

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL

NINA AGUILAR SOARES

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E ADESÃO AO TRATAMENTO DE  
GESTANTES DE ALTO RISCO**

PORTO ALEGRE

2021

NINA AGUILAR SOARES

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E ADESÃO AO TRATAMENTO DE  
GESTANTES DE ALTO RISCO**

Trabalho de Conclusão da Residência apresentado à Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre como requisito parcial para aprovação da disciplina de Metodologia de Pesquisa.

Orientadora: Dra. Cláudia Simone Silveira dos Santos

Colaboradora: Psic. Adriane Gonçalves Salle

Porto Alegre

2021

### CIP - Catalogação na Publicação

Soares, Nina Aguilar  
Estratégias de enfrentamento e adesão ao tratamento  
de gestantes de alto-risco / Nina Aguilar Soares. --  
2021.  
61 f.  
Orientadora: Cláudia Simone Silveira dos Santos.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de  
Clínicas de Porto Alegre, Residência Multiprofissional  
em saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. Diabetes Mellitus Gestacional. 2. Síndrome  
Hipertensiva Gestacional. 3. Estratégias de  
enfrentamento. 4. Rede de Apoio. I. dos Santos,  
Cláudia Simone Silveira, orient. II. Título.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	3
1.1 Justificativa	3
1.2 Problema de Pesquisa	4
1.3 Questões Norteadoras	4
2. REVISÃO DE LITERATURA	5
2.1 Aspectos emocionais da gestação	5
2.2 Aspectos emocionais da gestação de alto risco	6
2.3 Diabetes Mellitus Gestacional	7
2.4 Síndrome Hipertensiva Gestacional	8
2.5 Estratégias de Enfrentamento	10
3. OBJETIVOS	12
3.1 Objetivo Geral	12
3.2 Objetivos Específicos	12
4. METODOLOGIA	13
4.1 Tipo de Estudo	13
4.2 Local	13
4.3 Participantes	13
4.3.1 Critérios de inclusão	14
4.3.2 Critérios de exclusão	14
4.4 Coleta dos dados	15
4.5 Análise dos dados	15
4.6 Procedimentos éticos	16
5. RESULTADOS	17
REFERÊNCIAS	54
APÊNDICE A - Entrevista	58
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	60

## **1.INTRODUÇÃO**

### **1.1 Justificativa**

A gestação, período que pode ser compreendido entre a concepção de um novo ser vivo e o parto, constitui-se em um fenômeno complexo, uma vez que vem acompanhado pela vivência de inúmeras modificações corporais, psicológicas e sociais, e que estas repercutem na construção do papel materno e posteriormente, no desenvolvimento do ser gerado (PISONI et. al, 2014). Por vezes, juntamente a todas estas mudanças, o casal depara-se com um diagnóstico que determina uma soma a mais de cuidados e adaptações. A gestação de alto risco ocorre na presença de qualquer condição que possa prejudicar a evolução adequada de uma gestação (BUZZO; GRAÇATO; CAVAGLIERI; LEITE; 2007). Apesar de na maioria das gestações não ocorrerem maiores intercorrências, em torno de 15 a 20% das gestantes podem apresentar alguma complicação que necessite de assistência médica especializada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Neste trabalho, abordamos dois diagnósticos que configuram gestações de alto risco: Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) e Síndromes Hipertensivas Gestacionais – SHG - (aqui incluídos os diagnósticos de pré-eclâmpsia e eclâmpsia). Estes diagnósticos foram escolhidos em razão de sua alta prevalência na população estudada. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2017-2018), DMG é o problema metabólico mais comum na gestação e sua prevalência pode variar entre 3% a 25%, dependendo dos critérios étnicos, populacionais e diagnósticos utilizados. Já diagnósticos associados à hipertensão ao longo da gestação estão presentes em cerca de 10% de todas as gestações, a nível mundial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010), e são atualmente a maior causa de morte materna e perinatal, no país, segundo dados do Ministério da Saúde (2010).

A descoberta de um diagnóstico que configure a necessidade de internação durante o período gestacional exige a adoção de estratégias de enfrentamento por parte do casal que gesta que podem vir a facilitar ou dificultar a aceitação e adaptação durante este período. Considerando as diferentes repercussões emocionais que podem ser mobilizadas diante da descoberta de um diagnóstico, as estratégias também poderão apresentar-se de maneiras distintas e exigir um olhar diferenciado por parte da equipe (LANGARO; SANTOS, 2014).

A partir da atuação como residente do Programa de Residência Multidisciplinar com foco de atuação no campo Materno-Infantil, foi possível identificar a grande demanda de

gestantes internadas na Unidade de Internação Obstétrica com diagnósticos que configuram uma gestação de alto risco, em especial Diabetes Mellitus Gestacional e diagnósticos relacionados à Síndrome Hipertensiva Gestacional. Sendo assim, este trabalho surgiu com a perspectiva de compreender as estratégias de enfrentamento utilizadas por gestantes internadas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, bem como analisar adesão ao tratamento, considerando as peculiaridades envolvidas nos dois diagnósticos.

### **1.2 Problema de pesquisa**

- Quais as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas gestantes com diagnóstico de Síndrome Hipertensiva Gestacional (SHG) ou Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) e como estas refletem na adesão ao tratamento?

### **1.3 Questões norteadoras**

- Quais as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas gestantes internadas com diagnóstico de diabetes gestacional, em comparação às com diagnóstico de síndrome hipertensiva gestacional?

- Como as gestantes que recebem os diagnósticos de SHG e DMG aderem aos tratamentos sugeridos pela equipe?

