

UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AMBIENTE E SAÚDE

RENATA MEURER TAUSENDFREUND LAIDENS

ESTRESSE E RESILIÊNCIA NA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

LAGES

2020

RENATA MEURER TAUSENDFREUND LAIDENS

ESTRESSE E RESILIÊNCIA NA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

Dissertação de Mestrado, vinculada ao Curso de Mestrado em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense, apresentado à Banca Examinadora para a obtenção do título de Mestre em Ambiente e Saúde.

Orientadora: Dra. Juliana Cristina Lessmann Reckziegel

Coorientadora: Dra. Vanessa Valgas dos Santos

Linha de pesquisa: Ambiente, Sociedade e Saúde

LAGES

2020

Ficha Catalográfica

L185e Laidens, Renata Meurer Tausendfreund.
Estresse e resiliência na gestação de alto risco/Renata Meurer Tausendfreund Laidens – Lages, SC, 2020.
104 p.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Planalto Catarinense. Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense.
Orientadora: Juliana Cristina Lessmann Reckziegel
Coorientadora: Vanessa Valgas dos Santos

1. Enfermagem. 2. Estresse Psicológico. 3. Gestação de Alto Risco. 4. Resiliência Psicológica. 5. Saúde Coletiva. I. Reckziegel, Juliana Cristina Lessmann. II. Santos, Vanessa Valgas dos. III. Título.

CDD 618.24

Catálogo na Fonte: Biblioteca Central

Renata Meurer Tausendfreund Laidens

ESTRESSE E RESILIÊNCIA NA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense, para obtenção do título de Mestre em Ambiente e Saúde.

Aprovada em 21 de maio de 2020.

Banca Examinadora:
Participação remota – Instrução normativa 04/PPGAS/2020

Profa. Dra. Juliana Cristina Lessmann Reckziegel – Licença Gestão
(Orientadora)

Profa. Dra. Vanessa Valgas dos Santos
(Coorientadora e Presidente da Banca Examinadora – PPGAS/UNIPLAC)

Profa. Dra. Julia Estela Wilrich Boel
(Examinadora Titular Externa – UFSC)

Profa. Dra. Anelise Viapiana Masiero
(Examinadora Titular Interna - PPGAS/UNIPLAC)

Dedico esta dissertação a todos que contribuíram para minha jornada de pesquisa e crescimento, apoiando-me e fortalecendo-me nos momentos mais difíceis e vibrando com as alegrias do conhecimento adquirido.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, por ter me dado forças para seguir em frente quando achava que não daria conta.

Agradeço aos meus pais pela base de criação, incentivando sempre ao estudo, mostrando que essa era a principal riqueza que me deixariam. À minha mãe Sônia por sempre estar presente e cuidando de minha Anna Cris. Ao meu pai Arnaldo (in memoriam), que tenho certeza que ai de cima guiou meus passos.

Agradeço ao meu esposo Ricardo, que incansavelmente foi meu alicerce, sempre me apoiando, sustentando minha caminhada, ficando com nossa filha para que eu pudesse estudar, suportando minhas intensas ausências físicas e mentais.

Agradeço à minha amada filha Anna Cris por sem saber ter suportado ausências da mamãe por diversas vezes, saiba que tudo isso é por você também e um dia sentirá orgulho da mamãe e tudo isso terá valido a pena.

Agradeço as minhas cegonhetes, que fizeram com que esse processo se tornasse mais leve e fácil de ser encarado, aguentando muitos desabafos, choros e ausências em processos importantes da caminhada.

Agradeço aos meus colegas do mestrado, em especial as minhas queridas amigas Iva, Marga, Fabi, Fabi e Jú, que sempre estiveram ao meu lado, todas juntas, uma apoiando as outras nos momentos em que pensávamos em desistir, porém, juntos vencemos essa batalha.

Agradeço à minha orientadora, Profa. Dra. Juliana Cristina Lessmann Reckziegel, que durante todo o percurso do mestrado me apoiou, ajudou e incentivou para a continuidade do mesmo, sempre com palavras de encorajamento, empoderamento e resiliência.

Agradeço aos professores que estiveram junto na minha formação do mestrado com maior ênfase à minha coorientadora, Profa. Dra. Vanessa Valgas dos Santos.

Agradeço à Secretária Municipal de Saúde de Lages Odila, por acreditar na pesquisa e apoiar a realização de exames imprescindíveis à pesquisa.

Agradecemos à Secretaria Municipal da Saúde de Lages pela bolsa estudos para a Mestranda e à Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação de Santa Catarina (Termo de Outorga 2019TR70) pelo apoio ao Grupo de Pesquisa.

Por fim, agradeço a todos os participantes dessa pesquisa, que aceitaram de maneira sincera e espontânea, contribuindo assim para meu mestrado e para o avanço da ciência.

Resiliência (s.f.)

É ir à guerra e voltar. É sentar com seus demônios numa mesa de bar e... conversar.

É apanhar de todo lado e levantar. É ter espírito boxeador, dar ganchos de direita nas dificuldades e nocautear a própria dor.

Eu diria, "é quem sete vezes cai e levanta oito". É limpar o rosto depois do choro.

É a mãe solteira, grávida aos dezenove, que trabalhou para estudar e estudou para trabalhar, e com o sorriso no rosto, ignorou os julgamentos e cuidou do filho que tinha pra criar.

É ter uma alma-água, que se adapta ao corpo em que estiver, da melhor forma que puder.

(João Doederlein)

RESUMO

Investigar a relação de uma gestação de alto risco sobre os possíveis níveis de estresse materno. Algumas gestantes desenvolvem patologias associadas à gestação ou possuem fatores de risco e doenças prévias, acarretando na caracterização de gestação de alto risco, ou seja, quando a saúde da mãe e/ou do feto e/ou recém-nascido ou mesmo a vida destes têm chances maiores de serem afetadas que a maioria da população considerada. Quando o alto risco é identificado são necessários acompanhamentos em saúde e tratamentos mais rigorosos, objetivando alcançar uma gravidez e parto saudáveis. Neste acompanhamento são realizadas ações voltadas para aspectos obstétricos, clínicos, socioeconômicos e emocionais. Nesta perspectiva a presente pesquisa tem como objetivo geral: Investigar os níveis de estresse e resiliência em mulheres que vivenciam a gestação de alto risco. **Método:** Trata-se de estudo quantitativo, observacional, transversal, prospectivo, realizado na cidade de Lages, no Centro de Estudos e Assistência à Saúde da Mulher (CEASM). Participaram da pesquisa gestantes que foram encaminhadas pelas unidades de saúde vinculadas à atenção básica para o atendimento na atenção secundária à saúde, possuindo diagnóstico médico de gestação de alto risco. Foram aplicados questionários com todas as gestantes cadastradas, sendo a amostra total de 143 participantes. Os critérios para a inclusão no estudo foram: Ser mulher com diagnóstico médico de gestação de alto risco; Ter consultas agendadas no serviço de atenção secundária à saúde; Ter sido encaminhada ao atendimento por uma unidade de saúde vinculadas à atenção básica do município; Ser maior de idade. Os critérios de exclusão foram: Mulheres não gestantes; Mulheres gestantes de médio ou baixo risco; Mulheres que não tenham consulta agendada no serviço de atenção secundária à saúde; Mulheres que não foram encaminhadas para atendimento por uma unidade de saúde vinculadas à atenção básica. Para a coleta de dados foram aplicados questionários contendo: variáveis sociodemográficas, variáveis de saúde e variáveis psicométricas. Os dados quantitativos foram digitados em planilha Excel, analisados estatisticamente por meio do emprego de testes descritivos e inferenciais, utilizando a ferramenta computacional on-line SestatNet. Para a sua realização, o presente estudo foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade do Planalto Catarinense, aprovado sob parecer nº 3.064.215 e respeitou os critérios previstos na resolução 466/12. **Resultados:** O motivo com maior prevalência pelo qual as gestantes foram encaminhadas ao serviço de alto risco foi o hipotireoidismo com 23,08%, a média de idade materna foi de 29 anos, 76,72% já tinham tido outras gestações e 54,38% já tiveram parto normal. Observamos que há uma associação entre estresse e idade, número de gestações e estresse, além do número de cesáreas e estresse. Há relação inversamente proporcional entre estresse e resiliência, ou seja, quanto maior o estresse, menor a resiliência. Quanto a avaliação das questões da escala de resiliência, evidenciou-se que os piores escores ocorreram nas questões acerca do manejo do estresse, agir sob pressão e com intuição, tomada de decisão e manejo de situações desagradáveis. Já os fatores protetivos, ou seja, os quesitos que receberam maiores pontuações estavam vinculados ao empenho para o alcance de metas e objetivos, orgulho acerca das conquistas e a fé como elemento fortalecedor de maior destaque. **Conclusões:** Destaca-se a importância do pré-natal qualificado, identificando as possíveis alterações na gestação. Recomenda-se que durante o pré-natal de alto risco sejam incluídas a avaliação do estresse percebido e da resiliência das gestantes, identificando potenciais fatores de risco e estabelecendo estratégias interdisciplinares de cuidado para que sejam minimizadas as influências negativas tanto para a gestante quanto para o embrião/feto.

Palavras-chave: Resiliência psicológica; Gestação de alto risco; Estresse psicológico; Enfermagem; Saúde coletiva.

ABSTRACT

The objective of this study was to investigate the relationship between a high-risk pregnancy and the possible maternal stress levels. Some pregnant women develop pathologies associated with pregnancy or they have risk factors and previous diseases, and these conditions may lead to a characterization of high-risk pregnancies, that is, when the health of the mother and/or the fetus and/or newborn or even their lives have greater chances of being affected than the majority of the population considered. When the high risk is identified, health monitoring and more rigorous treatments are necessary, aiming at achieving a healthy pregnancy and delivery. In this follow-up, actions are carried out aimed at obstetric, clinical, socioeconomic and emotional aspects. Through this perspective, the present research has a general objective: To investigate the levels of stress and resilience in women who experience high-risk pregnancies. **Method:** This is a quantitative, observational, cross-sectional, prospective study, conducted in the city of Lages, at the Women's Health Center for Studies and Assistance to (CEASM - Centro de Estudos e Assistência à Saúde da Mulher). Participants in the research were pregnant women who were referred by health units linked to primary care for a secondary health care, all of them having a medical diagnosis of high-risk pregnancies. Questionnaires were applied to all registered pregnant women, with a total sample of 143 participants. The criteria for inclusion in the study were: Being a woman with a medical diagnosis of high-risk pregnancy; Having scheduled appointments at the secondary health care service; Having been referred for care by a health unit linked to primary care in the municipality; Being of legal age. The exclusion criteria were: Non-pregnant women; Pregnant women of medium or low risk; Women who do not have an appointment at the secondary health care service; Women who were not referred for care by a health unit linked to primary care. The data collection was done with the application of questionnaires containing: sociodemographic variables, health variables and psychometric variables. Quantitative data was entered into an Excel spreadsheet, statistically analyzed using descriptive and inferential tests, using the online computational tool SestatNet. For its realization, the present study was presented to the Research Ethics Committee of the Universidade do Planalto Catarinense, approved under opinion number 3.064.215 and respected the criteria foreseen in resolution 466/12. **Results:** The most prevalent reason why pregnant women were referred to the high-risk service was hypothyroidism with 23.08%, the average maternal age was 29 years, 76.72% had already had other pregnancies and 54.38 % have had a normal birth. It was observed that there is an association between stress and age, number of pregnancies and stress, in addition to the number of cesarean sections and stress. There is an inversely proportional relationship between stress and resilience, that is, the greater the stress, the lower the resilience. Regarding the evaluation of the resilience scale questions, it was evidenced that the worst scores occurred in the questions about the management of stress, acting under pressure and with intuition, decision making and handling unpleasant situations. Protective factors, that is, the items that received the highest scores were linked to the effort to achieve goals and objectives, pride in the achievements and faith as the most important strengthening element. **Conclusions:** The importance of qualified prenatal care is highlighted, identifying possible changes in pregnancy. It is recommended that during high-risk prenatal care, the assessment of perceived stress and resilience of pregnant women should be included, identifying potential risk factors and establishing interdisciplinary care strategies so that negative influences for both pregnant women and children are minimized to the embryo/fetus. **Keywords:** Psychological resilience; High-risk pregnancy; Psychological stress; Nursing; Collective health.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1	Descrição de síndromes hemorrágicas que caracterizam a gestação como de alto risco	29
Quadro 2	IST na gestação	36
Quadro 3	Câncer e a gestação	40
Tabela 1	Dados sociodemográficos e de saúde de gestantes que vivenciam a gestação de alto risco – Lages, Santa Catarina, 2019	61
Tabela 2	Principais diagnósticos pelos quais as gestantes foram encaminhadas ao serviço especializado de Atenção à Saúde da Mulher. Lages, Santa Catarina, 2019	63
Tabela 3	Diagnóstico médico à partir dos exames laboratoriais das gestantes de alto risco do CEASM – Lages, Santa Catarina, 2019	64
Tabela 4	Escalas de Resiliência e Estresse Percebido das gestantes de alto risco do CEASM – Lages, Santa Catarina, 2019	66
Tabela 5	Correlações estatisticamente significativas entre as variáveis do estudo. Lages, 2019.	67

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CEASM	Centro de Estudos e Assistência à Saúde da Mulher
CEP	Comitê de Ética em Pesquisas
CIUR	Crescimento Intrauterino Restrito
CMV	Citomegalovírus
CRH	Hormônio Corticotropina
DHEG	Doença Hemolítica Específica da Gestação
DHPN	Doença Hemolítica Perinatal
DM	Diabetes Mellitus
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
DP	Desvio Padrão
EQU	Parcial de Urina
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GJ	Glicemia de Jejum
HAPO	Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
HPV	Papiloma Vírus Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IG	Idade Gestacional
IMC	Índice de Massa Corporal
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
ITU	Infecção do Trato Urinário
LES	Lúpus Eritematoso Sistêmico
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
RC	Rede Cegonha
RPM	Rotura Prematura das Membranas

SAF	Síndrome Alcólica Fetal
SC	Santa Catarina
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TSA	Antibiograma
TSH	Hormônio Estimulador da Tireoide
TTOG	Teste de Tolerância Oral à Glicose
TVP	Trombose Venosa Profunda
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIPLAC	Universidade do Planalto Catarinense

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
1.1 APROXIMAÇÕES COM A TEMÁTICA	24
1.2 PERGUNTA DE PESQUISA.....	24
2 OBJETIVOS	25
2.1 OBJETIVO GERAL	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
3 REVISÃO DA LITERATURA	26
3.1 GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	26
3.1.1 Gestação de Alto Risco e Condições Crônicas de Saúde.....	33
3.1.2 Gestação de Alto Risco e Processos Infeciosos.....	35
3.1.3 Gestação de Alto Risco e Distúrbios Psiquiátricos.....	38
3.1.4 Gestação de Alto Risco e o Câncer	40
3.2. RESILIÊNCIA, ESTRESSE E GESTAÇÃO	43
4 MATERIAL E MÉTODOS	48
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	48
4.2 LOCAL DE ESTUDO	48
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	49
4.3.1 Critérios de Inclusão e Exclusão dos Participantes.....	50
4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA E REGISTRO DE DADOS	50
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	53
4.5.1 Análise de Riscos e Benefícios	53
4.5.2 Como e Por Quem Será Obtido o TCLE	53
4.5.3 Critérios de Confidencialidade/Privacidade.....	54
4.6. ANÁLISE DE DADOS.....	54
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	55
5.1. ESTRESSE E RESILIÊNCIA NA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	56
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
REFERÊNCIAS	81
APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	95
APENDICE 2: QUESTIONÁRIO	97
ANEXO 1: CÁLCULO DE RISCO GESTACIONAL.....	102
ANEXO 2: ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO.....	102

1 INTRODUÇÃO

Diversas fases constituem o ciclo vital feminino, que vão desde a infância à velhice, sendo que algumas mulheres passam pelo momento de gestar em seu ventre uma nova vida, fase chamada de gravidez, caracterizada por um conjunto de fenômenos fisiológicos e emocionais, evoluindo para criação de um novo ser (COSTA et al., 2010; MENETRIER, ALMEIDA, 2016; ANTUNES et al., 2017).

Dos episódios vivenciados por uma mulher a gestação pode ser considerado o mais intenso de todos, período esse que resulta em mudanças físicas e psicológicas (COSTA et al., 2010; MENETRIER, ALMEIDA, 2016; ANTUNES et al., 2017). É considerado um processo normal do desenvolvimento humano, um período de transição, ocorrendo grandes transformações no seu bem-estar, no organismo, alterando seu psiquismo e o seu papel sócio familiar (SILVA, 2011; MENETRIER, ALMEIDA, 2016; ANTUNES et al., 2017).

Porém, muitas vezes e por diversos motivos, a gestação que foi planejada (ou não) e sonhada (ou não), sai do controle e deixa de ser uma gestação de baixo ou médio risco, passando a ser uma gestação de alto risco.

Algumas gestantes desenvolvem patologias associadas à gestação ou possuem fatores de risco e doenças prévias, acarretando na caracterização de gestação de alto risco, ou seja, quando a saúde da mãe e/ou do feto e/ou recém-nascido ou mesmo a vida destes têm chances maiores de serem afetadas que a maioria da população considerada (CALDEYRO-BARCIA, 1973; CRUZ, GUARANY, 2015).

Segundo diretrizes assistenciais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010; SALGE et al., 2017), quando o alto risco é identificado na gestação são necessários acompanhamentos em saúde e tratamentos mais rigorosos, objetivando alcançar uma gravidez e parto saudáveis. Neste acompanhamento são realizadas ações voltadas para aspectos obstétricos, clínicos, socioeconômicos e emocionais (BRASIL, 2010; SALGE et al, 2017).

Evidencia-se a associação entre qualidade da assistência pré-natal e os indicadores de saúde quando a literatura aponta que 423.200 mulheres morrem a cada ano em países em desenvolvimento por causas obstétricas diretas e muitas outras de alguma forma sofrem problemas que a incapacitam em sua vida, sendo que a taxa de mortalidade materna em países subdesenvolvidos é de 239 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos, e em países desenvolvidos esse número cai para 12 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos (SIBLEY et al., 2008; MARTINS, SILVA, 2018). No ano de 2017 ocorreram 1000 mortes maternas por causa obstétrica direta no Brasil (BRASIL, 2018).

Cerca de 15% das gestações no Brasil são apontadas como de alto risco, sendo causas mais frequentes e indicativas dessa condição os diagnósticos de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (LANGARO; SANTOS, 2014). No contexto regional, na cidade de Lages/SC no mês de novembro/2018 existiam aproximadamente 1226 gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que destas, 128 foram classificadas como gestantes de alto risco (LAGES, 2018). Já nos meses de janeiro e fevereiro/2020 tínhamos cadastradas no Centro de Estudos e Assistência à Saúde da Mulher (CEASM) aproximadamente 999 gestantes, sendo 159 alto risco, representando 15,91%, ficando assim acima da média nacional.

Sabe-se que com o diagnóstico de uma gestação de alto risco a mulher pode ficar mais vulnerável, imaginando o que terá que enfrentar durante todo o processo, podem surgir medos e incertezas, seja pelo desconhecido não vivenciado, por saber que possivelmente terá que modificar rotinas de sua vida diária ou até mesmo dar um tempo em sua vida pessoal e/ou profissional para dar continuidade à gestação. Concernente a essa ideia, Santos (2003) e Oliveira e Mandú (2015) relatam que as gestantes se sentem vulneráveis quando recebem o diagnóstico de alto risco, pois incorporam também o impacto da necessidade de modificar o seu dia-a-dia.

Diante disso a perspectiva de vulnerabilidades pode resgatar e dar uma melhor visibilidade a esses aspectos, tendo bases sólidas na epidemiologia social e na integralidade da atenção em saúde (MALAGÓN-OVIEDO; CZERESNIA, 2015), reconhecendo a multiplicidade de aspectos ambientais, sociais, individuais, comunitários, familiares, culturais, políticos e institucionais, bem como o sofrimento e a necessidade de enfrentamento das situações desfavoráveis (OLIVEIRA, MANDÚ, 2015; SOUSA, MIRANDA, FRANCO, 2011).

Assim, há a necessidade de práticas e condutas cotidianas existenciais gerando vínculo de confiança com a rede de apoio, proveniente de pessoas que estejam disponíveis e sejam significativas, podendo oferecer suporte na situação vivenciada. Portanto, durante a gestação, apoio social e resiliência são reconhecidos na literatura como fatores de proteção, porém existem poucos estudos que se concentram em avaliar esses fatores (RIBEIRO, GUALDA, 2011; TSUNECHIRO, BONADIO, 1999).

Por isso coloca-se também a fala sobre a resiliência, como um processo para se conseguir passar por uma situação de adversidade e se reconstruir, “renascendo” como uma pessoa mais forte. Segundo Munist et al. (1998) e Ribeiro e Gualda (2011), a resiliência convida a centrar-se em cada indivíduo como ser único, a ressaltar os recursos pessoais e as

potencialidades que permitem enfrentar situações negativas e sair fortalecido, apesar de estar sujeito a fatores de risco.

A resiliência vai muito além de aguentar uma situação traumática, significa também reconstruir-se, comprometer-se em uma nova qualidade de vida, refere-se também a capacidade das pessoas de utilizar o apoio familiar e social, juntamente com as habilidades psicológicas, para conviver melhor com as situações adversas que venham ocorrer, conseguindo assim, uma adaptação bem sucedida (VANISTENDAEL, LECOMTE, 2004; CARVALHO, TEODORO, BORGES, 2014; RECKZIEGEL et al, 2018).

Baseando-se nas peculiaridades que envolvem a gestação de alto risco, supõe-se que seja relevante verificar as influências do estresse vivenciado e a resiliência desenvolvida frente às possíveis dificuldades psicológicas e fisiológicas que perpassam na gestação de alto risco, diminuindo assim possíveis prejuízos maternos e fetais (SOUSA, 2015).

Sabe-se que para abordar esse tema que é a gestação de alto risco, são necessários mais do que apenas o discorrer acerca dos fenômenos biológicos e assistenciais, precisa-se ter em mente algo mais abrangente, olhando os múltiplos aspectos envolvidos sob a perspectiva interdisciplinar, tendo uma visão mais ampla do processo vivenciado.

Neste contexto, segundo Raynaut (2011), sempre que aborda-se a interdisciplinaridade as palavras “totalidade” e “complexidade” surgem mostrando que sua essência no mundo real é total. A interdisciplinaridade concretiza-se a partir da conexão entre um conjunto de práticas sociais e do ambiente complexo, não sendo apenas uma prática, mas um conjunto de sujeitos e contextos que interconectados fazem parte de um fenômeno em questão (LEFF, 2011).

Entende-se que a resiliência constitui referencial teórico que contempla em seu constructo a interdisciplinaridade, permitindo elucidar aspectos positivos no cuidado da gestante de alto risco.

Considerando o contexto acima descrito, esta pesquisa avaliou a resiliência e o estresse de gestantes de alto risco na expectativa de estimular um novo olhar sobre a vida e sobre o processo gravídico-puerperal.

1.1 APROXIMAÇÕES COM A TEMÁTICA

O interesse pela temática se iniciou na Graduação em Enfermagem, onde tive uma ligação muito forte com a área da obstetrícia. Após formada iniciei a trajetória profissional em Unidade Básica de Saúde (UBS), fazendo com que ficasse mais perto das gestantes, atendendo as mesmas através do protocolo específico para esse público, intitulado Protocolo Regional de

Atenção ao Pré-Natal e Puerpério da Serra Catarinense. Após três anos trabalhando em unidade de saúde iniciei a pós-graduação em obstetrícia, fazendo com que a paixão aumentasse ainda mais pelo tema da gestação.

No ano de 2018 fui convidada a mudar de cargo, sendo transferida para o Centro de Estudos e Assistência à Saúde da Mulher (CEASM), realizando pré-natal das gestantes e estando assim lado a lado com as gestantes de alto risco. No mesmo ano iniciei o trabalho junto ao grupo da Rede Cegonha (RC), projeto nacional proposto pelo Ministério da Saúde, visando melhorar a saúde materno infantil, trabalho esse realizado com muito afeto, proporcionando às pacientes uma melhor qualidade no atendimento. Portanto tendo contato intenso com esse universo cheio de medos, angústias e incertezas surgiu a vontade de trabalhar com essas pacientes, tentando entender a ocorrência do estresse e da resiliência presente em cada uma delas.

