor adequação às demandas reais das pacientes internadas.

## Método

Esta é uma pesquisa documental, retrospectiva e do tipo descritiva, de caráter quali-quantitativo. Foram incluídos no estudo os dados de 156 pacientes gestantes e puérperas, com idade média de 27,9 anos ( $dp=7,62$ ), que enfrentaram uma gestação de alto risco e que passaram pelo processo de triagem psicológica durante a internação no setor de obstetrícia no período de abril a outubro 2017. Durante este período, a equipe de psicologia que atuava no setor de obstetrícia do hospital adotou uma ficha de triagem psicológica específica, de onde foram retirados os dados analisados neste estudo.

Elaborada pela equipe de psicologia do setor para melhor se adequar à realidade da instituição, a ficha de triagem psicológica teve como base o modelo utilizado por Dias e Radomile (2006). Esse instrumento abrange questões sobre os dados de identificação das pacientes (idade, endereço, estado civil, religião, escolaridade, profissão), internação e diagnóstico (motivo da internação, histórico de tratamentos psicológicos e psiquiátricos), aspectos cognitivos (exame do estado mental), aspectos afetivo-emocionais (exame do estado mental), utilização de drogas lícitas e ilícitas, procedimento adotado pelos profissionais de psicologia, e encaminhamentos feitos à paciente, entre outras questões.

Também foi utilizada uma ficha de dados complementares, referente aos aspectos psicológicos relacionados à gestação. Essa ficha, criada pela psicóloga responsável pelos atendimentos na unidade obstétrica da instituição, também era preenchida durante a realização da triagem psicológica das pacientes no setor de obstetrícia e compreende dados sobre a gravidez e o puerpério, as complicações e patologias presentes, o histórico reprodutivo da paciente, informações sobre a amamentação e sobre o vínculo mãe-bebê. O objetivo era aprofundar, a partir de respostas descritivas, os aspectos emocionais que estão envolvidos com o período gravídico-puerperal vivenciado pela paciente.

### *Questões éticas*

Este estudo foi aprovado por comitê de ética em pesquisa, sob parecer número 2.637.483. Além disso, a pesquisa passou pela análise do setor de ensino do hospital, que autorizou sua realização. Apesar de a coleta de dados ter sido apenas documental, e portanto não requerer a utilização de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram assegurados todos os aspectos éticos que norteiam pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a resolução Nº 466 (Brasil, Conselho Nacional de Saúde, 2013). Para garantir a confidencialidade das informações de cada paciente, as fichas de triagem psicológica não foram retiradas do hospital em nenhum momento. Além disso, nenhuma pessoa foi ou será identificada, visto que as análises envolvem o conjunto dos dados, e não pacientes específicas.

Ademais, o arquivo com os dados digitalizados foi entregue ao setor de psicologia do hospital, que até então contava apenas com as informações registradas em papel.

#### *Análise dos dados*

Para a análise quantitativa dos dados, foram utilizadas estatísticas descritivas, que tiveram como objetivo identificar as características das pacientes. Já as questões da triagem que envolviam respostas descritivas sobre os aspectos psicológicos presentes nas pacientes, foram analisados qualitativamente através do método de análise de conteúdo (Bardin, 1977). O processo de análise utilizado foi do tipo categórica e foi estruturada em seis etapas: preparação das informações, transformação do conteúdo em unidades, classificação das unidades em categorias, identificação de subcategorias, descrição e interpretação dos resultados (Moraes, 1999).

Na etapa de preparação das informações, os dados foram tabulados conforme estavam descritos nas fichas. Na segunda etapa esses dados foram transformados em unidades, considerando informações relevantes e que se repetiam. Essas unidades foram posteriormente transformadas em categorias, ou seja, nessa pesquisa as categorias emergiram dos resultados, não foram previamente estipuladas. Após a definição das categorias, foram identificadas subcategorias. No que diz respeito à interpretação dos dados, última etapa da análise qualitativa, as pesquisadoras fizeram inferências e as relacionaram conforme sua percepção sobre as informações. Essa última etapa revela uma das singularidades da análise de conteúdo, a impossibilidade de uma leitura neutra (Moraes, 1999). Nesse sentido, é importante ressaltar que os resultados descritos na próxima seção contemplam as informações mais relevantes para o objetivo da pesquisa apresentada neste artigo, o que significa que não foram esgotadas todas as possibilidades de análise.