## **2. REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 Aspectos emocionais da gestação**

Apesar de a gestação ser um evento considerado biologicamente natural e esperado para boa parte das mulheres na idade adulta, é um período de intensa vulnerabilidade emocional, por ser uma fase de transição, que requer uma adaptação por parte dos sujeitos envolvidos, assim como uma mudança de identidade e troca de papéis (SAVIANI-ZEOTI; PETEAN, 2015). Neste sentido, podemos compreender a gestação como uma espécie de crise, que pode apresentar-se como evolutiva ou circunstancial (MAIA et al., 2012)

Para Maldonado (1981), as estratégias utilizadas para lidar com a crise emocional instaurada após a descoberta da gestação podem tanto levar o casal a vivenciar uma gestação saudável, quanto contribuir para o seu adoecimento. Neste caso, ficaria exemplificado diante de uma dificuldade para vivenciar o momento, trazendo um alto grau de ansiedade e angústia relacionadas.

Além disso, devemos ponderar que o período gestacional é marcado pela revivência de inúmeros conflitos infantis por parte dos pais que gestam, principalmente aqueles que trazem sentimentos relacionados à relação com seus próprios pais (FERRARI; PICCININI; LOPES, 2006). Apesar de por vezes, esta revivência trazer à tona conflitos de relacionamento, em um período onde se sabe da importância da rede de apoio familiar, é esta aproximação emocional com os pais da infância, que permite que o casal possa identificar-se com o papel materno/paterno.

Importante considerar também, que embora haja uma maior preocupação a respeito da inclusão do pai no pré-natal, é importante que possam ser destacadas as diferenças entre o envolvimento materno e paterno, ao longo da gestação (NOGUEIRA, 2011). Enquanto as gestantes sofrem inúmeras mudanças no corpo, bem como sentem a presença física do bebê, o mesmo não ocorre com seus companheiros, só se tornando concreta a existência do papel paterno a partir do estabelecimento da imagem que o pai constrói sobre seu bebê e das interações ocorridas entre ambos ao longo da gravidez (FERREIRA et al., 2014).

Deste modo, percebe-se o impacto dos sentimentos despertados ao longo da gestação e sua repercussão em todo núcleo familiar. É indispensável que se incentive o envolvimento de

toda família ao longo da gestação para que juntos possam apropriar-se dos novos papéis a serem desempenhados e da nova organização familiar a ser estabelecida (DEMARCHI et al., 2017).

## **2.2 Gestação de alto risco**

Em nosso país, cerca de 15% das gestações são caracterizadas como de alto risco (BRASIL, 2010), sendo os diagnósticos de diabetes gestacional e hipertensão as causas mais frequentes indicativas dessa condição. Segundo Tedesco (1997), mesmo uma gestação que não atende aos critérios necessários para ser considerada de risco, despertará sentimentos de ansiedade e medo por parte dos pais, contudo estes mesmos sentimentos são potencializados, uma vez que se coloca uma perspectiva de realidade que possa vir a corroborá-los.

Diante de um diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional, temos que considerar primeiramente o estresse e a ansiedade relacionados ao próprio tratamento, que envolve uma readaptação dos hábitos alimentares e rotina de cuidados da gestante (MORRISON; LOWE; COLLINS, 2014), mas que por sua vez tem reflexo na família, como um todo. Posteriormente, sentimentos de angústia relacionados ao desfecho gestacional, bem como saúde do bebê podem surgir (NETTO et al., 2006), uma vez que deve ser abordado com o casal os possíveis riscos relacionados ao prognóstico.

Já em uma gestação onde se recebe o diagnóstico de Síndrome Hipertensiva Gestacional, o receio por parte dos casais centraliza-se, em grande parte, na possibilidade do bebê nascer prematuro, necessitando permanecer internado e demandando cuidados especializados (CRUZ et al., 2018). Em estudo realizado por Souza, Araújo e Costa (2013), onde foram entrevistadas mulheres que haviam recebido diagnóstico de Síndrome Hipertensiva Gestacional e estavam atualmente acompanhando a internação de seus filhos na UTI Neonatal, foi possível identificar estratégias de enfrentamentos utilizadas por estas mães, ao longo da sua gestação, onde prevaleceu a necessidade de autocuidado, uma vez que percebem o reflexo da preservação da sua saúde na saúde do filho ao nascer, e a religiosidade como meio de adaptar-se às limitações físicas e demandas emocionais ocasionadas pelo diagnóstico.

Em ambos os casos, para que o tratamento proposto possa ser efetivo, é necessária a adesão da gestante ao mesmo. Segundo Manual do Ministério da Saúde (2008b), a adesão é um processo dinâmico e multifatorial, não se tratando de um ato de conformação por parte por parte do sujeito, mas sim de corresponsabilização entre o mesmo e a equipe de saúde. A adesão pressupõe aspectos como



“O estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde, o acesso à informação, o acompanhamento clínico laboratorial, a adequação aos hábitos e necessidades individuais e o compartilhamento das decisões relacionadas à própria saúde (...)” (BRASIL, 2008, p. 14).

### 2.3 Diabetes Mellitus Gestacional

Segundo o Manual Técnico da Gestação de Alto Risco (2010), Diabetes Gestacional pode ser definida como “uma intolerância aos carboidratos, de graus variados de intensidade, diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto” (p. 109). Apesar de todas as gestantes terem que realizar uma dosagem de glicemia antes das 20 semanas de gestação, ou tão logo seja possível, alguns fatores de risco podem ser observados, tais como idade superior a 35 anos, gestantes com sobrepeso/obesidade (entre as gestantes brasileiras, um IMC > 25 kg/m<sup>2</sup> foi relacionado a um risco aumentado de macrossomia fetal e DMG, segundo Braga et al., 2011), histórico de diabetes gestacional em gestações anteriores, antecedente familiar de diabetes mellitus (parentes de primeiro grau), óbito fetal (sem causa aparente), malformação fetal, macrossomia ou polidrâmnio em gestação anterior, hipertensão arterial cr nica, síndrome dos ovários policístico e/ou uso de drogas hiperglicemiantes (corticoides, diuréticos tiazídicos).