1.2 PERGUNTA DE PESQUISA

Quais os escores de estresse e resiliência em mulheres que vivenciam a gestação de alto risco?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar os escores de estresse e resiliência em mulheres que vivenciam a gestação de alto risco.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a população quanto às variáveis sociodemográficas.
- Investigar condições de saúde e aspectos relacionados à gestação.
- Mensurar os escores de resiliência e de estresse percebido pelas gestantes de alto risco.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Para melhor compreensão do fenômeno em questão é necessário abordar os aspectos que fazem a gestação ser considerada como alto risco, expor a origem da resiliência, quais são os fatores de risco e de proteção que encorajam os movimentos de enfrentamento da situação e quais as estratégias utilizadas para passar pelo momento de estresse e sair fortalecido dele (BINI, 2016). Sendo assim será explanado um panorama geral baseado na literatura científica e disponível em bibliografias e em bases de dados eletrônicas.

3.1 GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

Foi no início do século XX que nas políticas nacionais de saúde foram incorporadas ações de atenção à saúde da mulher, sendo tratado apenas de gestação e parto. Após alguns anos os próximos temas abordados foram os cuidados materno-infantil, trazendo apenas a visão da mulher como geradora de um novo ser, mãe, cuidadora da família e doméstica. Com o passar dos anos foram surgindo ações e políticas que tratam a saúde da mulher com integralidade e com individualidade, reconhecendo as mulheres em sua totalidade e complexidade (OLIVEIRA et al., 2016).

Nessa mesma temática diversas ações foram sendo implantadas para um maior cuidado com a mulher e o recém-nascido, sendo criada então a RC, que é uma estratégia do Ministério da Saúde que visa assegurar através de uma rede, o direito às mulheres ao planejamento familiar, e a gestação, parto e puerpério humanizados, assim como garantir às crianças o direito ao nascimento com segurança, e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (OLIVEIRA et al., 2016; BRASIL, 2019).

A RC quer estruturar à saúde materno-infantil, e está sendo implantada gradativamente em todo o país. Considera aspectos relacionados à epidemiologia, a taxa de mortalidade infantil e razão de mortalidade materna, bem como a densidade populacional de cada localidade. Os componentes da RC são divididos em quatro princípios: “Pré-natal, Parto e nascimento, Puerpério e Atenção Integral à saúde da criança e Sistema logístico (transporte sanitário e regulação)” (BRASIL, 2019, p.1).

Na Atenção Básica tem-se como compromissos o planejamento sexual e reprodutivo, pré-natal, puerpério e recém-nascido. Já na Média e Alta Complexidade SC conta com 20 referências nas 16 regiões do estado, possuindo 118 leitos de Alto Risco, 50 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto, 122 leitos de UTI Neonatal, 62 leitos em Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais, 13 leitos em Unidades de Cuidados Neonatais Canguru e 2 Casas de Gestante Bebê e Puérpera, possuindo

muitos leitos habilitados pelo Ministério da Saúde (MS) para ampliação da RC (SANTA CATARINA, 2019, p.1).

No estado de Santa Catarina (SC) foi iniciada a RC no ano de 2011, sendo que em 2013 teve sua completa implantação, contando com 16 Planos de Ação da RC, aprovados pelo MS, no SUS, sendo a primeira com cobertura estadual no Brasil. Todos os municípios de SC aderiram a RC, visando garantir acesso e qualidade na saúde materno-infantil (SANTA CATARINA, 2019).

Neste contexto, a gestação é reconhecida como um acontecimento fisiológico, ocorrendo na maior parte das vezes sem intercorrências. Porém, uma quantidade pequena de gestantes, por sofrerem algum agravo, possuírem alguma doença prévia ou desenvolverem problemas durante a gestação, tem probabilidade maior de vivenciar uma evolução desfavorável, para o bebê ou para mãe (BRASIL, 2012). Aponta-se que uma gestação pode se tornar de risco a qualquer momento, portanto são necessárias avaliações para reclassificar o risco em cada consulta (BRASIL, 2012).

O acompanhamento da gestante é prioridade na Atenção Básica, deve ocorrer por meio de consultas com Médico de Saúde da Família, Enfermeiro e Dentista, sendo intercaladas ou compartilhadas (OLIVEIRA et al., 2017). A periodicidade das consultas deve ser mensal até o período de 28 semanas de gestação, quinzenal de 28 a 36 semanas e acima de 36 semanas devem ser semanais (BRASIL, 2012b). A consulta realizada pelo enfermeiro tem respaldo pelo Ministério da Saúde e pela Lei do Exercício Profissional, sendo regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87.

Todos os profissionais que assistem a gestante na Atenção Básica necessitam estar atentos à existência dos fatores de risco, avaliando e determinando se a gestante precisará de assistência ou consultas com outros profissionais, porém a gestante deve ser orientada a manter consulta na Atenção Básica e no alto risco, visando a manutenção do vínculo com a equipe que iniciou o acompanhamento (BRASIL, 2012).

Quando o alto risco é identificado a gestante deve ser encaminhada ao serviço especializado, passando a ser acompanhada pelo médico ginecologista obstetra, que é o profissional responsável por realizar este atendimento, com intuito de interferir no seguimento da gestação, diminuindo as chances de ocorrer um resultado desfavorável, bem como realizar ações com vistas à redução dos impactos que mãe e feto estão expostos no âmbito orgânico, emocional e relacional (LANGARO; SANTOS, 2014). As consultas devem seguir a mesma periodicidade já citada acima, porém intercaladas entre atenção básica e serviço de alto risco. O atendimento da gestante no serviço de alto risco é realizado apenas pelo médico,

considerando que o enfermeiro pode atender apenas a gestação de baixo risco (decreto nº 94.406/87). A equipe de atenção básica deve ser informada sobre a evolução da gestação e os tratamentos que foram utilizados no serviço de alto risco, através da contra referência (OLIVEIRA et al.; 2017).

Segundo Brasil (2012) os profissionais de saúde que irão realizar as consultas das gestações de alto risco devem sempre levar em consideração:

- Avaliação clínica completa, considerando os parâmetros clínicos e laboratoriais e analisando possíveis agravos que estejam presentes desde o início da gestação (BRASIL, 2012).
- Avaliação obstétrica iniciando com o cálculo da Idade Gestacional (IG), analisando os parâmetros obstétricos, ganho ponderal de peso, Pressão Arterial (PA), crescimento uterino, sendo fundamental avaliação do crescimento e as condições de vitalidade e maturidade do feto (BRASIL, 2012).
- Repercussões mútuas entre as condições clínicas da gestante e a gravidez, sendo um requisito básico de quem se propõe a atender as gestantes de alto risco, conhecendo os mecanismos fisiopatológicos das doenças e identificá-los no organismo da gestante (BRASIL, 2012).
- Determinar o momento do parto e a via ideal deve ser uma decisão tomada de acordo com cada caso, sendo fundamental esclarecer para a gestante e sua família todas as opções presentes, riscos e benefícios, garantindo a participação na decisão tomada. Aponta-se também que a ocorrência de gestação de alto risco não implica na realização obrigatória de cesariana, sendo relevante que os profissionais que atendam a gestante no pré-natal não indiquem qual a via de parto, pois isso será avaliado pelo profissional que irá assistir o momento do parto (BRASIL, 2012).
- Ter uma equipe multidisciplinar para trabalhar aspectos emocionais e psicossociais, fornecendo um melhor acompanhamento para a gestante de alto risco (BRASIL, 2012).

A seguir serão abordados aspectos, eventos adversos, doenças prévias ou que surgem durante a gestação, que fazem com que as gestantes sejam consideradas de alto risco e que devem ser observados com maior atenção pelos profissionais, objetivando o menor risco possível para essa gestante e bebê (BRASIL, 2012).

As síndromes hemorrágicas são as principais causas de morte materna no mundo, e a segunda causa no Brasil, sendo que no Estado de SC durante os anos de 1997 até 2010 ocorreram 61 mortes maternas por hemorragias e a Serra Catarinense foi a macrorregião de

saúde com menor número, tendo um total de 3 mortes maternas no mesmo período e pela mesma causa (BRASIL, 2011; SOUZA et al., 2013). As síndromes hemorrágicas se tratadas a tempo e em local adequado possuem grandes chances de cura bem como de prevenção quando há o acompanhamento por serviço especializado (OMS, 2012). Abordaremos no quadro abaixo as síndromes hemorrágicas:

Quadro 1: Descrição de síndromes hemorrágicas que caracterizam a gestação como de alto risco.

Abortamento	É a gestação interrompida por algum motivo antes das 22 semanas, podendo ser considerada precoce quando ocorre até a 13ª semana, ou tardia, quando ocorre entre 13ª e 22ª semana de gestação (BRASIL, 2012).
Gravidez Ectópica	É quando a nidação do ovo ocorre fora da cavidade uterina, sendo o tipo mais comum a tubária (BRASIL, 2012).
Mola Hidatiforme (Neoplasia Trofoblástica Gestacional Benigna)	É um grupo de doenças da placenta, que caracteriza uma gravidez anormal. Dividida como mola hidatiforme completa, onde não existe embrião e mola hidatiforme parcial, onde existe desenvolvimento inicial do embrião, que acaba sendo incompatível com a vida (BRAGA et al., 2014).
Descolamento Corioamniótico	É um sangramento genital pouco intenso, causado por um desequilíbrio hormonal ou trauma no abdômen, diagnosticado por ultrassom. Não representa quadro grave, a evolução costuma ser boa (BRASIL, 2012).
Placenta Prévia	É quando a placenta implanta-se parcial ou totalmente no seguimento inferior do útero. Pode ser classificada de três maneiras, dependendo de sua posição em relação ao colo do útero:

	<ul style="list-style-type: none"> • Baixa: está próxima ao colo do útero, sem atingi-lo; • Marginal: não cobre o colo do útero, porém atinge o orifício interno; • Completa: onde todo o orifício interno do colo do útero fica coberto. <p>Pode causar hemorragias, transfusão, septicemia, vasa prévia, placenta acreta e apresentação anômala, além de poder ser necessária a realização de histerectomia. Afeta em torno de 0,3 a 0,5% das gestações (BRASIL, 2012; OPPENHEIMER, 2007; ROSENBERG et al., 2011).</p>
Rotura Uterina	<p>É a rotura da parede uterina, podendo ser classificada em completa: onde há rotura total da parede uterina e incompleta: onde o peritônio parietal fica intacto, permanecendo assintomática após o parto vaginal (BRASIL, 2012). A rotura uterina completa pode causar hemorragia, histerectomia, encefalopatia fetal, mortes materna e fetal (BRASIL, 2012; BARGER et al., 2011).</p>
Descolamento Prematuro de Placenta	<p>É a separação antes do parto da placenta do útero. A separação pode ser parcial ou total, classificada em três grupos, sendo eles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grau 1: pequeno sangramento genital sem significativa hipertonia uterina; • Grau 2: moderado sangramento genital com contrações tetânicas; • Grau 3: importante sangramento genital com hipertonia uterina. <p>Acomete cerca de 0,5 a 3,0% das gestações, e tem como consequência anemia, coagulopatias, e infecções puerperais, além da necessidade de</p>

	transfusão sanguínea, e histerectomia em casos extremos (CARDOSO et al., 2012).
Vasa Prévia	É quando ocorre o sangramento dos vasos sanguíneos fetais que passam as membranas amnióticas, passando pelo colo uterino em seu orifício interno (BRASIL, 2012).

Os desvios do crescimento fetal são classificados como restrição do crescimento fetal e macrossomia fetal (BRASIL, 2012). Os desvios de crescimento fetal devem ser encaminhados ao serviço de alto risco pois estão associados à morbimortalidade perinatal e ao risco de na vida adulta desenvolverem doenças como Diabetes Mellitus (DM) e doenças cardiovasculares (SALGE et al., 2017).

A restrição do crescimento fetal é um problema comum, ocorrendo mundialmente em 7 a 15% nas gestações, e no Brasil tem uma incidência de 10 a 15%, caracterizando-se pelo feto que não atinge seu potencial de crescimento devido a uma limitação patológica, ocasionando um peso ao nascer abaixo do percentil 10 para IG, conhecida também como Crescimento Intrauterino Restrito (CIUR), podendo causar sofrimento fetal, APGAR baixo, presença de líquido amniótico, baixo peso ao nascer e levar ao óbito fetal, e na vida adulta pode ter doenças associadas devido a CIUR (CETIN, ALVINO, 2009; BRASIL, 2012; JUÁREZ-OLGUÍN, BUENDÍA-SOTO, LARES-ASSEFF, 2015; SALGE et al., 2017).

A macrossomia fetal tem várias incidências em diferentes populações, variando de 5 a 20%, sendo que na população geral, 10% correspondem ao peso de 4.000g e 1% a 4.500g ou mais (KERCHE et al., 2005; RIBEIRO, COSTA, DIAS, 2017). É caracterizada pelo recém-nascido que independentemente da IG possui peso maior ou igual a 4.000 gramas, tendo seu percentil no pré-natal igual ou maior que 90 (BRASIL, 2012). Pode causar desproporção fetopélvica, traumatismo fetal, necessidade de cesárea, maior tempo de internação após o parto, transfusão sanguínea e distócia de ombros, podendo desencadear na vida adulta dislipidemia, obesidade, Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) e HAS (JUÁREZ-OLGUÍN, BUENDÍA-SOTO, LARES-ASSEFF, 2015; KOYANAGI et al., 2013).

Outro fator que torna uma gestação de alto risco é a Rotura Prematura de Membranas (RPM) que é o rompimento espontâneo das membranas antes do início do trabalho de parto, ocorrendo entre 8 a 10% das gestações, no Brasil cerca de 30 a 40% estão associados a prematuridade e 20% aos óbitos perinatais. Quando ocorre antes de 37 semanas é denominada

de RPM pré-termo, e quando ocorre após as 37 semanas é denominada de RPM a termo (BRASIL, 2012; MANTHA, 2013; CAUGHEY, ROBINSON, NORWITZ, 2008).

As alterações do volume de líquido amniótico também são classificadas como alto risco, sendo elas o oligohidrâmnio e o polihidrâmnio. O oligohidrâmnio é caracterizado pela diminuição patológica da quantidade de líquido amniótico, sendo que o volume do líquido amniótico varia de acordo com o tempo de gestação e vai reduzindo fisiologicamente nas últimas semanas (BRASIL, 2012). E o polihidrâmnio é caracterizado pelo aumento excessivo do líquido amniótico, superior a 2.000ml em gestações acima de 30 semanas, sendo que o volume vai aumentando semanalmente, atingindo seu volume máximo de 1.000ml entre 34 e 36 semanas e após diminuindo até o parto (BRASIL, 2012).

Outra causa é a gestação prolongada, que é quando a gestação passa das 42 semanas, ocorre em cerca de 10% das gestações e contribui para índices de insuficiência útero-placentária, infecção uterina e síndrome da aspiração meconial (BRASIL, 2012; GARCIA, FEITOSA, PAIVA, 2017). O trabalho de parto prematuro é caracterizado pela gestação que termina entre 22 a 37 semanas, ocorre no Brasil em 22% das gestações, tendo como sintomas contrações frequentes acompanhadas de dilatação do colo uterino maior que 2,0cm, acarretando em 70% de morte neonatal nos prematuros e 50% dos bebês ficam alterações neurológicas de decorrer de sua infância. (BRASIL, 2012; GARCIA et al., 2017).

Outra doença que causa gestação de alto risco é a Doença Hemolítica Perinatal (DHPN), que tem como característica a aglutinação e hemólise dos eritrócitos fetais, sendo considerada uma doença de origem imunológica. A maior parte dos casos ocorre pela mãe ser Rh negativo, o pai Rh positivo e a criança acaba herdando do pai o caráter Rh positivo, o que ocasiona incompatibilidade entre a mãe e o feto (SILVA; SILVA; MELO, 2016). A aloimunização Rh se torna mais grave com os antígenos D e Kell e pode causar hidrôpsia e até mesmo óbito fetal ou neonatal (BRASIL, 2012).

Outro elemento que caracteriza o alto risco é a ocorrência de gestação múltipla, definida pela presença de dois ou mais fetos na cavidade uterina, sendo denominada de gestação gemelar (BRASIL, 2012). A gestação gemelar aumenta o risco para o parto prematuro, sendo evidenciada onde um estudo multicêntrico no Brasil, envolvendo 20 maternidades obstétricas, mostrou que a gemelaridade aumentava em 15 vezes a chance de ocorrer um parto prematuro (AUGER et al., 2014).

A hiperêmese gravídica caracteriza-se por vômitos persistentes, levando a uma perda de peso maior que 5% do peso pré-gravídico, sendo associada a cetonúria e desequilíbrio hidroeletrólítico (BRASIL, 2012).

3.1.1 Gestação de Alto Risco e Condições Crônicas de Saúde

As síndromes hipertensivas são causas que fazem a gestação ser considerada de alto risco e merecem atenção na saúde pública pois acometem cerca de 5 a 17% das gestantes, sendo a segunda causa de morte materna no mundo e a principal causa de mortalidade materna no Brasil (ANTUNES et al., 2017; WHO, 2014). Resultados desfavoráveis nas gestações são causados devidos às síndromes hipertensivas, necessitando assim de cuidados especializados por meio do pré-natal de alto risco (ANTUNES et al., 2017).

A HAS crônica é observada antes da gestação, ou realizado diagnóstico durante a gestação em período anterior à 20ª semana, porém sem resolutividade até 12 semanas após o parto (BRASIL, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, CARDIOLOGIA E NEFROLOGIA, 2010). A hipertensão gestacional tem como característica ser descoberta após a 20ª semana de gestação, não possuir proteinúria e pode ser tratada como transitória quando se normaliza após o parto (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, CARDIOLOGIA E NEFROLOGIA, 2010).

Já na pré-eclâmpsia ocorre uma má perfusão placentária e uma disfunção endotelial, levando a uma desarmonia no organismo materno ocasionando um aumento dos níveis da PA e proteinúria depois das 20 semanas de gestação, desaparecendo em até 12 semanas após o parto. Pode ocorrer ausência de proteinúria, fortalecendo a suspeita quando o aumento da PA está acompanhado por cefaleia, distúrbios visuais, dor abdominal, plaquetopenia e enzimas hepáticas elevadas. De acordo com o grau de comprometimento a pré-eclâmpsia é classificada como leve ou grave, e a única maneira de cura para pré-eclâmpsia é a interrupção da gestação, sendo benéfico para mãe, porém causando danos para o bebê (prematividade) (BRASIL, 2012; STEEGERS et al. 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, CARDIOLOGIA E NEFROLOGIA, 2010; LINHARES et al., 2014).

A eclâmpsia tem todos os sintomas da pré-eclâmpsia, porém a gestante apresenta também convulsões tônico-clônicas generalizadas ou coma com quadro hipertensivo, que não sejam causadas por epilepsia ou qualquer outra doença convulsiva. A eclâmpsia pode ocorrer na gravidez, parto ou puerpério imediato (BRASIL, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, CARDIOLOGIA E NEFROLOGIA, 2010).

A anemia é caracterizada como nível de hemoglobina abaixo de 11g/dL, sendo classificada como leve, moderada e grave, ocorrendo por meio de perda sanguínea, deficiência na produção de eritrócitos ou destruição excessiva do mesmo, tendo como principal causa de

anemia na gestação a deficiência de ferro. No Brasil uma das doenças hereditárias que tem maior incidência é a anemia falciforme, sendo a doença potencialmente grave na gestação (BRASIL, 2012). Outra doença que é caracterizada como de alto risco é o DM, que é uma doença metabólica crônica, determinada pela hiperglicemia, ocorrendo grandes índices de morbimortalidade perinatal, principalmente macrossomia fetal e malformação fetal. É classificada em pré-gestacional e DMG, que tem seu desenvolvimento na gestação, que é prévia à gestação (BRASIL, 2012).

As doenças tireoidianas materna aumentam o risco de aborto, mortalidade perinatal, bem como ter efeitos adversos na gestação, sendo divididas em hipotireoidismo e hipertireoidismo. No hipotireoidismo a principal causa é a doença Tireoidite de Hashimoto e se não for tratado na gestação tem um risco aumentado para abortamento, pré-eclâmpsia, crescimento intrauterino restrito, descolamento prematuro de placenta, prematuridade e natimortalidade. Já no hipertireoidismo a principal causa é a Doença de Graves e tem uma maior chance de abortamento, crescimento intrauterino restrito, prematuridade, pré-eclâmpsia, falência cardíaca e natimortalidade (BRASIL, 2012).

Nas cardiopatias a gestante deve seguir um pré-natal de rotina habitual, atentando para complicações cardiovasculares como arritmias, anemia, infecção e hipertireoidismo. Necessita de consultas com obstetra e cardiologista (BRASIL, 2012).

Na asma quando não controlada na gestação pode causar complicações, tais como hiperêmese, pré-eclâmpsia, crescimento intrauterino retardado, aumento da mortalidade perinatal entre outras (BRASIL, 2012).

Já o Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença autoimune, inflamatória crônica e multissistêmica. Devido as modificações hormonais na gestação existe o risco, podendo acarretar maus resultados perinatais e pré-eclâmpsia (BRASIL, 2012).

A trombofilia na gravidez é definida como tendência à trombose, sendo na gestação, na grande maioria das vezes a oportunidade para descobrir a doença, onde deve-se desconfiar da doença na presença de qualquer evento trombótico, óbito fetal, aborto recorrente, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, descolamento prematuro de placenta e restrição de crescimento fetal grave. Já a doença tromboembólica na gestação é uma das principais causas de morte materna mundial, apresentando-se em duas formas principais, sendo elas a Trombose Venosa Profunda (TVP) e a embolia pulmonar. A TVP ocorre geralmente nas extremidades inferiores e tem como característica a formação de coágulo no sistema venoso profundo. Os três trimestres da gestação estão igualmente suscetíveis à doença, que tem um risco aumentado no pós-parto, principalmente se tiver sido cesariana. Já a embolia pulmonar caracteriza-se pelo

desprendimento dos coágulos do sistema venoso profundo na trombose, alojando-se nas artérias pulmonares, ocorrendo mais durante o pós-parto (BRASIL, 2012).

De todas as patologias neurológicas, a epilepsia é a mais frequente durante a gestação, ocorrendo em 0,3% a 0,4%. A doença em si tem pouco efeito prejudicial na gestação, porém os medicamentos anticonvulsivantes podem causar malformações fetais, entretanto, os medicamentos mais novos possuem uma menor teratogenia (BRASIL, 2012; VIINIKAINEN et al., 2006; HERNÁNDEZ-DIAZ et al., 2012).

3.1.2 Gestação de Alto Risco e Processos Infecciosos

A Infecção do Trato Urinário (ITU) pode causar diversos problemas na gestação, sendo dividida em três tipos, a bacteriúria assintomática que é quando a gestante não apresenta sintomas, porém existe presença de bactéria na urina, podendo levar a uma posterior pielonefrite, prejudicando o desenvolvimento fetal e causando baixo peso ao nascer, a cistite, que tem como características a urgência miccional, polaciúria, disúria, dor retropúbica, suprapúbica ou abdominal, ocorrendo em menos casos hematúria e leucocitúria e a pielonefrite, ocorrendo mal estar geral, com sintomas de febre, calafrios, náuseas, vômitos, cefaleia, sinal de Giordano positivo (quando ocorre punho percussão lombar da positiva), podendo ter comprometimento de função renal, anemia, prematuridade, infecção feto-anexial e puerperal (BRASIL, 2012).

A pneumonia não tem uma evolução muito grave e nem é tão frequente, ocorrendo em cerca de 1% das gestantes, porém, aumenta o risco para prematuridade e baixo peso ao nascer, tendo como fatores de risco a asma, anemias e uso de corticoides (BRASIL, 2012; CAETANO, FROES, 2001). Com a tuberculose ativa na gestante o tratamento tem um prognóstico tão bom quanto o realizado em mulheres não gestantes, e a profilaxia em gestantes com tuberculose inativa geralmente garante uma evolução estável na gestação e no pós-parto, porém, podem ocorrer abortos, pré-eclâmpsia, e trabalho de parto difícil (BRASIL, 2012).