Também é importante destacar que a ficha de dados complementares, assim como todo o procedimento de triagem, era preenchida pelo profissional em psicologia a partir das respostas das pacientes. No entanto, cada profissional poderia ter uma percepção diferente frente à narrativa das pacientes, tornando as respostas descritivas um espaço de múltiplas possibilidades. Diante disso, a escolha por um método qualitativo de análise foi feita a fim de atingir um nível de compreensão mais aprofundado a respeito dos aspectos psicológicos frente aos fenômenos sociais gestação e puerpério.

### **Resultados e discussão**

No período em que ficou delimitada a pesquisa, foram realizadas 164 triagens com pacientes que estiveram internadas no setor de obstetrícia do hospital. Deste número, oito

pacientes não se encaixavam no diagnóstico de gestação de alto risco, estando internadas apenas para a realização do parto, e por este motivo foram excluídas da pesquisa. A amostra final ficou composta por 156 pacientes, sendo 52% ( $n=79$ ) gestantes e 48% ( $n=73$ ) puérperas. Os resultados obtidos serão apresentados em duas seções: a primeira, denominada “perfil das pacientes”, terá como base a ficha de triagem; a segunda, “aspectos psicológicos relacionados à gestação”, contemplará as informações retiradas da ficha de dados complementares.

#### *Perfil das pacientes*

As pacientes que compuseram a amostra tinham idade mínima de 14 anos e máxima de 47. O Ministério da Saúde (2012) indica a idade como um dos marcadores de risco anteriores à gravidez. Enquanto a adolescência em si não é um fator de risco para a gestação, existe a possibilidade de estar atrelada a riscos psicossociais e imaturidade emocional. Já a gestação a partir dos 35 anos está associada ao aumento da possibilidade de riscos, tanto por problemas genéticos no feto, quanto por agravamento de doenças maternas, tais como diabetes e hipertensão arterial (Rezende & Souza, 2012).

Quanto ao estado civil, 56,4% ( $n=84$ ) das pacientes se declararam solteiras e 30,9% ( $n=46$ ) casadas. Nas opções apresentadas no instrumento não estava incluída a categoria “união estável” ou “morando junto”, não possibilitando uma análise precisa sobre a porcentagem de pacientes que não possui convivência familiar com outra pessoa, seja ela pai do bebê ou não. No entanto, a maioria das pacientes referiu morar junto a um cônjuge, sendo 36,8% ( $n=56$ ) residindo com cônjuge e filhos, 27,6% ( $n=42$ ) apenas com cônjuge e 4,6% ( $n=7$ ) com pais e cônjuge. O restante das participantes mencionou residir sozinha ou com outros familiares, sem a presença de um cônjuge.

A avaliação do estado civil é considerada um marcador importante em estudos que traçam o perfil de gestantes, pois está relacionada a um maior suporte familiar (Vieira & Parizotto, 2013). De maneira geral, uma situação conjugal estável indica a oportunidade de divisão de preocupações, medos e responsabilidades relacionados ao filho com o parceiro. Da mesma forma, há evidências de que a gravidez evolui melhor quando compartilhada com um(a) companheiro(a) (Rezende & Souza, 2012). No entanto, as relações conjugais não são a única forma de avaliar o suporte familiar e emocional, tendo em vista que a dinâmica familiar na qual a gestante/puérpera está inserida pode proporcionar relações afetivas satisfatórias. Para os profissionais que preencheram as triagens, 86,9% ( $n=113$ ) das participantes contavam com dinâmica familiar e apoio social adaptativos.