É considerado positivo para diabetes gestacional o rastreamento com nível de glicose plasmática de jejum igual ou superior a 85mg/dL e/ou na presenç a de algum outro fator de risco dentre os acima citados. Na ausência de fatores de risco e havendo glicemia em um nível inferior a 85 mg/dL, deve-se repetir a glicemia apenas entre a 24<sup>a</sup> e 28<sup>a</sup> semana. Duas glicemias plasmáticas de jejum superiores a 126 mg/dL confirmam o diagnóstico, sem se fazer necessário teste de tolerância. Caso haja um rastreamento positivo e um nível maior ou igual a 85 mg/dL até 125 mg/dL, a gestante deverá ser submetida à confirmação diagnóstica com teste oral de tolerância à glicose (OGTT), conforme sugerido pela Associação Internacional de Estudos sobre Diabetes e Gravidez (IADPSG), desde 2010.

Este teste é realizado através da ingestão de 75g de glicose em 250–300ml de água, depois de um período de jejum entre 8–14 horas. A glicose plasmática é determinada em jejum, após 1 hora e após 2 horas. Nesta curva, os pontos de corte serão >95, 180 e 155,

respectivamente, e estando dois destes números alterados, confirma-se o diagnóstico. Um único valor alterado requer que este exame deva ser realizado novamente na 34ª semana de gestação.

O tratamento da DMG envolve inicialmente uma dieta alimentar que permita ganho de peso adequado aliado a um bom controle metabólico (SCHIRMER et al., 2000) e a indicação de atividade física, respeitando as contra-indicações obstétricas (DAVIES et al., 2003). Além disto, deverá haver um monitoramento das glicemias, antes e após as refeições, a fim de que possa ser feito um controle sobre a indicação de tratamento farmacológico ou não, dependendo dos níveis glicêmicos observados neste período (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2017).

Em relação aos desfechos obstétricos da Diabetes Gestacional, estudos indicam que gestantes com DMG podem ter uma maior incidência de pré-eclâmpsia, parto distócico, hemorragia pós-parto, e desenvolvimento de diabetes tipo 2 pós-parto. Além disto, deve-se atentar para os desfechos clínicos relacionados ao feto e ao recém-nascido, como a prematuridade, distócia de ombros, fratura de clavícula e admissão do recém-nascido em Unidades de Tratamentos Intensivos Neonatais (UTINeo) por hipoglicemia, síndrome de dificuldade respiratória, icterícia, dentre outros desfechos. (ARSHAD; KARIM; HASAN, 2014; MITANCHEZ; YZYDORCZYK; SIMEONI, 2015).

#### **2.4 Síndrome Hipertensiva Gestacional**

O diagnóstico de hipertensão arterial na gestação é realizado quando os níveis pressóricos da gestante encontram-se iguais ou superiores a 140/90 mmHg. Todavia a Síndrome Hipertensiva da Gestação pode ser dividida em quatro diagnósticos: pré-eclâmpsia/eclâmpsia, hipertensão crônica de qualquer etiologia, pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica e hipertensão gestacional quando a manifestação ocorreu após a 20ª semana de gestação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A hipertensão crônica ocorre quando o diagnóstico é prévio à gravidez ou se manifesta antes de completadas 20 semanas de gestação. Além disso, também pode ser observada quando os sintomas hipertensivos persistem após 12 semanas posteriores ao parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A pré-eclâmpsia/ eclâmpsia se configura como uma hipertensão que ocorre após as 20 semanas, acompanhada de proteinúria, ou na ausência desta, sintomas de cefaleia, dor

abdominal, distúrbios visuais, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas, desaparecendo em até 12 semanas pós-parto. De acordo com dados do OMS (2013), é uma doença que afeta em média 5-8% de todas as gestações e muitas vezes evolui de forma silenciosa, embora possam haver alguns sinais indicativos, tais como: presença de edemas (nas regiões da face e nas mãos), ganho de peso acentuado, náuseas e/ou vômitos frequentes, alterações visuais, cefaleia e dor epigástrica. Alguns fatores como obesidade, diabetes, gestação na adolescência, gestação de múltiplos e mãe primigesta também estão relacionados ao surgimento da pré-eclâmpsia e exigem um cuidado intensificado ao serem apresentados.

Nos casos em que há uma sobreposição entre estes dois diagnósticos, há um agravamento de sintomas juntamente ao surgimento ou piora da proteinúria (perda excessiva de proteínas, através da urina), após a 20ª semana gestacional. Podem surgir também trombocitopenia (baixa quantidade de plaquetas no sangue) e aumento das enzimas hepáticas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

E, por último, o diagnóstico de hipertensão gestacional (sem proteinúria), só poderá ser feito retrospectivamente, uma vez que a proteinúria pode surgir tardiamente, ao longo da gestação. Sendo assim, o tratamento será realizado da mesma forma que o recomendado para as gestantes diagnosticadas com pré-eclâmpsia.

