

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

**MARIANA ALEXANDRE DE LIMA
THIAGO CUNHA PIRES DE MORAES**

**SENTIMENTOS E VIVÊNCIAS DAS GESTANTES QUANTO A UMA GESTAÇÃO
DE ALTO RISCO E OS CUIDADOS NO PRÉ-NATAL**

ALFENAS/MG

2025

**MARIANA ALEXANDRE DE LIMA
THIAGO CUNHA PIRES DE MORAES**

**SENTIMENTOS E VIVÊNCIAS DAS GESTANTES QUANTO A UMA GESTAÇÃO
DE ALTO RISCO E OS CUIDADOS NO PRÉ-NATAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, pela Universidade Federal de Alfenas.
Orientadora: Profa. Dra. Adriana Olimpia Barbosa Felipe
Coorientadora: Profa. Dra. Maria Betânia Tinti de Andrade
Colaboradora: Mestranda Thais Martins

ALFENAS/MG

2025

Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca Central

Lima , Mariana Alexandre de.

Sentimentos e vivências das gestantes quanto a uma gestação de alto risco e os cuidados no pré-natal / Mariana Alexandre de Lima , Thiago Cunha Pires de Moraes. - Alfenas, MG, 2025.

101 f. -

Orientador(a): Adriana Olimpia Barbosa Felipe.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) -
Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2025.

Bibliografia.

1. Gravidez. 2. Gravidez de Alto Risco. 3. Cuidado Pré-natal. 4.
Sentimentos vivenciados.. I. Moraes, Thiago Cunha Pires de. II. Felipe,
Adriana Olimpia Barbosa , orient. III. Título.

Ficha gerada automaticamente com dados fornecidos pelo autor.

**MARIANA ALEXANDRE DE LIMA
THIAGO CUNHA PIRES DE MORAES**

**SENTIMENTOS E VIVÊNCIAS DAS GESTANTES QUANTO A UMA GESTAÇÃO
DE ALTO RISCO E OS CUIDADOS NO PRÉ-NATAL**

A Presidente da banca examinadora abaixo assina a aprovação do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas.

Aprovado em: 07 de novembro de 2025.

Profa. Dra. Adriana Olimpia Barbosa Felipe
Universidade Federal de Alfenas

Assinatura:

Profa. Dra. Andreia Cristina Barbosa Costa
Universidade Federal de Alfenas

Assinatura:

Prof. Dr. Dênis da Silva Moreira
Universidade Federal de Alfenas

Assinatura:

ALFENAS/MG

2025

Eu, Mariana, dedico este trabalho primeiramente à Deus, pela força e pela oportunidade de concluir mais esta etapa da minha vida. Aos meus pais, Berenice e Marco Aurélio, pelo amor incondicional, apoio e ensinamentos que sempre me motivaram a seguir em frente. Ao meu namorado, Eduardo Zifirino, pelo carinho, paciência e incentivo em todos os momentos dessa jornada. Aos profissionais que tive o privilégio de conhecer, conviver e aprender durante o meu estágio acadêmico, que me mostraram que estou exatamente onde eu queria estar. E a todos que, de alguma forma, me deram forças para nunca desistir dos meus objetivos.

Eu, Thiago, dedico este trabalho, primeiramente, a Deus, fonte de sabedoria, força e fé, que me sustentou nos momentos de incerteza e iluminou meu caminho diante das dificuldades. À minha mãe, Cirlene Madalena, por seu amor incondicional e dedicação, que foram o alicerce da minha trajetória. Ao meu pai, Ivanil Pires, pela confiança e incentivo constantes, e aos meus irmãos, Johnatan e Sthefany, por tornarem os dias mais leves com seu carinho e apoio. Ao meu namorado, João Victor, pela paciência, compreensão e companheirismo ao longo dessa jornada acadêmica, sendo meu porto seguro nos momentos de desafio. Agradeço também aos amigos Eluy, Danilo, Paulo, Marina e Mariana, cuja amizade transformou o percurso em algo mais leve e significativo. Dedico, enfim, este trabalho a todos que, de alguma forma, contribuíram para que este sonho se tornasse realidade, deixando minha sincera gratidão a cada um.

AGRADECIMENTOS

Eu, Mariana, agradeço à orientadora, Profa. Dra. Adriana Olimpia Barbosa Felipe, pela dedicação, paciência, orientação criteriosa e pelos valiosos ensinamentos compartilhados ao longo deste trabalho. À coorientadora, Profa. Dra. Maria Betânia Tinti de Andrade, pelo apoio, incentivo e pelas contribuições que enriqueceram esta pesquisa. À colaboradora Thaís Martins, pela disponibilidade, ajuda constante e companheirismo durante o desenvolvimento deste estudo. Aos meus familiares e amigos, pelo apoio, compreensão e palavras de encorajamento em todos os momentos desta jornada.

Eu, Thiago, agradeço a todos os professores que, com paciência, dedicação e sabedoria, foram fundamentais para minha formação acadêmica e profissional. À minha orientadora, professora Adriana Olimpia, registro profunda gratidão pela confiança, orientação e apoio constantes, que serviram de inspiração em cada etapa deste processo. Agradeço também à minha coorientadora, professora Maria Betânia, pela paciência, disponibilidade e contribuições valiosas que enriqueceram este estudo, e à mestranda Thais, pelo incentivo e auxílio que tornaram esta jornada mais leve e produtiva.

RESUMO

A gravidez é um período marcado por intensas transformações fisiológicas e emocionais que prepara o corpo para a gestação e influenciam seu bem-estar. A presença de múltiplos fatores de risco pode aumentar a probabilidade de complicações, o que torna essencial uma classificação adequada do risco gestacional. Essa prática permite um acompanhamento direcionado e eficaz, ao garantir cuidados específicos e continuidade da assistência por meio do cuidado compartilhado entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Este estudo, teve como objetivo compreender os sentimentos e vivências das gestantes quanto a uma gestação de alto risco e os cuidados ofertados durante o pré-natal. Trata-se de um estudo de caráter exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer número 7.212.747, e conduzida com 18 gestantes que realizavam acompanhamento de alto risco em um município no sul do estado de Minas Gerais. A coleta de dados ocorreu entre julho e outubro de 2025, utilizando-se entrevistas individuais como estratégia. Após análise dos dados, as falas dos participantes convergiram e foram organizadas em quatro categorias: “Vivenciar o inesperado: o não desejo gestacional”; “Vivências iniciais diante do diagnóstico de alto risco: o peso emocional da descoberta”; “Desafio de vivenciar uma gestação de alto risco”; e “Experimentando o des(cuidado)”. Conclui-se que a gestação de alto risco é permeada por intenso sofrimento emocional, manifestado por episódios de choro e por sentimentos de medo, preocupação, ansiedade, incerteza, insegurança e culpa diante do diagnóstico. Essas emoções estão frequentemente associadas à apreensão quanto à segurança do feto e às experiências negativas de perdas gestacionais anteriores, que reativam sentimentos de fragilidade e vulnerabilidade. As falas das gestantes revelam desafios cotidianos vivenciados durante a gestação de alto risco: medições de glicemia, mudanças alimentares, uso contínuo de medicamentos, realização de exames, mal-estar e internações hospitalares, que se tornam experiências desgastantes, porém necessárias para a saúde materna e fetal. O cuidado pautado no acolhimento, na empatia e na comunicação eficaz mostrou-se essencial para promover segurança, confiança e bem-estar, sendo que algumas gestantes destacaram a melhor qualidade do cuidado prestado pelos profissionais no Sistema Único de Saúde. Entretanto, o estudo também evidenciou fragilidades na atenção oferecida, como falhas na comunicação, atrasos nos encaminhamentos e ausência de acolhimento adequado. Tais evidências reforçam a importância de um cuidado pré-natal mais integral, ético e humanizado, sustentado pelo fortalecimento da rede de atenção e pela qualificação contínua das equipes de saúde, com ênfase no protagonismo do enfermeiro na coordenação da assistência.

Palavras-chave: gravidez; gravidez de alto risco; cuidado pré-natal; sentimentos vivenciados.

ABSTRACT

Pregnancy is a period marked by intense physiological and emotional transformations that prepare a woman's body for gestation and influence her well-being. The presence of multiple risk factors can increase the likelihood of complications, making proper gestational risk assessment essential. This practice allows for targeted and effective monitoring, ensuring specific care and continuity of assistance through shared care across different levels of healthcare. This study aimed to understand the feelings and experiences of pregnant women regarding a high-risk pregnancy and the care offered during prenatal care. It is an exploratory, descriptive study with a qualitative approach. The research was approved by the Research Ethics Committee, under opinion number 7.212.747, and conducted with 18 pregnant women undergoing high-risk pregnancies in a municipality in the south of the state of Minas Gerais. Data collection took place between July and October 2025, using individual interviews as the strategy. After analyzing the data, the participants' statements converged and were organized into four categories: "Experiencing the unexpected: the undesired pregnancy"; "Initial experiences facing a high-risk diagnosis: the emotional weight of the discovery"; "The challenge of experiencing a high-risk pregnancy"; and "Experiencing (neglect)". It is concluded that high-risk pregnancy is permeated by intense emotional suffering, manifested by episodes of crying and feelings of fear, worry, anxiety, uncertainty, insecurity, and guilt in the face of the diagnosis. These emotions are frequently associated with apprehension about the safety of the fetus and negative experiences of previous pregnancy losses, which reactivate feelings of fragility and vulnerability. The accounts of pregnant women reveal daily challenges experienced during high-risk pregnancies: blood glucose monitoring, dietary changes, continuous medication use, examinations, discomfort, and hospitalizations, which become exhausting but necessary experiences for maternal and fetal health. Care based on acceptance, empathy, and effective communication proved essential to promote safety, confidence, and well-being, with some pregnant women highlighting the better quality of care provided by professionals in the Unified Health System. However, the study also revealed weaknesses in the care offered, such as communication failures, delays in referrals, and lack of adequate support. This evidence reinforces the importance of more comprehensive, ethical, and humanized prenatal care, supported by strengthening the care network and the continuous qualification of health teams, with an emphasis on the leading role of nurses in coordinating care.

Keywords: pregnancy; high-risk pregnancy; prenatal care; experienced feelings.

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIUR	Crescimento Intrauterino Restrito
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
ESF	Estratégia Saúde da Família
GBS	Estreptococo do Grupo B
IMC	Índice de Massa Corporal
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SM	Saúde Mental
SUS	Sistema Único de Saúde
UNIFAL-MG	Universidade Federal de Alfenas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 OBJETIVO.....	15
4 METODOLOGIA.....	16
4.1 DESENHO DE ESTUDO.....	16
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	16
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	17
4.4 PERÍODO DE INVESTIGAÇÃO.....	17
4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	17
4.5.1 Recrutamento.....	17
4.5.2 Coleta de dados.....	18
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	18
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	19
4.7.1 Benefícios e Riscos.....	19
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	21
5.1 VIVENCIAR O INESPERADO: O NÃO DESEJO GESTACIONAL.....	23
5.2 VIVÊNCIAS INICIAIS DIANTE DO DIAGNÓSTICO DE ALTO RISCO: O PESO EMOCIONAL DA DESCOBERTA.....	25
5.3 DESAFIO DE VIVENCIAR UMA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO.....	36
5.4 EXPERIENCIANDO O DES(CUIDADO).....	41
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
REFERÊNCIAS.....	54
ANEXOS.....	68
APÊNDICES.....	78

1 INTRODUÇÃO

A gravidez é um período marcado por diversas modificações no organismo materno, decorrentes da interação entre diferentes hormônios que preparam o corpo para a gestação. Essas alterações, tanto fisiológicas quanto emocionais, afetam o corpo e a mente da gestante e influenciam sua forma de se relacionar com o mundo. Nesse contexto, é fundamental que a mulher receba acompanhamento adequado, tanto da família quanto dos profissionais de saúde, uma vez que a gestação é considerada um período de crise que demanda uma resposta adaptativa por parte de todos os envolvidos (Alves; Bezerra, 2020).