No que diz respeito à escolaridade, 26,5% ( $n=39$ ) das pacientes declararam não ter completado o ensino fundamental, seguido de 22,4% ( $n=33$ ) com ensino médio completo e

20,4% ( $n=30$ ) incompleto, o que indica um baixo nível de escolaridade. Alguns estudos, como o de Rezende e Souza (2012), correlacionam a baixa escolaridade com dificuldades nos cuidados com a gestação, tais como a não assiduidade às consultas de pré-natal e o descuido com a saúde física e mental do binômio mãe-filho. Também pode haver dificuldade para compreender os termos técnicos utilizados pela equipe médica, os procedimentos adotados e até mesmo as intercorrências enfrentadas.

Com relação à religiosidade, 41% ( $n=57$ ) das pacientes declararam não ter uma religião específica. No contexto da gestação de alto risco, a espiritualidade ou crença religiosa pode constituir um importante recurso de encorajamento diante dos sofrimentos causados pelas intercorrências e pelos riscos gravídicos (Dourado & Pelloso, 2007). Contudo, a ficha de triagem analisada neste estudo não contempla a existência de fé independente da religião, limitando as possibilidades de exploração desse dado.

A maior parte das pacientes (mais de 70% da amostra) mencionou não fazer uso de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas. Enquanto 23,7% ( $n=32$ ) disseram fazer uso de álcool, 24,3% ( $n=33$ ) relataram ser tabagistas e 3,8% ( $n=5$ ) fazer uso de algum tipo de droga ilícita. A dependência dessas substâncias é um marcador de risco preexistente à gestação e pode ter relações diretas com as intercorrências enfrentadas neste período (Brasil, 2012). Como essa informação é bastante disseminada entre a população, é preciso considerar a possibilidade de que o uso dessas substâncias tenha sido omitido por parte de algumas gestantes. Ainda assim foi expressivo o número de pacientes que se declararam usuárias de algum tipo de droga, lícita ou ilícita, o que indica a importância de as equipes de saúde ficarem atentas a essa questão.

Ainda no que diz respeito a fatores de risco para a gestação, 75,2% ( $n=100$ ) das pacientes declararam não possuir histórico de abortos. Além disso, 40,1% ( $n=57$ ) vivenciavam sua primeira gestação. É comum que as intercorrências gestacionais que levam ao diagnóstico de gestação de alto risco sejam elaboradas de forma negativa pelas gestantes. Nos casos de gestação do primeiro filho, esse sentimento pode ser exacerbado, visto que a surpresa do diagnóstico pode associar-se à sensação de perda, impotência, e incapacidade de gerar uma criança no tempo e na forma ideais (Arruda & Marcon, 2007). Quando fogem do controle, esses sentimentos podem ter influência negativa sobre a saúde mental da mulher. Com relação a isso, 30,4% ( $n=45$ ) das gestantes afirmaram já ter realizado tratamento psicológico em algum momento da vida, 17,7% ( $n=26$ ) tratamento psiquiátrico e 36,5% ( $n=57$ ) já ter tomado alguma medicação psiquiátrica. Essas informações, além de importantes marcadores de risco para o surgimento de fragilidades emocionais durante a gestação, podem

ser consideradas fatores de risco também para o desenvolvimento de depressão pós-parto (Sarmiento & Setubal, 2003).

Outro elemento que pode favorecer o desenvolvimento de alterações psicológicas e influenciar negativamente o progresso gestacional é o fato de a gestação não ter sido planejada (Vieira & Parizotto, 2013). Dentre as pacientes que passaram pela triagem psicológica, 59,7% ( $n=86$ ) revelaram não terem planejado engravidar. A aceitação da gestação parece estar diretamente relacionada com o fato de ela ter sido desejada ou planejada. No entanto, é interessante notar que muitos autores defendem a ideia de que, salvo em casos de violências sexuais, as gestações não planejadas podem ter sido inconscientemente desejadas (Arruda & Marcon, 2007).

Com relação aos aspectos afetivos-emocionais das pacientes, a ficha de triagem possibilita a avaliação do estado de humor, e permite o registro da presença de sentimentos negativos de ansiedade, insegurança/medo, culpa, raiva, luto, desânimo e desesperança. Das pacientes avaliadas, 40% ( $n=52$ ) apresentaram pelo menos um desses sentimentos. Esse resultado é compatível com o encontrado na literatura, que aponta a gravidez como um fator gerador de ansiedade e que favorece o surgimento de perturbações emocionais e/ou distúrbios do humor (Falcone et al., 2005).