Em relação ao tratamento, de acordo com o Ministério da Saúde (2010), as gestantes que recebem diagnóstico de pré-eclâmpsia, preferencialmente, devem permanecer internadas em um primeiro momento para avaliação diagnóstica, mantendo uma dieta com restrição da quantidade de sódio e em repouso relativo. Nos casos onde se identifica uma pré-eclâmpsia leve e condições materno-fetais estáveis, a gestação poderá seguir sendo acompanhada em nível ambulatorial, com as devidas recomendações (consultas mais frequentes, controle da pressão, repouso relativo). Já em casos onde a pré-eclâmpsia pode ser considerada grave, a conduta por parte da equipe consiste em manter a gestante internada, com monitorização constante e fazendo uso de medicação anti-hipertensiva e sulfato de magnésio e, em último caso, opta-se pela interrupção da gestação, pensando no bem estar do binômio mãe-bebê.

Quando uma gestante diagnosticada com pré-eclâmpsia apresenta episódio convulsivo, caracteriza-se então o quadro de eclâmpsia, necessitando que ocorra uma estabilização do quadro materno, para que possam ser pensadas em condutas posteriores, como a antecipação

do parto. Neste caso, não importando a idade gestacional do feto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Importante levarmos em consideração as diferenças entre um quadro de hipertensão que antecede a gestação, daquela que é uma condição desenvolvida junto à mesma. No primeiro caso, a elevação da pressão arterial constitui-se em um aspecto fisiopatológico básico da doença, enquanto na segunda há uma má adaptação do organismo da mãe à gravidez, a hipertensão surgindo então como um sintoma de um quadro maior (NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION PROGRAM, 1990).

## **2.5 Estratégias de enfrentamento**

Estratégias de enfrentamento (ou *coping*) podem ser definidas como um conjunto de estratégias utilizadas pelos indivíduos para adaptarem-se a situações adversas, sendo estas estratégias capazes de impactar positivamente ou negativamente a saúde destes indivíduos (FOLKMAN; LAZARUS, 1984). Ao longo da história, segundo Suls, David e Harvey (1996) é possível nos depararmos com três gerações de pesquisadores que dedicaram-se a estudarem aspectos teóricos e metodológicos deste conceito. Inicialmente, *coping* era um conceito estudado por pesquisadores vinculados à psicologia do ego, sendo um conceito relacionado aos mecanismos de defesa, como uma forma de lidar com as pulsões sexuais e agressivas originadas pelo inconsciente, sendo classificados assim como os mecanismos de defesa, dos mais imaturos aos mais adaptativos (VAILLANT, 1994). Contudo, esta teoria foi perdendo força ao longo do tempo, pois ao contrário dos mecanismos de defesa, as estratégias de enfrentamento assumem um caráter mais flexível e consciente, assim como recebem menos influência de aspectos relacionados ao passado (HAAN, 1963, 1977).

A segunda geração de pesquisadores iniciou por volta de 1960, sendo representada principalmente pelo trabalho de Lazarus e alguns associados. Para estes pesquisadores, o conceito de *coping* ocorre por um processo transacional, de troca entre a pessoa e o ambiente em que a mesma está inserida, enfatizando também traços de personalidade do sujeito (LAZARUS, 1966; FOLKMAN; LAZARUS, 1980, 1985), havendo quatro características principais nesta perspectiva: interação do indivíduo com o ambiente, administração da situação estressora (ao invés de controle ou domínio da mesma), avaliação da situação (representação desta situação na vida do sujeito) e mobilização de esforços (ações cognitivas e

comportamentais que venham para administrar as demandas que surgirem pela interação com o ambiente).

Por fim, a terceira geração de pesquisadores teve início em meados da década de 1990, tendo seu foco principal no estudo das convergências entre *coping* e personalidade (SULS et al., 1996), uma vez que cada vez mais as evidências apontavam para o fato de que apenas os fatores situacionais não são capazes de explicar todas as variações de estratégias utilizadas pelos indivíduos em situações estressantes (ANTONIAZZI et al., 1998).

Importante considerar que estes estilos não são excludentes entre si, pois sabemos que dependendo da situação estressora, diferentes estratégias podem ser utilizadas simultaneamente (SEIDL et al., 2001). Além disto, as experiências singulares vivenciadas pelo sujeito terão o papel de agirem como fatores de risco/proteção diante de determinadas situações, segundo Júnior e Zanini (2011), sendo os fatores de risco aqueles que, quando presentes, aumentam a possibilidade de o indivíduo não adotar estratégias de enfrentamento adequadas para a situação, ao passo que fatores de proteção vêm no sentido oposto, aumentarem a probabilidade de o sujeito lidar com as adversidades de uma maneira eficaz, melhorando a resposta a um resultado não adaptativo.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

- Identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas por gestantes que recebem um diagnóstico de gestação de alto risco relacionado aos diagnósticos de Síndrome Hipertensiva Gestacional ou Diabetes Mellitus Gestacional e como estas estratégias interferem no processo de adesão ao tratamento e adaptação à internação hospitalar.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Analisar quais as principais estratégias de enfrentamento utilizadas pelas gestantes durante o período de internação, após diagnóstico gestacional de alto-risco por Síndrome Hipertensiva Gestacional ou Diabetes Mellitus Gestacional;
- Descrever como as estratégias de enfrentamento utilizadas pela gestante após o diagnóstico refletem na adaptação à internação e ao tratamento sugerido pela equipe;
- Comparar as estratégias de enfrentamento utilizadas por gestantes durante o período de internação, após diagnóstico gestacional de alto-risco por Síndrome Hipertensiva Gestacional ou Diabetes Mellitus Gestacional.