A hanseníase é considerada uma doença crônica, infecciosa, atingindo principalmente pele e nervos periféricos. Durante a gestação a hanseníase faz aparecer os sintomas nas gestantes infectadas, agrava as reações em gestantes em tratamento e faz reaparecer os sintomas com maior intensidade em mulheres já tratadas (BRASIL, 2012).

A toxoplasmose é uma doença considerada muito perigosa durante a gestação, estimando-se que 14 em 1.000 gestantes são infectadas, e tem um elevado risco de acometer o feto, variando a taxa de transmissão ao feto dependendo do trimestre que a gestante se encontra,

sendo de 25% no primeiro trimestre, 54% no segundo e 65% no terceiro trimestre, causando restrição de crescimento intrauterino, prematuridade, manifestações clínicas, sequelas e morte fetal (BRASIL, 2012; TABILE et al. 2015).

Na gestante a rubéola demonstra alta toxicidade nos tecidos embrionários, principalmente no início da embriogênese, ocorrendo a rubéola congênita, acarretando graves sequelas como cardiopatia e catarata congênita, glaucoma, surdez central, cegueira, retardo mental, dentre outros. O Citomegalovírus (CMV) faz parte da família dos herpes vírus, acometendo cerca de 2,1% das gestantes no Brasil, podendo ser transmitido por transmissão vertical durante a vida fetal (infecção congênita), durante o parto ou durante o aleitamento materno (chamadas de infecção perinatal). A infecção perinatal não traz nenhuma consequência para o recém-nascido, porém a congênita pode trazer prejuízos para parte dos acometidos, como sequelas tardias que incluem retardo do desenvolvimento neuropsicomotor (BRASIL, 2012; TAVARES et al., 2011).

A malária é uma doença não contagiosa, infecciosa febril aguda, transmite ao homem pela picada da fêmea infectada. A gestante que contrai a doença tem um risco aumentado para desenvolver as formas complicadas, principalmente a anemia grave da malária, ocorrendo os efeitos mais prejudiciais durante a primeira gestação, pode ocorrer em qualquer paridade (BRASIL, 2012).

Vários estudos demonstram que nas patologias gestacionais as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) ocupam um importante espaço podendo estas prejudicar tanto a mãe como o feto, e a transmissão para o bebê pode ocorrer na gestação, parto, puerpério e amamentação (COSTA et al., 2010b). As consequências mais frequentes das ISTs durante a gestação são gravidez ectópica, abortos, prematuridade, natimortos, infecções congênitas, perinatais e puerperais, demonstrando em vários estudos que a gestante fica mais suscetível às IST devido a imunidade estar mais baixa e a espessura da mucosa genital fica menor (COSTA et al., 2010b; MARTINS et al., 2004; FONSECA, 2014). As IST serão abordadas no quadro abaixo:

Quadro 2: IST na gestação

Sífilis	A sífilis é uma doença de evolução crônica, sistêmica, tendo as formas adquirida e congênita. Na gestante o diagnóstico, manifestações e tratamento é o mesmo que nas pessoas não gestantes. Dependendo do trimestre de gestação e da fase de infecção o feto pode ser acometido de 70 a 100%, para evitar isso
---------	---

	<p>precisa que gestante e parceiro façam corretamente o tratamento (BRASIL, 2012). Vale lembrar que a gestante que não tratar adequadamente ou simplesmente não tratar a doença pode passar para o feto, podendo causar prematuridade, baixo peso ao nascer, morte fetal e neonatal e transmitir a infecção congênita (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018). No ano de 2016 no Brasil foram notificados 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita, sendo destes 185 óbitos, e no estado de SC em 2016 foram notificados 1.349 casos de sífilis em gestantes (BRASIL, 2017b). Foi percebido que entre os anos de 2012 à 2017 ocorreu um aumento significativo nos casos de sífilis adquirida, em gestantes e congênita, podendo ser atribuído este fato ao aumento do uso de testes rápidos e da cobertura de testagem, profissionais de saúde com maior resistência para aplicar a penicilina na Atenção Básica, diminuição do uso de preservativo e mundialmente ocorreu um abastecimento menor da penicilina, além do sistema de vigilância ter sido aprimorado, aumentando assim, os casos notificados (BRASIL, 2017b).</p>
Herpes Simples Vírus	<p>A herpes é um vírus transmitido pelo contato sexual, contato direto com lesões ou objetos que estejam contaminados. Nas gestantes portadoras existe o risco de complicações obstétricas (BRASIL, 2012). Quando a infecção materna ocorre no fim da gestação existe um risco maior de infecção neonatal, o abortamento ocorre mais se a infecção for nos dois primeiros meses de gestação, e é no momento da passagem pelo canal vaginal que ocorre o maior risco de transmissão do vírus para o feto. A infecção pelo vírus da herpes em bebês é um quadro grave, exigindo cuidados hospitalares (BRASIL, 2012).</p>
Hepatites Virais	<p>São causadas por diferentes vírus, sendo os que mais tem ocorrência no Brasil o tipo A, B, C e D, todas são hepatotrópicas, mas cada uma possui características imunológicas próprias. Como no Brasil a prevenção, o diagnóstico e o tratamento são prioridade,</p>

	a transmissão vertical tem uma grande redução. Lembrando que se as medidas de profilaxia sejam adotadas, o parto normal e o aleitamento não são contraindicados (BRASIL, 2012).
Infecção pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV)	A transmissão vertical do HIV na maioria dos casos se dá durante o trabalho de parto e parto, intraútero e aleitamento materno. Tendo o diagnóstico de HIV no pré-natal possibilita a profilaxia da transmissão vertical durante o trabalho de parto e parto (BRASIL, 2012).
Infecção pelo Papiloma Vírus Humana (HPV)	É causada por um vírus Papiloma, com contaminação sexual, sendo a IST viral com maior frequência no mundo. Na gestação sabe-se que existe um favorecimento para o desenvolvimento e proliferação das lesões condilomatosas. Alguns tipos de vírus do HPV podem ocorrer a transmissão perinatal ou até mesmo a contaminação pelo canal de parto (BRASIL, 2012).
Vaginose Bacteriana	As vaginoses mais comuns são a <i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Mycoplasma hominis</i> e alguns <i>Bacteroides</i> e <i>Mobiluncus</i> . Pode causar prematuridade, baixo peso ao nascer e rotura prematura das membranas (BRASIL, 2012).

3.1.3 Gestação de Alto Risco e Distúrbios Psiquiátricos

Durante a gestação e o puerpério a chance é maior para ocorrer algum quadro psiquiátrico, tendo como fatores de risco a falta do parceiro, exposição pregressa a algum evento traumático e história prévia de transtornos psiquiátricos, acarretando diretamente para um aumento nas taxas de abortamento, prematuridade, baixo peso ao nascer, pré-eclâmpsias, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor do feto e depressão pós-parto materna (BRASIL, 2012).

Na gestação e no puerpério ocorrem diversos eventos adversos que podem fazer desencadear transtornos de humor. Os transtornos de humor englobam os casos de quadros depressivos (sendo esse o mais frequente), o transtorno afetivo bipolar e todos os seus espectros. Os sintomas mais comuns são humor depressivo, alterações de sono e apetite, anergia, irritabilidade, diminuição da libido, lentificação psicomotora, ideias de culpa, ruína e ideação

suicida, lembrando que as alterações não são apenas para a mãe, refletindo também no desenvolvimento do bebê (BRASIL, 2012; PINHEIRO, 2011). A depressão gestacional ocorre em cerca de 22% em gestantes em países subdesenvolvidos, e os transtornos de humor pós-parto afetam entre 13% a 20%, e ocorrem na maior parte das vezes no primeiro mês de puerpério (FAISAL-CYRY, MENEZES, 2007; KROB et al., 2017).

Nos transtornos de ansiedade são abrangidos o transtorno de pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, fobias, transtorno de ansiedade generalizada, entre outros. Assim como as pacientes que tem depressão no pré-natal, as que sofrem de ansiedade, tem maiores chances de desenvolver depressão pós-parto. Tem como característica a ansiedade excessiva, apreensão, medo, hiperatividade autonômica, tontura, formigamentos, alterações de sono, irritabilidade, despersonalização e desrealização. As gestantes que podem vir adquirir mais facilmente a ansiedade na gestação são aquelas que passam por eventos adversos, tem histórico de aborto espontâneo, parto prematuro, morte fetal ou neonatal precoce, histórico de doença psiquiátrica, ou tratamento psiquiátrico na gestação anterior ou em qualquer momento de sua vida (SILVA et al., 2017).

Outro transtorno relatado na literatura é o transtorno psicótico, caracterizado pela esquizofrenia, que possui sintomas como ideias delirantes, alucinações e pensamento desorganizado. Existe maior chance de recaída no puerpério do que na gestação. As gestantes com esquizofrenia geralmente não conseguem realizar o pré-natal adequadamente (BRASIL, 2012).

O uso de álcool na gestação é um sério problema, estima-se que o consumo esporádico de álcool entre as gestantes fique em torno de 20 a 25%, o que pode causar malefícios, pois o álcool consegue passar rapidamente a barreira placentária bem como passa para o leite materno, sendo importante salientar que o feto e o recém-nascido não tem seu fígado completamente maduro, o que faz com que demorem mais para eliminar o álcool em seu organismo (BRASIL, 2012; FREIRE, PADILHA, SAUNDERS, 2009). O álcool pode causar no feto, baixo peso para IG, malformações na estrutura facial, defeitos no septo ventricular cardíaco, malformações das mãos e pés, além de retardo mental e também pode causar a Síndrome Alcólica Fetal (SAF), que causa um comprometimento neuropsiquiátrico em bebês e crianças de gestantes que fizeram uso de álcool durante a gestação (BRASIL, 2012; MUKHERJEE et al., 2007).

O uso de drogas também está descrito na literatura como causador de muitos problemas na gestação, pois as gestantes que fazem uso dificilmente conseguem ajuda no pré-natal, devido ao preconceito que muitas sofrem, algumas acabam escondendo que utilizam ou muitas nem fazem o acompanhamento, porém, naquelas que falam sobre a utilização a gestação costuma

ser um período onde se consegue sensibilizar e diminuir o uso ou até mesmo parar de usar (BRASIL, 2012; MAIA, PEREIRA, MENEZES, 2015). Dentre os problemas citam-se os de saúde física, desnutrição e susceptibilidade a infecções. O uso da cocaína pode acarretar trabalho de parto prematuro, restrição de crescimento intrauterino e rotura prematura de membranas (BRASIL, 2012). Existem poucos estudos no Brasil sobre o uso de drogas na gestação, porém, em um estudo realizado em Maringá/PR, em 2012, foram entrevistadas 394 gestantes, dessas, mais de 16% utilizaram drogas lícitas e ilícitas (ROCHA et al., 2016; FREIRE, PADILHA, SAUNDERS, 2009; MUKHERJEE et al. 2007).

Os transtornos alimentares ocorrem em 1% das gestantes, incluem a anorexia nervosa e a bulimia nervosa. As gestantes com anorexia se veem gordas, mesmo estando muito magras, costumam negar o quão sério é seu quadro. As gestantes com bulimia nervosa também têm muita sensibilidade à possibilidade de ganhar peso, sentem um medo mórbido de engordar e tem um desejo intenso de perder peso (BRASIL, 2012; SILVA, PUJALS, 2017). Os transtornos alimentares acabam ocorrendo na gestação devido a grande mudança em pouco tempo que ocorre no corpo das mulheres, pois é necessária maior ingestão energética para garantir o desenvolvimento saudável do bebê (SILVA; PUJALS, 2017).

3.1.4 Gestação de Alto Risco e o Câncer

O diagnóstico de câncer em gestante, ou paciente com câncer que engravida acarreta uma gestação de alto risco, devendo ser encaminhada para o setor, possuindo equipe multidisciplinar, abordando a doença na gestante ou encaminhando para realizar a interrupção da gestação caso necessário, objetivando maior sobrevida para paciente e menor dano para o feto. (FERNANDES; SURITA, 2017). Estima-se que de todos os tipos de câncer que ocorrem em gestantes, 65% são linfomas e melanomas, seguidos do câncer de mama ocorrendo 1 em cada 5.000 gestações, câncer de tireoide 1 em cada 7.000 gestações e colo de útero 1 em cada 8.500 gestações (BRASIL, 2017).

Quadro 3: O Câncer e Gestação são descritos no quadro seguinte:

Câncer de Mama	O câncer de mama não ocorre com muita frequência na gestação, porém quando ocorre acaba sendo mais agressivo, com tumores maiores, com maior comprometimento de linfonodos, vascular sanguíneo e linfático e 20% deles são
----------------	--

	carcinomas inflamatórios. Acabam ocorrendo resultados ruins pela demora no diagnóstico e tratamento, e não pelas características do câncer em si (BRASIL, 2012).
Câncer de Colo de Útero	No câncer de colo de útero em casos excepcionais ocorre lesão intraepitelial de alto grau e evolui para carcinoma microinvasor durante a gestação, sendo que o mais comum é após o parto ocorrer a regressão da doença (BRASIL, 2012).
Câncer de ovário	É de ocorrência rara na gestação e geralmente não tem sintomas e são descobertos por acaso na ultrassonografia obstétrica, sendo o câncer com maior diagnóstico na gestação o tumor epitelial de baixo potencial de malignidade. O prognóstico do câncer de ovário não é alterado pela gestação, porém a massa ovariana pode causar aborto ou parto prematuro (BRASIL, 2012).
Câncer de Vulva	O Câncer de vulva dificilmente está associado à gestação, porém as lesões precursoras acontecem com maior incidência no período gestacional. Só existem relatados na literatura no período de 1940-2000 24 casos de câncer de vulva associados à gestação, sendo que todas foram tratadas durante o período gestacional, e encaminhadas à cesariana (BRASIL, 2012).
Câncer do Endométrio	O câncer de endométrio é muito raro na gestação, tendo apenas 29 casos descritos na literatura. A maioria não tinha invasão miometrial, ou a invasão era muito pequena, garantindo uma sobrevida às gestantes. O diagnóstico ocorreu na maioria das vezes pelo estudo do material abortado (BRASIL, 2012).
Câncer de Vagina	O câncer de vagina associado à gestação é muito mais raro quando comparado aos outros cânceres ginecológicos (BRASIL, 2012).

Câncer da Tuba Uterina	Só existe um caso de câncer tubário na gravidez descrito na literatura, o que torna esse tipo de câncer raríssimo (BRASIL, 2012).
Câncer na Tireoide	Na gestação em torno de 39 a 43% dos nódulos da tireoide são câncer, sendo considerado o carcinoma papilar mais frequente. Não se considera a IG nos carcinomas medulares e nos tumores que crescem rapidamente, devendo esses serem tratados imediatamente, a não ser que esteja próximo do fim da gestação, devendo a mesma ser interrompida ao ocorrer viabilidade fetal (BRASIL, 2012).
Melanoma	No caso de suspeita de melanoma na gestação é obrigatório a realização do diagnóstico, pois existem casos de disseminação metastática para o feto (BRASIL, 2012).
Leucemias	Em gestantes com leucemia é comum ocorrer trabalho de parto prematuro, pode ocorrer hemorragia pós-parto. A doença de Hodgkin tem uma incidência menor que a leucemia e não afeta a gestação. Se for diagnosticado leucemia na gestação o tratamento é quimioterapia e radioterapia, colocando o feto em risco, principalmente se faltar muito para o fim da gestação, sendo que no primeiro e segundo trimestre o aborto deve ser considerado (BRASIL, 2012).

Todas as doenças e implicações descritas acima são reconhecidas como alto risco na gestação, e devem ser devidamente encaminhadas ao setor de alto risco que atende essas gestantes, através de encaminhamento médico, referência e contra referência. Por serem situações especiais, precisa-se ter maior cuidado com essas gestantes, ter mais atenção às queixas e ao que a gestante refere estar sentindo, pois podem ser sintomas de um problema na gestação, tendo em vista que sua gestação é de alto risco, objetivando chegar ao fim da gestação e parto com saúde.

Quando a gestante recebe o diagnóstico de gestação de alto risco, nem sempre o está emocionalmente preparada, sendo necessária atenção dos profissionais quanto às ações de

educação em saúde e às ações que estimulem o cuidado de si e da saúde. Há relato de ocorrência de sentimento de culpa, raiva, perda da esperança e medo (BRASIL, 2012).

A gestante que vivencia o alto risco tende a ficar mais vulnerável, pois atribui à gestação muitos significados que vão desde o processo reprodutivo, as causas e ações das intercorrências enfrentadas, até os recursos de saúde e a falta deles, influenciando desta maneira no cuidado de si, causando em evento que gera vulnerabilidades (OLIVEIRA; MANDÚ, 2015).

Neste contexto, emerge a resiliência enquanto possibilidade para a adaptação às novas necessidades e ao novo momento do viver (RICHARDSON, 2002; OLIVEIRA, MANDÚ, 2015). Em estudos realizados com gestantes relacionados à resiliência, percebe-se uma mudança de paradigma, saindo do modelo médico centrado, olhando somente a parte fisiológica da gestação e passando por outra perspectiva, conseguindo fortalecer as potencialidades para o enfrentamento das situações estressoras, permitindo que se obtenha o desenvolvimento da gestação (RIBEIRO; GUALDA, 2011).

3.2. RESILIÊNCIA, ESTRESSE E GESTAÇÃO

O termo resiliência vem do latim, mais precisamente da palavra *resilio*, que tem como significado saltar, ressaltar, voltar a um estado anterior. Várias ciências se utilizam deste constructo teórico, sendo que originalmente na física a resiliência era compreendida como capacidade de um material voltar a sua forma original após sofrer uma pressão potencialmente deformadora (BECOÑA, 2006; MACHADO, 2011).

A origem da resiliência vem das Ciências Físicas, como já citado anteriormente, sendo que o conceito começou a ser empregado pelas Ciências da Saúde a partir da década de 70, em estudos com pessoas que passavam por fatores que eram considerados de risco para o desenvolvimento de doenças psíquicas. Estes eventos seriam potenciais causadores de traumas agudos ou prolongados, porém, estas pessoas, diferente das demais, não ficavam doentes, portanto inicialmente foi reconhecida como uma característica “inata” (BATISTA, 2010; QUINTANILHA, 2012).

Nos anos 2000 não havia consenso quanto a sua definição na área da saúde, sendo que autores sugerem que o conceito tende a assumir aspecto processual, propondo que haja uma ressignificação para o problema, e não simplesmente eliminando-o, pois a maneira como o indivíduo supera os eventos problemáticos é relativa, dependendo do contexto e das características pessoais de cada um (JUNQUEIRA, DESLANDES, 2003; RODRIGUÉZ, 2005; QUINTANILHA, 2012).

Com o passar do tempo começou-se a admitir que diante de determinadas situações ou momentos adversos as pessoas ficam vulneráveis, observando a possibilidade de adaptação ao evento estressor, caracterizando a resiliência como uma habilidade desenvolvida e que auxilia a superar as dificuldades, saindo dos eventos adversos fortalecidos, transformados, porém não ilesos (WU et al., 2013; RECKZIEGEL et al, 2018).

Assim, com o passar do tempo o foco foi sendo ampliado para indivíduos, famílias e outros grupos que passaram por condições adversas, estudando as reações psicológicas diante dos fatos e traumas vivenciados, sejam eles individuais ou coletivos (SOUSA, ARAUJO, 2015; BARLACH, 2005). Observaram que apesar do sofrimento ser potencialmente desfavorável à saúde, pode ocorrer a ressignificação do impacto do mesmo no processo de viver e ser saudável, possibilitando a ocorrência de resposta positiva frente ao processo estressor. Assim, a resiliência passou a ser caracterizada como uma relação dinâmica entre o indivíduo complexo e seu contexto sócio-histórico-cultural-ambiental, podendo ser desenvolvida.

Assim, a resiliência pode ser caracterizada como a “capacidade de suportar, de adaptar-se e conviver de forma harmônica, desenvolvida frente às situações de adversidade e/ou estresse” (RECKZIEGEL, 2014, p. 42), ou seja, a resiliência favorece o emergir de potencialidades pessoais que irão auxiliar no processo. Melillo, Estamatti, Cuestas (2005, p. 61) afirmam que:

[...] a resiliência se produz em função de processos sociais e intrapsíquicos. Não se nasce resiliente, nem se adquire a resiliência “naturalmente” no desenvolvimento: depende de certas qualidades do processo interativo do sujeito com outros seres humanos, responsável pela construção do sistema psíquico humano (p. 61).

Já foi visto que a resiliência é um constructo complexo, sendo reconhecida como forma de alcançar um resultado positivo quando se defronta com uma condição adversa, obtendo assim respostas adequadas a estressores, conseguindo habilidades de se adaptar e se preservar quando passa-se por adversidades (MCEWEN, GRAY, NASCA, 2015; LIPP, TRICOLI, 2014; RECKZIEGEL et al.,2018).

Segundo Malgarin (2017, p. 18):

[...] esse conceito pode ser tomado como uma possibilidade de superação em um sentido dialético, isto é, representa um novo olhar, uma nova leitura ou ainda, uma nova possibilidade de significação para uma situação, a qual não é excluída ou reprimida da história do sujeito, ao contrário, torna-se uma parte dessa estrutura – uma parte que “funciona” dentro dessa narrativa.

Para se verificar a resiliência é necessário estudar os fatores de risco e de proteção, pois em algumas vezes a ocorrência de eventos adversos na vida do indivíduo é inevitável, considerando que podem ter origem externa, interna ou de ambas, sendo que ao longo da vida

esses fatores passam por contínuas mudanças (PESCE et al., 2004; BARLACH, 2005; SILVA, 2013).

O desenvolvimento humano é influenciado negativamente pelos fatores de risco, que dificultam o processo de viver e ser saudável, porém são particulares a cada indivíduo, ou seja, cada pessoa reconhece os fatores estressores e adversos ao seu viver de maneira particular (PESCE et al., 2004; SILVA, 2013). Assim, faz-se necessário reconhecer o sentido que o indivíduo atribui ao evento de estresse; a quantidade de vezes que a pessoa foi exposta ao evento estressor e os níveis que ele alcançou bem com os níveis de tolerância que a pessoa consegue suportar (PESCE et al., 2004; SILVA, 2013).

Esse pensamento é explicitado por Lipp, 2003 e Tomé, 2012 quando falam que alguns fatores de risco podem desestabilizar o indivíduo, bem como a tristeza, o medo de alguma situação, a derrota de algo que almejava, a ansiedade quando não controlada, bem como certas doenças que acabam diminuindo a vontade da pessoa de seguir em frente e se adaptar englobando o tratamento de determinadas doenças, a dor, algumas mudanças de vida que são necessárias e as incertezas quanto ao futuro.

Os fatores internos são considerados as tristezas, baixa autoimagem, derrota, ansiedade, dentre outros sentimentos negativos. E os externos são caracterizados como catástrofes naturais, exposição a todos os tipos de violência, abandono, doenças, maus tratos, preconceito, falta de respeito, marginalização social, bem como, tantos outros encontrados nas sociedades (ANGST, 2009; BRANDÃO, MAHFOUD, GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011; YUNES, 2003; PESCE et al., 2004; LABRONICI, 2012; SILVA, 2013).

Considerando o contexto da gestação de alto risco, algumas gestantes vivenciam certa variedade de emoções frequentemente permeadas pelo medo relacionado à saúde de seu bebê, bem como sua própria saúde (BYATT et al., 2014; ZHAO et al., 2016), ou até mesmo convivem com a ocorrência de estresse, depressão e ansiedade (BYATT et al., 2014; ZHAO et al., 2016).

Pesquisas mostram que respostas de estresse são observadas em mais de 75% das mulheres durante o período gestacional, e se essa gestante for exposta ao estresse por longos períodos, podem ocorrer agravos à gestação bem como ao feto, aumentando sua frequência cardíaca podendo assim desenvolver asma, alergias, problemas mentais, dificuldades no desenvolvimento infantil, problemas comportamentais, acarretando déficit de aprendizagem, e até mesmo risco para desenvolver depressão em idade mais avançada, trazendo ainda riscos como aborto espontâneo, HAS induzida pela gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer (RODRIGUES, SCHIAVO, 2011; BJELICA, 2004). Segundo Busnel (2002) e Rodrigues e

Schiavo (2011) a exposição de gestantes ao estresse pode alterar a PA, o ritmo cardíaco, a respiração bem como causar alterações hormonais.