Sentimentos como ansiedade, insegurança e medo tendem a aumentar com a proximidade do parto. Das gestantes que internaram no período da pesquisa, 80% ( $n=64$ ) estavam no terceiro trimestre gestacional. Considerando que enfrentavam uma gestação de alto risco, a presença desses sentimentos torna-se ainda mais natural. Soma-se a isso o temor pela mudança na rotina e pelas responsabilidades que serão assumidas frente ao bebê (Rezende & Souza, 2012). Outros fatores que podem estar relacionados à presença de sentimentos negativos nas participantes gestantes é a internação em um momento tão importante de organização para a chegada do bebê e, o distanciamento do meio familiar e social provocado pela hospitalização.

Quanto ao puerpério, período pós-parto que se prolonga até a retomada do organismo as condições anteriores à gestação, pelo menos as primeiras 48 horas são vivenciadas no ambiente hospitalar. Esse período é marcado pela presença de sentimentos ambivalentes quanto à maternidade, principalmente ocasionados pelo rompimento da idealização tanto quanto ao bebê como pela figura materna que espera ser. As dificuldades enfrentadas frustram as expectativas da “mãe perfeita”, e o sofrimento das puérperas necessita ser acolhido pela equipe de saúde e meio familiar de forma que o suporte oferecido possa prevenir futuros transtornos pós-parto e promover o desenvolvimento adequado do vínculo mãe-bebê



(Almeida & Arrais, 2016). Embora o diagnóstico de transtornos não seja feito no puerpério imediato (primeiros dias pós-parto), esse é um momento importante no qual o trabalho de prevenção e promoção de saúde pode possuir prognósticos positivos.

*Aspectos psicológicos relacionados à gestação*

A ficha de dados complementares contém as seguintes questões norteadoras para a entrevista: Planeja amamentar? Amamentou outros filhos? Está tendo alguma dificuldade? Como se sentiu ao descobrir a gravidez? Quais os sentimentos e pensamentos presentes? Há planejamento quanto à chegada do bebê? Como se sente em relação à maternidade?, além de um campo aberto para observações gerais. A partir da análise do conteúdo das fichas, emergiram nove categorias, apresentadas na tabela 1. Em um segundo momento, para a formulação de subcategorias, levou-se em consideração unidades de respostas que surgiram em pelo menos 10% dos casos. A discussão a respeito das categorias e subcategorias foi construída na ordem de maior a menor frequência.

Tabela 1

*Categorias e suas respectivas frequências*

<b>Categorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Vínculo mãe-bebê	99	63,4%
Descoberta da gestação	78	50%
Dificuldades na amamentação	30	41%
Dinâmica familiar	31	19,9%
Preocupações / medos	28	17,9%
Internação hospitalar	25	16%
Dificuldades com o bebê	11	15,1%
Mudanças em razão da gestação	20	12%
Maternidade	15	9,6%

**Vínculo mãe-bebê.** Por ser um dos principais pontos referentes à psicodinâmica do período gravídico-puerperal, aspectos sobre vínculo mãe-bebê foram indicados na maioria das fichas (63,4%  $n=99$ ). As anotações dos profissionais da psicologia se concentraram em quatro

subcategorias: interação com o bebê, organização para a chegada da criança, processo de assimilação/aceitação da gravidez, e demonstração de felicidade. As subcategorias evidenciam a busca do profissional por características que apontem para o desenvolvimento do vínculo e possíveis dificuldades nessa construção, visto que o vínculo mãe-bebê começa a se constituir já no período pré-natal e, está relacionado basicamente com as expectativas que a mãe tem sobre o feto e a interação que estabelece com ele. Frente às intercorrências de uma gestação de alto risco, a fragilidade emocional da paciente pode ter influência na dificuldade no desenvolvimento do vínculo (Caldas et al., 2013). Colaborando com essas informações, na ficha de uma das pacientes que encontraram dificuldades na construção do vínculo foi retirado o seguinte apontamento: *“Relatou que a gestação não está sendo como ela esperava em função das complicações de saúde e, por isso, não consegue se sentir tão feliz em relação à gravidez, o que não é entendido pelas pessoas com quem convive.”* (Ficha 089).