Embora o nascimento de um filho seja, em geral, considerado um momento de alegria e realização, ele também pode provocar mudanças significativas na vida dos pais, especialmente da mãe, o que pode aumentar a probabilidade de surgimento de problemas psicológicos (Brasiliense *et al.*, 2022).

Estudos recentes sugerem que a resistência em aceitar a gravidez está ligada ao crescimento de sintomas de depressão, ansiedade e sofrimento psicossomático. Essa ligação é particularmente clara no primeiro trimestre, quando as manifestações físicas e emocionais tendem a ser mais intensas (McNamara *et al.*, 2022; Mochizuki; Mochizuki, 2025). Nesse período, o apoio psicológico é essencial para identificar e minimizar os fatores de risco que podem comprometer a saúde física e emocional tanto da gestante quanto do feto, principalmente em casos de gravidez de alto risco (McNamara *et al.*, 2022).

Evidencia-se que, embora a gestação seja um processo fisiológico, algumas mulheres podem apresentar agravos que a tornam uma gestação de risco, o que coloca em vulnerabilidade tanto a mãe quanto o feto (Azevedo; Hirdes; Vivian, 2020; Alves *et al.*, 2021).

É importante ressaltar que a presença simultânea de múltiplos fatores de risco durante a gestação pode ter um efeito cumulativo, o que intensifica a probabilidade de complicações e torna o acompanhamento da gravidez ainda mais desafiador e complexo (Zhang *et al.*, 2025). Dessa forma, o risco gestacional é estratificado de acordo com o grau de necessidade individual de cada gestante, com o objetivo de identificar aquelas que apresentam maior probabilidade de desenvolver complicações ao longo da gestação, no parto ou no período pós-parto (Brasil, 2022).

As classificações de risco gestacional incluem o baixo risco, que se refere a gestantes

com saúde normal e sem histórico de complicações; o risco médio ou intermediário, para aquelas com fatores de risco controláveis por cuidados pré-natais adequados; e o alto risco, caracterizado por condições médicas pré-existentes ou adquiridas durante a gravidez que apresentam riscos significativos à saúde da mãe ou do feto, o que exige monitoramento constante e possível intervenção imediata. A gestação de alto risco indica maior probabilidade de comprometimento da vida ou da saúde materna e fetal, decorrente de doenças prévias, intercorrências na gravidez atual, histórico reprodutivo desfavorável, além de fatores sociodemográficos e de estilo de vida (Brasil, 2022).

Algumas condições clínicas pré-existentes à gestação estão associadas ao aumento do risco gestacional, como obesidade e índice de massa corporal (IMC) elevado (Mirabelli *et al.*, 2023), hipertensão arterial crônica (Ferreira *et al.*, 2023), diabetes mellitus gestacional (DMG), histórico de cirurgia bariátrica, transtornos mentais, antecedentes de tromboembolismo, cardiopatias maternas, doenças hematológicas, nefropatias, neuropatias, hepatopatias, doenças autoimunes, ginecopatias, diagnóstico prévio de câncer e histórico de transplantes (Brasil, 2022). Outros fatores incluem desnutrição, infecções urinárias recorrentes, infecções sexualmente transmissíveis, disfunções da tireoide, número de gestações e tipo de parto, idade materna e histórico obstétrico desfavorável (Rolim *et al.*, 2020).

Diante disso, a mortalidade materna também se destaca e relaciona-se a estes e diversos outros fatores. Entre eles: a realização de menos de quatro consultas pré-natais, a inadequação do acompanhamento gestacional, o tipo de parto, especialmente o cesáreo (Figueiredo *et al.*, 2024). Adiciona-se aspectos socioeconômicos e individuais, como renda familiar, idade, etnia, acesso aos serviços de saúde, início do trabalho de parto, uso de álcool e tabaco, índice de massa corporal (IMC), prática de atividades físicas (Magalhães *et al.*, 2021), baixa escolaridade (Lago *et al.*, 2025) e o uso de métodos contraceptivos (Houvèssou *et al.*, 2023).

No Brasil, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) foi implementado pelo Ministério da Saúde em 2000 e incluiu em suas diretrizes a atenção ao pré-natal de alto risco. Desde então, passou a ser preconizada a classificação do acompanhamento pré-natal em duas categorias: pré-natal de baixo risco e pré-natal de alto risco, com o objetivo de garantir uma assistência mais adequada às necessidades específicas de cada gestante (Brasil, 2002).

Neste ínterim, a classificação do risco gestacional possibilita um acompanhamento mais qualificado, o que garante que a gestante receba os cuidados necessários para minimizar possíveis complicações (Brasil, 2022). Vale ressaltar que ainda persistem lacunas e fragilidades no cuidado prestado à gestante de alto risco, como a comunicação insuficiente entre os diferentes níveis de atenção, a descontinuidade nos fluxos de referência e contrarreferência, além da ausência de protocolos de enfermagem padronizados (Medeiros *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2024).

Evidencia-se então, que o acompanhamento da gestante de alto risco realizado exclusivamente por profissionais médicos pode ser insuficiente diante da complexidade que envolve esse processo. A ausência da atuação do enfermeiro nesse contexto pode enfraquecer a construção do vínculo com a gestante, o que compromete diretamente a qualidade da assistência prestada tanto no pré-natal quanto no puerpério (Sanine *et al.*, 2021).

Além dos fatores de risco já mencionados, durante a gestação e ou puerpério podem ocorrer alterações na saúde mental (SM), como depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, psicose pós-parto, transtorno do pânico e fobias (Brasiliense *et al.*, 2021). Essas alterações podem ser potencializadas mediante uma gestação de alto risco, na qual muitas mulheres se sentem responsáveis, inseguras, com medo e ansiosas (Ferreira *et al.*, 2019; Azevedo; Hirdes; Vivian, 2020). Estudos apontam que as gestantes de alto risco apresentam sintomas depressivos e de ansiedade (Soares; Vivian; Sonner, 2022; Carvalho *et al.*, 2021).

É importante considerar que gestantes de alto risco frequentemente relatam sentimentos de fragilidade, baixa autoestima, insegurança e medo quanto à própria saúde e ao feto/recém nascido, o que evidencia que essa condição impacta não apenas o físico, mas também o aspecto emocional. Tais sentimentos podem dificultar a adesão ao cuidado, o que reforça a importância de reservar, durante o pré-natal, um espaço para que a mulher expresse suas angústias e receba informações claras e seguras, o que pode contribuir para a redução da ansiedade e o fortalecimento da confiança no acompanhamento (Nunes *et al.*, 2024).

Neste contexto, destaca-se a importância de implementar o cuidado compartilhado da gestante de alto risco em todos os níveis de atenção, ao assegurar que os processos de trabalho estejam bem organizados e que os profissionais de saúde se comprometam com a continuidade da assistência (Rodrigues *et al.*, 2022).

Além disso, é fundamental que os profissionais de saúde reconheçam as várias

emoções durante o período perinatal (Brasiliense *et al.*, 2021). A avaliação da SM durante o ciclo gravídico-puerperal tem que ser conduzida, assim como a avaliação do corpo físico, com vista a implementar estratégias que contribuam com a redução da ansiedade e do estresse e promovam o bem-estar durante esse período (Steen; Francisco, 2019). É necessário que os profissionais de saúde baseiam a assistência com evidências científicas atualizadas (Tintori *et al.*, 2022).

Assim, almeja-se que o cuidado à gestante de alto risco extrapole o modelo biomédico e seja pautado na corresponsabilização de todos os profissionais da APS, o que garante a coordenação do cuidado entre os diferentes serviços e a abordagem integrada das necessidades das mulheres (Sanine *et al.*, 2021). O cuidado integral e contínuo deve ser o princípio norteador na atenção às gestantes de alto risco, ao reconhecê-las como seres singulares ao abranger toda a complexidade do processo gestacional (Rodrigues *et al.*, 2022), uma vez que, mesmo ao ser encaminhada para a atenção especializada, o cuidado dessas gestantes precisa estar vinculado à APS, que podem acolher suas demandas e a construção de vínculos (Sanine *et al.*, 2021).

Salienta-se a necessidade dos profissionais de saúde em conduzir um cuidado interdisciplinar, individualizado, integral e contínuo à gestante de alto risco, (Ferreira *et al.*, 2019; Rodrigues *et al.*, 2022). Dessa maneira, o enfermeiro pode desempenhar um papel essencial no cuidado às gestantes de alto risco, baseado na consulta de enfermagem e nas evidências científicas (Errico *et al.*, 2018). Evidencia-se que a escuta, o diálogo e a confiança são pilares do cuidado do enfermeiro, o que contribui para garantir o bem-estar da gestante de alto risco, além de auxiliar a vivenciar esse processo com maior tranquilidade e confiança (Ferreira *et al.*, 2019).

Diante desse contexto, é considerável referenciar a experiência durante as atividades práticas da disciplina de Saúde da Mulher, em que se conduziu o cuidado à gestante de alto risco, em que surgiram algumas indagações: Qual(is) o(s) sentimento(s) vivenciados pela gestante com o diagnóstico de gravidez de alto risco? Como a mulher vivencia a gravidez de alto risco? Os cuidados e orientações ofertados pelos profissionais de saúde à gestante são ideais para a gestante com gravidez de alto risco?

2 JUSTIFICATIVA

A escolha do tema aborda o cuidado de enfermagem na atenção pré-natal de alto risco, ao valorizar a individualidade da gestante e de sua família, e promover um atendimento mais humanizado e centrado na pessoa. Esse cuidado personalizado, abrangente, contínuo, atento, sistemático e integrado, fundamentado em protocolos claros e evidências científicas, é essencial para garantir uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e melhorar os desfechos para as gestantes. Investir em ações de saúde e enfermagem de alta qualidade na atenção pré-natal pode beneficiar significativamente tanto as gestantes quanto a sociedade como um todo, ao promover um desenvolvimento mais saudável e sustentável a longo prazo (Amorim *et al.*, 2022).

Gadelha *et al.* (2020) destacam que uma abordagem holística, integral e de qualidade no cuidado pré-natal pode influenciar diretamente os resultados maternos e neonatais. Dessa forma, compreender as percepções e experiências das gestantes torna-se essencial para aprimorar a prática clínica e garantir que os serviços de saúde atendam adequadamente às suas necessidades específicas. Esse contexto justifica a condução do presente estudo, uma vez que seus resultados permitem identificar estratégias que contribuem para aumentar a adesão e melhorar a experiência das gestantes na assistência ao pré-natal de alto risco.

Portanto, este estudo pode contribuir para o desenvolvimento do cuidado centrado na gestante e fundamentado em evidências científicas, além de auxiliar na qualificação da formação acadêmica, ao formar profissionais mais críticos. Ademais, pode servir como base para novos estudos, ao fornecer conceitos que orientem melhorias nos serviços de saúde, elevem a qualidade do atendimento e, conseqüentemente, promovam resultados satisfatórios no contexto materno e neonatal.

3 OBJETIVO

Compreender os sentimentos e vivências das gestantes quanto a uma gestação de alto risco e os cuidados ofertados durante o pré-natal.

4 MÉTODO

4.1 DESENHO DE ESTUDO

Devido à especificidade do objetivo da pesquisa, foi adotada uma abordagem metodológica qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. Além disso, utilizou-se a ferramenta de apoio e os critérios estabelecidos pelo *Reporting Qualitative Research* (COREQ) (Tong, Sainsbury; Craig, 2007), conforme a tradução do instrumento de Souza *et al.* (2021) (Anexo A).

Ressalta-se que a pesquisa qualitativa de caráter descritivo é um tipo de investigação que busca compreender fenômenos sociais, culturais e educacionais por meio de dados subjetivos, como observações, relatos de vida, entrevistas, entre outros. O estudo visa obter uma compreensão abrangente e detalhada do tema estudado e contribuir para ampliar a compreensão da abordagem qualitativa, pois é um conceito amplo que pode ser interpretado de diferentes formas, a depender do contexto e dos autores que o utilizam (Losch; Rambo; Ferreira, 2023).