Os autores salientam ainda que os eventos adversos diários são os maiores causadores de estresse no início da gestação e no decorrer da gestação o maior estresse é o medo do parto, sendo que na primeira gestação a mulher tende a ter mais estresse devido às situações nunca vivenciadas, sendo responsável por desequilíbrios emocionais maternos e por possível desenvolvimento fetal com problemas (BUSNEL, 2002; RODRIGUES, SCHIAVO, 2011).

Existem alguns fatores que alteram o desenvolvimento do sistema nervoso central do feto, entre eles, as respostas desencadeadas pelos fatores genéticos e ambientais que impactam negativamente na vida intrauterina. Devido ao estresse materno, o feto pode vir a nascer prematuramente bem como, apresentar restrição de crescimento intrauterino. Existem maneiras de investigar o estresse na gestação, através de avaliação de exames sanguíneos e aplicação de questionários psicométricos (VENTURA; NETO; SIMÕES, 2009).

Estas respostas são desencadeadas pelo aumento do cortisol, que é um derivado esteroidal e com isso atravessa a barreira placentária, atingindo as regiões hipotalâmicas do feto, aumentando a produção do Hormônio Corticotropina (CRH), fazendo com que ocorra um estímulo do sistema córtico–adrenal no feto, maturando órgãos vitais precocemente e restringindo o crescimento. Esse hormônio tem uma intensa elevação no fim da gestação, e se esse aumento ocorrer antes do tempo por estresse pode acarretar em trabalho de parto prematuro (VENTURA; NETO; SIMÕES, 2009).

O estresse na gestação pode causar alterações principalmente na placenta, devido ao aumento de noradrenalina no sangue, aumentando assim a resistência vascular e reduzindo o fluxo sanguíneo para a placenta, fato que acarreta na diminuição dos níveis de nutrientes e oxigênio que chegam ao feto (GUEST et al., 2013).

A exposição à fatores de risco suscita a necessidade do indivíduo a se adaptar, desenvolvendo estratégias de ressignificação de problemas ou mesmo de busca de resolução, no sentido da superação da adversidade e encontro de nova homeostase (SAPIENZA, PEDROMÔNICO, 2005; RECKZIEGEL, 2014). Convém apontar que independente da origem dos fatores de risco, cada pessoa poderá ser afetada de uma maneira diferente pelo mesmo fator de risco, tudo depende do momento e intensidade que a pessoa o vivencia, podendo ter como resposta um processo positivo ou negativo (SOUZA, CERVENY, 2006; SILVA, 2013). Destaca-se que, não significa que todas as adversidades vivenciadas pelo indivíduo terão respostas resilientes, pois estas estão continuamente vinculadas à capacidade de suportar e

adaptar-se à nova situação adversa vivenciada (RECKZIEGEL, 2014; RECKZIEGEL et al., 2018).

Por outro lado, há fatores positivos, também chamados de fatores de proteção que podem incentivar a pessoa a ter um controle sobre sua vida, promovem o bem-estar, melhoram a saúde psicológica mesmo estando diante de situações adversas (TROMBETA, GUZZO, 2002; OLIVEIRA, GODOY, 2015). Autores pontam que podem ser fatores relacionados ao indivíduo, como a autoestima e autoconfiança elevadas; relacionados à família e à sociedade.

Assim a resiliência emerge como possibilidade para auxiliar no entendimento necessário dos elementos envolvidos no processo de viver e, com isso, estabelecer estratégias para conviver de forma mais saudável apesar das adversidades enfrentadas (OLIVEIRA et al., 2008; RECKZIEGEL, 2014).

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Tratou-se de estudo quantitativo, observacional, transversal, prospectivo. No estudo quantitativo é onde são apresentadas variáveis, que são coletadas e analisadas através de dados quantitativos, identificando a fundo a realidade, as estruturas e relações do indivíduo (ESPERÓN, 2017). Segundo Esperón (2017, p.1) a pesquisa quantitativa “pode determinar a força de associação ou correlação entre variáveis, a generalização e objetificação dos resultados através de uma amostra que faz inferência a uma população [...]” fazendo também “inferências causais que explicam por que as coisas acontecem ou não de uma forma determinada”.

A pesquisa foi também observacional, onde o pesquisador estuda, observa e registra sem realizar qualquer intervenção nas doenças e condições de saúde do entrevistado, tendo como característica observar o cenário (FRONTEIRA, 2013). O estudo teve a transversalidade estudando se existe associação entre a exposição e a doença do que está sendo estudado (SITTA et al., 2010).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O presente estudo foi realizado na cidade de Lages, no CEASM. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) afirma que em 2010 a macrorregião da Serra Catarinense possuía uma população de 403.750 habitantes. Lages era a cidade mais populosa com 156.727 habitantes, sendo considerado município sede da Macrorregião (SEBRAE, 2013).

Lages foi fundada em 1766, pelo bandeirante paulista Antônio Correia Pinto de Macedo, servindo inicialmente como passagem e estalagem entre Rio Grande do Sul e São Paulo, principalmente abastecendo os trabalhadores da extração de ouro em Minas Gerais com a passagem do gado dos campos gaúchos (IBGE, 2017).

A rede de Atenção Básica de Lages possuía em 2014 uma cobertura de 78% de Estratégia de Saúde da Família (ESF), totalizando mais de 126 mil habitantes atendidos e 41.610 famílias. A rede é constituída por 28 Unidades de Saúde, com 49 equipes. Possui também os serviços especializados, como saúde do homem, saúde da criança, saúde do idoso, todas as especialidades médicas, bem como a saúde da mulher, que fica no CEASM (LAGES, 2015).

O CEASM foi inaugurado em 2014, está localizado no bairro Centro, possuem diversos profissionais como médicos ginecologistas e obstetras, mastologista, enfermeiros, psicólogo, assistente social, técnicas de enfermagem, auxiliar administrativo e estagiários. Realiza atendimentos desde o público feminino da adolescência até o envelhecimento, adolescentes gestantes de alto risco com vulnerabilidades, pré-natal especializado, serviço de mastologia, agendamentos de mamografia, ginecologia e coleta de material citopatológico (LAGES, 2018b). Atua também com foco no combate à violência contra a mulher, dando suporte para questão da violência, baixa autoestima, submissão, auxiliando ainda na autonomia dessas mulheres (LAGES, 2018b).

O atendimento do CEASM é vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, que utiliza um protocolo específico para o atendimento às gestantes, intitulado Protocolo Regional de Atenção ao Pré-Natal e Puerpério da Serra Catarinense. Este tem como objetivo promover um atendimento seguro e de qualidade às gestantes, bem como subsidiar a conduta profissional, tendo respaldo dos protocolos ministeriais e dos órgãos competentes fiscalizando as atividades de todos os profissionais que ali atuam (OLIVEIRA et al., 2017). Com o uso do protocolo todas as consultas de Médicos, Enfermeiros, Odontólogos, o acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde (ACS), o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), bem como outros profissionais que atuam nas unidades de saúde, terão as consultas de maneira sistematizadas e ajudará nas decisões a serem seguidas, fazendo com isso uma melhor organização do trabalho, bem como tem um valioso material para consulta (OLIVEIRA et al., 2017).

Portanto, durante as consultas de pré-natal na atenção básica o médico utiliza o protocolo e faz o cálculo de risco gestacional (ANEXO 1), e caso esse cálculo seja maior que 10, a gestante é considerada de alto risco e encaminhada para o CEASM, devendo manter concomitantemente consultas na atenção básica e no alto risco, para evitar perder o vínculo com a atenção básica.

Por todos esses motivos optou-se por realizar o presente estudo no CEASM, local que atende mulheres de toda a cidade, realiza consultas, procedimentos ginecológicos e obstétricos.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram da pesquisa gestantes de alto risco que foram encaminhadas pelas unidades de saúde vinculadas à atenção básica para o atendimento do CEASM, possuindo diagnóstico médico de gestação de alto risco. Foram convidadas a participar da pesquisa todas as gestantes de alto risco que passaram pelo CEASM durante o período de 01 de janeiro de 2019 até 28 de

fevereiro de 2019, sendo um total de 146 participantes, porém 3 pacientes eram menores de idade, fazendo com que fossem excluídas da pesquisa, totalizando 143 pacientes que responderam o questionário.

4.3.1 Critérios de Inclusão e Exclusão dos Participantes

Os critérios para a inclusão no presente estudo foram:

- Ser mulheres com diagnóstico médico de gestação de alto risco;
- Ter consultas agendadas no CEASM;
- Ter sido encaminhada ao atendimento no CEASM por uma unidade de saúde vinculadas à atenção básica do município de Lages;
- Ser maior de idade.

Os critérios de exclusão foram os seguintes:

- Mulheres não gestantes;
- Gestantes de médio ou baixo risco;
- Gestantes de alto risco que não tinham consulta agendada no CEASM;
- Gestantes de alto risco que não foram encaminhadas para atendimento no CEASM por uma unidade de saúde vinculadas à atenção básica do município de Lages.
- Gestantes de alto risco que não aceitaram participar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA E REGISTRO DE DADOS

A coleta de dados se deu no CEASM. As gestantes que estavam em sala de espera aguardando para consultar com os profissionais da saúde foram abordadas pela pesquisadora.

1. Foi realizado convite para a participação, sendo que as gestantes que manifestaram interesse em integrar a pesquisa receberam todos os esclarecimentos acerca do estudo. Para tal, a pesquisadora efetuou convite para uma conversa individual em sala privativa, onde foi explicado o objetivo da pesquisa e métodos. Foi entregue pela pesquisadora o TCLE, que foi disponibilizado em versão impressa em duas vias idênticas. Após a leitura e resolução das possíveis dúvidas, foi solicitada a assinatura do mesmo. Uma via ficou em poder da participante e uma com os pesquisadores (Apêndice 1).

2. Na sequência foram aplicados questionários contendo as seguintes informações:
 - Variáveis sociodemográficas: Idade, escolaridade, cor da pele, rendimento familiar, estado civil, ocupação laboral, situação de moradia. Para obter estas informações foram realizados questionamentos à gestante, seguindo formulário em apêndice (Apêndice 2).
 - Variáveis de saúde: Peso, estatura, Tempo de gestação, Número de gestações, Número de abortos e Número de partos. Diagnóstico médico relacionado à gestação de alto risco, presença de doenças e comorbidades. Para obter estas informações foram realizados questionamentos à gestante, seguindo formulário em apêndice (Apêndice 2).
 - Variáveis psicométricas: Aplicação das escalas de estresse e resiliência.

A Escala de Estresse foi utilizada a dos autores Cohen, Karmark e Mermelstein (1983), sendo validada e traduzida por Luft et al. (2007). A Escala de Estresse Percebido é composta por 14 questões fechadas, fornecendo cinco opções de resposta e cada uma com uma pontuação que foi somada ao fim da escala. O escore obtido varia de 0 a 56, sendo que as respostas são: 0-Nunca; 1-Quase nunca; 2-Às vezes; 3-Quase sempre; 4-Sempre. As 14 perguntas são divididas em 7 positivas e 7 negativas, fazendo com que algumas questões assumam valor inverso pela resposta obtida (COHEN; KARMARCK; MERMELSTEIN, 1983). Foi utilizada a média obtida nos dados como ponto de referência, sendo que o intervalo entre um desvio-padrão (DP) para mais e para menos (± 1 DP) foi considerado como nível aceitável de estresse. Os valores acima desse intervalo foram reconhecidos como elevados e abaixo do intervalo como baixo estresse. As respostas foram anotadas na Escala de Estresse Percebido, identificando cada participante através de um número específico (ANEXO 2).

A Escala de Resiliência foi utilizada a dos autores Connor, Davidson (2003), sendo traduzida e validada por Solano (2011). Esta contém 25 questões que apresentam somatório final, fornecendo escore de resiliência. Quanto maiores os valores, maior a resiliência. Foi utilizada a média obtida nos dados como ponto de referência, sendo que o intervalo entre um DP para mais e para menos (± 1 DP) foi considerado como nível aceitável de Resiliência. Os valores acima desse intervalo foram reconhecidos como elevados e abaixo do intervalo como baixo resiliência.

3. Todas as gestantes foram avaliadas utilizando o instrumento elaborado pelo MS e adaptado pela RC da Serra Catarinense (OLIVEIRA et al., 2017) que lista motivos para

o encaminhamento ao serviço de pré-natal de alto risco, conferindo pontuações específicas para cada um deles.

4. Após foi consultada a carteirinha de gestante para a obtenção de resultados dos exames, sendo utilizados os dados mais atuais de hemograma, glicemia de jejum (GJ), teste de tolerância oral a glicose (TTOG), grupo sanguíneo e fator Rh, Hormônio Estimulador da Tireoide (TSH), Parcial de urina (EQU), cultura de urina, antibiograma (TSA), Toxoplasmose IgG e IgM. Assim, foram avaliadas as condições de saúde relativas à três momentos, sendo a primeira o motivo de encaminhamento, a segunda as doenças que elas apresentavam antes de engravidar e terceira as doenças que apresentaram após a realização dos exames.
5. Os valores de referência dos exames das gestantes foram utilizados no hemograma hemoglobina no primeiro e terceiro trimestre, valores normais acima de 11g/dL e no segundo trimestre normal acima de 10,5g/dL (FERNANDES; SÁ, 2019). Com relação a glicemia de jejum e teste de tolerância oral a glicose, foram utilizados o estudo Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes (HAPO), considerando elevados valores de jejum >92, 1h > 180, 2h > 153 (OPAS, 2016). No TSH foram utilizados valores de referência no primeiro trimestre até 2,5uUI/mL, e segundo e terceiro trimestre até 3,0uUI/mL (ALEXANDER et al, 2017). No exame de urina os valores normais seriam leucócitos <10p/c, células epiteliais <10p/c e hemácias <4p/c (FERNANDES; SÁ, 2019). Com relação a toxoplasmose se IgG positivo e IgM negativo considera-se paciente imune, caso IgG negativo e IgM positivo, repetir em 2/3 semanas, se mantiver, falso positivo de IgM, caso IgG negativo e IgM negativo, paciente nunca teve contato, manter rotina e caso IgG positivo e IgM positivo, infecção aguda confirmada (FERNANDES; SÁ, 2019).
6. Em seguida foi entregue para a gestante uma requisição de exame de cortisol basal sanguíneo, explicando que deveria ser realizado entre 7h e 9h da manhã, e orientada a mesma que após dez dias a pesquisadora entraria em contato através de telefone para obter o resultado do exame. No exame de cortisol, utilizou-se os seguintes valores como alterados, no primeiro trimestre acima de 19mcg/dL, no segundo trimestre acima de 42mcg/dL e no terceiro trimestre acima de 50mcg/dL (SURI et al, 2006).
7. Após foi agradecido a gestante pela atenção e ofertada a ela a possibilidade de resolução de dúvidas/questionamentos, sendo encerrada a coleta de dados presencial. Depois de dez dias da coleta de dados presencial a pesquisadora entrou em contato através de celular com todas as pacientes para as mesmas enviarem fotos dos exames de cortisol.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

As pesquisas envolvendo seres humanos devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais, respeitando quatro aspectos básicos: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Para a sua realização, o presente projeto foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), sendo aprovado sob parecer 3.064.215.

4.5.1 Análise de Riscos e Benefícios

A resolução 466/2012 prevê que todas as pesquisas apresentam algum risco (BRASIL, 2012). No presente estudo considerou-se que o **risco** estivesse na consulta ao prontuário da gestante bem como os aspectos emocionais, considerando que argumentar acerca do processo viver a gestação poderia remeter a situações difíceis e/ou a sofrimentos vivenciados, além de terem dúvidas acerca dos cuidados com a gestação. Para minimizar estes riscos, as pesquisadoras comprometeram-se a realizar orientações de enfermagem, com vistas a sanar quaisquer dúvidas ou desconforto. Além disto, o local de pesquisa conta com equipe multiprofissional composta por Psicólogo, Assistente Social e Médico, que estiveram à disposição para o atendimento de intercorrências. Outro recurso disponibilizado foi o atendimento psicológico pela Clínica escola da UNIPLAC, sendo o encaminhamento de responsabilidade das pesquisadoras e o atendimento gratuito.

Quanto aos **benefícios**, aponta-se que a presente pesquisa contribuiu para o avanço da ciência e da assistência em saúde com vistas a qualificação da atenção vinculada ao SUS.

4.5.2 Como e Por Quem Será Obtido o TCLE

Foi realizado convite às mulheres, sendo explicado o propósito, os objetivos e procedimentos da pesquisa, questionando o interesse inicial de participação na pesquisa. Nos casos positivo, foi lido pela pesquisadora o TCLE, sendo disponibilizado em versão impressa em duas vias idênticas. Após a leitura e resolução de possíveis dúvidas, foi solicitada a assinatura do mesmo. Uma via ficou em poder da participante e uma com os pesquisadores (Apêndice 1).

4.5.3 Critérios de Confidencialidade/Privacidade

Foi garantido o direito de retirarem-se da pesquisa, caso assim o desejarem, bem como a proteção da identidade, o respeito à individualidade e à privacidade de todos os envolvidos.

4.6. ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram duplamente digitados em planilha Excel e na sequência analisados por meio do emprego de testes descritivos e inferenciais, utilizando a ferramenta computacional on-line SestatNet (NASSAR; WRONSCKI; OHIRA, 2019).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Decorrentes da pesquisa, os resultados e discussões da dissertação serão apresentados em formato de Manuscrito Científico, conforme prevê o regimento geral do Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde.

5.1 ESTRESSE E RESILIÊNCIA NA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO'

Renata Meurer Tausendfreund Laidens
Vanessa Valgas dos Santos
Juliana Cristina Lessmann Reckziegel

Resumo: Objetivos: Investigar a relação de uma gestação de alto risco sobre os possíveis níveis de estresse e o desenvolvimento da resiliência materna. **Métodos:** Estudo epidemiológico, quantitativo, observacional, transversal e prospectivo. Participaram da pesquisa gestantes de alto risco que foram encaminhadas pelas unidades de saúde vinculadas à atenção básica, possuindo diagnóstico médico de gestação de alto risco. Foram aplicados questionários com todas as gestantes cadastradas, sendo a amostra totalizando 143 participantes. **Resultados:** O motivo com maior prevalência pelo qual elas foram encaminhadas ao alto risco foi o hipotireoidismo com 23,08%. A idade materna média foi de 29 anos, 76,72% já tinham tido outras gestações e 54,38% já tiveram parto normal. Observamos que há uma associação entre estresse e idade, número de gestações e estresse, além do número de cesáreas e estresse. Há relação inversamente proporcional entre estresse e resiliência, ou seja, quanto maior o estresse, menor a resiliência. Quanto a avaliação das questões da escala de resiliência, evidenciou-se que os piores escores ocorreram nas questões acerca do manejo do estresse, agir sob pressão e com intuição, tomada de decisão e manejo de situações desagradáveis. Já os fatores protetivos, ou seja, os quesitos que receberam maiores pontuações estavam vinculados ao empenho para o alcance de metas e objetivos, orgulho acerca das conquistas e a fé como elemento fortalecedor de maior destaque. **Conclusões:** Destaca-se a importância do pré-natal qualificado, identificando as possíveis alterações na gestação. Recomenda-se que durante o pré-natal de alto risco sejam incluídas a avaliação do estresse percebido e da resiliência das gestantes, identificando potenciais fatores de risco e estabelecendo estratégias interdisciplinares de cuidado para que sejam minimizadas as influências negativas tanto para a gestante quanto para o embrião/feto.

Palavras Chave: Resiliência psicológica; Gestação de alto risco; Estresse psicológico; Enfermagem; Saúde coletiva.

INTRODUÇÃO

A gestação é reconhecida como um acontecimento fisiológico, ocorrendo na maior parte das vezes sem intercorrências. Porém, uma quantidade pequena de gestantes, por sofrerem algum agravo, possuem alguma doença prévia ou desenvolverem problemas durante a gestação, tem probabilidade maior de vivenciar uma evolução desfavorável, para o bebê ou para mãe (BRASIL, 2012). Aponta-se que uma gestação pode se tornar de risco a qualquer momento, portanto são necessárias avaliações para reclassificar o risco em cada consulta (BRASIL, 2012). Cerca de 15% das gestações no Brasil são apontadas como de alto risco, sendo causas mais frequentes os diagnósticos de diabetes gestacional e hipertensão (LANGARO; SANTOS, 2014).

O acompanhamento da gestante é prioridade na Atenção Básica, deve ocorrer por meio de consultas com Médico de Saúde da Família, Enfermeiro e Dentista, sendo intercaladas ou compartilhadas (OLIVEIRA et al., 2017). A periodicidade das consultas deve ser mensal até o período de 28 semanas de gestação, quinzenal de 28 a 36 semanas e acima de 36 semanas devem ser semanais (BRASIL, 2012b). A consulta realizada pelo enfermeiro tem respaldo pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Lei do Exercício Profissional, sendo regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87.

O atendimento obstétrico da gestante no serviço de alto risco é realizado apenas pelo médico, considerando que o Enfermeiro pode realizar o pré-natal apenas na gestação de baixo risco (decreto nº 94.406/87), porém faz-se necessário a existência de equipe multidisciplinar nos serviços para trabalhar aspectos emocionais e psicossociais, fornecendo um melhor acompanhamento para a gestante de alto risco (BRASIL, 2012). Considerando o contexto da gestação de alto risco, algumas gestantes vivenciam certa variedade de emoções frequentemente permeadas pelo medo relacionado à saúde de seu bebê, bem como sua própria saúde (BYATT et al., 2014; ZHAO et al., 2016), ou até mesmo convivem com a ocorrência de estresse, depressão e ansiedade (BYATT et al., 2014; ZHAO et al., 2016).

A exposição de gestantes ao estresse pode alterar a PA, o ritmo cardíaco, a respiração bem como causar alterações hormonais (BUSNEL, 2002; RODRIGUES, SCHIAVO, 2011; BJELICA, 2004). Os autores salientam ainda que os eventos adversos diários são os maiores causadores de estresse no início da gestação, e no decorrer da gestação o maior estresse é o medo do parto, sendo que na primeira gestação a mulher tende a ter mais estresse devido as situações nunca vivenciadas, sendo responsável por desequilíbrios emocionais maternos e por possível desenvolvimento fetal com problemas. O estresse na gestação pode ser classificado

como fator de risco, considerando que tem potencial para causar alterações corporais devido ao aumento de noradrenalina no sangue, aumentando assim a resistência vascular e reduzindo o fluxo sanguíneo para a placenta, fato que acarreta na diminuição dos níveis de nutrientes e oxigênio que chegam ao feto (GUEST et al., 2013), podendo acarretar na restrição de crescimento intrauterino (BUSNEL, 2002; RODRIGUES, SCHIAVO, 2011) e trabalho de parto prematuro (VENTURA; NETO; SIMÕES, 2009). Existem maneiras de investigar o estresse na gestação, através de avaliação cortisol sanguíneos e da aplicação de questionários psicométricos (VENTURA; NETO; SIMÕES, 2009).

A exposição à fatores de risco suscita a necessidade de adaptação e desenvolvendo estratégias de ressignificação de problemas ou mesmo de busca de resolução, no sentido da superação da adversidade e encontro de nova homeostase (REGO, CAVALCANTI, MAIA, 2018; RECKZIEGEL, 2014). Convém apontar que independente da origem dos fatores de risco, cada pessoa poderá ser afetada de uma maneira diferente, tudo depende do momento e intensidade que a pessoa o vivencia (REGO, CAVALCANTI, MAIA, 2018; SILVA, 2013).

Assim a resiliência emerge como possibilidade para auxiliar no entendimento necessário dos elementos envolvidos no processo de viver e, com isso, estabelecer estratégias para conviver de forma mais saudável apesar das adversidades enfrentadas (REGO, CAVALCANTI, MAIA, 2018; RECKZIEGEL et al, 2018).