**Descoberta da gestação.** O momento em que a gravidez é descoberta, bem como todo o primeiro trimestre de gestação, é apontado como o período de aceitação e assimilação da gestação e futura maternidade. O impacto do diagnóstico da gravidez pode proporcionar às mulheres a vivência de diversos sentimentos, e muitos deles revelam a ambivalência frente à gravidez (Sarmiento & Setúbal, 2003). As duas subcategorias encontradas na categoria descoberta da gestação, “sentiu-se assustada ou com medo” e “sentiu-se feliz” reafirmam essas percepções e de certa forma demonstram a amplitude de possibilidades de sentimentos neste período da vida. Mesmo em gestações planejadas os sentimentos de susto e medo são os mais relatados pelas pacientes. Em uma das fichas, por exemplo, constava a seguinte informação: *“Mesmo sendo uma gravidez planejada ficou um pouco assustada quando descobriu, relatou que a ‘ficha demorou a cair’.”* (Ficha 071).

**Dificuldades na amamentação.** As dificuldades na amamentação foram apresentadas por 41% ( $n=30$ ) das puérperas. Apesar de apenas uma subcategoria formal ter emergido, “dificuldades não especificadas”, também foram identificados problemas relativos a seios machucados, bebê internado na UTI Neonatal, necessidade de leite complementar, impossibilidade de amamentar, dificuldade na pega, e lábio leporino. Os achados, além de ilustrar alguns dentre os diferentes motivos pelos quais surgem as dificuldades e impossibilidades na amamentação, também demonstram a possibilidade de sofrimento psíquico frente a essas intercorrências: *“Está com bastante dificuldade. Seio machucado e sentimento de incapacidade e decepção.”* (Ficha 016).

**Dinâmica familiar.** A dinâmica familiar na qual a gestante/puérpera está inserida está diretamente relacionada com os aspectos emocionais e sociais que influenciam a ocorrência

saudável da gestação. Conflitos na dinâmica familiar podem ser preditores de baixo suporte emocional e social. Essa falta de apoio, por sua vez, está relacionada a alterações psicológicas durante a gestação e o puerpério (Vieira & Parizotto, 2013). Além disso, a própria aceitação da gestação e o desenvolvimento do vínculo com o bebê podem ser influenciados pela dinâmica familiar. No caso específico dos dados dessa pesquisa, a categoria dinâmica familiar foi subdividida em duas subcategorias: “apoio familiar no planejamento do bebê” e “dificuldades nas relações familiares”. Os trechos a seguir representam, respectivamente, cada uma delas: *“Sente-se estressada com a dinâmica familiar a qual está submetida desde que se casou. Falou que não teve paz durante sua gestação e que em nenhum momento conseguiu se curtir grávida.”* (Ficha 003). *“Relatou que o apoio da mãe, irmãos e filhos ajudaram na aceitação [da gravidez] e que agora está muito tranquila em relação aos filhos.”* (Ficha 086).

**Preocupações/medos.** Como relatado anteriormente, a maioria das gestantes da pesquisa estava no terceiro trimestre gestacional. Assim, a maior parte das preocupações e medos registrados representam as ansiedades que se intensificam frente à proximidade do parto, tais como medo da dor, de complicações e possibilidade de morte, e também o medo do nascimento prematuro do bebê (Sarmiento & Setúbal, 2003). Como exemplo, podemos utilizar uma unidade retirada de uma ficha, *“A gestante relata estar com medo da cesárea, medo que aconteça alguma complicação com o bebê.”* (Ficha 137).