Complementa-se que a adaptabilidade e a flexibilidade são características essenciais da pesquisa qualitativa, assim como seu compromisso em captar a diversidade das experiências e perspectivas humanas. Essa abordagem assegura que as descobertas produzidas reflitam *insights* fundamentados no contexto e sustentados por evidências empíricas. Dessa forma, a pesquisa qualitativa destaca-se como uma metodologia que integra harmoniosamente o subjetivo e o empírico, ao oferecer uma perspectiva abrangente para a compreensão das complexidades do mundo social (Lim, 2024).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi conduzida em um Centro de Especialidades Médicas, em Unidades de Saúde, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), e em ambulatórios de um município do Sul de Minas Gerais, que atendem gestantes de alto risco. Essas unidades desempenham papel fundamental no monitoramento e manejo das gravidezes de alto risco, o que proporcionou um ambiente adequado para a condução do estudo.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo 18 gestantes que realizavam acompanhamento nas unidades de saúde. Foram incluídas na pesquisa aquelas que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: estar em acompanhamento nas unidades de saúde mencionadas, ter classificação de gestação de alto risco, independentemente da idade gestacional, e ter 18 anos ou mais.

4.4 PERÍODO DE INVESTIGAÇÃO

A coleta de dados foi realizada no período de julho a outubro de 2025, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG) e mediante autorização do Centro de Especialidades Médicas e da Secretaria de Saúde do município localizado no sul de Minas Gerais.

4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

4.5.1 Recrutamento

O recrutamento das participantes foi realizado nas salas de espera das unidades de saúde: ESF Aparecida, ESF Jardim São Carlos I e ESF Vila Promessa e no Centro de Especialidades Médicas. Após a aprovação do CEP da UNIFAL-MG, foi realizado contato com os enfermeiros responsáveis por essas unidades, com o objetivo de apresentar o objetivo do estudo.

As gestantes que realizavam acompanhamento de alto risco foram convidadas individualmente a participar da pesquisa. Nesse momento, foram apresentados o objetivo do estudo, os possíveis riscos e benefícios, com ênfase na confidencialidade das informações e na voluntariedade da participação. As mulheres que concordaram em integrar o estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.5.2 Coleta de dados

As entrevistas foram realizadas individualmente com as gestantes que concordaram em participar do estudo nas unidades de saúde anteriormente mencionadas. Para sua condução, foi identificado um ambiente tranquilo e reservado em cada unidade, de modo a garantir privacidade e conforto às participantes.

A coleta de dados foi conduzida por pesquisadores treinados, que seguiram um protocolo padronizado com o objetivo de assegurar a uniformidade e a qualidade das informações obtidas. Utilizou-se uma entrevista semiestruturada para a caracterização sociodemográfica das participantes (Apêndice B), além das seguintes questões norteadoras: “Como você se sentiu com o diagnóstico de gravidez de alto risco?”, “Como você está lidando e vivenciando a gravidez de alto risco?” e “Como você descreveria sua jornada de experiência de cuidados pré-natais em uma gravidez de alto risco?” (Apêndice C).

As entrevistas tiveram duração média de 10 minutos. Todas foram gravadas, com autorização prévia das participantes e com a utilização de dois aparelhos do tipo smartphone, da marca Apple, de uso pessoal dos pesquisadores, com o objetivo de garantir fidelidade na transcrição das respostas e assegurar uma documentação precisa.

A gravação das entrevistas possibilitou captar nuances das falas que poderiam ser perdidas caso o registro fosse feito apenas por anotações no diário de campo, o que contribuiu significativamente para o aprofundamento na interpretação dos dados. As gravações foram transcritas com o auxílio do aplicativo Soundtype AI e complementadas pelas anotações do diário de campo, totalizando 17 páginas de transcrição (Apêndice D).

Após a transcrição, os arquivos de áudio foram devidamente eliminados, a fim de preservar a confidencialidade das participantes e das informações fornecidas. As normas ortográficas da língua portuguesa foram respeitadas, e eventuais correções ortográficas foram realizadas conforme a necessidade.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada em três fases, com a utilização do método de análise de conteúdo de Bardin (2016). A pré-análise foi a primeira etapa, que incluiu uma leitura

preliminar e organização do material. A codificação, a classificação e a categorização do conteúdo ocorreram na segunda etapa, chamada de exploração do material. Na terceira etapa, os resultados foram abordados por meio da indução de informações relacionadas ao assunto e da interpretação, que empregou o referencial teórico para determinar o significado e o significado dos dados.

Estabeleceu-se categorização para o agrupamento dos dados e realização da análise das informações coletadas. As gestantes participantes da pesquisa receberam codinomes, com o intuito de manter o anonimato. Os codinomes foram compostos por duas partes, que os diferenciam por participantes e por ordem de entrevista. A primeira letra, a inicial G, refere-se à participante, e, em seguida, o algarismo arábico em caráter crescente corresponde à ordem das entrevistas, o que deu origem ao codinome “G1”, “G2”.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi desenvolvido em conformidade com a Resolução nº 466/2012, que regula a pesquisa com seres humanos (Brasil, 2013). O projeto de pesquisa foi submetido ao CEP da UNIFAL-MG, e foi aprovado mediante o parecer nº 7.212.747 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 84332024.0.0000.5142 (Anexo B).

4.7.1 Benefícios e Riscos

Os benefícios referiram-se a subsidiar as políticas públicas já existentes, bem como oferecer um referencial teórico que contribuísse para a atuação dos profissionais de saúde no cuidado às gestantes de alto risco, o que pode minimizar os problemas vivenciados durante esse período.

Em relação aos riscos potenciais, houve a possibilidade de surgirem desconfortos e/ou constrangimentos emocionais moderados ao responder às perguntas da pesquisa, especialmente ao relembrar circunstâncias vivenciadas durante a gestação. Como medida de minimização, os pesquisadores estabeleceram um ambiente calmo e respeitoso e utilizaram uma abordagem pautada na empatia e na escuta sensível. As perguntas foram formuladas com o único propósito de obter informações relevantes para a pesquisa. Foi informado às

participantes que o sigilo e o anonimato seriam preservados, e que as informações coletadas seriam utilizadas exclusivamente para fins científicos. Caso alguma participante apresentasse desconforto ou constrangimento, seria orientada a interromper sua participação no estudo, sem qualquer prejuízo.

Após o processo de download e transcrição das entrevistas em um dispositivo de uso restrito, os arquivos de áudio foram excluídos, o que garante a proteção e confidencialidade das participantes.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As participantes deste estudo foram 18 gestantes, com idades que variam entre 23 e 35 anos. Em relação à ocupação, observou-se que a maior parte das participantes se declarou dona de casa (27,8%), seguida por mulheres autônomas e desempregadas (16,7% cada). Profissões como vendedora, balconista, compradora, estudante, operadora de caixa, farmacêutica e biomédica apareceram em menor proporção (5,6% cada), o que evidencia a diversidade ocupacional do grupo, embora com uma predominância de mulheres fora do mercado de trabalho formal.

Quanto à renda familiar, a maior parte das gestantes (38,9%) declarou receber até R\$1.500, o que indica uma condição socioeconômica de vulnerabilidade. Cerca de 27,8% relataram renda entre R\$3.000 e R\$3.500, 22,2% possuíam renda entre R\$4.000 e apenas 11,1% declararam receber acima de R\$5.000. Em relação ao nível de escolaridade, observou-se que a maioria das participantes possuía ensino superior incompleto (33,3%) ou ensino médio completo (27,8%). Um número menor concluiu o ensino superior (16,7%), 16,7% não concluíram o ensino médio e apenas 5,6% não completaram o ensino fundamental.

Nesse contexto, a literatura indica que mulheres em situação socioeconômica desfavorável enfrentam mais obstáculos para acessar e utilizar os serviços de pré-natal. Isso eleva o risco de complicações durante a gravidez e constitui um desafio significativo para a saúde pública. A limitação de recursos financeiros e o baixo nível de escolaridade entre as mulheres estão entre os principais fatores que dificultam o acesso adequado aos serviços de saúde, o que contribui para os elevados índices de mortalidade materna e perinatal (Esther *et al.*, 2024).

O estado civil também foi analisado e revelou que a maioria das gestantes era solteira (66,7%), enquanto 33,3% estavam casadas. Neste contexto, destaca-se que contar com uma rede de apoio, inclusive de seu parceiro, exerce um papel essencial na redução do estresse, no fortalecimento da autoestima e na promoção da qualidade de vida, o que proporciona à gestante uma maior sensação de segurança e bem-estar. Em contrapartida, a ausência desse suporte pode acarretar impactos negativos relevantes na SM aumentar a vulnerabilidade à depressão pós-parto e dificultar a adaptação ao novo papel materno (Cunha *et al.*, 2025).

As idades gestacionais variaram entre 13 e 39 semanas e abrangem tanto o segundo quanto o terceiro trimestre da gravidez, o que confere uma visão ampla das diferentes fases do

processo gestacional. A experiência reprodutiva das participantes também foi heterogênea: 33,3% estavam na primeira gestação, o mesmo percentual foi observado para a segunda gestação, enquanto 16,7% e 16,7% relataram estar na terceira e quarta gestações, respectivamente.

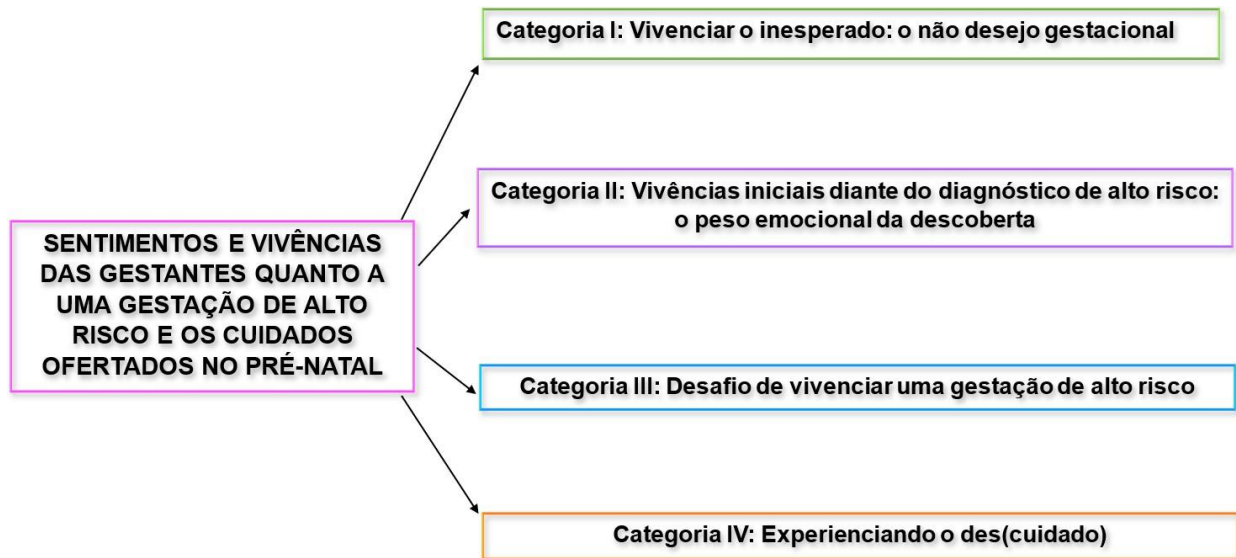
Do total, 38,9% das gestantes informaram já ter vivenciado uma gravidez de risco anteriormente. Em relação ao tipo de parto em gestações anteriores, a maioria ocorreu por via vaginal (85,7%), enquanto 14,3% foram cesáreas. Além disso, foram registrados sete abortos entre as participantes.

As comorbidades presentes entre as gestantes incluíram condições como diabetes gestacional (n=4), obesidade (n=2), hipertireoidismo (n=2) e crescimento intrauterino restrito (CIUR) (n=2). Casos mais complexos associaram múltiplas condições clínicas, como hipertireoidismo com prematuridade prévia, pólipos cervicais associados à diabetes gestacional e infecções urinárias. Outras condições relatadas de forma isolada incluíram arritmia cardíaca, hipertensão arterial, trombose, sífilis, incompatibilidade Rh, artéria umbilical única e estreptococo do grupo B (GBS) positivo, o que evidencia um perfil clínico de risco que demanda atenção.