Baseando-se nas peculiaridades que envolvem a gestação de alto risco, emergiu a seguinte pergunta de pesquisa: Qual o perfil desta população quanto às variáveis sociodemográficas, condições de saúde e aspectos relacionados à gestação de alto risco, bem como a relação de uma gestação de alto risco sobre os possíveis níveis de estresse e desenvolvimento do comportamento de resiliência materno?

Considerando o contexto acima descrito, esta pesquisa tem como objetivo: Investigar a relação de uma gestação de alto risco sobre os possíveis níveis de estresse e o desenvolvimento da resiliência materna.

METODOLOGIA

Tratou-se de estudo quantitativo, observacional, transversal e prospectivo, realizado na cidade de Lages, no Centro de Estudos e Assistência à Saúde da Mulher (CEASM), que consiste em serviço especializado vinculado à atenção secundária em saúde. Participaram da pesquisa gestantes de alto risco que foram encaminhadas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) vinculadas à Atenção Primária, possuindo diagnóstico médico de gestação de alto risco.

Os critérios para inclusão na pesquisa foram os seguintes: mulheres com diagnóstico médico de gestação de alto risco, ter consultas agendadas no serviço de atenção secundária à saúde da mulher, ser maior de idade. Nos critérios de exclusão da pesquisa: mulheres não gestantes, gestantes de médio ou baixo risco, que não tinham consulta agendada na atenção secundária ou que não foram encaminhadas para atendimento na atenção secundária por uma UBS.

Foram convidadas a participar da pesquisa todas as gestantes cadastradas, totalizando 146 porém, três delas eram menores de 18 anos, não se enquadrando nos critérios de inclusão. Assim o estudo foi realizado com 143 participantes.

As gestantes que estavam em sala de espera aguardando para consultar foram abordadas pela pesquisadora. Foi realizado convite para a participação, sendo que as que manifestaram interesse em integrar a pesquisa receberam todos os esclarecimentos acerca do estudo. A coleta de dados ocorreu individualmente, em sala privativa.

Foram aplicados questionários contendo as seguintes informações: Variáveis sociodemográficas: Idade, escolaridade, cor da pele, rendimento familiar, estado civil, ocupação laboral, situação de moradia e variáveis de saúde: Peso, estatura, Tempo de gestação, Número de gestações, Número de abortos, Número de partos, diagnóstico médico relacionado à gestação de alto risco, presença de doenças e comorbidades, além da aplicação da escalas de estresse percebido de Cohen, Karmark e Mermelstein (1983), sendo validada e traduzida por Luft et al. (2007), composta por 14 questões fechadas, fornecendo cinco opções de resposta e cada uma com uma pontuação que foi somada ao fim da escala. O escore obtido pode variar de 0 a 56, sendo que as respostas são: 0-Nunca; 1-Quase nunca; 2-Às vezes; 3-Quase sempre; 4-Sempre. As 14 perguntas são divididas em 7 positivas e 7 negativas, fazendo com que algumas questões assumam valor inverso pela resposta obtida (COHEN; KARMARCK; MERMELSTEIN, 1983). Foi utilizada a média obtida nos dados como ponto de referência, sendo que o intervalo entre um DP para mais e para menos (± 1 DP) foi considerado como nível aceitável de estresse. Os valores acima desse intervalo foram reconhecidos como elevados e abaixo do intervalo como baixo estresse.

Também foi aplicada a Escala de Resiliência dos autores Connor, Davidson (2003), sendo traduzida e validada por Solano (2011). Esta contém 25 questões que apresentam somatório final, fornecendo escore de resiliência. Quanto maiores os valores, maior a resiliência. Foi utilizada a média obtida nos dados como ponto de referência, sendo que o intervalo entre um DP para mais e para menos (± 1 DP) foi considerado como nível aceitável

de Resiliência. Os valores acima desse intervalo foram reconhecidos como elevados e abaixo do intervalo como baixo resiliência.

Todas as gestantes foram avaliadas utilizando o instrumento elaborado pelo MS e adaptado pela Rede Cegonha da Serra Catarinense (OLIVEIRA et al., 2017) que lista motivos para o encaminhamento ao serviço de pré-natal de alto risco, conferindo pontuações específicas para cada um deles.

Também foi consultada a carteirinha de gestante para a obtenção de resultados dos exames, sendo utilizados os dados mais atuais de hemograma, glicemia de jejum (GJ), teste de tolerância oral a glicose (TTOG), grupo sanguíneo e fator Rh, Hormônio Estimulador da Tireoide (TSH), Parcial de urina (EQU), cultura de urina, antibiograma (TSA), Toxoplasmose IgG e IgM. Assim, foram avaliadas as condições de saúde relativas à três momentos, sendo a primeira o motivo de encaminhamento, a segunda as doenças que elas apresentavam antes de engravidar e terceira as doenças que apresentaram após a realização dos exames.

Os valores de referência dos exames das gestantes foram utilizados no hemograma hemoglobina no primeiro e terceiro trimestre, valores normais acima de 11g/dL e no segundo trimestre normal acima de 10,5g/dL (FERNANDES; SÁ, 2019). Com relação a glicemia de jejum e teste de tolerância oral a glicose, foram utilizados o estudo HAPO, considerando elevados valores de jejum >92 , 1h > 180 , 2h > 153 (OPAS, 2016). No TSH foram utilizados valores de referência no primeiro trimestre até 2,5uUI/mL, e segundo e terceiro trimestre até 3,0uUI/mL (ALEXANDER et al, 2017). No exame de urina os valores normais seriam leucócitos <10 p/c, células epiteliais <10 p/c e hemácias <4 p/c (FERNANDES; SÁ, 2019). Com relação a toxoplasmose se IgG positivo e IgM negativo considera-se paciente imune, caso IgG negativo e IgM positivo, repetir em 2/3 semanas, se mantiver, falso positivo de IgM, caso IgG negativo e IgM negativo, paciente nunca teve contato, manter rotina e caso IgG positivo e IgM positivo, infecção aguda confirmada (FERNANDES; SÁ, 2019).

Em seguida foi entregue para a gestante uma requisição de exame de cortisol basal sanguíneo, explicando que deveria ser realizado entre 7h e 9h da manhã, e orientada a mesma que após dez dias a pesquisadora entraria em contato através de telefone para obter o resultado do exame. No exame de cortisol, utilizou-se os seguintes valores como alterados, no primeiro trimestre acima de 19mcg/dL, no segundo trimestre acima de 42mcg/dL e no terceiro trimestre acima de 50mcg/dL (SURI et al, 2006).

Os dados foram duplamente digitados em planilha Excel e na sequência analisados por meio do emprego de testes descritivos e inferenciais, utilizando a ferramenta computacional online SestatNet (NASSAR; WRONSKI; OHIRA, 2019).

As pesquisas envolvendo seres humanos devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais, respeitando quatro aspectos básicos: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Para a sua realização, o presente projeto foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), sendo aprovado sob parecer 3.064.215.

RESULTADOS

As gestantes que vivenciavam a gestação de alto tinham em média 29,4 anos, com DP de 6,4 anos, sendo o máximo de 43 anos. A maioria (65,03%) viviam em união estável, 36,36% possuíam ensino médio completo e 62,94% eram de cor branca. Além disso, 53,90% estavam ativas economicamente, 29,37% apresentavam renda familiar entre R\$ 998,00 e R\$ 1995,00 e 65,73% das gestantes moravam em casa própria.

Com relação aos antecedentes obstétricos, 79,72% tiveram gestações anteriores, destas 38,59% tiveram apenas uma gestação anterior. Com relação a via de parto, das 114 pacientes que já tiveram gestações anteriores, 43,54% realizaram um parto anterior via vaginal, 66,03% realizaram uma cesárea anterior e 72,09% tiveram um aborto anterior. O tabagismo na gestação foi detectado em 11,18% das pacientes, sendo que os demais dados sociodemográficos e de saúde estão descritos na tabela a seguir (Tabela1).

Tabela 1 - Dados sociodemográficos e de saúde de gestantes que vivenciam a gestação de alto risco – Lages, Santa Catarina, 2019

Descrição da variável	N	%
Idade		
18 - 20	16	11,19
21 - 25	30	20,98
26 - 30	35	24,48
31 - 35	35	24,48
36 - 40	21	14,69
41 - 43	6	4,20
Estado marital		
Solteira	19	13,29
Casada	29	20,28
União estável	93	65,03
Viúva	0	0
Separada/divorciada	2	1,4
Escolaridade		

Sem escolaridade	0	0
Sabe ler e escrever	0	0
Ensino fundamental incompleto	24	16,78
Ensino fundamental completo	22	15,38
Ensino médio Incompleto	19	13,29
Ensino médio Completo	52	36,36
Ensino superior incompleto	11	7,7
Ensino Superior completo	10	6,99
Especialização	5	3,5
Exercício laboral atual		
Sim	77	53,9
Não	66	46,1
Renda familiar		
Sem renda	3	2,1
Menos de 1 SM (até R\$997)	23	16,08
1 SM até menos de 2 SM (R\$998 até R\$1995)	42	29,37
2 SM até menos de 3 SM (R\$1996 até R\$2993)	41	28,67
3 SM até menos de 4 SM (R\$2994 a R\$3991)	21	14,69
4 SM até menos de 5 SM (R\$3992 a R\$4989)	8	5,59
Acima de 5 SM (mais de R\$4990)	5	3,5
Situação de moradia		
Casa própria	94	65,73
Casa alugada	29	20,28
Casa cedida	18	12,59
Situação de rua	1	0,7
Nenhuma das anteriores	1	0,7
Raça		
Branca	90	62,94
Preta	7	4,9
Parda	46	32,16
Amarela	0	0
Indígena	0	0
IMC		
Baixo peso	5	3,49
Adequado	28	19,58
Sobrepeso	49	34,26
Obesidade	61	42,67
Tabagista		
Sim	16	11,18
Não	127	88,82

Trimestre		
Primeiro	22	15,38
Segundo	66	46,16
Terceiro	55	38,46
Gestação anterior (n=114)		
1 gestação	44	38,59
2 gestações	32	28,07
3 gestações	17	14,93
4 gestações	12	10,52
5 gestações	7	6,14
7 gestações	2	1,75
Parto normal anterior (n=62)		
1 parto	27	43,54
2 partos	22	35,48
3 partos	6	9,67
4 partos	4	6,45
5 partos	1	1,62
6 partos	1	1,62
7 partos	1	1,62
Parto cesárea anterior (n=53)		
1 parto	35	66,05
2 partos	14	26,41
3 partos	4	7,54
Aborto anterior (n=43)		
1 aborto	31	72,1
2 abortos	9	20,93
3 abortos	3	6,97

Fonte: Dados primários, 2019.

Os motivos mais frequentes de encaminhamento ao serviço de pré-natal de alto risco foram o hipotireoidismo (23,08%), seguido pela Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (16,08%), Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) (8,39%), Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) (7,69%), e Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) (4,89%), conforme descrito na Tabela 2.

Tabela 2 – Principais diagnósticos pelos quais as gestantes foram encaminhadas ao serviço especializado de Atenção à Saúde da Mulher. Lages, Santa Catarina, 2019

Descrição das Variáveis	Sim n (%)	Não n (%)
-------------------------	--------------	--------------

Hipotireoidismo	33 (23,08)	110 (76,92)
Hipertensão Arterial Sistêmica	23 (16,08)	120 (83,92)
Doença Hipertensiva Específica da Gestação	12 (8,39)	131 (91,61)
Diabetes Gestacional	11 (7,69)	132 (92,31)
Diabetes Mellitus tipo 2	7 (4,89)	136 (95,10)
Gemelar	6 (4,20)	137 (95,80)
Trombofilia	4 (2,80)	139 (97,20)
3 Abortos anteriores	3 (2,10)	140 (97,90)

Fonte: Dados primários, 2019.

Avaliando o histórico de saúde em período pré-gestacional, percebeu-se que algumas das gestantes já possuíam doenças preexistentes, sendo classificadas da seguinte maneira, HAS em 17 (11,89%) casos, hipotireoidismo em 10 (6,99%), DM em nove mulheres (6,29%) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV) em três mulheres (2,10%) (n=9). Quanto às condições de saúde observadas nos exames realizados no decorrer do pré-natal, observamos que 38 (30,40%) estavam com TSH alterado, 25 (17,99%) apresentavam GJ alterada, 11 (20%) estavam com TOTG alterado, 20 (14,71%) estavam com exame parcial de urina alterado, 17 (12,23%) apresentaram alteração no hemograma, 2 (1,47%) apresentaram exame de toxoplasmose alterado e 3 (3,1%) estavam com cortisol alterado. Sendo importante salientar que esses exames foram realizados após o encaminhamento ao alto risco, não sendo eles o motivo de encaminhamento ao mesmo. Evidenciamos ainda que 76 (55,47%) das gestantes possuíam como grupo sanguíneo e fator RH O+, sendo que as demais informações se encontram descritas na tabela a seguir (Tabela 3):

Tabela 3– Diagnóstico médico à partir dos exames laboratoriais das gestantes de alto risco do CEASM – Lages, Santa Catarina, 2019

Descrição da variável	n	%
Hemograma (n=139)		
Alterado (Hb ou Ht)	17	12,23
Normal	122	87,77
Glicemia de Jejum (n=139)		
Alterado	25	17,99
Normal	114	82,01
Teste Tolerância Oral à Glicose (n=55)		
Alterado	11	20
Normal	44	80

TSH (n=125)		
Alterado	41	32,8
Normal	84	67,2
Tipagem sanguínea e fator Rh (n=137)		
A+	28	20,44
A-	3	2,2
AB+	3	2,2
B+	12	8,73
B-	5	3,65
O+	76	55,48
O-	10	7,3
Cortisol (n=96)		
Alterado	3	3,1
Normal	93	96,9
Toxoplasmose (n=136)		
IgM+ e IgG-	1	0,74
IgG+ e IgM+	2	1,47
Apenas IgG+, não possui exame IgM	2	1,47
Apenas IgM-, não possui exame IgG	2	1,47
IgG+ e IgM-	52	38,24
IgG- e IgM-	77	56,62
Parcial de urina (n=136)		
Alterado	18	13,24
Contaminação	2	1,47
Normal	116	85,29

Fonte: Dados primários, 2019.

Quanto a avaliação do estresse, a média na população observada foi de 27.75 com desvio-padrão de 8.74, sendo a mediana 28, mínimo sete e no máximo 46. Já a avaliação do escore total de resiliência permitiu observar a média de 75.48 ($\pm 12,93$), sendo a mediana 77, mínimo 42 e máximo 100. Cada questão na escala de resiliência recebeu pontuação de 0 a 4, porém algumas questões apresentaram média abaixo de três pontos, merecendo destaque quanto à influência de elementos específicos na redução da resiliência em gestantes de alto risco. Na tabela 03 estão descritos os escores de estresse, escore total de resiliência e escore de resiliência por questão. Observou-se que os piores escores ocorreram nas questões acerca do estresse, agir sob pressão (item 14) e com intuição (item 20), a forma como encara o contexto vivenciado (item 6), tomada de decisão (item 15) e manejo de situações desagradáveis. Já os fatores protetivos, ou seja, os quesitos que receberam maiores pontuações estavam vinculados ao

empenho para o alcance de metas e objetivos (itens 24 e 10), orgulho acerca das conquistas (item 25) e a fé como elemento fortalecedor de maior destaque (item 3).

Tabela 4 – Escalas de Resiliência e Estresse Percebido das gestantes de alto risco do CEASM – Lages, Santa Catarina, 2019

Descrição das variáveis	N	%
Escore total da escala de Resiliência	143	100
Baixa	32	22,38
Normal	73	51,05
Alta	38	26,57
Estresse	143	100
Baixo	34	23,78
Aceitável/normal	73	51,05
Alto	36	25,17

Item da escala de resiliência	Média	DP
7. Enfrentar situações com estresse me fortalece	1.95	1.41
14. Eu penso e focalizo claramente sob pressão	2.42	1.09
20. Tenho que agir na intuição	2.46	1.07
6. Eu vejo o que acontece com humor	2.51	1.06
23. Eu gosto de desafios	2.59	1.27
15. Eu prefiro ficar no comando na resolução de problemas	2.70	1.06
19. Posso lidar com sentimentos desagradáveis	2.71	1.06
18. Posso tomar decisões impopulares ou difíceis.	2.83	1.12
17. Eu me vejo como uma pessoa forte	2.90	1.17
16. Não desanimo facilmente por causa de meus erros	2.91	1.05
22. Mantenho controle de minha vida	2.98	1.07
1. Sou capaz de me adaptar a mudanças	3.01	0.94
21. Tenho forte sentimento de determinação	3.04	1.02
8. Eu sou inclinado a me recuperar após uma doença ou sofrimento	3.06	1.01
4. Eu posso enfrentar qualquer coisa que vier	3.13	1.04
2. Tenho relacionamentos próximos e seguros	3.17	1.13
5. Meus sucessos anteriores me dão confiança para novos desafios	3.18	0.94
13. Eu sei onde buscar ajuda	3.23	0.97
12. Quando as coisas parecem sem esperança, não desisto	3.25	0.88
11. Eu posso alcançar minhas metas	3.30	0.86
9. O que acontece na vida tem sempre uma razão	3.39	0.88
24. Eu trabalho para alcançar minhas metas/objetivos	3.62	0.74
25. Eu me orgulho de minhas conquistas	3.64	0.77
10. Eu dou o meu melhor, não importa em que seja	3.65	0.61
3. Algumas vezes o destino ou Deus podem me ajudar	3.73	0.61

Fonte: Dados primários, 2019.

Quanto à avaliação da relação linear entre variáveis, observamos que há uma associação fraca entre estresse e idade, assumindo que gestantes com maior idade tem maiores índices de estresse. Há relação inversamente proporcional entre estresse e resiliência, ou seja, quanto maior o estresse, menor a resiliência. Observamos correlação fraca, mais presente indicando que quanto maior o número de gestações, maior o estresse. Há correlação fraca, mas estatisticamente significativa entre o número de cesáreas e o estresse, ou seja, quanto maior o número de cesáreas, maior o estresse. Observamos que há relação entre estresse e hipertensão, ou seja, as mulheres com HAS possuem maiores níveis de estresse que as que não tem HAS. Assim pode-se observar que estes são os principais fatores de risco relacionados à ocorrência de estresse na gestação de alto risco. Conforme descrito na tabela 5:

Tabela 5: Correlações estatisticamente significativas entre as variáveis do estudo. Lages, 2019.

	Estresse
Idade	Coefficiente r de Spearman 0.167806. p_{valor} 0.0225737
Resiliência	Coefficiente r de Spearman -0.508153. $p_{\text{valor}} < 0.000001$
Número de gestações	Coefficiente r de Spearman 0.141708. p_{valor} 0.0456822
Número de Cesáreas	Coefficiente r de Spearman 0.144422 p_{valor} 0.0426332
Ocorrência de HAS	Teste t de Student. p_{valor} 0.0042371

Fonte: Dados primários, 2019.

Não foram observadas associações estatisticamente significativas entre: resiliência e idade (p_{valor} 0.1514809) ; níveis de estresse e valores de cortisol sanguíneo (p_{valor} 0.2639035); Renda e estresse (p_{valor} 0.2330817); estado marital e estresse (p_{valor} 0.4425732); moradia e estresse (p_{valor} 0.1680593) ; número de abortos e estresse (p_{valor} 0.4079771); Número de partos normais e estresse (p_{valor} 0.1920926); DM e estresse (p_{valor} 0.1671609); trombofilia e estresse (p_{valor} 0.2094538); asma e estresse (p_{valor} 0.2700493); HIV e estresse (p_{valor} 0.1238290), presença de cardiopatia materna e estresse (p_{valor} 0.1404018) e apresentar resultados alterados de exames laboratoriais não teve influência nos níveis de estresse (p_{valor} 0.3799537)

DISCUSSÕES

Este estudo analisou o perfil de todas as gestantes acompanhadas pelo serviço de alto risco, considerando que é determinada a partir de algumas doenças preexistentes, doenças diagnosticadas na gestação, intercorrências clínicas e obstétricas (COSTA et al, 2016). A maioria das gestantes (74,12%) eram mulheres de 18 a 34 anos, corroborando com estudo realizado na cidade de Rio Branco (AC), no serviço de pré-natal de alto risco, sendo realizadas 326 entrevistas no período de abril a maio de 2016 ficando a média de idade das gestantes em 28 anos (SAMPAIO; ROCHA; LEAL, 2018). Porém um estudo realizado na cidade de Santarém (PA) em um centro de referência de pré-natal de alto risco mostrou um resultado divergente, onde 43 (46%) gestantes tinham entre 16 e 25 anos (COSTA et al, 2016).

Importante salientar que a gestação ocorrida na adolescência e após os 35 anos de idade tem relação direta ao APGAR baixo, prematuridade, baixo peso ao nascer e a maior propensão à realização de partos cesáreo (SAMPAIO; ROCHA; LEAL, 2018). A ocorrência da gestação em idade tardia está vinculada, dentre outros motivos, às mudanças sociais atuais, que envolvem os avanços na reprodução artificial, atividade laboral intensa, casamento adiado, nível socioeconômico e escolaridade mais elevados e novas uniões após divórcios (SAMPAIO; ROCHA; LEAL, 2018).

Quanto ao estado civil observou-se que 65,03% das gestantes possuíam união estável e 20,28% das gestantes eram casadas. Em estudo realizado na cidade de Francisco Beltrão (PR) em 2016, avaliando 61 prontuários indicou um resultado divergente, mostrando mais gestantes casadas e menor número com união estável (COSTA et al., 2016). No presente estudo observamos que 36,36% das gestantes possuíam ensino médio completo e 15,38% ensino fundamental completo. A literatura aponta que quanto maior a escolaridade maior o acesso às informações e comprometimento no cuidado com a saúde (COSTA et al., 2016; BRASIL, 2012).

Com relação a renda familiar, a maioria das gestantes (29,37%) possuía de um a menos de dois salários mínimos mensais e 65,73% possui casa própria, corroborando com estudo realizado em uma policlínica na cidade de Quixadá (CE) que analisou 80 gestantes, revelando que 35% das recebiam até dois salários mínimos e 70% tinham casa própria (SANTOS; ALVES; BARROS, 2017).

Observou-se predominância de gestantes da cor branca (62,94%), dado compatível com o perfil populacional local, onde 72,63% da população é branca (CENSO DEMOGRÁFICO, 2010). A literatura aponta que raças diferentes da branca podem apresentar um risco aumentado para a ocorrência de síndromes hipertensivas (COSTA et al., 2016; TEIXEIRA, VASCONCELOS, RIBEIRO, 2015). A HAS é uma das complicações mais frequentes nas

gestantes, sendo a principal causa de óbito materno no Brasil. As gestantes com HAS correm risco de parto prematuro, crescimento restrito intra-útero, hemorragia cerebral, cardiopatia hipertensiva e isquêmica, insuficiência renal e o bebê pode desenvolver aterosclerose mais cedo em idade adulta (DELWING, HAHN, 2016; AQUINO, SOUTO, 2015; BRASIL, 2012).

Nas características da gestação atual, 46,16% das gestantes estavam no segundo trimestre da gestação e as 20,27% eram primigestas. Estudo realizado no ambulatório de alto risco na cidade de Rio Branco no Acre (SAMPAIO; ROCHA; LEAL, 2018) apontou que 57,3% das gestantes encontravam-se no terceiro trimestre da gestação, bem como 26,4% eram primigestas. O período gestacional foi influenciado pelo período de coleta de dados, não sendo relevante a comparação com demais estudos, já a paridade apresenta dados similares ao estudo supracitado (SAMPAIO; ROCHA; LEAL, 2018).

Neste estudo 33,32% das gestantes tiveram três ou mais gestações, concordando com estudo realizado no ambulatório de alto risco de Rio Branco no Acre (SAMPAIO; ROCHA; LEAL, 2018) onde 32,8% tiveram três ou mais gestações. Porém um dado que chama atenção é que no estudo de Rio Branco (SAMPAIO; ROCHA; LEAL, 2018) 47,8% das gestantes tiveram três ou mais partos normais e 13,2% tiveram três ou mais cesarianas, discordando do atual estudo que mostrou que apenas 20,98% tiveram três ou mais partos normais e 7,54% tiveram três ou mais partos cesarianos. Importante ressaltar que as demais gestantes tiveram abortos ou um misto entre parto normal e cesáreas.