## **4. MÉTODOS**

### **4.1 Tipo de Estudo**

Este foi um estudo de abordagem qualitativa, que de acordo com Minayo (2014) é composto por um conjunto de substantivos cujos sentidos são complementares entre si: experiência, vivência, senso comum e ação, e a análise dos seus dados baseada em três verbos: compreender, interpretar e dialetizar. Os aspectos essenciais da pesquisa qualitativa constituem-se então na escolha adequada e variada de métodos, teorias e abordagens, no reconhecimento e análise de diferentes perspectivas e na reflexão dos pesquisadores a respeito dos resultados encontrados na pesquisa como parte deste processo de construção do conhecimento (FLICK, 2009).

Além disto, devemos considerar que esta foi uma pesquisa descritiva, o que para Gil (2008) significa que seu objetivo principal é a descrição das características de uma determinada população ou fenômeno, ou ainda, o estabelecimento de relações entre variáveis.

### **4.2 Local**

Este estudo foi desenvolvido na Unidade de Internação Obstétrica (UIO), localizada no décimo primeiro andar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A coleta dos dados tendo sido realizada em uma sala reservada da unidade, mantendo o sigilo da entrevista.

A Unidade de Internação Obstétrica possui 36 leitos para puérperas e recém-nascidos e seis leitos para gestantes de alto risco, majoritariamente via SUS, embora haja alguns leitos destinados a convênios. Recebe pacientes provenientes principalmente de Porto Alegre e Região Metropolitana, contudo possui abrangência regional, devido à sua alta complexidade. Tem como objetivos promover o aleitamento materno e aumentar seus índices, promover o estabelecimento e fortalecimento de vínculo afetivo entre mãe e filho, oportunizar aprendizado materno no cuidado do recém-nascido e estimular a participação do pai e/ou familiares no cuidado do recém-nascido.

### **4.3 Participantes**

Foram convidadas a participarem do estudo as gestantes internadas na Unidade de Internação Obstétrica, a pelo menos uma semana, por questões de saúde relacionadas aos diagnósticos de Diabetes Gestacional ou Síndrome Hipertensiva Gestacional, a partir do

segundo trimestre (13° até 27° semana) da sua primeira gestação. A escolha pelo segundo trimestre ocorreu pelo fato de ser considerado um período mais tranquila no que concerne aos riscos envolvidos nestes diagnósticos, sendo no primeiro trimestre o risco de abortamento espontâneo e no terceiro trimestre o risco de nascimento prematuro. A opção pela primeira gestação se deu pelo fato de tentar evitar um viés de pesquisa, uma vez que, na primeira gestação a paciente ainda não teve a vivência de uma internação e, por isso, as estratégias de enfrentamento ainda não foram experimentadas.

Alguns ajustes foram necessários devido à pandemia da COVID-19. Inicialmente seriam entrevistadas dez (10) gestantes, mas devido ao número reduzido destas que obedecessem aos critérios previamente estipulados durante o período em que o estudo foi realizado chegou-se a oito (8) participantes. Dessa forma, a amostra foi de conveniência e num período de oito meses chegou-se a cinco (5) gestantes com diagnóstico de SNH e três (3) gestantes com diagnóstico de DMG. A escolha pela entrevista somente com as gestantes se deu pela alteração no tempo de permanência de acompanhantes pelo fato da pandemia.

#### **4.3.1 Critérios de inclusão**

- Gestantes com idade gestacional no segundo trimestre (13° até 27° semana) da sua primeira gestação.
- Gestante estar internada na Unidade de Internação Obstétrica, por diagnósticos de Diabetes Mellitus Gestacional ou Síndrome Hipertensiva Gestacional, por um período de pelo menos uma semana.
- Ter idade igual ou superior a 18 anos e ter cursado, pelo menos, até o quinto ano do ensino fundamental, para melhor compreensão das questões da entrevista.
- Internação mínima de 7 dias

#### **4.3.2 Critérios de exclusão**

- Gestantes com diagnóstico de diabetes pré-gestacional;
- Gestantes com ambos os diagnósticos descritos;
- Dificuldade cognitiva da gestante que impossibilite a compreensão das questões da entrevista;



- Gestante com idades inferiores a 18 anos;

#### **4.4 Coleta de dados**

O instrumento de coleta utilizado foi uma entrevista semiestruturada, com 5 questões elaboradas pela pesquisadoras (apêndice A), e que respondia aos objetivos propostos. A escolha pela entrevista semiestruturada se deu por ser um instrumento que possui um roteiro previamente estruturado para responder os objetivos da pesquisa e também para levantar novas hipóteses.

Os dados sociodemográficos e de diagnósticos foram coletados antes da entrevista, pela própria pesquisadora. O tempo estimado da entrevista foi de aproximadamente 45 minutos. Cabe salientar ainda, que as participantes da pesquisa responderam a entrevista após agendamento prévio com a pesquisadora, separadamente e de forma individual, em uma sala reservada de forma a preservar o sigilo e os dados revelados. As respostas das participantes foram gravadas com um gravador e posteriormente transcritas na íntegra, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

#### **4.5 Análise de dados**

A análise dos dados obtidos se deu através do método de Análise de Conteúdo de Bardin (2011). Esse método é descrito como um conjunto de técnicas de análise das comunicações verbais e não-verbais, que utiliza-se de procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo, com o objetivo de absorver conhecimento sobre o que está implícito diante das informações obtidas, sendo que para o autor a condução desta análise de dados ocorrerá por meio de três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

O objetivo da pré-análise consiste em sistematizar ideias iniciais, de acordo com o referencial teórico estipulado, e estabelecer indicadores para as informações coletadas. Esta fase compreende então a leitura de todo material coletado e a organização deste, de modo que o autor possa conduzir a análise, por meio de leitura flutuante, escolha dos documentos que irão compor esta análise, formulação de hipóteses, objetivos e indicadores.