Quanto ao uso de medicamentos durante a gestação, 44,4% das participantes relataram uso de fármacos, enquanto 55,6% negaram essa prática. Além disso, foi observado que 16 gestantes (88,9%) não necessitaram de internação hospitalar durante a gestação em curso, enquanto apenas 2 participantes (11,1%) relataram ter sido internadas. Esse dado pode indicar, de forma geral, uma estabilidade clínica da maioria das gestantes no momento da coleta dos dados.

Apreende-se que as falas das gestantes foram convergentes e emergiram quatro categorias, que foram identificadas no fluxograma a seguir:

Figura 1: Fluxograma representativo das categorias do estudo



Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

5.1 VIVENCIAR O INESPERADO: O NÃO DESEJO GESTACIONAL

As vivências das gestantes diante da descoberta da gravidez revelaram um processo permeado por sentimentos complexos e ambivalentes, especialmente quando a gestação não é desejada ou ocorre em momento considerado inoportuno. Para algumas mulheres, o início é marcado por negação, dificuldade de aceitação e necessidade de tempo para assimilar a nova realidade.

Além disso, emergem sentimentos de frustração diante da interrupção de planos pessoais e profissionais, como estudos e projetos de vida. Esses relatos evidenciam que a gestação pode representar um evento desafiador, que mobiliza intensamente o emocional e exige uma reconfiguração das expectativas e do cotidiano da mulher.

“...no comecinho eu fiquei mal, sim, fiquei mal (quando descobri a gestação). Até então, estou digerindo que eu estou grávida... meio que não caiu a ficha...” (G1).

“...eu não esperava a gravidez...eu e meu esposo não queríamos, no momento. Eu ia terminar os estudos agora, porque eu fazia técnico em enfermagem, eu tive que trancar. Mexeu com tudo...” (G2).

“...eu não queria a gestação, não queria o neném...E eu não consegui ficar com o pai do neném, porque eu tomei raiva dele. Ai larguei, e depois foi passando os dias e eu fui ver o tanto que é ruim. Porque você tem muitas preocupações, tem que se preocupar com o neném, e já é uma gravidez de risco...” (G8).

As falas das gestantes expressam os sentimentos de negação, medo e angústia diante de uma gravidez não planejada, o que reforça o caráter emocionalmente complexo desse período. A experiência de não desejo, rejeição ou ambivalência diante da gestação configura-se como um desafio significativo para a SM materna, sobretudo em contextos de vulnerabilidade e risco. Embora a gravidez seja socialmente associada à alegria e à expectativa positiva, muitas mulheres vivenciam sentimentos contraditórios desde o diagnóstico, influenciados por fatores como instabilidade conjugal, dificuldades socioeconômicas e ausência de rede de apoio (Aldrighi *et al.*, 2024).

De acordo com Wang *et al.* (2025), mulheres que vivenciam uma gestação não planejada apresentam maior vulnerabilidade emocional quando comparadas àquelas que a planejaram, justamente pela ausência de preparo emocional e social. Essa condição pode favorecer o surgimento de sofrimento psíquico e dificultar o processo de adaptação ao período gestacional. A insatisfação com a gestação, especialmente quando associada a conflitos conjugais ou falta de apoio social, tende a intensificar os níveis de ansiedade e tristeza, o que torna a experiência ainda mais desafiadora (Nunes *et al.*, 2024).

A gravidez indesejada, portanto, pode ser compreendida como um evento de ruptura na trajetória de vida da mulher, o que afeta suas rotinas, relações e projetos futuros. Essa situação desencadeia uma reestruturação emocional e identitária, e exige da gestante uma reorganização de papéis e expectativas (Parkes *et al.*, 2024).

Quando somada à ausência de suporte emocional, essa vivência se torna ainda mais crítica, uma vez que amplia os temores e a sensação de solidão, especialmente em gestações de risco, condição apontada pela literatura como fator relevante para o desenvolvimento de alterações mentais durante o ciclo gravídico-puerperal (Bedaso *et al.*, 2021).

Outro aspecto fundamental refere-se às implicações da gravidez não planejada sobre o vínculo materno-fetal e as relações interpessoais da gestante. Pesquisa evidencia que esse tipo de gestação pode estar associado à menor intensidade no desenvolvimento do apego

materno-fetal, o que reflete dificuldades na formação e fortalecimento do laço afetivo entre esses (Shreffler *et al.*, 2021).

Em contextos marcados por conflito conjugal, a insegurança quanto à maternidade e a ausência de rede de apoio, podem comprometer o bem-estar mental da gestante e o desenvolvimento emocional do feto (Shreffler *et al.*, 2021; Lima *et al.*, 2024). Nessas circunstâncias, a mulher tende a vivenciar sentimentos intensos de solidão, medo e ambivalência, o que pode culminar em quadros de depressão perinatal e desgaste emocional após o parto (Ruan; Wu., 2024; Antoniou *et al.*, 2022).

Em contraponto, o apoio do parceiro funciona como um importante fator protetor para a SM materna, o que pode minimizar os sintomas de ansiedade e depressão, além de favorecer a aceitação da gravidez. O suporte emocional do companheiro contribui para o fortalecimento do vínculo familiar e atua como recurso psicológico frente às tensões e desafios da gestação (Antoniou *et al.*, 2021; 2022).

A literatura também ressalta que o campo da saúde familiar e materno-infantil torna-se incompleto quando não se considera a figura paterna. A presença ativa do pai está associada a melhores desfechos obstétricos, maior suporte emocional à gestante e condições mais favoráveis ao desenvolvimento físico, social e afetivo da criança. Dessa forma, o envolvimento paterno não apenas beneficia a mãe e o feto/criança, mas também contribui para o fortalecimento dos vínculos familiares e para a promoção da saúde integral (Fisch *et al.*, 2021).

5.2 VIVÊNCIAS INICIAIS DIANTE DO DIAGNÓSTICO DE ALTO RISCO: O PESO EMOCIONAL DA DESCOBERTA

A descoberta da gestação de alto risco despertou nas participantes deste estudo reações emocionais intensas, o que se traduz em choro e sentimentos de medo, tristeza, ansiedade, insegurança e culpa. As falas revelam o impacto subjetivo do diagnóstico, muitas vezes inesperado e recebido com surpresa, que gerou sofrimento e instabilidade emocional. A maioria das gestantes associou o alto risco a algo negativo e delicado, com potencial ameaça à saúde do feto, o que contribuiu para um processo inicial de negação, choro e preocupação.

O momento da revelação do diagnóstico foi, para muitas, vivido como uma ruptura em relação à expectativa de uma gestação tranquila, semelhante às anteriores ou idealizada como

saudável. As percepções dessas mulheres refletem a construção de significados pessoais em torno da condição de risco, que não se limita aos aspectos biomédicos, mas envolve aspectos afetivos, sociais e simbólicos. A gestação passa a ser percebida sob a ótica do cuidado redobrado, da vigilância constante e do medo do desfecho incerto.

“...eu descobri eu fiquei bem, bem mal. Eu chorei, chorei umas três semanas por conta desse diagnóstico, da diabetes gestacional...Mas eu fiquei mais ou menos um mês mal com isso” (G1).

“...eu chorei bastante...ainda no dia (que descobri), eu tive que trabalhar. Eu fui embora mais cedo...Acho que foi no quinto mês, ou quarto mês, que fui diagnosticada...” (G4).

“...ela falou que é de alto risco porque eu tive sangramento...e explicou: eu vou te encaminhar para o alto risco por causa disso e daquilo...mas eu estava tão focada no sangramento, eu estava chorando tanto por causa dele, que na hora eu acho que eu nem me atentei muito ao que ela falou...” (G14).

“Eu fiquei muito triste. Porque nas outras (gestações), eu não tive isso (restrição de crescimento fetal), agora, do nada, acontecem essas coisas...” (G16).

“Fiquei meio abalada. No dia eu até chorei...a gente que é mãe, assusta. Mas eu assustei porque na minha outra gestação não teve nada disso” (G17).

A gestação de alto risco é frequentemente atravessada por intenso sofrimento emocional, cuja magnitude varia conforme o contexto vivido, a gravidade percebida da condição e a existência de situações de crise associadas. É possível compreender que tais reações emocionais não ocorrem de forma isolada, mas resultam da interação entre diversos fatores biopsicossociais, como a presença de episódios estressantes ao longo da gravidez e as experiências de gestações anteriores (Azevedo; Vivian, 2020).

Observou-se que, após o diagnóstico de gravidez de alto risco, as gestantes tendem a apresentar reações emocionais intensas, como tristeza e desesperança, associadas à sensação de fragilidade e à preocupação constante. Essas manifestações evidenciam a dificuldade de adaptação diante da nova condição (Mohammadi *et al.*, 2023). O choro, relatado por várias

participantes, reflete o impacto da descoberta e revela como o sofrimento psíquico emerge de forma imediata diante da ameaça ao bem-estar próprio e do feto. Dessa forma, o choro pode ser compreendido como uma expressão concreta das emoções negativas desencadeadas por essa vivência.

De modo semelhante, Isaacs e Andipatin (2020), em uma revisão sistemática sobre as experiências emocionais de gestantes em situações de alto risco, referem que o diagnóstico é percebido como “a perda de um feto saudável”, e a quebra dessa expectativa desencadeia respostas emocionais intensas, entre elas o choro, que expressa o sofrimento psíquico diante da perda da gestação idealizada.

Assim, a jornada da gestante ao compreender e aceitar a nova realidade imposta pela gravidez de alto risco envolve um processo complexo de adaptação, muitas vezes prolongado e doloroso. As expectativas positivas em relação ao futuro do feto, aceitação da gravidez e ausência de preocupações excessivas podem contribuir para o processo de adaptação. Quando esses fatores estão ausentes ou fragilizados, o risco de sintomas depressivos tende a aumentar de forma significativa, como referem as falas das gestantes do presente estudo (Vega-Sanz *et al.*, 2025).

As vivências relatadas pelas gestantes evidenciam que o diagnóstico de gravidez de alto risco é frequentemente acompanhado por sentimentos intensos de medo, preocupação, apreensão e insegurança. Esses sentimentos surgem tanto diante de condições clínicas já conhecidas quanto diante de descobertas inesperadas durante o pré-natal, o que reflete a vulnerabilidade emocional que caracteriza essa experiência.

“Eu senti medo, porque eu não tinha meus parentes onde eu morava...Então, eu me senti um pouco com medo...veio a gravidez de alto risco...” (G2).

“...e tenho medo, de ela nascer com alguma coisa ou acontecer algo...”(G4).

“No começo eu fiquei com um pouquinho de medo, até porque o meu tipo sanguíneo e o do meu parceiro são diferentes, tinha esse perigo, e também pela questão...eu tenho diabetes, tem o risco também, pelo meu histórico...tive um pouco de medo por vários sentidos, às vezes ter algum sangramento, algum perigo de perder, e até pelo histórico de ter um aborto anterior...” (G5).

“Nos primeiros dias eu fiquei com medo...por ser de risco... ”(G8).

“...dentro de um mês eu tive um sangramento...Então vinha o risco de uma infecção, de uma anemia, sem contar também que ainda estava no tempo, de perder o bebê...eu fiquei com muito medo de perder o bebê porque era no começo...fui diagnosticada com diabetes gestacional...e tive medo de acontecer alguma coisa com o bebê...” (G12)

As falas apontam que o medo está profundamente ligado à percepção de risco e à sensação de vulnerabilidade frente à gestação de alto risco. Estudo indica que essa condição impacta não apenas a saúde física, mas também a esfera emocional, o que torna a mulher mais suscetível a sentimentos de fragilidade, baixa autoestima e preocupação constante com o bem-estar do feto (Nunes *et al.*, 2024).

O medo é intensificado pela incerteza sobre os desfechos gestacionais. Mesmo quando a gestante possui informações sobre riscos específicos, a percepção subjetiva pode ampliar o temor, o que gera interpretações negativas diante de situações que, do ponto de vista clínico, podem ser controladas (Borah; Roychoudhury; Yasmin, 2023; Shojaeian *et al.*, 2021).