No presente estudo o Índice de Massa Corporal (IMC) das gestantes foi avaliado no decorrer da gestação, não sendo realizado cálculo do IMC no início da gestação, este foi comparado com a tabela do MS e que avalia semanal o IMC da gestante, sendo divididos em baixo peso, adequado, sobrepeso e obesidade (BRASIL, 2017). Constatou-se que a prevalência de sobrepeso e obesidade nas gestantes foi de 76,93%, o que difere de um estudo realizado em dois centros de referência de alto risco na cidade de Caxias (MA), que observou que apenas 20,9% das gestantes tinham sobrepeso e obesidade (LEAL et al., 2017). Porém, convém destacar que o IMC considerou o peso da gestante no período da coleta de dados, sendo influenciado pelo ganho de peso durante a gestação, o que consiste em limitação deste estudo.

O ganho de peso esperado durante a gestação varia acordo com a classificação nutricional da gestante, realizado utilizando como base o seu peso pré-gestacional. Assim, para IMC adequado o ganho de peso pode ser de 11 a 16kg, já para o IMC com sobrepeso de 7 a 11kg e IMC com obesidade menos de 7kg, diminuindo assim a chance de ocorrer complicações na gestação bem como intervenções obstétricas (LEAL et al., 2017). O sobrepeso e obesidade predispõe a gestante ter diabetes gestacional, síndrome hipertensiva, cardiopatias, hemorragia

de grande porte no parto, maior chance de cesariana, primeiro minuto com APGAR baixo, macrossomia, desfecho fetal desfavorável e puerpério com maior chance de processos infecciosos (LEAL et al., 2017).

No presente estudo 16 (11,18%) gestantes faziam uso de tabaco, número maior do que um estudo realizado na cidade de Quixadá (CE) utilizado por 6,25%. O tabagismo na gestação traz inúmeros malefícios para o feto, podendo ser considerado como fumante passivo, existindo maior chance de baixo peso e tamanho ao nascer, risco de alterações no sistema nervoso central, risco da ocorrência de parto prematuro, além de baixa produção de leite materno (SANTOS, ALVES, BARROS; 2017; AQUINO, SOUTO, 2015).

No estudo atual 13,24% das gestantes desenvolveram alterações no exame parcial de urina juntamente com o de cultura, constatando assim Infecção do Trato Urinário (ITU), sendo similar ao estudo realizado em Francisco Beltrão (PR), com 14,8% (COSTA et al, 2016). A ITU na gestação geralmente é mais frequente devido às alterações anatômicas e fisiológicas ocorridas neste período, sendo importante complicação gestacional pois pode aumentar os riscos para a ocorrência de ruptura prematura de membranas, parto prematuro e baixo peso ao nascer (FERNANDES et. al, 2015).

Tivemos alterações no hemograma (hemoglobina e hematócrito) constatando anemia em 12,23% das gestantes, similar ao observado em um estudo realizado em um ambulatório de alto risco na cidade de Rio Branco (AC) onde 14% das gestantes apresentaram anemia (SAMPAIO; ROCHA; LEAL, 2018). Sabe-se que durante a gestação a anemia pode ser responsável por complicações maternas como alterações cardiovasculares, pré-eclâmpsia, comprometimento mental e físico, além de oferecer risco à vitalidade do feto, ao crescimento intrauterino, à prematuridade e maior mortalidade perinatal (SAMPAIO; ROCHA; LEAL, 2018).

Outro fator importante encontrado nos exames foi que 13,15% das gestantes tinham Rh. Sabe-se que a doença hemolítica perinatal é causada pela incompatibilidade de fator Rh materno-fetal, devendo ser realizado coombs indireto mensal nessas gestantes a fim de prevenir a doença, utilizando a imunoglobulina anti-Rh (LEAL et al., 2017).

Quando aos motivos de encaminhamentos ao serviço de pré-natal de alto risco a patologia mais frequente foi o hipotireoidismo, com 23,08% (n=33). Ocorrem algumas alterações fisiológicas na tireoide durante a gestação em função dos hormônios da gravidez, aumentando a glândula e vascularização. No início da gestação os hormônios da tireoide são essenciais para o desenvolvimento fetal pois até 18-20ª semana a tireoide do feto não funciona, sendo que os hormônios maternos atravessam a placenta, chegando até o feto (LOPES;

SANTOS, 2017). Caso esses hormônios estejam desregulados, podem ocorrer abortos, prematuridade, pré-eclâmpsia, problemas no desenvolvimento neurológico do feto entre outros (LOPES; SANTOS, 2017).

No presente estudo observamos que 17,99% das gestantes estavam com a glicemia de jejum alterada, discordando do estudo realizado em ambulatório de gestação de alto risco na cidade de Vale do Taquari (RS) onde 30% das gestantes tinham alterações. O DMG e DM2 podem ocasionar na gestante cetoacidose metabólica, macrossomia fetal, maior risco de distócia de ombro e fratura de clavícula no RN, maturação pulmonar atrasada, cardiomiopatia hipertrófica, hipoglicemia ao nascer, bem como maiores chances de cesariana (DELWING, HAHN, 2016; AQUINO, SOUTO, 2015).

Considerando o contexto da gestação de alto risco, algumas gestantes vivenciam certa variedade de emoções frequentemente permeadas pelo medo (BYATT et al., 2014; ZHAO et al., 2016), ou até mesmo convivem com a ocorrência de estresse, depressão e ansiedade (BYATT et al., 2014; ZHAO et al., 2016).

Pesquisas apontam que respostas de estresse são observadas em mais de 75% das mulheres durante o período gestacional, e se a exposição ao estresse ocorrer por longos períodos podem trazer agravos a gestação bem como ao feto, aumentando sua frequência cardíaca podendo assim desenvolver asma, alergias, problemas mentais, dificuldades no desenvolvimento infantil, problemas comportamentais, acarretando déficit de aprendizagem, e até mesmo risco para desenvolver depressão em idade mais avançada, trazendo ainda riscos como aborto espontâneo, hipertensão arterial induzida pela gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer (RODRIGUES, SCHIAVO, 2011; BJELICA, 2004). Segundo Busnel (2002) e Rodrigues e Schiavo (2011) a exposição de gestantes ao estresse pode alterar a pressão arterial, o ritmo cardíaco, a respiração bem como causar alterações hormonais. O estresse na gestação pode causar alterações principalmente na placenta, devido ao aumento de noradrenalina no sangue aumentando assim a resistência vascular e reduzindo o fluxo sanguíneo para a placenta, fato que acarreta na diminuição dos níveis de nutrientes e oxigênio que chegam ao feto (GUEST et al., 2013).

No presente estudo observamos alterações nos níveis de estresse percebido de gestantes de alto risco, incluindo a associação entre a ocorrência de maiores níveis de estresse em mulheres com idade mais avançada, que já vivenciaram outros partos cesáreos e que possuem hipertensão arterial sistêmica, elucidando estas causas obstétricas como elementos com potencial para gerar abalos emocionais em gestantes. Aponta-se que não observamos alterações nos níveis de cortisol sanguíneo, porém aponta-se como limitação a mensuração do mesmo em

uma única vez. Recomenda-se que estudos com avaliações longitudinais sejam realizados para elucidar as possíveis variações do estresse psicológico na secreção de cortisol. O cortisol é um derivado esteroidal que atravessa a barreira placentária, atingindo as regiões hipotalâmicas do feto, aumentando a produção do Hormônio Corticotropina (CRH), fazendo com que ocorra um estímulo do sistema cortico–adrenal no feto, maturando órgãos vitais precocemente e restringindo o crescimento. Esse hormônio tem uma intensa elevação no fim da gestação, e se esse aumento ocorrer antes do tempo por estresse pode acarretar trabalho de parto prematuro (VENTURA; NETO; SIMÕES, 2009).

Nesta perspectiva, o presente estudo aponta para a necessidade de avaliação dos níveis de estresse percebidos pelas gestantes durante as ações de pré-natal, utilizando este indicador como elemento inicial para a proposição de cuidados mais abrangentes e que auxiliem a gestante a vivenciar o processo com maior homeostase.

A exposição à fatores de risco suscita a necessidade do indivíduo a se adaptar, desenvolvendo estratégias de ressignificação de problemas ou mesmo de busca de resolução, no sentido da superação da adversidade e encontro de nova homeostase (SAPIENZA, PEDROMÔNICO, 2005; RECKZIEGEL, 2014). Convém apontar que independente da origem dos fatores de risco, cada pessoa poderá ser afetada de uma maneira diferente pelo mesmo fator de risco, tudo depende do momento e intensidade que a pessoa o vivencia, podendo ter como resposta um processo positivo ou negativo (SOUZA, CERVENY, 2006; SILVA, 2013). Destaca-se que, não significa que em todas as adversidades vivenciadas pelo indivíduo terão respostas resilientes, pois estas estão continuamente vinculadas à capacidade de suportar e adaptar-se à nova situação adversa vivenciada (RECKZIEGEL, 2014; RECKZIEGEL et al., 2018).

Avaliando a escala de resiliência observou-se que os piores escores ocorreram nas questões acerca do manejo do estresse, agir sob pressão e com intuição, a forma como encara o contexto vivenciado, tomada de decisão e manejo de situações desagradáveis do cotidiano, sendo estes elencados como fatores de risco além das variáveis já descritas acima e que apresentaram correlação estatisticamente significativa com o estresse.

Por outro lado, há fatores positivos, também chamados de fatores de proteção que podem incentivar a pessoa a ter um controle sobre sua vida, promovem o bem-estar, melhoram a saúde psicológica mesmo estando diante de situações adversas (TROMBETA, GUZZO, 2002; OLIVEIRA, GODOY, 2015; RECKZIEGEL et al, 2018). Autores pontam que pode ser fatores relacionados ao indivíduo, como a autoestima e autoconfiança elevadas; relacionados à família e à sociedade. Os fatores protetivos evidenciados no estudo estão relacionados ao empenho para

o alcance de metas e objetivos, orgulho acerca das conquistas, a possibilidade de buscar ajuda, a existência de relacionamentos próximos e seguros e a capacidade de recuperar-se após doença o sofrimento, sendo a fé o elemento fortalecedor de maior destaque.

CONCLUSÕES

Destaca-se a importância de reconhecer o perfil das gestantes, percebendo precocemente as possíveis alterações na gestação, identificando o histórico pessoal e familiar, acompanhando a realização correta do pré-natal bem como avaliando os exames e prescrições realizadas, com vistas a estabelecer assistência em saúde de excelência. Além disto, observou-se que elementos vinculados ao processo gestacional influenciam no estresse de gestantes e que há correção entre escores de estresse e resiliência, indicando que gestantes com menores índices de estresse possuem maiores índices de resiliência e vice-versa.

O presente estudo demonstrou informações relevantes com relação as condições sociodemográficas e de saúde das gestantes de alto risco, porém limita-se ao contexto do SUS, fazendo com que não tenhamos dados acerca das mulheres que utilizam serviços de saúde suplementares, recomendando a realização de novos estudos nestes contextos.

Apona-se que a resiliência é um constructo complexo, sendo reconhecida como forma de alcançar um resultado positivo quando se defronta com uma condição adversa, obtendo assim respostas adequadas a estressores, conseguindo habilidades de se adaptar e se preservar quando passa por adversidades. Nesta perspectiva a resiliência emerge como possibilidade para auxiliar no entendimento necessário dos elementos envolvidos no processo de viver e, com isso, estabelecer estratégias para conviver de forma mais saudável apesar das adversidades enfrentadas.

Recomenda-se que durante o pré-natal de alto risco sejam incluídas a avaliação do estresse percebido e da resiliência das gestantes, identificando potenciais fatores de risco e estabelecendo estratégias interdisciplinares de cuidado para que sejam minimizadas as influências negativas tanto para a gestante quanto para o embrião/feto.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Secretaria Municipal da Saúde de Lages pela bolsa estudos para a Mestranda e à Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação de Santa Catarina (Termo de Outorga 2019TR70) pelo apoio ao Grupo de Pesquisa.

REFERÊNCIAS

ALEXANDER, E. K., PEARCE, E. N., BRENT, G. A., BROWN, R. S. CHEN, H., DOSIOU, C., GROBMAN, W. A., LAURBERG, P. LAZARUS, J. H., MANDEL, S. J., PEETERS, R. P., SULLIVAN, S. **THYROID 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. American Thyroid Association** ^a **Mary Ann Liebert, Inc**, v. 27, n. 3, 2017. Disponível em: <<https://www.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/thy.2016.0457>>. Acesso em: 23 out. 2019.

AQUINO, P. T. SOUTO, B. G. A. Problemas gestacionais de alto risco comuns na atenção primária. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, v. 25, n. 4, p. 568-576, 2015. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1873>>. Acesso em: 14 ago. 2019.

BJELICA, A. Pregnancy as a stressful life event and strategies for coping with stress in women with pregnancy-induced hypertension. **Medicinski Pregled**, Novi Sad, v. 57, n. 7-8, p. 367-368, 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15626294>>. Acesso em: 25 set. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. **Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196**. [Internet]. Diário Oficial da União. 12 dez. 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **IMC para Gestantes**. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/component/content/article/804-imc/40512-imc-para-gestantes>>. Acesso em: 21 set. 2019.

BUSNEL, M. C. Os efeitos do stress materno sobre o feto e o recém-nascido. In: WILHEIM, J. (Org). **Relação mãe-feto visão atual das neurociências**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 58-70.

BYATT, N.; HICKS-COURANT, K.; DAVIDSON, A.; LEVESQUE, R.; MICK, E.; ALLISON, J.; SIMAS, T. A. M. Depression and anxiety among high-risk obstetric inpatients. **Massachusetts: General Hospital Psychiatry**, v. 36, n. 6, p. 644-649, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4399814/>>. Acesso em: 25 set. 2018.

CENSO DEMOGRÁFICO 2010: características da população e dos domicílios: resultados do universo. In: **IBGE**. Sidra: sistema IBGE de recuperação automática. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/3175#resultado>>. Acesso em: 18 set. 2019.

COHEN, S.; KAMARCK, T.; MERMELSTEIN, R. A global measure of perceived stress. **Journal of health and Social Behavior, Cambridge - USA**, v. 24, p. 385-396, dez., 1983. Disponível em:

<<https://pdfs.semanticscholar.org/bed9/2e978f5bca851a79b16d8499b8ca21eeb3d6.pdf>>.
Acesso em: 06 nov. 2018.

CONNOR, K. M.; DAVIDSON, J. R. T. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). **Depression and Anxiety**, n.18, p. 76-82, 2003. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/da.10113>>. Acesso em: 18 nov. 2018.

COSTA, L. D.; CURA, C. C.; PERONDI, A. R.; FRANÇA, V. F.; BORTOLOTTI, D. S. **Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco**. *Cogitare Enfermagem*, v. 21, n. 2, p. 01-08, Abr/jun, 2016.

DELWING; L. P. B.; HAHN, G. V. Assistência à gestante de alto risco em ambulatório especializado. **Revistas Destaques Acadêmicos**, Lajeado, v. 8, n. 3, p. 20-37, 2016. Disponível em:

<www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/download/1128/1026>. Acesso em: 14 ago. 2019.

FERNANDES, F. A.; OLIVEIRA, C. N. T.; SOUZA, C. L.; OLIVEIRA, M. V. Relevância do diagnóstico e tratamento da infecção do trato urinário em gestantes: uma revisão da literatura. **C&D-Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v.8, n.1, p.54-70, jan./jun. 2015. Disponível em: <<http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/364>>. Acesso em: 14 ago. 2019.

FERNANDES, C. E.; SÁ, M. F. S. **Tratado de Obstetrícia Febrasgo**. Rio de JaneiroElsevier, 2019.

GUEST, F. L.; SOUZA, D. M.; RAHMOUNE, H.; BAHN, S.; GUEST, P. C. Os efeitos do estresse na função do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal em indivíduos com esquizofrenia. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 40, n. 1, São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832013000100005>. Acesso em: 16 out. 2018.

LANGARO, F.; SANTOS, A. H. Adesão ao tratamento em gestação de alto risco. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 34, n. 3, jul./set., Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932014000300625>. Acesso em: 24 abr. 2018.

LEAL, R. C.; SANTOS, C. N. C.; LIMA, M. J. V.; MOURA, S. K. S.; PEDROSA, A. O.; COSTA, A. C. M. Complicações materno-perinatais em gestação de alto risco. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, Supl. 4, p. 1641-9, abr., 2017. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=31304&indexSearch=ID>>. Acesso em: 10 ago. 2019.

LOPES, F. P. R. A.; SANTOS, G. C. A. Hipotireoidismo e gestação: importância do pré-natal no diagnóstico, tratamento e acompanhamento. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, 2017. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1138>>. Acesso em: 14 ago. 2019.

LUFT, C. D. B.; SANCHES, S. O. G.; MAZO, Z.; ANDRADE, A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 606-615, ago. 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n4/5932.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2018.

NASSAR, S. M.; WRONSKI, V. R.; OHIRA, M. **SEstatNet** – Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. Florianópolis – SC, 2018. Disponível em: <<http://sestatnet.ufsc.br>>. Acesso em: 06 nov. 2018.

OLIVEIRA, A. L.; GODOY, M. M. C. O processo de resiliência do jovem aprendiz e as estratégias de conciliação estudo-trabalho. **Boletim de Psicologia**, v. 65, n. 143, p. 175-191, 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v65n143/v65n143a06.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2018.

OLIVEIRA, D. R.; SILVA, D.; BORDIN, D. C.; PEREIRA, E. L.; FORMIGA, F. A.; PARIZZI, G.; SOUZA, J. C. S. L.; NEVES, J. M. G.; ROMAGNA, J. I.; PEREIRA, K. C.; ROSA, L. O.; OLIVEIRA, M. R. A.; MORAES, N. A.; SILVA, P. P.; LIZ, S. D.; SANTOS, S. S.; CUNHA, V. M. **Protocolo Regional da Rede de Atenção ao Pré-Natal e Puerpério da Serra Catarinense**. Lages, 2017.

OPAS-Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes **Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil**. Brasília, DF: OPAS, p. 32, 2016. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-gestacional-relatorio.pdf>>. Acesso em 24 out. 2019.

RECKZIEGEL, J. C. L. **Resiliência e adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus em mulheres**. 2014. 200f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

RECKZIEGEL, J. C. L.; SILVA, D. M. G. V.; CRESTANI, M. M.; BETIATTO, A. C.; ROCHA, R. E. R.; SCHWALM, M. S. Influência de fatores de proteção e de risco na resiliência e na adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus em mulheres. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, v. 7, n. 1, p. 25-39, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.uniarp.edu.br/ries/article/view/1602/757>>. Acesso em: 13 nov. 2018.

REGO, M. H.; CAVALCANTI, A.; MAIA, E. Resilience and pregnancy in adolescence: an integrative review. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 19, n. 3, p. 710-723, dez. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862018000300019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 out 2019.

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**, v. 33, n. 9, p. 252-257, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n9/a06v33n9.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2018.

SAMPAIO, A. F. S.; ROCHA, M. J. F.; LEAL, E. A. S. Gestação de alto risco: perfil clínico-epidemiológico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal da maternidade de Rio Branco,

Acre. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 18, n. 3, p. 567-575, jul-set, Recife, 2018.

SANTOS, S. L. F.; ALVES, H. H. S.; BARROS, K. B. N. T. Estudos dos indicadores de prescrição em gestantes de alto risco de um serviço de referência. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 25-30, out./dez., 2017. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/c640/a4655a7ed98a83d0f7ab99688f6d58dfa839.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2019.

SAPIENZA, G.; PEDROMÔNICO, M. R. M. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 2, p. 209-216, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a07.pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2018.

SILVA, C. M. B. **Resiliência familiar: fatores de risco e de proteção em mães de filhos com paralisia cerebral**. 2013. 157f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica de Goiás. Goiânia. 2013. Disponível em: <<http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/bitstream/tede/1825/1/CRISTINA%20MARIA%20BRILHANTE%20DA%20SILVA.PDF>>. Acesso em: 19 out. 2018.

SOLANO, J. P. et al. **Adaptação cultural e estudo de validade da escala de resiliência de Connor-Davidson para o Brasil**. Direito reservados – Copyright ©, 2011.

SOUZA, M.; CERVENY, C. M. O. Resiliência psicológica: revisão da literatura e análise da produção científica. **Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology**, v. 40, n. 1, p. 119- 126, 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v40n1/v40n1a13.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2018.

SURI, D.; MORAN, J.; HIBBARD, J. U.; KASZA, K.; WEISS, R. E. Assessment of Adrenal Reserve in Pregnancy: Defining the Normal Response to the Adrenocorticotropin Stimulation Test. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 91, n. 10, p. 3866 –3872, Printed in U.S.A. 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16895954>>. Acesso em: 23 out. 2019.

TEIXEIRA, L. A., VASCONCELOS, L. D., RIBEIRO, R. A. F. Prevalências de Patologia e Relação com a Prematuridade em Gestação de Alto Risco. **Revista de Ciências da Saúde**, v. 5, n. 4, p.1-8, 2015.

TROMBETA, L. H. A. P.; GUZZO, R. S. L. **Enfrentando o Cotidiano Adverso: estudo sobre resiliência em adolescentes**. Campinas: Alínea, 2002.

VENTURA, T.; NETO, M. T.; SIMÕES, M. Efeitos do stress durante a gravidez na morfologia cerebral do feto e da criança. Uma revisão. **Programa Diagnóstico e Tratamento Prenat**, v. 21, n. 2, p. 77-84, 2009. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/273760546_T_Ventura1_M_T_Neto1_M_Simoes2E_feitos_do_stress_durante_a_gravidez_na_morfologia_cerebral_do_feto_e_da_crianca_Uma_revisao_Progr_Diag_Trat_Prenat_200921277-84>. Acesso em: 02 out. 2018.

ZHAO, Y.; KANE, I.; MAO, L.; SHI, S.; WANG, J.; LIN, Q.; LU, L. The Prevalence of Antenatal Depression and its Related Factors in Chinese Pregnant Women who Present with Obstetrical Complications. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 30, p. 316–321, 2016. Disponível em: <[https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417\(15\)00266-6/fulltext](https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417(15)00266-6/fulltext)>. Acesso em: 25 set. 2018.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destaca-se a importância de reconhecer o perfil das gestantes, percebendo precocemente as possíveis alterações na gestação, identificando o histórico pessoal e familiar, acompanhando a realização correta do pré-natal bem como avaliando os exames e prescrições realizadas, com vistas a estabelecer assistência em saúde de excelência. Além disto, observou-se que elementos vinculados ao processo gestacional influenciam no estresse de gestantes e que há correção entre escores de estresse e resiliência, indicando que gestantes com menores índices de estresse possuem maiores índices de resiliência e vice-versa.

O presente estudo demonstrou informações relevantes com relação as condições sociodemográficas e de saúde das gestantes de alto risco, porém limita-se ao contexto do SUS, fazendo com que não tenhamos dados acerca das mulheres que utilizam serviços de saúde suplementares, recomendando a realização de novos estudos nestes contextos.

Importante salientar que durante o estudo, para obter os resultados dos exames de cortisol basal solicitados para as gestantes foi combinado que após dez dias da pesquisa a pesquisadora entraria em contato com as mesmas através de celular, com intuito de cada gestante enviar uma foto de celular com o resultado do exame, porém o retorno delas foi bem difícil de obter, muitas não enviaram, fazendo com que fosse necessário entrar em contato várias vezes. Isso demonstra que muitas gestantes não tem o entendimento do quão importante é realizar o exame, e com isso avaliar como está o estresse durante a gestação. Esse contexto dificultou muito para conseguir esses resultados, impossibilitando de saber o resultado de 100% das pacientes.

Apointa-se que a resiliência é um constructo complexo, sendo reconhecida como forma de alcançar um resultado positivo quando se defronta com uma condição adversa, obtendo assim respostas adequadas a estressores, conseguindo habilidades de se adaptar e se preservar quando passa por adversidades. Nesta perspectiva a resiliência emerge como possibilidade para auxiliar no entendimento necessário dos elementos envolvidos no processo de viver e, com isso, estabelecer estratégias para conviver de forma mais saudável apesar das adversidades enfrentadas.