**Internação hospitalar.** A gestação constitui um momento da vida nas mulheres que pode se tornar estressante física e mentalmente, principalmente quando associado a pressões sociais (Vieira & Parizotto, 2013). No ambiente hospitalar, essas pressões podem estar relacionadas a situações estressoras como a mudança na rotina, o afastamento social e de pessoas significativas, a perda da individualidade e o compartilhamento forçado de espaços físicos, intimidades e emoções com pessoas totalmente desconhecidas e com hábitos distintos, além do agravamento da sensação de fragilidade (Quevedo et al, 2006; Espinha, 2007). A internação em um hospital, por si só, já pode ser considerada um estressor (Quevedo et al, 2006). Nesse contexto, os elementos mais frequentes nos relatos das pacientes foram incomodo com a dinâmica hospitalar e resistência à internação. A internação hospitalar traz concretude ao diagnóstico de gestação de alto risco. Para muitas mulheres e famílias, a hospitalização é o sinalizador de que, de fato, a gestação apresenta riscos à vida (Arruda & Marcon, 2007). Essa constatação rompe com a gestação idealizada e, por outro lado, favorece o entendimento da importância dos cuidados com a saúde. Uma das formas de aceitar a internação é pensando no bem-estar da mãe e do bebê. *“Está tranquila, diz que se sente bem aqui, pois o hospital tem recursos para atendê-la.”* (Ficha 046).

**Dificuldades com o bebê.** Quanto às puérperas que se encontravam hospitalizadas no período da pesquisa, outras dificuldades, além das apresentadas na amamentação, foram mencionadas. A principal delas está relacionada à fototerapia. Este procedimento, embora seja comum no tratamento de icterícia, gera muita angústia nas pacientes, que por vezes o encaram como uma ameaça ao bem-estar no bebê. *“Diz que não consegue dormir preocupada com o bebê na incubadora. Tem medo que ele tire a faixa ou que empurre as aberturas.”* (Ficha 030).

**Mudanças em razão da gestação.** O período gravídico-puerperal, bem como a maternidade, compreende uma série de mudanças na vida da mulher, que nesse contexto assume um novo papel social, o de mãe. Entre essas mudanças estão as adaptações e reestruturações desencadeadas por este novo papel, nos mais diversos âmbitos: saúde, trabalho, lazer, sexo, família, entre outros. Esses aspectos também possuem relação direta com a qualidade de vida dessas mulheres (Rezende & Souza, 2012). Os relatos de mudanças nos hábitos após a descoberta da gravidez são frequentes e envolvem, por exemplo, a suspensão de medicação psiquiátrica e do uso de cigarro, a saída do trabalho e da escola, e modificações na rotina de modo geral. Essas mudanças e rompimentos, principalmente quando ocorrem de maneira brusca, apresentam condições expressivas de riscos ao bem-estar psicológico. *“Parou com o remédio antidepressivo em função da gestação, porém a volta dos sintomas colaborou para o fim do seu relacionamento com o pai do bebê.”* (Ficha 140).

**Maternidade.** Ainda em relação ao novo papel assumido nessa fase da vida, o nascimento do bebê, além de romper com a idealização, coloca a mulher frente a um ser dependente, sem comunicação verbal e que necessita de cuidados básicos para a sobrevivência. Essa vivência, quando ainda no puerpério imediato, ocorre associada a outros processos psíquicos referentes à transição gravidez-maternidade, como o luto pelo corpo gravídico, o não retorno imediato ao corpo original, e postergação das próprias necessidades, entre outros (Sarmiento & Setubal, 2003). As fichas que continham informações sobre como as pacientes se sentiam frente a maternidade colaboraram para a identificação da categoria maternidade, cuja subcategoria mais expressiva, “os sentimentos negativos”, pode ser exemplificada através desta vinheta: *“Paciente desanimada quanto à maternidade. Idealizava uma maternidade diferente.”* (Ficha 016).

### Considerações Finais

Geralmente, estudos que buscam traçar o perfil de gestantes e puérperas são realizados por uma visão epidemiológica, investigando os processos de adoecimento físico. No entanto, o objetivo desta pesquisa, além de traçar o perfil das pacientes atendidas no setor obstétrico e

explicar sobre os aspectos psicológicos identificados, foi ampliar o olhar acerca das singularidades de cada paciente. O intuito de discussões como essa é incentivar uma visão da maternidade real e legitimar o sofrimento que pode ser vivenciado durante este período da vida, para assim colaborar com a construção de uma assistência de saúde qualificada. A idealização social da gestação, da maternidade e do papel desenvolvido pela mãe favorece o surgimento de sofrimento psíquico frente a intercorrências. Pensar no quanto esse momento ainda é romantizado pela nossa sociedade e no quanto a pressão pela perfeição e felicidade plena recai sobre as mulheres como forma de pressão social, foi uma das principais inquietações que incentivaram a busca por dados sólidos sobre as características das mulheres que passam por gestações de alto risco.