No Brasil, dados epidemiológicos reforçam essa preocupação: cerca de 1,14% dos nascimentos resultam em óbito fetal após a 20ª semana de gestação (Rocha *et al.*, 2025), o que corrobora a vivência do medo pelas gestantes. Em um estudo conduzido em serviço público, 68% das participantes apresentaram níveis moderados a altos de ansiedade, relatam frequentemente “medo do pior acontecer” e sinais físicos associados à tensão e ao estresse (Paz *et al.*, 2022). Esses achados ajudam a compreender as experiências emocionais mencionadas e a complexidade vivida durante a gestação de alto risco.

“...a partir do momento que a gente recebe o diagnóstico de alguma coisa, a gente tem que ficar sempre atenta, tem que estar sempre passando no pré-natal, tem que estar sempre tendo acompanhamento médico, nutricionista...” (G1).

Verifica-se que a falta de informações e de esclarecimentos sobre os riscos, aliada às representações sociais, é um dos principais fatores que geram ansiedade e medo nas gestantes em relação ao futuro da gravidez e à saúde do feto. Para além do modelo biomédico, esses

sentimentos podem ser acolhidos por meio do acompanhamento multiprofissional durante a gestação, no qual o enfermeiro desempenha papel central. Cabe a esse profissional identificar as necessidades individuais de cada gestante e oferecer um atendimento personalizado, que inclua suporte emocional e orientação para o autocuidado (Ferreira; Lemos; Santos, 2020).

As experiências anteriores de perda gestacional emergem como um fator significativo na forma como algumas mulheres vivenciam a atual gestação de alto risco.

“...eu já ter perdido um neném...O meu maior medo é chegar nos 9 meses e perder. Porque você não perde só com poucas semanas, pode ocorrer o risco de nascer sem vida...” (G8).

“...eu já tive outro aborto...tanta gente falou um monte de coisa, a gente fica com medo...” (G14).

“...eu fico com medo do que pode acontecer ou não. Principalmente por já ter perdido (abortado), aí fica pior ainda...” (G18).

Nos relatos das participantes, observa-se que a lembrança de perdas gestacionais anteriores intensifica o medo e a insegurança diante da possibilidade de reviver experiências semelhantes. Nessas situações, o histórico reprodutivo atua como um gatilho emocional que reativa sentimentos de fragilidade e vulnerabilidade previamente vivenciados.

Estudos corroboram a associação entre perdas gestacionais anteriores e maior sofrimento emocional nas gestações subsequentes. Chemouny e Wendland (2024) e Wang *et al.* (2025b) evidenciam que mulheres com histórico de aborto espontâneo ou natimorto apresentam níveis mais elevados de alterações em SM quando comparadas àquelas sem esse histórico.

Cuenca (2023) destaca que o impacto psicológico de perdas gestacionais pode perdurar por meses ou até anos após o evento, e manifesta-se como sofrimento emocional. De forma semelhante, observa-se que mulheres que vivenciam uma perda gestacional relatam intenso sofrimento, sensação de vazio e a necessidade de reconstruir a confiança em si mesmas e em seus corpos (Freitas *et al.*, 2024).

Essa vivência prévia tende a gerar um estado de apreensão, no qual qualquer sinal corporal é interpretado como uma possível ameaça à continuidade da gestação. As mulheres passam a monitorar com maior intensidade cada sintoma, movimento ou alteração fisiológica

e passam a vivenciar a gravidez de maneira hipervigilante e emocionalmente tensa. Discorre-se que mulheres com histórico de perdas perinatais apresentam sentimentos persistentes de medo e insegurança diante da possibilidade de uma nova perda, uma vez que experiências reprodutivas dolorosas permanecem ativas e influenciam a forma como o risco é percebido e vivenciado no presente (Pineda *et al.*, 2024).

O impacto emocional decorrente da perda gestacional não se restringe ao período imediatamente posterior ao evento, este pode se estender também à experiência de gestações subsequentes. Esse contexto configura um estado de alerta contínuo, caracterizado por monitoramento corporal intensificado. As mulheres com histórico de perdas anteriores tendem a prestar atenção exacerbada a cada sinal ou sintoma da gestação e interpretar alterações fisiológicas, ou até mesmo percebidas como normais, como potenciais ameaças (Donegan; Noonan; Bradshaw, 2023).

A hipervigilância em gestantes que vivenciaram perdas anteriores se manifesta por meio de comportamentos como consultas médicas mais frequentes, monitoramento constante de sangramentos, atenção exagerada à movimentação fetal e limitação ou evitação de atividades cotidianas. Esse acompanhamento intenso não reflete apenas a busca por segurança médica, mas também indica uma ruptura na confiança da mulher em seu próprio corpo. Após a experiência de perda gestacional, muitas relatam sentir que seus corpos as “traíram” e questionam sua capacidade biológica de gestar e proteger uma nova vida (Blocksidge *et al.*, 2024).

Além disso, gestantes que experienciam uma gravidez após um natimorto, frequentemente afirmam que o medo de uma nova perda interfere na formação de vínculo afetivo com o feto (Blocksidge *et al.*, 2024).

No estudo de Sousa e Lins (2020), observa-se que a experiência de perda gestacional influencia significativamente a percepção da maternidade e ressalta a importância do apoio familiar para compreender as repercussões psicológicas da gestação. Embora sentimentos negativos e receios sejam comuns após a perda, a presença de cuidado e apoio emocional permite que a mulher perceba novas oportunidades, o que fortalece a esperança de vivenciar e concluir um ciclo gestacional subsequente de forma mais positiva.

As gestantes também relatam sentimentos marcantes de preocupação, medo e insegurança diante do diagnóstico de gestação de alto risco, especialmente quando a condição surge pela primeira vez ou em circunstâncias inesperadas. Muitas expressam preocupação em

relação à saúde do feto, sobre perda de peso e possíveis complicações, o que intensifica a apreensão durante a gravidez.

“Eu fiquei muito preocupada. Porque eu nunca tinha passado por isso...Foi preocupação, medo, insegurança...” (G3).

“..no começo fiquei preocupada em perder peso e se isso afetaria o bebê...” (G6).

“...eu já imaginava, porque eu fiz morfológico e ela falou da artéria umbilical única. Então isso estava me preocupando muito...vai ser encaminhado para o alto risco...” (G11).

“Preocupada, apreensiva, por causa do meu menino nascer prematuro e do hipotireoidismo...” (G15).

Gestantes de alto risco apresentam níveis mais elevados de preocupação em comparação àquelas com gestações sem complicações. Essa apreensão está fortemente associada à saúde fetal e à incerteza quanto aos desfechos da gestação, o que resulta em um estado contínuo de alerta psicológico. Ressalta-se que, embora a preocupação seja uma resposta natural ao diagnóstico de risco, sua intensificação constitui um importante fator de vulnerabilidade emocional e compromete a qualidade de vida materna (Bashtian *et al.*, 2025).

Em consonância, a literatura retrata que as experiências emocionais das gestantes de alto risco são profundamente influenciadas pela instabilidade das condições de saúde e pela preocupação relacionada à segurança do feto. O estresse decorrente desse tipo de gestação impacta a saúde física e mental da mulher e aumenta a probabilidade de complicações que colocam em risco tanto a vida materna quanto a fetal (Fatimah; Andari; Hidayah, 2024), o que se percebe em uma narrativa do presente trabalho:

“...por eu ficar mal, por eu ficar preocupada, acabou que alterou mais ainda, ficou mais alterado (diabetes)...Até porque, se a gente ficar mal, ficar estressado, como eu fiquei chorando muito, então altera mais ainda” (G1).

De acordo com Paschoalino (2024), o estresse vivenciado no momento do diagnóstico é um fator determinante para o agravamento do quadro clínico da gestante, o que ressalta a estreita relação entre o estado emocional e as condições de saúde física. Esse impacto psicológico torna-se ainda mais expressivo em casos de gestação de alto risco, em que sentimentos como preocupação e medo intensificam a fragilidade emocional e dificultam o enfrentamento das exigências impostas pela condição clínica. A sobrecarga emocional, nesse contexto, pode comprometer o equilíbrio fisiológico da mulher e afetar negativamente seu bem-estar.

Além das repercussões emocionais, o estresse e a preocupação vivenciados na gestação de risco também estão relacionados a alterações fisiológicas maternas e a desfechos gestacionais adversos. A maior prevalência de estresse psicológico correlaciona-se significativamente com o surgimento de complicações durante a gestação. Esses efeitos podem ser explicados por mecanismos neuroendócrinos e imunológicos, que alteram o ambiente intrauterino e interferem no crescimento e no desenvolvimento fetal (Li *et al.*, 2025; Tadanki *et al.*, 2025).

Evidencia-se ainda na pesquisa de Silva e Coutinho (2025) que 60% das gestantes nunca haviam compartilhado seus sentimentos com o profissional de saúde, o que resulta em maiores níveis de preocupação e medo. Esse dado desvela a persistência de um modelo de cuidado centrado predominantemente no aspecto biológico, que nem sempre contempla a mulher em sua integralidade. A ausência de acolhimento emocional contribui para o aumento de medos, dúvidas e sofrimento psíquico durante o período perinatal. Assim, ressalta-se a importância de uma prática profissional mais humanizada, na qual o enfermeiro e toda a equipe de saúde promovam a escuta ativa, fortaleçam o vínculo e o apoio emocional.

Diante desse contexto, Moura e Barbosa (2024) destacam que o sentimento mais prevalente entre gestantes de alto risco é a preocupação. Assim, é essencial que ocorra uma abordagem humanizada por parte da equipe de saúde. Tal prática pode favorecer a adesão ao tratamento, aumentar sua eficácia e repercutir positivamente no prognóstico gestacional e no bem-estar da mãe e do feto. Fortalecer a conexão entre a gestante, a equipe multiprofissional e a família é essencial para reduzir os sintomas subjetivos como estresse, preocupação e alterações em SM.

As gestantes referem que o momento do diagnóstico de alto risco desencadeou ansiedade intensa, especialmente nos primeiros meses após a confirmação. Esse período inicial foi marcado por sentimentos de apreensão e incerteza diante da condição, que, para muitas, representou uma situação nova e desafiadora.

Contudo, algumas mulheres mencionaram uma redução gradual da ansiedade com o avanço da gestação, o que indica uma adaptação emocional ao contexto de risco. Ainda assim, a experiência da ansiedade permanece presente, especialmente para aquelas que já possuem uma tendência prévia a esse sentimento, intensificada pela percepção de perda de controle sobre a situação gestacional.

“...eu fiquei muito preocupada. Acho que foi no quinto mês, ou quarto mês, que fui diagnosticada.... Eu fiquei tão ansiosa” (G4).

“...agora eu estou mais despreocupada, não estou igual estava no começo, com aquela ansiedade toda” (G11).

“Ansiosa. Eu já sou uma pessoa ansiosa. Aí quando muda a situação, você sabe que você não tem controle dela...” (G18).

A ansiedade durante a gestação de alto risco manifesta-se como uma resposta emocional multifatorial, permeada pela percepção de vulnerabilidade, pela incerteza quanto aos desfechos maternos e fetais e pela consciência de um risco que ultrapassa o controle individual. As falas das participantes evidenciam que o diagnóstico de risco desencadeia inicialmente um estado de alerta e preocupação, que tende a se atenuar em algumas mulheres à medida que o processo gestacional avança, o que indica uma adaptação emocional progressiva.

Contudo, essa adaptação não é universal: aquelas com histórico prévio de ansiedade ou experiências gestacionais negativas mantêm níveis elevados de tensão e preocupação, o que reforça o caráter subjetivo dessa vivência.

A ansiedade vivenciada por gestantes de alto risco apresenta características temporais e individuais que exigem atenção clínica diferenciada. Estudo recente indica que a experiência ansiosa durante a gestação de alto risco não segue um padrão linear, varia ao longo dos

trimestres e é influenciada por fatores individuais prévios, em especial o traço de ansiedade (Redondo *et al.*, 2025).