Outro fator que chama bastante atenção com o resultado obtido foi que o estresse está diretamente ligado a quantidade de cesáreas realizadas, portanto as gestantes que tiveram mais cesáreas ficam com níveis mais alto de estresse, sendo interessante para estudos futuros

trabalhar em cima desse dado e assim contribuir para a diminuição desse estresse por esse motivo, conversando com a paciente e tranquilizando-a com relação ao parto cesárea.

Percebeu-se que no questionário deveria ter sido incluído uma pergunta aberta questionando qual a preocupação da gestante com relação a atual gestação, perguntando se ela sentia algum medo, receio pela gestação de alto risco. Por isso recomenda-se que para estudos futuros seja investigado se essa gestante realmente sente preocupação pela gestação de alto risco, podendo com isso trabalhar em cima dos medos e anseios dessa paciente acerca da gestação de alto risco.

Recomenda-se também que durante o pré-natal de alto risco sejam incluídas a avaliação do estresse percebido e da resiliência das gestantes, identificando potenciais fatores de risco e estabelecendo estratégias interdisciplinares de cuidado para que sejam minimizadas as influências negativas tanto para a gestante quanto para o embrião/feto.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDER, E. K., PEARCE, E. N., BRENT, G. A., BROWN, R. S. CHEN, H., DOSIOU, C., GROBMAN, W. A., LAURBERG, P. LAZARUS, J. H., MANDEL, S. J., PEETERS, R. P., SULLIVAN, S. **THYROID 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. American Thyroid Association^a Mary Ann Liebert, Inc**, v. 27, n. 3, 2017. Disponível em: <<https://www.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/thy.2016.0457>>. Acesso em: 23 out. 2019.
- ANGST, R. Psicologia e resiliência: uma revisão de literatura. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v.27, n.58, p.253-260, 2009. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/viewFile/20225/19509>>. Acesso em: 07 ago. 2018.
- ANTUNES, M. B.; DEMITTO, M. O.; GRAVENA, A. A. F.; PADOVANI, C.; PELLOSO, S. M. Síndrome Hipertensiva e resultados perinatais em gestação de alto risco. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, 2017. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1195>>. Acesso em: 15 ago. 2018.
- AUGER, N.; ABRAHAMOWICZ, M.; WYNANT, W.; LO, E. Gestational age-dependent risk factors for preterm birth: associations with maternal education and age early in gestation. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 176, p. 132-136, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24666799>>. Acesso em: 18 set. 2018.
- BARGER, M. K.; WEISS, J.; NANNINI, A.; WERLER, M.; HEEREN, T.; STUBBLEFIELD, P.G. Risk factors for uterine rupture among women who attempt a vaginal birth after a previous cesarean: a case-control study. **The Journal of Reproductive Medicine**, v. 56, n.7-8, p. 313-320, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20664418>>. Acesso em: 17 ago. 2018.
- BARLACH, L. **O que é resiliência humana? Uma contribuição para a construção do conceito**. 2005. 108p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-19062006-101545/pt-br.php>>. Acesso em: 25 jul. 2018.
- BATISTA, R. L. **Percepção de suporte organizacional, afeto positivo, afeto negativo e resiliência: Antecedentes da confiança do empregado na organização**. 2010. 145p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Uberlândia, 2010. Disponível em: <<http://www.pgpsi.ip.ufu.br/node/96>>. Acesso em: 25 jul. 2018.
- BECOÑA, E. Resiliencia: Definición, Características y Utilidad del Concepto. **Revista de Psicopatología y Psicología Clínica**, v. 11, n. 3, p. 125-146, 2006. Disponível em: <[http://aepcp.net/arc/01.2006\(3\).Becona.pdf](http://aepcp.net/arc/01.2006(3).Becona.pdf)>. Acesso em: 25 jul. 2018.
- BINI, M. C. **Resiliência em pacientes internados em unidade de terapia intensiva**. 2016. 92f. Dissertação (Mestrado em Ambiente e Saúde) – Universidade do Planalto Catarinense, Lages, 2016. Disponível em:

<<https://biblioteca.uniplaclages.edu.br/biblioteca/repositorio/000000/0000003c.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2018.

BJELICA, A. Pregnancy as a stressful life event and strategies for coping with stress in women with pregnancy-induced hypertension. **Medicinski Pregled**, Novi Sad, v. 57, n. 7-8, p. 367-368, 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15626294>>. Acesso em: 25 set. 2018.

BRAGA, A.; GRILLO, B.; SILVEIRA, E.; UBERTI, E.; MAESTÁ, I.; MADI, J. M.; ANDRADE, J.; VIGGIANO, M. **Mola – Manual de informações sobre doença trofoblástica gestacional**. Sociedade Brasileira de Doença Trofoblástica Gestacional. Rio de Janeiro. 1ª ed. 2014. p.1-12. Disponível em: <https://ufrj.br/noticia/docs/2015/MOLA_BRAGA.pdf>. Acesso em: 16 Jul. 2018.

BRANDÃO, J. M.; MAHFOUD, M.; GIANORDOLI- NASCIMENTO, I. F. A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. **Paidéia**, v. 21, n. 49, p. 263-271, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v21n49/14.pdf>>. Acesso em 07 ago. 2018.

BRASIL. Governo do Estado do Ceará. **Protocolo câncer na gestação**. Governo do estado do Ceará. 2017. Disponível em: <<http://www.hgcc.ce.gov.br/index.php/manuais-e-protocolos>>. Acesso em: 26 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)**. Brasília; 2011. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=040701>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** – Caderno de Atenção Básica n. 32. Brasília, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rede Cegonha**. Brasília, 2019. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php>. Acesso em: 19 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informação e Análise Epidemiológica. **Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna**. Brasília, 2018. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>>. Acesso em: 25 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais – DIAVH/SVS/MS. Boletim Epidemiológico. **SÍFILIS 2017**, v. 48, n. 36, Brasília, 2017b. Disponível em: <>. Acesso em: 15 jan. 2019.

BUSNEL, M. C. Os efeitos do stress materno sobre o feto e o recém-nascido. In: WILHEIM, J. (Org). **Relação mãe-feto visão atual das neurociências**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 58-70.

BYATT, N.; HICKS-COURANT, K.; DAVIDSON, A.; LEVESQUE, R.; MICK, E.; ALLISON, J.; SIMAS, T. A. M. Depression and anxiety among high-risk obstetric inpatients. **Massachusetts: General Hospital Psychiatry**, v. 36, n. 6, p. 644-649, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4399814/>>. Acesso em: 25 set. 2018.

CAETANO, F.; FROES, F. Pneumonia na Gravida. **Revista Portuguesa de Pneumologia**, v. 2, n. 1, p. 43-47, 2001. Disponível em: <<http://www.elsevier.pt/pt/revistas/pulmonology-420/pdf/S0873215915308151/S350/>>. Acesso em: 25 ago. 2018.

CALDEYRO-BARCIA, R. et al. **Frecuencia cardíaca y equilibrio acido base del feto**. Montevideo: Centro Latinoamericanode Perinatologia y Desarrollo Humano, 1973. (Publicación científica del CLAP, n. 519). Disponível em: <http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP%200519.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2018.

CARDOSO, A. S.; FERNANDES, A. V.; TEIXEIRA, D. C.; MOREIRA, F. G. A.; BOTELHO, F. R.; FARIA, L. C.; ROMERO, M. N.; ANDRADE, T. S.; KRETTLI, W. S. C. Descolamento prematuro de placenta. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, v. 22, n. 5, p.10-13, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/re/Downloads/v22s5a03.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2018.

CARVALHO, V. D.; TEODORO, M. L. M.; BORGES, L. O. Escala de Resiliência para Adultos: aplicação entre servidores públicos. **Avaliação Psicológica**, v. 13, n. 2, p. 287-295, 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3350/335031819016/>>. Acesso em: 03 maio 2018.

CAUGHEY, A. B.; ROBINSON, J.N.; NORWITZ, E. R. Contemporary diagnosis and management of preterm premature rupture of membranes. **Reviews in Obstetrics and Gynecology**. v. 1, n. 1, p. 11-22, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2492588/>>. Acesso em: 21 ago. 2018.

CETIN, I; ALVINO, G. Intrauterine growth restriction: implications for placental metabolism and transport. A review. Placenta 30, Supplement A, **Trophoblast Research**, v. 23, p. 77-82, 2009. Disponível em: <[https://www.placentajournal.org/article/S0143-4004\(08\)00419-0/pdf](https://www.placentajournal.org/article/S0143-4004(08)00419-0/pdf)>. Acesso em: 19 ago. 2018.

COHEN, S.; KAMARCK, T.; MERMELSTEIN, R. A global measure of perceived stress. **Journal of health and Social Behavior, Cambridge - USA**, v. 24, p. 385-396, dez., 1983. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/bed9/2e978f5bca851a79b16d8499b8ca21eeb3d6.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2018.

- CONNOR, K. M.; DAVIDSON, J. R. T. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). **Depression and Anxiety**, n.18, p. 76-82, 2003. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/da.10113>>. Acesso em: 18 nov. 2018.
- COSTA, E. S.; PINON, G. M. B.; COTA, T. S.; SANTOS, R. C. A.; NÓBREGA, A. R.; SOUSA, L. B. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 86-93, abr./jun., 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027970010>>. Acesso em: 21 abr. 2018.
- COSTA, M. C.; DEMARCH, E. B.; AZULAY, D. R.; PÉRISSÉ, A. R. S.; DIAS, M. F. R. G.; NERY, J. A. C. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 85, n. 6, p. 767-785, 2010b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v85n6/v85n6a02.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 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**, v. 26, n. 2, p. 201-206, 2015.
- ESPERÓN, J. M. T. Pesquisa Quantitativa na Ciência da Enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 1, p. 1-2, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170027.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2018.
- FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. **Archives of Women's Mental Health**, v. 10, n. 1, p. 25-32, 2007. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214139115000141>>. Acesso em: 26 ago. 2018.
- FERNANDES, C. P.; SURITA, F. G. C. **Câncer e gravidez: diagnóstico, conduta e resultados obtidos em serviços de referência**. Trabalho de Conclusão de Curso. 2017. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/2017/page/tcc_-_carolina_puzzi_fernandes.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2018.
- FERNANDES, C. E.; SÁ, M. F. S. **Tratado de Obstetrícia Febrasgo**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.
- FONSECA, T. M. M. V. **Processos educativos emergentes da relação médico-paciente sobre DST e a auto percepção de risco entre gestantes**. 2014. 226f. Tese (Doutorado em Educação em Ciências) – Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2014. Disponível em: <<https://sistemas.furg.br/sistemas/sab/arquivos/bdtd/0000010572.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2018.
- FREIRE, K.; PADILHA, P. C.; SAUNDERS, C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.31, n. 7, Rio de Janeiro, jul., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032009000700003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 26 ago. 2018

FRONTEIRA, I. Estudos Observacionais na Era da Medicina Baseada na Evidência: Breve Revisão Sobre a Sua Relevância, Taxonomia e Desenhos. **Acta Medica Portuguesa**, v. 26, n. 2, p. 161-170, 2013. Disponível em:

<<https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/3975/3223>>.

Acesso em: 06 nov. 2018.

GARCIA, C. A. O.; FEITOSA, F. E. L.; PAIVA, J. P. Gestação Prolongada. **Protocolo Clínico**, p. 1-4, 2017. Disponível em:

<<http://www.ebserh.gov.br/documents/214336/1109086/PRO.OBS.014+-+REV1+GESTA%C3%87%C3%83O+PROLONGADA.pdf/d115d493-735b-409e-a105-1c389b302f1f>>. Acesso em: 23 ago. 2018.

GARCIA, C. A. O.; JÚNIOR, J. F. S.; PAIVA, J. P.; FEITOSA, F. E. L. Trabalho de Parto Prematuro. **Protocolo Clínico**, p. 1-8, 2017. Disponível em:

<<http://www.ebserh.gov.br/documents/214336/1109086/PRO.OBS.029+-+REV1+TRABALHO+DE+PARTO+PREMATURO.pdf/d4014821-e7bb-462f-925a-6ac2830055b9>>. Acesso em: 23 ago. 2018.

GUEST, F. L.; SOUZA, D. M.; RAHMOUNE, H.; BAHN, S.; GUEST, P. C. Os efeitos do estresse na função do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal em indivíduos com esquizofrenia. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 40, n. 1, São Paulo, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832013000100005>.

Acesso em: 16 out. 2018.

HERNÁNDEZ-DÍAZ, S.; SMITH, C. R.; SHEN, A.; MITTENDORF, R.; HAUSER, W.A.; YERBY, M.; HOLMES, L.B. North American AED Pregnancy Registry. Comparative safety of antiepileptic drugs during pregnancy. **Neurology**, v. 78, n. 21, p. 1692-1699, 2012.

Disponível em:

<<https://pdfs.semanticscholar.org/1d26/756da8b1050552a41b9fa4de31916961b401.pdf>>.

Acesso em: 23 ago. 2018.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Histórias e fotos**.

São Paulo. Rio de Janeiro 2017. 8º Recenseamento Geral do Brasil, v. 1, n. 4. Disponível em:

<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/lages/historico>>. Acesso em: 26 Jun. 2018.

JUÁREZ-OLGUÍN, H.; BUENDÍA-SOTO, E.; LARES-ASSEFF, I. Pharmacology for the fetus and the newborn. **Gaceta Medica de Mexico**, v. 151, n. 3, p. 387-395, 2015. Disponível em:

<http://www.anmm.org.mx/GMM/2015/n3/GMM_151_2015_3_387-395.pdf>. Acesso em:

em: 19 ago. 2018.

JUNQUEIRA, M. F. P. S., DESLANDES, S. F. Resiliência e maus-tratos à criança.

Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 227-235, 2003. Disponível em:

<www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14923.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2018.

KERCHE, L. T. R. L.; ABBADE, J. F.; COSTA, R. A. A.; RUDGE, M. V. C.; CALDERON, I. M. P. Fatores de risco para macrosomia fetal em gestações complicadas por diabetes ou por hiperglicemia diária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 10, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005001000003>. Acesso em: 19 ago. 2018.

KOYANAGI, A.; ZHANG, J.; DAGVADORJ, A.; HIRAYAMA, F.; SHIBUYA, K.; SOUZA, J.P.; GULMEZOGLU, A. M. Macrosomia in 23 developing countries: An analysis of a multicountry, facility-based, cross-sectional survey. **Lancet**, v. 381, n. 9865, p. 476-83, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23290494>>. Acesso em: 19 ago. 2018.

KROB, A. D.; GODOY, J.; LEITE, K. P.; MORI, S. G. Depressão na Gestação e no Pós-Parto e a Responsividade Materna Nesse Contexto. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 9, n. 3, set./dez. 2017. Disponível em: <<http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/view/565/html>>. Acesso em: 18 out. 2018.

LABRONICI, L. M. Processo de resiliência nas mulheres vítimas de violência doméstica: um olhar fenomenológico. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 625-632, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 07 ago. 2018.

LAGES. SMS-Secretaria Municipal da Saúde. CEASM, dados fornecidos pela Secretaria Municipal da Saúde de Lages. 2018.

_____. SMS-Secretaria Municipal da Saúde. Lages, 2018b. Disponível em: <<http://www.lages.sc.gov.br/noticia/3055/centro-de-atencao-a-saude-da-mulher-sera-inaugurado-nesta-sexta/>>. Acesso em: 05 mai. 2018.

_____. SMS-Secretaria Municipal da Saúde. Site oficial, 2015. Disponível em: <<http://www.lages.sc.gov.br/noticia/5526/mais-de-183-mil-consultas-medicas-prestadas-nas-unidades-de-saude-em-2014/>>. Acesso em: 05 abr. 2018.

LANGARO, F.; SANTOS, A. H. Adesão ao tratamento em gestação de alto risco. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 34, n. 3, jul./set., Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932014000300625>. Acesso em: 24 abr. 2018.

LEFF, E. Complexidade, interdisciplinaridade e saber ambiental. **Olhar de Professor**, v. 14, n. 2, p. 309–335, Ponta Grossa, 2011. Disponível em: <<http://177.101.17.124/index.php/olhardeprofessor/article/viewFile/3515/2519>>. Acesso em: 08 maio 2018.

LINHARES, J. J., MACÊDO, N. M. Q., ARRUDA, G. M., VASCONCELOS, J. L. M., SARAIVA, T. V., RIBEIRO, A. F. Fatores associados à via de parto em mulheres com pré-eclâmpsia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, p. 259-263, jun., 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014000600259&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 ago. 2018.

LIPP, M. E. N. **Mecanismos neuropsicológicos do stress: teoria e aplicações clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

LIPP, M. E. N.; TRICOLI, V. A. C. **Relacionamentos interpessoais no século XXI e o stress emocional**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2014. Disponível em: <https://www.sinopsyseditora.com.br/upload/produtos_pdf/192.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2018.

LUFT, C. D. B.; SANCHES, S. O. G.; MAZO, Z.; ANDRADE, A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 606-615, ago. 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n4/5932.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2018.

MACHADO, P. G. B. Resiliência do Educador e de Instituições Educacionais. In: **X Educere e I SIRSSE**, p. 15178-15186, Curitiba, 2011. Disponível em: <http://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/5253_3338.pdf>. Acesso em: 19 out. 2018.

MAIA, J. A, PEREIRA, L. A., MENEZES, F. A. Consequências do uso de drogas durante a gravidez. **Revista de Enfermagem Contemporânea**, v. 4, n. 2, p. 121-128, jul./dez., 2015. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/664/540>>. Acesso em: 26 ago. 2018.

MALAGÓN-OVIEDO, R. A., CZERESNIA, D. The concept of vulnerability and its biosocial nature. **Interface**, v. 19, n. 53, p. 237-249, Botucatu, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/icse/2015.v19n53/237-250/pt>>. Acesso em: 28 abr. 2018.

MALGARIN, B. G. **Resiliência, entre o trauma e o tratamento: um estudo qualitativo**. 2017. 111f. Tese (Doutorado em Psiquiatria) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, Porto Alegre, 2017. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/179042>>. Acesso em: 01 ago. 2018

MANTHA, A. S. B. ACOG Practice Bulletin No. 139: premature rupture of membranes. **Obstetrics and Gynecology**, v. 122, n.4, p. 918-930, 2013. Disponível em: <<https://hssp.wikispaces.com/file/view/ACOG+PPROM.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2018.

MARTINS, A. C. S.; SILVA, L. S. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 725-731, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0677.pdf>. Acesso em: 21 out. 2018.

MARTINS, T. A.; Y-BELLO, P.; BELLO, M. D.; PONTES, L. R. S. K.; COSTA, L. V.; MIRALLES, I. S; QUEIROZ, T. R. B. S. As doenças sexualmente transmissíveis são problemas entre gestantes no Ceará? **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 16, n. 3, p. 50-58, 2004. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br/revista16-3-2004/6.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2018.

MCEWEN, B.S.; GRAY, J.D.; NASCA, C. Recognizing resilience: Learning from the effects of stress on the brain. **Neurobiology of Stress**, v. 1, p. 1–11, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2014.09.001https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352289514000022>>. Acesso em: 01 ago. 2018.

MELILLO, A.; ESTAMATTI, M.; CUESTAS, A. Alguns fundamentos psicológicos do conceito de resiliência. In: MELILLO, A.; OJEDA, E. N. S. (orgs). **Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas**. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 59-72.

MENETRIER, J. V.; ALMEIDA, G. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco com parto prematuro em um hospital de referência. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 3, p. 433-441, set./dez. 2016. Disponível em: <<http://177.129.73.3/index.php/saudpesq/article/view/5534>>. Acesso em: 03 Jul. 2019.

MUKHERJEE, R.; EASTMAN, N.; TURK, J.; HOLLINS, S. Fetal alcohol syndrome: law and ethics. **Lancet**, v. 369, n. 9568, p. 1149-1150, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17416245>>. Acesso em: 26 ago. 2018.

MUNIST, M.; SANTOS, H.; KOTLIARENCO, M. A.; OJEDA, E. N. S.; INFANTE, F.; GROTBORG, E. H. **Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes**. Washington, DC: OPAS/OMS; 1998. Disponível em: <<http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Resilman.pdf>>. Acesso em: 28 Abr. 2018.

NASSAR, S. M.; WRONSCKI, V. R.; OHIRA, M. **SEstatNet – Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web**. Florianópolis – SC, 2018. Disponível em: <<http://sestatnet.ufsc.br>>. Acesso em: 06 nov. 2018.

OLIVEIRA, A. L.; GODOY, M. M. C. O processo de resiliência do jovem aprendiz e as estratégias de conciliação estudo-trabalho. **Boletim de Psicologia**, v. 65, n. 143, p. 175-191, 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v65n143/v65n143a06.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2018.

OLIVEIRA, D. C.; MANDÚ, E. N. T. Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidados. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 93-101, Rio de Janeiro, mar., 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100093&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Abr. 2018.

OLIVEIRA, D. R.; SILVA, D.; BORDIN, D. C.; PEREIRA, E. L.; FORMIGA, F. A.; PARIZZI, G.; SOUZA, J. C. S. L.; NEVES, J. M. G.; ROMAGNA, J. I.; PEREIRA, K. C.; ROSA, L. O.; OLIVEIRA, M. R. A.; MORAES, N. A.; SILVA, P. P.; LIZ, S. D.; SANTOS, S. S.; CUNHA, V. M. **Protocolo Regional da Rede de Atenção ao Pré-Natal e Puerpério da Serra Catarinense**. Lages, 2017.

OLIVEIRA, F. A. M., LEAL, G. C. G., WOLFF, L. D. G., RABELO, M., POLIQUES, C. B. Reflexões acerca da atuação do enfermeiro na rede cegonha. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 10, p. 867-874, fev., 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11030/12421>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

OLIVEIRA, M. A.; REIS, V. L.; ZANELATO, L. S.; NEME, C. M. B. Resiliência: Análise das Publicações no Período de 2000 a 2006. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 28, n. 4, p. 754-767, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000400008&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 27 jul. 2018.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Tendências da mortalidade materna: 1990 a 2010.** Nações Unidas no Brasil, 2012. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/brasil-tem-queda-de-51-na-mortalidade-materna-registra-relatorio-da-onu/>>. Acesso em: 16 ago. 2018

OPAS-Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes **Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil.** Brasília, DF: OPAS, p. 32, 2016. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-gestacional-relatorio.pdf>>. Acesso em 24 out. 2019.

OPPENHEIMER L. Diagnosis and management of placenta previa. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, v. 29, n. 3, p. 261-273, 2007. Disponível em: <<https://sogc.org/wp-content/uploads/2013/01/189E-CPG-March2007.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2018.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R. R.; PELLOSO, S. M. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, Ribeirão Preto, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100335&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15 jan. 2019.

PESCE, R. P.; ASSIS, S. G.; SANTOS, N.; OLIVEIRA, R. V. C.; CRUZ, F. O. Risco e Proteção: Em Busca de um Equilíbrio Promotor de Resiliência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 20, n. 2, p. 135-143, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v20n2/a06v20n2.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2018.

PINHEIRO, K. A. T. **Transtornos do humor no período gravídico-puerperal e suas repercussões neurobiológicas e psicológicas na vida de mulheres e seus bebês.** 2011. 156f. Tese (Doutorado em Saúde e Comportamento) – Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2011.

QUINTANILHA, B. M. D. **A resiliência do adolescente no processo de adoecer cronicamente por fibrose cística.** 2012. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012. Disponível em: <<https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/1065/1/Bet%C3%A2nia%20Marta%20Domingues%20Quintanilha.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2018.

RAYNAUT, C. **Interdisciplinaridade:** mundo contemporâneo, complexidade e desafios à produção e à aplicação de conhecimentos. In: PHILIPPI, Arlindo; SILVA NETO, Antonio (Eds.). **Interdisciplinaridade em Ciência, Tecnologia e Inovação.** São Paulo: Manole, 2011.