Concluindo esta primeira fase, inicia-se então a exploração do material. Nesta fase, a partir do que foi realizado na etapa anterior, ocorrerá a definição de categorias e identificação das unidades de registro, visando assim captar os sentidos das comunicações.

Na terceira e última etapa deverá haver uma identificação das unidades de contexto dos documentos e o tratamento dos resultados obtidos, visando assim uma análise reflexiva e crítica sobre as informações levantadas e por fim, interpretações inferenciais por parte do pesquisador.

#### **4.6 Aspectos éticos**

As participantes deste estudo foram informadas, desde o primeiro momento, acerca dos objetivos do estudo e dos métodos de coleta e análise dos dados do material, e puderam livremente decidir sobre sua participação. Também foi assegurada sua desistência, em qualquer momento do processo, se assim lhe for desejado. Foi lido a todas as participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, informando o objetivo da pesquisa e, após concordarem em participar, foi feita a assinatura do TCLE (apêndice B). Este projeto atendeu às normas das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, de acordo com a resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, e foi cadastrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, número 29662420.5.0000.5327 (anexo A). Além disso, devido a pandemia do COVID-19, somente foram entrevistadas gestantes que já estavam em acompanhamento com o serviço de psicologia.

### **8. CONCLUSÃO**

O presente estudo buscou uma reflexão acerca das estratégias de enfrentamento utilizadas por gestantes com diagnóstico de SHG e DMG durante o período da internação e o impacto destas para o processo de adesão ao tratamento destas pacientes. Os resultados encontrados sugerem uma diferenciação das estratégias utilizadas por cada grupo de pacientes, bem como da abordagem utilizada pela equipe de acordo com o diagnóstico apresentado.

Observou-se que as pacientes com diagnóstico de DMG apresentam uma tendência a utilizar-se de mais estratégias focadas no problema, buscando recursos internos para lidarem com a necessidade de mudanças no que concerne à sua rotina, especialmente introdução de uma nova dieta. Além disso, nota-se uma tendência à uma cobrança maior por parte da equipe em relação a estas pacientes e sua capacidade de autocuidado. Em contrapartida, pacientes com diagnóstico de SHG manifestaram uma preponderância em seu discurso com relação à

utilização de estratégias focadas na emoção, uma vez que por vezes assumem uma postura mais passiva em relação ao seu tratamento, devido ao sentimento de impotência pela dificuldade de controle da pressão, algo que por vezes também passa a ser reforçado pela equipe. Em ambos os casos, nota-se que estes sentimentos acabam por refletir na confiança da capacidade de autocuidado destas pacientes, impactando diretamente em sua adesão ao tratamento.

Por fim, as limitações que este estudo encontrou foram relacionadas à pandemia do COVID-19. Devido a planos de contingência com o propósito de minimizar os riscos de disseminação do vírus, as visitas às gestantes internadas tiveram que ser reduzidas, de modo que se modificou a ideia inicial de entrevistarmos o casal vivenciando o contexto de adoecimento na gestação devido aos diagnósticos de DMG e SHG. Além disto, apenas gestantes já em acompanhamento pelo Serviço de Psicologia puderam ser entrevistadas, de modo a evitar contatos desnecessários com pacientes ao longo da internação.

## Referências

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. American Diabetes Association Medical management of pregnancy complicated by diabetes. In **Standards of Medical Care in Diabetes**, 2017, p. 114-119.

ANTONIAZZI, Adriane Scomazzon; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco; BANDEIRA, Denise Ruschel. O conceito de enfrentamento: uma revisão teórica. **Estudos Psicológicos**, Natal, v. 3, n. 2, p. 273-294, dez 1998. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X1998000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X1998000200006&lng=en&nrm=iso). Acesso em 02 out 2019.

ARSHAD, Rabia; KARIM, Nasim; HASAN, Jahan Aha. (2014). Efeitos da insulina nos resultados placentários, fetais e maternos no diabetes mellitus gestacional. **Revista do Paquistão de Ciências Médicas**, Paquistão, v. 30, n. 2, p. 240-244, março-abril 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3998986/>. Acesso em: 21 set. 2019.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5ª ed. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 jun. 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2019.

BUZZO, Maíra Costa; GRAÇATO, Tânia Mara dos Reis; CAVAGLIERI, Adriana Giunta; LEITE, Maria Salete Pereira. **Levantamento do perfil das gestantes de alto risco atendidas em uma maternidade de um hospital geral na cidade de Taubaté-SP**. Lorena, v. 4, n. 6, jul-dez 2017.

CRUZ, Simone Seixas; COSTA, Victoria Santana; SANTOS, Juliana Macedo da Mata; GOMES, Thiago Alexander Oliveira; BRANDÃO, Isabella Tainã Ribeiro; FONSECA, Carlos Henrique Araújo; VILABOAS, Saulo Wesley Silva Lessa; SILVA, Roberta Borges; FILHO, Isaac Suzart Gomes; SOUZA, Luise Maria; FIGUEIREDO, Ana Claudia Morais Godoy; BATISTA, Joscélia Tuy. Prematuridade ao nascer, hipertensão materna e outros fatores associados: um estudo de caso-controle na região do Vale do São Francisco. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 20, n. 4. p. 113-119, out-dez 2018. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/24605> Acesso em: 28 set. 2019.

DAVIES, G; WOLFE, Larry; MOTOLLA, Michelle; MACKINNON; Catherine. Joint SOGC/CSEP clinical practice guideline: exercise in pregnancy and the postpartum period. **Can J Appl Physiol**, Canadá, 2003, v. 28, p.329-41.

DEMARCHI, Rafael Fernandes et al. Percepção de gestantes e puérperas primíparas sobre maternidade. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 11, n. 7, p. 2663-2673, jun. 2017. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23438/19137>>. Acesso em: 09 out. 2019.