Para Redondo *et al* (2025), a prevalência de ansiedade durante a gestação é mais elevada no primeiro trimestre (23,9%) e tende a diminuir nos trimestres subsequentes. Esse padrão temporal sugere que o momento do diagnóstico e os primeiros meses da gestação constituem um período crítico de vulnerabilidade emocional, o que alinha-se aos relatos das participantes deste estudo, que descreveram o início da gestação como vivenciado por “aquela ansiedade toda”. Embora nem todas as mulheres apresentem estabilização dos sintomas, para aquelas sem histórico prévio de ansiedade, a redução gradual pode refletir um processo de adaptação emocional frente ao risco gestacional.

A ansiedade é uma reação emocional que funciona como um sinal de alerta em situações percebidas como ameaçadoras, mesmo quando a ameaça não está claramente identificada. Ela provoca respostas físicas, influencia o pensamento, a percepção e o processo de aprendizagem. O reconhecimento desse sentimento facilita a adoção de condutas que promovam o bem-estar materno-fetal (Silva; Coutinho, 2025), o que reforça a prática humanizada ao atendimento de gestantes de alto risco.

As narrativas das gestantes ressaltam um profundo sentimento de culpa associado à percepção de negligência em relação aos cuidados com a sua saúde durante a gestação. Muitas relatam que, diante das limitações impostas pela realidade, sentem-se responsabilizadas pelas complicações que enfrentam, como o diagnóstico de DMG ou intercorrências físicas, mesmo quando estas decorrem de fatores fora do seu controle.

“...acabava comendo um macarrão e me sentia culpada. Mas quando não tinha, não tinha o que fazer, o que me restava era só sentir a culpa por não fazer o certo...Eu queria que a gravidez fosse algo saudável. Mas se tivesse cuidado desde o início, eu não estaria passando isso agora...” (G2).

“...inicialmente, quando eu descobri a gestação...dentro de um mês eu tive um sangramento. Esse sangramento veio de um pólipó...era uma questão que o meu corpo produziu...eu não tinha como mudar. Com 28 semanas e dois dias, eu fui diagnosticada com diabetes gestacional...é um fator que foi causado pela má alimentação, pelos maus hábitos, que eu poderia ter consertado lá atrás. Então é um diagnóstico de alto risco que influencia

diretamente na nossa cabeça, porque a gente fica se sentindo culpada e com medo de acontecer alguma coisa com o bebê por causa da nossa negligência em muitas questões...“(G12).

Segundo Rodrigues (2020), a gestação de alto risco desencadeia uma variedade de emoções e percepções na mulher. Ela se depara com a frustração em relação à gravidez idealizada e passa a vivenciar sentimentos de medo, culpa e incerteza quanto ao desfecho gestacional. Apesar dessas experiências negativas, a alegria de estar grávida permanece, o que indica que a maternidade continua a ser reconhecida como parte de seu papel biológico, mesmo quando vivida em um contexto de risco.

Lidar com situações imprevistas ou indesejadas durante a gestação pode impactar diretamente a SM da mulher, o que favorece o surgimento de sentimentos como a culpa. O diagnóstico de uma gravidez de alto risco, por representar um marco significativo para a gestante, tende a desencadear reações emocionais intensas (Can *et al.*, 2024).

Gestantes de alto risco experimentam maiores sentimentos de culpa em comparação àquelas com gestações consideradas saudáveis. Após vivenciar uma gestação de alto risco, muitas mulheres podem sentir-se incapazes de atender às expectativas sociais relacionadas à maternidade, o que potencialmente está associado ao desenvolvimento de alterações mentais (Isaacs *et al.*, 2020).

Vale destacar que investigação conduzida com mulheres da raça negra durante o cuidado pré-natal, identificou que 37,99% das participantes relataram que pelo menos um profissional de saúde as culpou, direta ou indiretamente, por complicações na gravidez, desfechos negativos ou riscos (Walsh; Dove-Medows, 2025).

Diante desse contexto, torna-se fundamental compreender as vivências dessas mulheres e direcionar intervenções psicossociais adequadas, capazes de acolher e responder às suas demandas emocionais específicas (Can *et al.*, 2024), uma vez que há evidências de que a culpabilização está significativamente associada a práticas comunicacionais baseadas em estereótipos ou suposições, à oferta limitada de oportunidades para esclarecimentos e à disponibilização de informações inadequadas por parte dos profissionais de saúde (Walsh; Dove-Medows, 2025).

A literacia em saúde exerce papel essencial na forma como as gestantes percebem a culpa e o risco durante a gravidez. Identificou-se uma relação negativa entre literacia em

saúde materna e percepção de risco gestacional, ou seja, quanto maior o nível de literacia, menor a percepção de risco. Gestantes com maior conhecimento em saúde tendem a apresentar mais confiança e adotam comportamentos saudáveis com base na compreensão de que o bem-estar depende, em grande parte, de suas próprias ações e escolhas (Uyanik; Koç; Ardil, 2025).

5.3 DESAFIO DE VIVENCIAR UMA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

Além de vivenciar as alterações físicas da gestação, a gravidez de alto risco implica em mudanças de suas rotinas, internação, procedimentos e da alimentação. Muitas vezes essas mudanças geram um impacto negativo na vida das gestantes.

“...a alimentação não mudei, estou com a mesma alimentação, controlado também...A dificuldade é a alimentação mesmo, e controlar todos os dias para ver como é que está...”
(G1).

“...veio a gravidez de alto risco, que eu tinha que abrir mão de várias coisas, a alimentação ...eu não poderia comer um trigo. Eu não poderia comer um doce. E o que eu mais desejava era comer doce, chocolate...Não posso, porque eu odeio...Eu não gosto de adoçante. Então eu tive que abrir mão de muitas coisas para poder não passar para o bebê...às vezes eu chorava, porque eu não podia comer o que eu queria, eu estava comendo...Mas, se eu não comesse aquilo ali, eu ia passar fome. Eu acabava comendo. Acabava comendo macarrão...”
(G2).

“...limitou um pouco a alimentação. Diminuiu o sal. Mudou bastante. Tem dia que é tranquilo, tem dia que a gente tem que comer mais...” (G3).

“...eu não estava com tanto sobrepeso e não tinha uma pressão alterada. Era para eu fazer o uso certo da alimentação que a nutricionista passou, para eu não exagerar...” (G10).

“...ela me passou AAS e tomar cuidado com a alimentação e ganho de peso, essas coisas influenciam na questão da pré-eclâmpsia...” (G11).

“...eu fui diagnosticada com um diabetes gestacional, que já é um outro fator, que aí é um fator que foi causado, pela má alimentação, pelos maus hábitos...os diagnósticos que não me causam mal-estar. Agora, a diabetes gestacional muda totalmente a rotina: tem que mudar totalmente a alimentação, ter uma rotina de exercício...” (G12).

“...cortei algumas coisas da alimentação e, seguindo as orientações médicas...” (G15).

Os relatos das participantes revelam que a alimentação representa um desafio central durante a gestação de alto risco e exige adaptações significativas na rotina alimentar e na prática de autocuidado. Muitas mulheres relatam frustração, restrição de alimentos desejados e dificuldade em seguir as orientações médicas ou nutricionais, especialmente quando envolve abrir mão de doces, trigo ou outros alimentos de preferência pessoal.

Apesar dessas dificuldades, as participantes reconhecem a importância das mudanças para a manutenção da saúde própria e do feto, o que inclui a prevenção de complicações como DMG e pré-eclâmpsia. Assim, a alimentação torna-se um ponto de tensão emocional, ao exigir esforço constante de autocontrole, adaptação e monitoramento diário.

A literatura indica que mulheres com DMG podem enfrentar desafios significativos no autocuidado, especialmente em relação às restrições alimentares. Muitas relatam sentimentos de tristeza, angústia e frustração ao precisarem preparar refeições separadas da família, calcular porções e renunciar a alimentos anteriormente apreciados, fatores que podem comprometer a motivação para seguir as recomendações nutricionais (Jia *et al.*, 2025).

A tensão entre necessidades biológicas, desejos pessoais e prescrições médicas desvela como dietas rígidas podem desencadear sofrimento psíquico e comportamentos de enfrentamento ambíguos em mulheres com DMG submetidas a orientações alimentares restritivas (Helmersen *et al.*, 2021; Roesler *et al.*, 2024).

A manifestação de choro, também evidenciada no presente estudo, está relacionada às restrições alimentares, que revelam um aspecto que transcende as questões nutricionais e configuram-se como expressão da ruptura de hábitos anteriores, da sensação de perda de controle e da restrição de prazeres em um período já marcado por intensas mudanças físicas e emocionais (Machado *et al.*, 2021).

As escolhas alimentares durante a gestação são moldadas pela interação de fatores sociais, econômicos e culturais. Contudo, a ausência de informações nutricionais adequadas e

a falta de compreensão sobre a importância de manter uma alimentação equilibrada podem levar a decisões que comprometem o desenvolvimento gestacional. Nesse contexto, torna-se fundamental que os profissionais de saúde, especialmente os nutricionistas, compreendam não apenas o padrão alimentar das gestantes, mas também os fatores que influenciam a construção desse padrão (Santos; Souza, 2024).

As falas das gestantes revelam as múltiplas dimensões do cuidado vivenciado durante a gestação de alto risco, marcadas por desafios cotidianos, rotinas mais rígidas e sentimentos ambíguos diante das exigências do tratamento. As mulheres expressam a sobrecarga física e emocional relacionada às constantes medições glicêmicas, mudanças alimentares, uso contínuo de medicamentos, como a enoxaparina e realização de exame que se tornam experiências desgastantes, embora reconhecidas como necessárias para a saúde materno-fetal. *“...Eu passo muito mal, então acaba que um dia ou outro não consigo comer também e não consigo medir (glicemia). Às vezes eu não consigo medir porque eu acabo de comer e já passo mal...estou fazendo a medição quatro vezes ao dia e controle de alimentação...tem que estar sempre atenta, fazendo as medições todos os dias”* (G1).

“...Até quando eu fazia o teste do dedo (de glicemia), de manhã, em jejum, dava alto...” (G2).

“...ajuda bastante (o pré-natal de alto risco). Ela (obstetra) pede o ultrassom toda semana, toda semana eu vou lá e faço...Em toda consulta, eu ouço o coraçãozinho, eu vejo que está bem” (G4).

“...desde quando tive a trombose, eu já sabia que, se eu engravidasse, iria ser alto risco e eu teria que tomar enoxaparina...Ah, é difícil! Ainda mais que tem que tomar injeção todos os dias. Nossa senhora! Crê em Deus Pai, é muito ruim!. Não é fácil, não. Tem dia que dá vontade de largar mão de tomar... Mas é por conta da injeção mesmo” (G7).

“...a questão do alto risco é que tudo é mais rápido: o exame, o ultrassom, você precisa fazer, você consegue fazer...” (G11)

“...faço os exames (glicemia) para poder corrigir o que estiver errado ali na nutrição, no hipotireoidismo, para ver se vai precisar ou não mexer na medicação” (G15).

“...ela pede bastante coisa, exame, ultrassom direto...mede a barriga e escuta o coração da criança...” (G16).

Observa-se que a presença de uma vigilância médica, com realização frequente de exames e monitoramentos, transmite tanto segurança quanto cansaço diante da rotina de cuidados. Ao mesmo tempo, as falas evidenciam o esforço das gestantes em aderir às recomendações profissionais e o desejo de garantir o bem-estar do feto, ainda que isso implique renúncias e desconfortos. Assim, o cuidado nessa fase é vivido como um processo de adaptação constante, permeado por responsabilidade e resiliência frente às demandas impostas pela condição de alto risco.

Os procedimentos relacionados ao cuidado na gestação de alto risco constituem uma dimensão fundamental da assistência obstétrica, e envolvem desde o monitoramento glicêmico frequente até a administração de medicamentos (Oliveira; Silva, 2025).