RECKZIEGEL, J. C. L. **Resiliência e adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus em mulheres.** 2014. 200f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

RECKZIEGEL, J. C. L.; SILVA, D. M. G. V.; CRESTANI, M. M.; BETIATTO, A. C.; ROCHA, R. E. R.; SCHWALM, M. S. Influência de fatores de proteção e de risco na

resiliência e na adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus em mulheres. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, v. 7, n. 1, p. 25-39, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.uniarp.edu.br/ries/article/view/1602/757>>. Acesso em: 13 nov. 2018.

RIBEIRO, P. M.; GUALDA, D. M. R. Gestação na adolescência: a construção do processo Saúde-Resiliência. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 2, p. 361-371, 2011. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3948/art_RIBEIRO_Gestacao_na_adolescencia_a_construcao_do_processo_2011.pdf?sequence=1>. Acesso em: 26 ago. 2018.

RIBEIRO, S. P.; COSTA, R. B.; DIAS, C. P. Macrossomia Neonatal: Fatores de Risco e Complicações Pós-parto. **Nascer e Crescer Birth and Growth Medical Journal**, v. 26, n. 1, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v26n1/v26n1a03.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2018.

RICHARDSON, G. E. The metatheory of resilience and resiliency. **Journal Clinic Psychology**, v. 58, n. 3, p. 307-321, 2002. Disponível em: <scholar.google.com.br/scholar_url?url=https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jclp.10020/&hl=pt-BR&sa=X&scisig=AAGBfm1dvTq-VVftwI2nGekqfWUq0VTx9A&nossl=1&oi=scholar>. Acesso em: 25 jul. 2018.

ROCHA, P. C.; ALVES, M. T. S. S. B; CHAGAS, D. C.; SILVA, A. A. M.; BATISTA, R. F. L. K.; SILVA, R. A. Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 1, Rio de Janeiro, jan., 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n1/0102-311X-csp-0102-311X00192714.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 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**, v. 33, n. 9, p. 252-257, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n9/a06v33n9.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2018.

RODRIGUÉZ, D. El humor como indicador de resiliência. In: MELILLO, Aldo & OJEDA, Elbio N. S. **Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas**. Buenos Aires: Paidós. 2005.

ROSENBERG, T.; PARIENTE, G.; SERGIENKO, R.; WIZNITZER, A.; SHEINER, E. Critical analysis of risk factors and outcome of placenta previa. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 284, n. 1, p. 47-51, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20652281>>. Acesso em: 17 ago. 2018

SALGE, A. K. M.; SILVA, R. C. R.; GUIMARÃES, J. V.; RAMALHO, W. S.; ABDALLA, D. R.; ABDALLA, G. K. Relationship between clinical, placental, obstetric and neonatal aspects and intrauterine growth in high risk pregnancies. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 2, 2017. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71451212014>>. Acesso em: 03 jul. 2019.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Redes de Atenção à Saúde – Profissionais. **Rede Cegonha**. Santa Catarina, jan. 2019. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/resultado-busca/redes-de-atencao-a-saude-profissionais/2283-rede-cegonha>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

SANTOS, C. **A história de vida de gestantes de alto risco na perspectiva da teoria transcultural de enfermagem de Madeleine Leininger**. 2003. 166 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

SAPIENZA, G.; PEDROMÔNICO, M. R. M. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 2, p. 209-216, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a07.pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2018.

SEBRAE. **Santa Catarina em Números Macrorregião Serra Catarinense**. Florianópolis: 2013. Disponível em: <<http://www.sebrae.com.br/Sebrae/Portal%20Sebrae/Anexos/Macrorregiao%20-%20Serra%20Catarinense.pdf>>. Acesso em: 26 Jun. 2018.

SIBLEY, L. M.; SIPE, T. A.; BROWN, C. M.; DIALLO, M. M.; MCNATT, K.; HABARTA, N. **Entrenamiento del asistente del parto tradicional para mejorar los hábitos sanitarios y los resultados del embarazo**. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008. Disponível em: <<http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocumentForPrint.asp?DocumentID=CD005460>>. Acesso em: 25 abr. 2018.

SILVA, A. C. S. **Vivências da maternidade: expectativas e satisfação das mães no parto**. 2011. 188f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Coimbra, Coimbra, 2011. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18015/1/Ana%20Carolina%20de%20Souza%20e%20Silva_Tese%20de%20Mestrado_Faculdade%20de%20Psicologia%20da%20Universidade%20de%20Coimbra_2011.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2018.

SILVA, C. M. B. **Resiliência familiar: fatores de risco e de proteção em mães de filhos com paralisia cerebral**. 2013. 157f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica de Goiás. Goiânia. 2013. Disponível em: <<http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/bitstream/tede/1825/1/CRISTINA%20MARIA%20BRILHANTE%20DA%20SILVA.PDF>>. Acesso em: 19 out. 2018.

SILVA, L. A.; PUJALS, C. Transtornos alimentares em mulheres grávidas: uma revisão bibliográfica. **Revista UNINGÁ Review**, v. 29, n. 1, p. 180-184, jan./mar., 2017. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170105_232825.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2018.

SILVA, M. L. A.; SILVA, J. O. R.; MELO, H. C. S. ERITROBLASTOSE FETAL: diagnóstico e aspectos imunológicos. **ALTUS CIÊNCIA: Revista Acadêmica Multidisciplinar da Faculdade Cidade de João Pinheiro-FCJP**, v. 4, n. 4, p. 29-42, 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/309781502_ERITROBLASTOSE_FETAL_diagnostico_e_aspectos_imunologicos>. Acesso em: 17 Jul. 2018.

SILVA, M. M. J.; NOGUEIRA, D. A.; CLAPIS, M. J.; LEITE, E. P. R. C. Ansiedade na gravidez: prevalência e fatores associados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, São Paulo, 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100444&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 26 ago. 2018.

SITTA, E. I.; CONTRIBUIÇÃO DE ARAKAWA, A. M.; CALDANA, M. L.; PERES, S. H. C. S. A. Estudos transversais na área da linguagem com enfoque em afasia. **Revista CEFAC**, v. 12, n. 6, p. 1059-1066, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v12n6/14-10.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Brazilian guidelines on hypertension. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 14 ago. 2018.

SOLANO, J. P. et al. **Adaptação cultural e estudo de validade da escala de resiliência de Connor-Davidson para o Brasil**. Direito reservados – Copyright ©, 2011.

SOUSA, P. K. R.; MIRANDA, K. C. L.; FRANCO, A. C. Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, p. 381-384, Brasília, mar./abr., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a26v64n2.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2018.

SOUSA, V. F. S.; ARAUJO, T. C. C. F. Estresse Ocupacional e Resiliência Entre Profissionais de Saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 35, n. 3, p. 900-915, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v35n3/1982-3703-pcp-35-3-0900.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2018.

SOUSA, W. P. S. **Resiliência e apoio social em gestantes tardias**. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015. Disponível em: <http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/20001/1/WelytonParaibaDaSilvaSousa_DISSERT.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2018.

SOUZA, M.; CERVENY, C. M. O. Resiliência psicológica: revisão da literatura e análise da produção científica. **Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology**, v. 40, n. 1, p. 119- 126, 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v40n1/v40n1a13.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2018.

SOUZA, M. L. et al. Mortalidade materna por hemorragia no Brasil. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 3, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0711.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2018.

STEEGERS, E. A.; VON DADELSZEN, P.; DUVEKOTT, J.J.; PIJNENBORG, R. Pre eclampsia. **Lancet**, v. 376, n. 9741, p.631-644, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20598363>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

SURI, D.; MORAN, J.; HIBBARD, J. U.; KASZA, K.; WEISS, R. E. Assessment of Adrenal Reserve in Pregnancy: Defining the Normal Response to the Adrenocorticotropin Stimulation Test. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 91, n. 10, p. 3866 –3872,

Printed in U.S.A. 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16895954>>. Acesso em: 23 out. 2019.

TABILE, P. M.; TEIXEIRA, R. M.; PIRES, M. C.; FUHRMANN, I. M.; MATRAS, R. C.; TOSO, G.; ASSMANN, L. L.; HERNANDES, C. P. Toxoplasmose Gestacional: uma revisão da literatura. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 5, n. 3, p. 158-162, 2015. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/viewFile/5178/4457>>. Acesso em: 25 ago. 2018.

TAVARES, M. V.; DOMINGUES, A. P.; TAVARES, M.; MALHEIRO, E.; TAVARES, F.; MOURA, P. CITOMEGALOVÍRUS Existe Lugar para o Rastreamento Durante a Gravidez? **Acta Medica Portuguesa**, v. 24, n. 4, p. 1003-1008, 2011. Disponível em: <<https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1566/1150>>. Acesso em: 25 ago. 2018.

TOMÉ, G. **Aventura Social: Promoção de Competências e do Capital Social para um Empreendedorismo com Saúde na Escola e na Comunidade**. 1ª ed. Lisboa: LDA, 2012.

TROMBETA, L. H. A. P.; GUZZO, R. S. L. **Enfrentando o Cotidiano Adverso: estudo sobre resiliência em adolescentes**. Campinas: Alínea, 2002.

TSUNECHIRO, M. A., BONADIO, I. C. A família na rede de apoio da gestante. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, v. 1, n. 1/2, p. 103-106, Curitiba, jan./dez., 1999. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/refased/article/view/4853/3717>>. Acesso em: 21 abr. 2018.

VANISTENDAEL, S.; LECOMTE, J. Resiliencia y sentido da vida. Em A. Melillo; E. N. S. Ojeda e D. Rodríguez (org.) **Resiliencia y subjetividad: los ciclos de la vida**, p. 91-101, 2004. Buenos Aires: Paidós. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000188&pid=S0103-166X200800040001100029&lng=en>. Acesso em: 21 abr. 2018.

VENTURA, T.; NETO, M. T.; SIMÕES, M. Efeitos do stress durante a gravidez na morfologia cerebral do feto e da criança. Uma revisão. **Progr Diag Trat Prenat**, v. 21, n. 2, p. 77-84, 2009. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/273760546_T_Ventura1_M_T_Neto1_M_Simoes2E_feitos_do_stress_durante_a_gravidez_na_morfologia_cerebral_do_feto_e_da_crianca_Uma_revisao_Progr_Diag_Trat_Prenat_200921277-84>. Acesso em: 02 out. 2018.

VIINIKAINEN, K.; HEINONEN, S.; ERIKSSON, K.; KALVIAINEN, R. Community-based, prospective, controlled study of obstetric and neonatal outcome of 179 pregnancies in women with epilepsy. **Epilepsia**, v. 47, n. 1, p. 186-192, 2006. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1528-1167.2006.00386.x>>. Acesso em: 23 ago. 2018.

WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics**, Geneva: WHO; 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

WU, G., FEDER, A., COHEN, H., KIM, J. J., CALDERON, S., CHARNEY, D. S., & MATHÉ, A. A. Understanding resilience. **Frontiers in Behavioral Neuroscience**, v. 7, n. 10, p. 1-15, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23422934>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

YUNES, M.A.M. Psicologia e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicologia em Estudo**, v. 8, n. esp, p.75-84, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v8nspe/v8nesa10.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2018.

ZHAO, Y.; KANE, I.; MAO, L.; SHI, S.; WANG, J.; LIN, Q.; LU, L. The Prevalence of Antenatal Depression and its Related Factors in Chinese Pregnant Women who Present with Obstetrical Complications. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 30, p. 316–321, 2016. Disponível em: <[https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417\(15\)00266-6/fulltext](https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417(15)00266-6/fulltext)>. Acesso em: 25 set. 2018.

APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

(Resolução 466/2012 CNS/CONEP)

A Sra. está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa intitulado **“PERCEPÇÕES SOBRE O ESTRESSE E A RESILIÊNCIA NA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO”**.

O objetivo deste trabalho é “Investigar o impacto e uma gestação de alto risco sobre os possíveis níveis de estresse e o desenvolvimento da resiliência materna”. Para realizar o estudo será necessário que a Sra. se disponibilize a responder um questionário com perguntas sociodemográficas, de saúde, uma escala de resiliência e uma de estresse. Após a sua consulta com o médico, serão copiados os resultados dos exames de seu prontuário, para posterior análise dos mesmos com o resultado dos questionários aplicados.

Participarão desta pesquisa mulheres que vivenciam a gestação de alto risco.

Para a instituição e para sociedade, esta pesquisa servirá como um suporte, auxiliando no cuidado da gestação de alto risco, colaborando com as ações de saúde. Os riscos dessa pesquisa podem ser: a consulta ao seu prontuário, bem como risco de ordem do emocional, e se estes ocorrerem serão solucionados/ minimizados com a oferta de atendimento gratuito pelos profissionais do CEASM e também pelo Serviço de Psicologia da Universidade do Planalto Catarinense, sendo encaminhados pelas pesquisadoras e ofertado de forma gratuita. Além disto, sendo garantidos o total sigilo e confidencialidade, através da assinatura deste termo, o qual a Sra. receberá uma cópia, sendo que as informações coletadas serem utilizadas unicamente com fins científicos. Os benefícios da pesquisa são colaborar para o desenvolvimento de conhecimentos na área.

A Sra. terá o direito e a liberdade de negar-se a participar desta pesquisa total ou parcialmente ou dela retirar-se a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo com relação ao seu atendimento nesta instituição, de acordo com a Resolução CNS nº466/12 e complementares.

Para qualquer esclarecimento no decorrer da sua participação, estaremos disponíveis através dos telefones: Renata: (49) 99964-8665 ou Juliana: (49) 99162-3838, ou pelo endereço Universidade do Planalto Catarinense UNIPLAC, Av. Castelo Branco, 170, Mestrado em Ambiente e Saúde. A senhora também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Planalto Catarinense UNIPLAC, Av. Castelo Branco, 170, bloco 1, sala 1226, Lages SC, (49) 3251-1086, e- mail: cep@uniplaclages.edu.br. Desde já agradecemos!

Eu _____(nome por extenso) declaro que após ter sido esclarecido (a) pelo(a) pesquisador(a), lido o presente termo, e entendido tudo o que me foi explicado, concordo em participar da Pesquisa.

Lages, ____/____/____

Assinatura do Participante

Renata Meurer Tausendfreund Laidens

Prof. Dra. Juliana C. Lessmann Reckziegel

Msc. Renata Meurer Tausendfreund Laidens (49) 99964-8665

E-mail: renatameurer@hotmail.com

Dra. Juliana C. Lessmann Reckziegel (49) 99162-3838

E-mail: julianalessmann@gmail.com

Endereço profissional: Universidade do Planalto Catarinense UNIPLAC, Av. Castelo Branco, 170, Mestrado em Ambiente e Saúde.

Endereço pessoal: Rua Alice Rosa Ramos, nº 30. Apto 1101. Bairro Coral.

APENDICE 2: QUESTIONÁRIO

UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM AMBIENTE E SAÚDE

Questionário referente à Dissertação de Mestrado, vinculada ao Curso de Mestrado em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense intitulado:

“Percepções sobre o estresse e a resiliência na gestação de alto risco”.

Data: ____/____/____

Questionário nº _____

Prezada paciente, você está participando de uma Pesquisa Científica, por isso solicitamos que responda as questões a seguir com o máximo de atenção e precisão. Sua identidade não será revelada.

Questionário Sociodemográfico

1. Informe a sua idade:

_____ anos

2. Informe a sua raça/cor:

() 1. Branca

() 2. Preta

() 3. Parda

() 4. Amarela

() 5. Indígena

3. Informe sua escolaridade:

() 1. Sem escolaridade

() 2. Sabe ler e escrever

() 3. Ensino Fundamental Incompleto

() 4. Ensino Fundamental Completo

() 5. Ensino Médio Incompleto.

6. Ensino Médio Completo

7. Ensino Superior incompleto. Se sim,
Qual? _____

8. Ensino Superior Completo Se sim,
Qual? _____

9. Especialização Se sim, Qual? _____

4. Informe seu estado marital:

1. Solteira

2. Casada

3. União estável

4. Viúva

5. Separada/divorciada

5. Informe sua renda familiar:

R\$ _____

6. Informe sua situação de moradia:

Casa própria

Casa alugada

Casa cedida

Situação de rua

Nenhuma das anteriores

7. Informe seu trabalho/atividade laboral:

Questionário de Saúde

1. Informe seu peso:

_____kg

2. Informe sua estatura:

_____cm

3. Informe de quantos meses ou semanas de gestação você está:

() _____ meses

() _____ semanas

4. Informe quantas gestações você teve (excluindo a atual e mesmo que não tenha chegado ao fim da gestação):

() nenhuma gestação

() _____ gestação (ões)

5. Informe quantos partos você teve:

() _____ normal

() _____ cesárea

6. Informe se você já teve algum aborto e quantos foram:

() nunca tive aborto

() _____ abortos

7. Informe qual diagnóstico médico pelo qual você foi encaminhada ao alto risco:

8. Informe se você possui alguma doença prévia/comorbidade anterior a gestação:

Resultado dos exames

1. Hemograma	
2. Glicemia de Jejum (GJ)	
3. Teste de Tolerância Oral a Glicose (TTOG)	
4. Grupo sanguíneo e fator Rh	
5. Hormônio Estimulador da Tireoide (TSH)	
6. Toxoplasmose IgG e IgM,	
7. Parcial de urina (EQU)	
8. Cultura de urina	
9. Antibiograma (TSA)	
10. Cortisol	

ANEXO 1: CÁLCULO DE RISCO GESTACIONAL

CRITÉRIOS PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO REDE CEGONHA – SANTA CATARINA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

RISCO.....10 ou + Pontos ALTO

RISCO.....5 a 9 Pontos MÉDIO

RISCO.....até 4 Pontos BAIXO

1-IDADE: (-) de 15 anos 1 De 15 a 34 anos..... 0 (+) de 35 anos..... 1	5-AVALIAÇÃO NUTRICIONAL Baixo Peso (IMC<18, 5Kg/m ²) e/ou Ganho de peso inadequado e/ou Anemia..... 1 Peso adequado (IMC 18, 5-24, 9Kg/m ²) 0 Sobrepeso (25-29, 9Kg/m ²) 1 Obesidade (IMC>30Kg/m ²) 5	7- PATOLOGIAS DE RISCO ATUAL: OBST. + GINEC. Ameaça de aborto 5 Anom. Do trato Genitourinário..... 5 Placenta Prévia..... 10 Câncer Materno 10 Doença Hemolítica 10 Esterilidade tratada..... 5 Isoimunização..... 10 Neoplasias Ginecológicas 10 Mal formações congênitas 10 Crescimento Uterino Retardado 10 Polihidramnio/Oligoidramnio..... 10 Citologia Cervical Anormal (Nic- I-II-III) 10 Doença Hipertensiva da Gestação 10 Diabetes gestacional 10 Gemelar 10 Incomp. Istmo Cervical 10 MÉDICAS + CIRURGICAS Cardiopatias..... 10 Varizes acentuadas..... 5 Pneumonia grave 10 Diabetes Mellitus..... 10 Doenças auto-imunes (Colagenose)..... 10 Doença Psiquiátrica 5 Doença Renal grave..... 10 Epilepsia e doença neurológica 10 Hemopatias 10 Hipertensão Arterial 10 Infecção urinária de repetição (pielonefrite ou infecções 3x ou +) 10 Infecções graves 10 AIDS/HIV 10 Sífilis com suspeita de mal formação fetal 10 Tuberculose 10 Toxoplasmose..... 10 Dep. De drogas..... 10 Alcoolismo..... 10 Trombofilia..... 10 Endocrinopatias 10 Alterações da tireóide..... 1
2-SITUAÇÃO FAMILIAR Situação Familiar Instável Não 0 Sim 1 Aceitação de GRAVIDEZ: Aceita 0 Não aceita 1	6- ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: Abortos até 2 5 Abortos espontâneos + 2 10 Natimorto 5 Prematuro 5 Óbito fetal 5 Eclampsia 10 Placenta prévia 5 Descol. Prem. de Placen..... 5 Incompetência Istmo Cervical 10 Restrição de cresc. Intrauterino 5 Malformação fetal 5 Último parto (-) de 12 meses.. 2 + 1 filho prematuro 10 Pré-eclâmpsia 5	
3-ESCOLARIDADE: Sabe ler e escrever: Sim 0 Não 1		
4-HÁBITOS: Tabagista: Sim: 1 Não..... 0		

*Fatores sócio econômicos não são critérios isoladamente para encaminhamento ao Pré-Natal de Alto Risco (PNAR). Merecem atendimento diferenciado na Atenção Básica.

PNAR: Deve conter obrigatoriamente itens dos quadros 5 e/ou 6 e/ou 7 da classificação acima (somando 10 ou mais pontos).

Médio Risco: Somatório de 5 a 9 pontos, deve receber atendimento de Pré-Natal na Atenção Básica pelo médico intercalado com enfermeiro.

Baixo Risco: Somatório de até 4 pontos, deve receber atendimento intercalado de Pré-Natal na Atenção Básica pelo enfermeiro e pelo médico.

Seguir fluxograma de pré-natal.

ANEXO 2: ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO

ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO (COHEN, KAMARCK, MERMELSTEIN, 1983; LUFT et al., 2007)

Esta escala faz questionamentos sobre a frequência de como a pessoa se sentiu durante o último mês, apresentando da seguinte maneira:

- 0 – Nunca
- 1 – Quase nunca
- 2 – Às vezes
- 3 – Quase sempre
- 4 – Sempre

Resultado Obtido: _____

Neste último mês, com que frequência...						
1	Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	0	1	2	3	4
2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	0	1	2	3	4
3	Você tem se sentido nervoso e "estressado"?	0	1	2	3	4
4	Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?	0	1	2	3	4
5	Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	0	1	2	3	4
6	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	0	1	2	3	4
7	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?	0	1	2	3	4
8	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	0	1	2	3	4
9	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	0	1	2	3	4
10	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	0	1	2	3	4
11	Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	0	1	2	3	4
12	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	0	1	2	3	4
13	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	0	1	2	3	4
14	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	0	1	2	3	4

ANEXO 3: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÕES SOBRE O ESTRESSE E A RESILIÊNCIA NA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO
Pesquisador: Juliana Lessmann Reckziegel **Área Temática:**

Versão: 1

CAAE: 04124918.3.0000.5368

Instituição Proponente: Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.064.215

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa acerca de tema importante, do ponto de vista da saúde coletiva, contribuindo para a área da saúde da mulher, cujo foco se concentra no aprofundamento da problemática que envolve a gestação de alto risco, suas consequências e a capacidade de resposta das gestantes à situação.

Objetivo da Pesquisa:

Tanto primário quanto secundário estão adequados à questão de pesquisa e à metodologia adotada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados e condizentes com o proposto na Resolução 466/2012 do CNS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa apresenta todas as etapas para sua realização e está condizente com o proposto na Resolução 466/2012 do CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados e condizentes com o proposto na Resolução 466/2012 do CNS.

Recomendações:

Seguir o proposto no projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considera-se o projeto adequado sob o ponto de vista ético, segundo as diretrizes da Resolução 466/2012 do CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

O desenvolvimento da pesquisa, deve seguir os fundamentos, metodologia e preposições, do modo em que foram apresentados e avaliados por este CEP, qualquer alteração, deve ser imediatamente informada ao CEP-UNIPLAC, acompanhada de justificativa.

O pesquisador deverá observar e cumprir os itens relacionados abaixo, conforme descrito na Resolução nº 466/2012.

- a) Desenvolver o projeto conforme delineado;
- b) Elaborar e anexar na Plataforma Brasil os relatórios parcial e final;
- c) Apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- d) Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;

- e) Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- f) Justificar fundamentalmente, perante o CEP ou a CONEP. Interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1260073.pdf	04/12/2018 23:46:44		Aceito
Cronograma	cronograma_resiliencia_gestacao_CEP.Pdf	04/12/2018 23:42:37	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Outros	Instrumentos_coleta_dados_resiliencia_gestacao_CEP.pdf	04/12/2018 23:42:10	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_resiliencia_gestacao_CEP.pdf	04/12/2018 23:41:32	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_pesquisadores.pdf	04/12/2018 23:40:56	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_instituicoes.pdf	04/12/2018 23:40:42	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_resiliencia_gestacao_CEP.pdf	04/12/2018 23:40:24	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Orçamento	recursos_resiliencia_gestacao_CEP.pdf	04/12/2018 23:37:06	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	04/12/2018 23:36:44	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LAGES, 07 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Odila Maria Waldrich
(Coordenador(a))