Conhecer as pacientes atendidas pelas instituições de saúde é uma importante ferramenta na busca por dados consistentes, que embasem um melhor planejamento do processo de assistência à saúde. Analisar o perfil das pacientes atendidas pode, ainda, facilitar a projeção de ações para o setor e a criação de instrumentos de avaliação de indicadores não só para a atenção psicológica, mas para todos os profissionais que compõem as equipes multidisciplinares (V. P. M. Silva, A. K. Silva, R. H. Heinisch, & L. M. M. Heinisch, 2007; Favarin & Camponogara, 2012).

O instrumento utilizado para registro das triagens psicológicas realizadas no setor de obstetrícia, nesta pesquisa, serviu como fonte para a obtenção dos dados sobre as características das pacientes. Esse instrumento mostrou-se limitado pelas perguntas, pelas possibilidades de respostas e pela forma como era preenchido. Algumas questões sociodemográficas importantes para a análise do perfil das pacientes não eram contempladas pela ficha, como foi o caso da raça/cor e renda familiar. Em pelo menos duas questões, as possibilidades de resposta não contemplavam a realidade de uma parcela das participantes: no estado civil não era considerada a união estável, e na espiritualidade não havia possibilidade de registrar a presença de fé independente de religião. Já em relação à forma como o instrumento de triagem é preenchido, se destaca como limitação as diferentes formas de registro de informações. Além dos profissionais, os estagiários de psicologia da instituição de ensino também realizam as triagens, e dados semelhantes acabam sendo registrados de forma muito diferentes, dificultando uma análise adequada e evidenciando a necessidade da realização de treinamento para tal prática.

Mesmo frente às limitações, este estudo mostrou-se rico em informações que podem contribuir para o aperfeiçoamento da assistência prestada. Os resultados obtidos apontaram para um perfil de pacientes com marcadores de risco expressivos em relação ao

desenvolvimento saudável da gestação. Quanto aos aspectos psicológicos, foi identificado sofrimento psíquico resultante do período gestacional vivenciado, das intercorrências gestacionais, dos cuidados de saúde com o recém nascido, e do rompimento da idealização tanto da gestação quanto da maternidade considerada perfeita. Almeida e Arrais (2016) identificaram, como fatores de risco para a ocorrência de depressão pós-parto, escolaridade média, situação socioeconômica desfavorável, ser solteira, gravidez não planejada, relacionamento conjugal insatisfatório e falta de apoio do pai do bebê. Ao relacionar essas informações aos achados da pesquisa em questão, apontamos a possibilidade de presença de um perfil de risco, o que exigiria, além de uma assistência de qualidade, formas de intervenções e diálogo entre as redes de saúde que garantam o acompanhamento do binômio mãe-bebê após a alta hospitalar.

Os processos psicológicos que ocorrem durante o período gravídico e o puerpério são amplamente reconhecidos. Porém, ainda são necessários alguns avanços para que todos os profissionais levem esses aspectos em consideração, tendo em vista que possuir conhecimentos e habilidades técnicas somente em relação a fenômenos fisiológicos não é suficiente para lidar com as ansiedades, medos e mudanças enfrentadas por essas pacientes (Sarmiento & Setúbal, 2003). Nesse sentido, o suporte psicológico para gestantes deve ocorrer nas mais variadas formas, para que consiga abranger um maior número de pacientes em suas singularidades. Alguns hospitais, para atingir o objetivo de prestar assistência psicológica às gestantes de alto risco, realizam atendimento ambulatorial, triagem e acompanhamento psicológico durante a internação, grupo de gestantes, entre outras. Essas ações possuem o objetivo de dar suporte às futuras mães perante as ansiedades que resultam das mudanças físicas e emocionais da gravidez e precisam ser incentivadas e ampliadas.