Essa percepção positiva do cuidado contrasta com desafios ainda presentes na rotina de acompanhamento, especialmente no que se refere à adesão às recomendações médicas. Essa experiência está em consonância com os achados de Nagai *et al.* (2022), que identificaram uma taxa de não adesão medicamentosa de aproximadamente 63,5% entre gestantes de alto risco. Esses dados reforçam que, embora o acompanhamento intensificado proporcione maior acesso a exames e monitoramento clínico, persistem barreiras relacionadas à adesão terapêutica, frequentemente influenciadas por fatores emocionais, socioeconômicos e pela complexidade das rotinas de cuidado exigidas nesse contexto.

Outro desafio vivenciado pelas gestantes de alto risco se refere ao mal-estar, vômitos e até mesmo a necessidade de hospitalização:

“...eu passo muito mal...Às vezes eu não consigo medir (glicemia) porque eu acabo de comer e já passo mal...” (G1).

“...o início a gravidez foi bastante difícil...eu passava muito mal e ia para o hospital...eu sentia falta de ar...eu não conseguia trabalhar direito...Eu passava mal no ônibus, eu não ia trabalhar...qualquer coisa, eu ia para o hospital. Eu vomitava muito também, passava muito

mal com qualquer comida. Eu não queria comer minha comida. Eu passava mal porque eu estava comendo, e até para beber água às vezes eu passava mal...” (G2).

“...Às vezes a pressão aumenta...à mesma hora em que está tudo bem, está tudo mal...” (G3).

As falas das gestantes revelam uma experiência marcada pelo sofrimento físico e emocional diante das manifestações clínicas da gestação de alto risco. A recorrência da expressão “passar mal” traduz não apenas o desconforto corporal, mas também o sentimento de impotência diante de uma condição que escapa ao controle cotidiano.

As oscilações de sintomas, o medo e a exaustão física produzem um cenário de vulnerabilidade que interfere diretamente na adesão ao cuidado e na percepção de bem-estar. Sob a ótica da gestante, o corpo torna-se um espaço de incertezas, no qual o mal-estar constante fragiliza o autocuidado e intensifica o desejo por acolhimento e compreensão.

De acordo com Rodrigues *et al.* (2020), gestantes de alto risco frequentemente relatam episódios intensos de mal-estar, caracterizados por fraqueza, tontura e outros desconfortos físicos que comprometem suas atividades diárias. Esses sintomas recorrentes evidenciam a vulnerabilidade do organismo diante das exigências fisiológicas e emocionais próprias dessa condição. A experiência de “passar mal” emerge, assim, como um dos elementos centrais do cotidiano dessas mulheres, o que impacta não apenas sua saúde física, mas também seu equilíbrio emocional e a percepção de segurança durante a gestação.

A hospitalização pode constituir um momento marcante na vivência da gestação de alto risco ao intensificar sentimentos ambivalentes, como medo e insegurança, além de dificultar a compreensão e a identificação com a condição clínica. As mudanças na alimentação e o processo de internação podem contribuir para o sofrimento emocional, que pode ser minimizado por meio de informações claras, acolhimento e apoio contínuo das equipes de saúde. Dessa forma, a hospitalização desempenha um papel duplo: ao mesmo tempo em que provoca apreensão, também oferece acolhimento e proteção (Fernandes; Ferreira, 2020), como evidenciado em um depoimento:

“...no meu caso, diabetes gestacional, tem que estar sempre atenta...E a gente fica mais calma. E se tiver alguma alteração também, procurar o médico...procurar a maternidade. A médica, sempre que eu passo, qualquer coisa, procurar maternidade urgente...” (G1).

Por conseguinte, garantir que a gestante se sinta amparada, acolhida e bem assistida constitui parte essencial do cuidado, o que favorece uma relação de confiança com a equipe de saúde. O cuidado humanizado, aliado a uma equipe capacitada para compreender a mulher em sua totalidade, pode representar um elemento-chave para a melhoria de todo o processo de cuidado (Wanderley *et al.*, 2022).

5.4 EXPERIENCIANDO O DES(CUIDADO)

A análise das falas das gestantes participantes desta pesquisa evidencia um panorama multifacetado da assistência pré-natal em gestações de alto risco, e revela tanto aspectos positivos quanto fragilidades na atenção à saúde materna.

O cuidado realizado por profissionais capacitados, com atenção, acolhimento e comunicação clara, promove segurança, confiança e bem-estar materno. Em contrapartida, situações de descaso, desatenção ou falta de especialização em obstetrícia apresentam limitações, o que gera insegurança e insatisfação. Esses elementos contribuem para as vivências dessas gestantes e destacam os fatores que favorecem ou comprometem a experiência das mesmas durante o pré-natal de alto risco.

Vale ressaltar que o pré-natal é visto pelas gestantes como um momento de dialogicidade que contribui efetivamente para com a saúde física e mental delas.

“...Normalmente eu não tenho muita dúvida. Mas, quando tenho também, sou bem respondida...” (G3).

“...ajuda bastante (o pré-natal de alto risco)...Eu vejo que ela também me ajuda bastante. Ela explica certinho as dúvidas. Eu me sinto mais tranquila quando eu venho...” (G4).

“...é muito bom o pré-natal, é muito bom o acompanhamento (no alto risco)...Quando eu vou ao médico, eu converso bastante, faço perguntas, as dúvidas que eu tenho sempre respondem...” (G8).

“...estou sendo bem atendida, bem assistida, para mim está tranquilo. As minhas perguntas e as minhas dúvidas estão sendo bem sanadas quando tenho...” (G13).

“Ajuda bastante, porque tira as dúvidas. A gente tem muita dúvida, chega lá e tira as dúvidas. O médico vê se está bem, se não está. Se não tivesse pré-natal, como é que a gente ia saber?...” (G14).

“...bem atenciosa (médica obstetra), pede os exames necessários...ela pergunta se eu estou com alguma dúvida, pergunta como é que está sendo a alimentação, se eu estou sentindo alguma coisa...” (G15).

“Importante, é que me tranquiliza! Saber que tem uma pessoa experiente para te aconselhar, explicar certinho. Nossa, é bem mais fácil de lidar” (G18).

As falas das gestantes revelam que o acompanhamento pré-natal, especialmente o de alto risco, constitui um espaço de aprendizado e troca de saberes. As gestantes valorizam o diálogo estabelecido durante as consultas, e o percebem como um momento de acesso à informação e esclarecimento de dúvidas sobre a gestação e os cuidados necessários.

As experiências descritas indicam o espaço da consulta como um ambiente de educação em saúde, no qual as mulheres são ouvidas, orientadas e estimuladas a participar ativamente do seu processo gestacional. Esse caráter educativo do pré-natal é reconhecido como essencial para o desenvolvimento do autocuidado e da corresponsabilidade na atenção à saúde materna. Além disso, as falas evidenciam o reconhecimento da dedicação e disponibilidade da equipe multiprofissional, que se traduz em uma prática de cuidado mais próxima, orientada e sensível às demandas individuais de cada mulher.

Nesse cenário, o esclarecimento de dúvidas apresenta-se essencial para fortalecer a confiança no profissional de saúde, favorecer a adesão ao pré-natal e reduzir os impactos físicos e emocionais associados à gestação de alto risco. A oferta de informações claras e precisas contribui para o incentivo ao autocuidado, a continuidade do acompanhamento e a diminuição da ansiedade, ao promover uma experiência pré-natal mais positiva e segura (Santos *et al.*, 2023).

A percepção das gestantes de que o pré-natal de alto risco proporciona um “cuidado maior”, com maior agilidade na realização de exames e um acolhimento mais próximo, reforça essas orientações. A identificação precoce do risco gestacional e o encaminhamento oportuno para a atenção especializada são estratégias fundamentais para reduzir complicações maternas e neonatais, o que explica, em parte, a satisfação relatada pelas participantes quanto à rapidez na marcação de exames e à disponibilidade do ultrassom morfológico no serviço de alto risco (Brasil, 2022).

Além disso, o acompanhamento gestacional realizado por uma equipe interdisciplinar, ao integrar diferentes áreas do conhecimento, oferece maior segurança à gestante e contribui para a humanização e a integralidade da atenção (Freitas *et al.*, 2024), como referem as falas a seguir:

“...fui bem acolhida nesse acompanhamento, por todo mundo (equipe multidisciplinar), de vir na consulta e ter os conselhos...a orientação certinha...Eu consigo tirar mais dúvidas...Me explicam direitinho, posso fazer minhas perguntas e não deixam nenhuma sem resposta...” (G5).

“...eu vi que seria um acompanhamento a mais. Então, porque eu passo aqui (alto risco) e no ESF, estou achando melhor passar em dois lugares...Está sendo bom. Estou passando de três em três semanas, e estou gostando bastante de ter esses dois acompanhamentos. Tiro as minhas dúvidas em relação aos exames, está sendo muito bom” (G6).

“Está sendo bom (o pré-natal). As pessoas (equipe multidisciplinar) são muito dedicadas, explicam as coisas tudo certinho” (G9).

Por fim, o acompanhamento contínuo durante o pré-natal desempenha papel essencial na promoção da autonomia em gestações de alto risco. A continuidade do cuidado favorece a capacidade da gestante em atender às necessidades fisiológicas e emocionais, além de auxiliar na preparação para o parto, o pós-parto e os cuidados com o recém-nascido. Esse acompanhamento amplia o conhecimento, fortalece o apoio familiar e promove um cuidado mais integral diante dos desafios da gestação de alto risco (Sholikah *et al.*, 2025).

Uma gestante referiu que recebeu informações sobre sua gestação de alto risco por uma enfermeira:

“...eu recebi o diagnóstico pela enfermeira, ela que chegou para mim e falou: ‘Olha, passei seu caso para a médica e o seu caso vai ser encaminhado para o alto risco...’” (G11).

O enfermeiro também desempenha um papel essencial na assistência às gestantes de alto risco ao atuar na oferta de informações, orientações e no empoderamento dessas mulheres para o autocuidado e para a prevenção de agravos. A atuação da enfermagem no pré-natal de alto risco é decisiva para a redução de complicações, por meio de práticas como a consulta de enfermagem, a educação em saúde, o acolhimento qualificado e a escuta ativa. O esclarecimento de dúvidas, o diálogo e o vínculo construído durante o acompanhamento fortalecem a confiança da gestante e favorecem maior adesão às orientações propostas (Lima *et al.*, 2024).

Além disso, a atuação do enfermeiro possibilita a identificação e o monitoramento contínuo das variações no estado de saúde materno-fetal, o que favorece intervenções precoces diante de situações que possam comprometer a gestação. Os cuidados de enfermagem nesse contexto envolvem ações sistematizadas de vigilância e orientação, fundamentais para a detecção antecipada de possíveis intercorrências. Nessa perspectiva, o enfermeiro, ao aliar o conhecimento técnico-científico a uma postura pautada no cuidado humanizado, atua não apenas no acompanhamento dos aspectos fisiológicos da gestante, mas também no acolhimento de suas angústias e na orientação (Monteiro *et al.*, 2025).

Uma gestante revela ainda que percebe o cuidado no pré-natal de alto risco como melhor estruturado, especialmente por receber mais atenção durante as consultas de pré-natal:

“...quando comecei a passar aqui (alto risco) com a obstetra, foi bem mais fácil...E agora é mais fácil para mim, tenho mais atenção, até em questão de pegar as injeções...” (G7).

Essa percepção positiva reflete-se nas representações sociais das gestantes acerca da gestação de alto risco. De acordo com Silva e Coutinho (2023), o pré-natal é compreendido como um momento essencial para o fortalecimento de vínculos e para a adesão aos cuidados propostos. As gestantes atribuem grande valor ao diálogo, à escuta sensível e ao acolhimento

genuíno por parte dos profissionais de saúde, ao reconhecer nessas atitudes um importante suporte para o enfrentamento das dificuldades inerentes à gestação de alto risco. Quando se sentem bem informadas, acolhidas e com suas necessidades atendidas, essas mulheres desenvolvem maior segurança e confiança, o que favorece o seguimento adequado das orientações recebidas. Assim, a estrutura organizada dos serviços especializados, aliada à disponibilidade e ao acolhimento profissional, contribui para a satisfação das gestantes e para uma adesão mais efetiva ao acompanhamento.