FERRARI, Andrea Gabriela; PICCININI, Cesar Augusto; LOPES, R.). O narcisismo no contexto da maternidade: algumas evidências empíricas. **Psico**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, p. 271-278, set-dez 2006. Disponível em <https://core.ac.uk/download/pdf/25531784.pdf>. Acesso em: 05 out. 2019.

FERREIRA, Aline Dias; MARTENDAL, Maria Luísa Nunes; SANTOS, Cecília Marly Spiazzi dos; BIROLO, Iona Vieira Bez; & LOPES, Rozilda. Participação do pai no nascimento: sentimentos revelados. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, vol. 3, n2, p. 16-36, 2014. Disponível em: <http://periodicos.unesc.net/Inovasauade/article/view/1662/1670>. Acesso em: 05 out. 2019.

FERREIRA, Bruno; MONTEIRO, Lígia; FERNANDES, Carla; CARDOSO, Jordana; VERÍSSIMO, Manuela; SANTOS, António. Percepção de Competência Parental: Exploração de domínio geral de competência e domínios específicos de auto-eficácia, numa amostra de pais e mães portuguesas. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 32, n. 2, p. 145-156, jun. 2014. Disponível em <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-82312014000200002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312014000200002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 03 out. 2019.

FLICK, Uwe. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOLKMAN, Susan; LAZARUS, Richard. An analysis of coping in a middle-aged community sample. **Journal of Health and Social Behavior**, Berkeley, EUA, v. 21, n. 3, p. 219-239, 1980. Disponível em <https://www.jstor.org/stable/2136617>. Acesso em: 30 set. 2019.

FOLKMAN, Susan; LAZARUS, Richard. If it changes must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. **Journal of Personality and Social Psychology**, EUA, v. 48, n. 1, p. 150-170, 1985.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2008.

HAAN, Norma. Proposed model of ego functioning: Coping and defense mechanisms in relationship to IQ change. **Psychological Monographs**, Washington DC, EUA, v. 77, n. 8, p. 1-23, 1963.

JUNIOR, Wanderley de Paula; ZANINI, Daniela Sacramento. Estratégias de coping de pacientes oncológicos em tratamento radioterápico. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Goiânia, v.27, n.4, p.491-497, out-dez 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v27n4/13.pdf> Acesso em: 01 out. 2019.

LANGARO, Fabíola; SANTOS, Andrea Hellena dos. Adesão ao Tratamento em Gestão de Alto Risco. **Psicologia, ciência e profissão**, Brasília, v. 34, n. 3, p. 625-642, setembro de 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932014000300625&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932014000300625&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 21 set. 2019.

LAZARUS, Richard. **Psychological stress and the coping process**. New York, EUA: McGraw-Hill, 1966.

MAIA, Eulália Maria Chaves; ALMONDES, Katie Moraes de. GRAVIDEZ: COMPREENDENDO SEUS ASPECTOS PSICOLÓGICOS. In: Eulália Maria Chaves Maia. (Org.). **Psicologia, saúde e desenvolvimento humano**. Natal: EDUFRN, 2012, p. 69-78.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Petrópolis: Vozes, 1981.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Apresentação. In GOMES, R. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Instituto Sírio Libânes, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência pré-natal: manual técnico**. Brasília, 2000.

MIRANDA, Alexandra; FERNANDES, Vera; MARQUES, Margarida; CASTRO, Luís; FERNANDES, Olívia; PEREIRA, Maria Lopes. Diabetes Gestacional: Avaliação dos desfechos maternos, fetais e neonatais. **Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo**, Braga, v. 12, n. 1, p. 36-44, 2017. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/50045/1/artigodm.pdf>. Acesso em: 21 set. 2019.

MITANCHEZ, Delphine; YZYDORCZYK, Catherine; SIMEONI, Umberto. De que complicações neonatais o pediatra deve estar ciente em caso de diabetes gestacional materno? **World journal of diabetes**, EUA, vol. 6, n. 5, p. 734–743, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4458502/>. Acesso em: 26 set. 2019.

MORRISON, Melinda; LOWE, Julia; COLLINS, Clara. Experiências de mulheres australianas vivendo com diabetes gestacional. **Women and Birth**, Austrália, v. 27, n. 1, p. 52-57, 2014.

NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION PROGRAM WORKING GROUP ON HIGH BLOOD PRESSURE IN PREGNANCY. Report of National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, EUA, v. 183, n. 1, p. 1-22, julho 2000. Disponível em: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(00\)40820-3/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(00)40820-3/fulltext). Acesso em: 26 set. 2019.

NOGUEIRA, João Rui Duarte Farias; FERREIRA, Manuela. O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebé. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, vol. 3, n.8, pp. 57-66, dez. 2012. Disponível em [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832012000300006](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000300006). Acesso em 03 out. 2019.

OLIVEIRA, Cristiane Alves de; LINS, Carla Pereira; SÁ, Renato Augusto Moreira; NETTO, Hermógenes Chaves; BORNIA, Rita Guerios; SILVA, Nancy Ribeiro da; JUNIOR, Joffre Amim. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 6, n. 1, p. 93-98, Mar. 2006. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292006000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000100011&lng=en&nrm=iso). Acesso em 27 set. 2019.

PISONI, Camila; GAROFOLI, FRANCESCA; TZIALLA; CHRYSOULA; ORCESI, SIMONA; SPINILLO, ARSENIO; POLITI, PIERLUIGI; BALOTTIN, UMBERTO; MANZONI, PAOLO; STRONATI, MAURO. Fatores de risco de proteção no desenvolvimento do apego materno-fetal. In: 5 CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE NEONATOLOGIA CLÍNICA, 2014, Torino, Itália. **Anais [...]** Torino: Early Human Development, 2014, v. 90, p. 45 – 46.