### Referências

- Almeida, N. M. C., & Arrais, A. R. (2016). O Pré-Natal Psicológico como Programa de Prevenção à Depressão Pós-Parto. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(4), 847-863.
- Arrais, A. R., Cabral, D. S. R., & Martins, M. H. F. (2012). Grupo de pré-natal psicológico: Avaliação de programa de intervenção junto a gestantes. *Encontro: Revista de Psicologia*, 15(22), 53-76.

- Arruda, D. C., Marcon, S. S (2007). A família em expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto do bebê prematuro com muito baixo peso. *Texto & Contexto Enfermagem*, 16(1), 120-128.
- Baptista, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; & Torres, E. C. R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *PSIC*, 7(1), 39-48.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo* (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trad.). São Paulo: Edições 70, Livraria Martins Fontes (Obra original publicada em 1977).
- Brasil. Ministério da Saúde (2012). *Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 302 .
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde (2013). *Diretrizes e normas para pesquisa envolvendo seres humanos. RESOLUÇÃO Nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Brasília: Diário Oficial da União; Poder Executivo. Seção I, 59-62.
- Caldas, D. B.; Silva, A. L. R.; Böing, E.; Crepaldi, M. A.; & Custódio, Z. A. O. (2013). Atendimento psicológico no pré-natal de alto-risco: a construção de um serviço. *Psicologia Hospitalar*, 11(1), 66-87.
- Dias, N. M.; Radomile, M. E. S. (2006). A implantação do serviço de psicologia no hospital geral: uma proposta de desenvolvimento de instrumentos e procedimentos de atuação. *Rev. SBPH, Rio de Janeiro* 9(2), 114-132.
- Dourado, V. G.; Pelloso, S. M. (2007). Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. *Acta Paul Enferm*, 20(1), 69-74.
- Espinha, T. G. (2007). *Repensando o cuidado a partir de vivências de internação em hospital geral*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, São Paulo, Brasil.
- Falcone, V. M.; Mäder, C. V. N.; Lima, C. F. N.; Santos, J. M. M.; & Nóbrega, F. J. (2005). Atuação multiprofissional e a saúde mental de Gestantes. *Rev. Saúde Pública*, 39(4), 612-618.

- Favarin, S. S., & Camponogara, S. (2012). Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário. *Rev Enferm UFSM*, 2(2), 320-329.
- Morais, A. O. D. S.; Simões, V. M. F.; Rodrigues, L. S.; Baptista, R. F. L.; Lamy, Z. C.; Carvalho, C. A.; Silva, A. A. M.; & Ribeiro, M. R. C. (2017). Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. *Cad. Saúde Pública*, 33(6), 1-16.
- Moraes, R. (1999). Análise de conteúdo. *Revista Educação*, Porto Alegre, 22(37), 7-32.
- Oliveira, V. J.; Madeira, A. M. F. (2011). Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de alto risco. *Esc Anna Nery (impr.)*, 15(1), 103-109.
- Quevedo, M. P.; Lopes, C. M. C.; Lefèvre, F. (2006). Os significados da maternidade para mulheres cardiopatas e 14 diabéticas com gravidez de risco. *Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.*, 16(1), 12-21.
- Rezende, C. L.; Souza, J. C. (2012). Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher. *Psicólogo inFormação*, 16(16), 45-69.
- Sarmiento, R.; Setúbal, M. S. V. (2003). Abordagem Psicológica em Obstetrícia: Aspectos Emocionais da Gravidez, Parto e Puerpério. *Rev. Ciênc. Med., Campinas*, 12(3), 261-268.
- Silva, V. P. M., Silva, A. K., Heinisch, R. H., & Heinisch, L. M. M. (2007). Caracterização do Perfil da Demanda da Emergência de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 36(4), 18-27.
- Vieira, B. D.; Parizotto, A. P. A. V. (2013). Alterações psicológicas decorrentes do período gravídico. *Unoesc & Ciência - ACBS, Joaçaba*, 4(1), 79-90.
- Xavier, R. B.; Jannotti, C. B.; Silva, K. S.; & Martins, A. C. (2013). Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(4), 1161-1171.