SAVIANI-ZEOTI, Fernanda; PETEAN, Eucia Beatriz Lopes. Apego materno-fetal, ansiedade e depressão em gestantes com gravidez normal e de risco: estudo comparativo. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 32, n. 4, p. 675-683, dez. 2015. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2015000400675&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2015000400675&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 set. 2019.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; TROCCOLI, Bartholomeu; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, vol.17, n.3, p.225-234, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v17n3/8812.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. Clannad Ed. Científica, São Paulo, 2017-2018. Disponível em <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>. Acesso em: 23 set. 2019.

SOUZA, Nilba Lima de; ARAUJO, Ana Cristina Pinheiro Fernandes de; COSTA, Iris do Ceu Clara. Representações sociais de puérperas sobre as síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 726-733, junho 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692013000300726&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000300726&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 set. 2019.

SULS, Jerry; DAVID, James; HARVEY, John Herbert. Personality and Coping: Three Generations of Research. **Journal of Personality**, Iowa, EUA, v. 64, n. 4, p 711-735, 1996.

TAVARES, Maria da Glória Rodrigues et al. Profile of Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus at Increased Risk for Large for Gestational Age Newborns. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 5, p. 298-305, 2019. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032019000500298&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032019000500298&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 Set. 2019.

TEDESCO, J. Aspectos emocionais da gravidez de alto risco. In: ZUBAIG, M.; TEDESCO, J.; QUAYLE, J. (Orgs). **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Editora Atheneu, 1997, pp. 99-108.

VAILLANT, George. Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. **Journal of Abnormal Psychology**, Massachusetts, EUA, v.103, n. 1, p. 44-50, 1994.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Recomendações da OMS para a Prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia e da eclâmpsia**, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Health Organization Recommendations for Prevention and Treatment of Pre-Eclampsia and Eclampsia.** Geneva, Suíça, 2011.

World Health Organization. **Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors.** Geneva: World Health Organization; 2017



**APÊNDICE A**  
**ROTEIRO PARA ENTREVISTA**

**Entrevistada:**

**Data da entrevista:**

**Dados da entrevistada**

Nome da entrevistada: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Data nascimento: \_\_\_\_\_ Escolaridade (ano concluído): \_\_\_\_\_

Ocupação? ( ) sim ( ) não ( ) desempregada. Desde quando? \_\_\_\_\_

O que fazes (ias)? \_\_\_\_\_ Quantas horas por semana? \_\_\_\_

Estado civil: ( ) casado(a) ( ) separado(a) ( ) solteiro(a) ( ) viúvo(a) ( ) concubinato

Crença religiosa: \_\_\_\_\_ Praticante? ( ) sim ( ) não ( ) às vezes

Com quem reside? \_\_\_\_\_

**Dados da internação**

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Data da internação: \_\_\_\_\_ Tempo de internação: \_\_\_\_\_

- O que você sabe sobre o seu diagnóstico e a necessidade de permanecer internada?
- Como você considera que seu parceiro (a) tem lidado com o diagnóstico?
- Quem você considera sua principal rede de apoio, durante o período de internação?

- Quais estratégias você tem utilizado para lidar com este momento da internação?
- Como você percebe sua adesão ao tratamento proposto pela equipe?

## ANEXO A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do projeto GPPG ou CAAE 29662420.5.0000.5327

**Título do Projeto: Estratégias de enfrentamento e adesão ao tratamento de gestantes com diagnóstico de síndrome hipertensiva gestacional ou diabetes mellitus gestacional**

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa, vinculada ao Serviço de Psicologia, cujo objetivo é identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas pela gestante que recebe um diagnóstico de gestação de alto risco relacionado a Síndrome Hipertensiva Gestacional ou Diabetes Mellitus Gestacional e como estas estratégias interferem no processo de adesão ao tratamento e adaptação à internação hospitalar.

Se você concordar com a participação na pesquisa, os procedimentos envolvidos são os seguintes: responder uma breve entrevista sobre as suas estratégias de enfrentamento diante do diagnóstico gestacional recebido, bem como adesão ao tratamento e adaptação à internação hospitalar. Esta entrevista será gravada em áudio (voz) e depois transcrita pelo entrevistador. O tempo estimado de duração é de 45 minutos. A entrevista será realizada na sala localizada na Unidade de Internação Obstétrica, no 11º andar do HCPA, onde haverá apenas você e o pesquisador. Também poderá haver consulta ao seu prontuário para verificar algumas informações clínicas relacionadas à diagnóstico e tempo de internação.

Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa, porém poderá haver algum desconforto emocional ao falar de questões pessoais e relacionadas ao seu diagnóstico e internação. Caso você se sinta desconfortável você poderá interromper a entrevista a qualquer momento, e a pesquisadora, que é habilitada poderá lhe dar suporte, se necessário.

A participação na pesquisa não trará benefícios diretos aos participantes, porém, contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado, e poderá beneficiar futuros pacientes.

A participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não autorizar a participação, ou ainda, retirar a autorização após a assinatura desse Termo, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que o participante da pesquisa recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação na pesquisa e não haverá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante da pesquisa, a participante receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, os nomes não aparecerão na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Cláudia Simone Silveira dos Santos ou com a pesquisadora Nina Aguilar Soares, pelo telefone (51)33598507 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2229, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e seu responsável e outra para os pesquisadores.

---

Nome do participante da pesquisa

---

Assinatura

---

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

---

Assinatura

Local e Data: \_\_\_\_\_