As gestantes destacam que o acompanhamento pré-natal, constitui um momento essencial para que as mesmas se sintam tranquilas e seguras perante o diagnóstico de alto risco:

“...a doutora foi me acalmando, foi passando os passos a passo que eu tinha que fazer...o acompanhamento traz tranquilidade, me traz calma. Eu venho para conversar...é o momento que eu venho pra tirar todas as dúvidas e ficar mais calma. Porque eu converso com a médica, ela me passa calma, me explica tudo certinho...Estou gostando do acompanhamento médico que eu estou tendo aqui...” (G1).

“...Eu acho bom o pré-natal...a gente não sabe, mas o profissional está ali para aquilo, ajuda bastante...Em relação às consultas no ESF, é muito bom...porque elas me acolheram bastante...toda quarta-feira, tinham conversas com gestantes. Todo tipo de coisa que você passava na gravidez, você conversava ali. Foi uma experiência muito boa...” (G2).

“...(O pré-natal de alto risco) é necessário. Porque o cuidado é melhor em comparação ao de uma gestação normal...Então, com certeza, é um cuidado maior. Muito bom...É mais tranquilidade...no alto risco, realmente, o cuidado é mais. A gente é olhado mais de perto...” (G3).

“...conversando com a médica, ela falou que hoje em dia é uma coisa que acontece com bastante frequência...que estava tudo dentro do esperado...Ela falou que eu não precisava me preocupar, que era uma coisa comum de acontecer...a médica me tranquilizou...e me deixou um pouco mais confortável. E pelo fato de eu estar sendo atendida por uma obstetra...eu sei

que ela tem um pouco mais de conhecimento, sinto mais segurança nela...E tem o acompanhamento um pouco mais de perto...tem uma equipe um pouco melhor...” (G11).

“Eu estou gostando muito, porque ela é muito detalhista...estou gostando de passar aqui (alto risco)” (G16).

“...eu gosto de vir aqui (alto risco), porque a gente sabe como a neném está indo...a doutora é muito atenciosa, sabe explicar as coisas direitinho. Me traz uma segurança boa aqui” (G17).

As vivências expressas pelas gestantes revelam a importância do acompanhamento profissional como fonte de acolhimento, segurança e tranquilidade durante o período gestacional. As falas apontam que o vínculo estabelecido com a equipe de saúde atua como mediador do cuidado e do bem-estar emocional.

Observa-se que o acolhimento e a escuta ativa constituem elementos centrais da experiência dessas mulheres, e as narrativas evidenciam que o pré-natal, especialmente o de alto risco, é percebido como um espaço de cuidado ampliado, no qual o suporte profissional vai além das orientações técnicas, ao envolver também dimensões emocionais e subjetivas do cuidado. A confiança nas competências do profissional e a atenção recebida reforçam o sentimento de segurança, mesmo diante das incertezas próprias da gestação de alto risco.

Nesse contexto, a comunicação efetiva e o acolhimento emergem como elementos centrais para a qualidade do cuidado pré-natal e para o bem-estar materno. O acolhimento cumpre funções educacionais e sociais, ao promover vínculos, responsabilidade e ampliação da eficácia das ações de saúde, o que favorece o bem-estar das gestantes. Uma comunicação clara, associada a um acolhimento empático, estabelece um ambiente de confiança que incentiva a adesão ao acompanhamento, reduz a ansiedade e proporciona uma experiência gestacional mais segura, humanizada e satisfatória, especialmente em casos de alto risco (Schindler, 2023).

França, Ferreira e Ramos (2024) destacam que o acolhimento e a escuta qualificada constituem pilares fundamentais para uma assistência humanizada durante o pré-natal, ao favorecer o vínculo entre gestante e profissional de saúde e promover um cuidado mais integral e sensível às necessidades maternas. O que corrobora o presente estudo, uma vez que

as experiências relatadas revelam que o cuidado humanizado no pré-natal contribui significativamente para fortalecer o vínculo entre gestante e equipe de saúde, ao promover sentimentos de confiança, acolhimento e tranquilidade. O acompanhamento constante e o diálogo claro e empático favorecem o empoderamento da mulher gestante, que passa a compreender melhor o processo gestacional e a participar de forma ativa e segura de seu cuidado.

Ressalta-se ainda, a relevância do acesso ao pré-natal pelo sistema público de saúde, a importância do acompanhamento contínuo e a qualidade percebida do serviço:

“...Na minha gestação anterior eu fiz particular, não fiz pelo SUS. Então, está me dando uma experiência bem diferente. Eu consigo tirar mais dúvidas do que quando eu fazia no particular...Eu comentei com meus familiares, foi uma experiência que eu não esperava, porque eu achei que seria mais largado, mas não é...No particular era muito rápido a consulta, e aqui eu tenho mais tempo para tirar minhas dúvidas, e está sendo muito bom...” (G5).

“...quando eu descobri a gravidez, comecei a passar no particular. Pensei que seria mais fácil...só que foi ao contrário. Aí, quando comecei a passar aqui (SUS), foi bem mais fácil, porque a médica do particular não dava muita atenção, não...fiz o descaso de preencher as folhas que tem que preencher. Agora aqui foi bem mais fácil” (G7).

“...eu consegui ser acompanhada pelo SUS, e só tenho elogios. Então acho importante ressaltar isso também: que o atendimento do SUS foi onde eu realmente encontrei uma saída, foi onde eu encontrei realmente um pré-natal bom. O médico me acompanha, então isso também é um fator que precisa ser falado...” (G12).

As experiências das gestantes evidenciam que o acompanhamento pré-natal pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é percebido como um espaço de cuidado mais acessível, completo e atencioso em comparação às experiências anteriores no serviço particular. As narrativas apontam que o tempo dedicado às consultas, a possibilidade de esclarecer dúvidas e a atenção recebida pela equipe de saúde são elementos valorizados, o que configura o

pré-natal no serviço público como uma oportunidade de acompanhamento mais detalhado e satisfatório.

O SUS desempenha papel essencial no atendimento às gestantes de alto risco, ao buscar oferecer cuidados integrais e resolutivos às mulheres com maior vulnerabilidade materna e fetal (Menezes *et al.*, 2024).

A literatura evidencia que a identificação do perfil dessas gestantes e dos fatores que aumentam a vulnerabilidade materna é fundamental para o desenvolvimento de políticas públicas e estratégias de saúde mais eficazes na redução da mortalidade perinatal. Torna-se imprescindível que os profissionais de saúde qualifiquem o acompanhamento pré-natal, uma vez que o preenchimento adequado e a análise criteriosa da carteira de gestante possibilitam maior precisão na avaliação clínica e na detecção precoce de intercorrências (Fernandes; Araújo, 2022).

Em contrapartida, a efetividade do SUS manifesta-se na aplicação de recursos e na oferta de serviços voltados ao atendimento e ao acompanhamento adequados durante o pré-natal; contudo, ainda são observadas algumas falhas nesse processo. Discorre-se que a principal problemática não está na ausência de um serviço privado, mas na limitação da orientação realizada exclusivamente por um único profissional. Verifica-se que a adesão às recomendações é significativamente maior quando há uma atuação integrada entre médicos e enfermeiros, o que evidencia que uma assistência unificada, articulada e bem organizada resulta em melhores desfechos no acompanhamento da gestação, do parto e do puerpério, o que assegura um cuidado mais equitativo e efetivo (Marques *et al.*, 2021).

Apesar dos desafios, muitas gestantes relatam surpresa em relação à qualidade do atendimento recebido, o que contraria expectativas iniciais de descaso ou de limitação de recursos. Esse reconhecimento do SUS como uma alternativa eficaz e resolutiva reforça a relevância do serviço público na promoção da saúde materna e no acesso ao cuidado de qualidade, além de contribuir para a construção de experiências gestacionais mais participativas, informadas e humanizadas.

As falas das gestantes também revelam experiências de descuido e limitações na atenção pré-natal, ao evidenciar situações em que a desatenção, o atraso em encaminhamentos ou a ausência de cuidado especializado comprometeram a segurança e o bem-estar materno:

“...foi descoberto no início da gravidez, só que a médica não me encaminhou. Me encaminhou super tarde. Por isso que foi ficando alta (glicemia)...Tem alguns profissionais que são bastante difíceis, não ajudam. Tipo essa doutora que me acompanhou desde o início do meu pré-natal. Se ela tivesse ficado alerta do que eu falei...Eu comuniquei (sintomas e o que achava ser), e ela não gostou, porque acho que se sentiu como se não estivesse fazendo o papel dela de profissional...Mas se cuidasse desde o início, eu não estaria passando por isso agora...”(G2).

“...quando eu estava no ESF era acompanhada por clínico geral, então a gente não tem aquela confiança toda que a gente tem por um especialista. Porque, por exemplo, quando eu levei meu morfológico no ESF, eles não viram nenhuma alteração no exame. Eu que tive que falar a questão da artéria umbilical única. Eles nem souberam me dar um retorno sobre o que que a minha gestação era: para o alto risco ou não, o que ia acontecer...eles são generalistas, então eles não têm estudo aprofundado sobre a gestação e, às vezes, não sabem nem tirar as dúvidas que a gente tem. Eu levava dúvidas e eles não sabiam, por exemplo, eles não me prescreveram alguns medicamentos que é de protocolo prescrever, eu que tive que pedir pra prescrever...” (G11).

“Eu tive uma consulta (particular) um dia antes do sangramento, que foi uma consulta decepcionante, na qual o profissional não colocou a mão em mim. Se ele tivesse me avaliado clinicamente, ele teria visto...Então eu tive uma experiência totalmente negativa em uma consulta que eu paguei...” (G12).

...Na médica que eu passo (ESF), ela não faz nada. Ela só mede a barriga e escuta o coração da criança. Ai, meu Deus, isso eu faço na minha casa...Ela falou que lá é acompanhamento... (G16).

É fundamental que os profissionais de saúde adotem uma abordagem integral, ética e comprometida durante o pré-natal, a fim de prevenir falhas ou omissões no cuidado, que podem configurar formas de violência obstétrica. Tal postura torna-se ainda mais necessária diante da vulnerabilidade presente no início da gestação e dos riscos decorrentes de um acompanhamento inadequado, que podem resultar em complicações e impactos duradouros para a saúde materna e fetal (Oliveira *et al.*, 2025).

As experiências vivenciadas pelas gestantes evidenciam que a qualidade do cuidado pré-natal pode ser prejudicada quando há descaso, desatenção ou falta de especialização por parte dos profissionais de saúde. Situações em que sinais precoces de risco não foram identificados ou acompanhados adequadamente resultaram em complicações posteriores e aumento da insegurança materna.

Nesse sentido, a falta de atenção, escuta e acompanhamento qualificado, referida nos relatos das gestantes, aponta experiências de desassistência tanto na rede pública quanto na privada, marcadas por atrasos nos encaminhamentos e consultas superficiais, fatores que geram insegurança, frustração e desconfiança quanto à qualidade do cuidado recebido.

Ressalta-se, portanto, a importância do aprimoramento profissional como elemento essencial para assegurar um cuidado de qualidade às gestantes de alto risco. Entretanto, mais do que domínio técnico, é necessário que o profissional desenvolva sensibilidade e uma visão holística voltada às necessidades individuais, ao estabelecer vínculos de confiança e promover estratégias que estimulem a participação ativa das gestantes no acompanhamento pré-natal (Fernandes *et al.*, 2022).

Nessa perspectiva, Novais *et al.* (2022) reforçam a necessidade de que os enfermeiros integrem o saber técnico-científico às experiências e vivências das mulheres assistidas. Assim, reflete-se sobre o aprimoramento das práticas de cuidado humanizado, ao promover uma assistência mais sensível às singularidades das gestantes e destaca-se a importância da humanização.

O cuidado qualificado e a assistência adequada tornam a relação entre gestante e profissional de saúde mais satisfatória, uma vez que o acolhimento efetivo favorece o diálogo, o acesso a informações e o esclarecimento de dúvidas sobre o processo gestacional. O profissional, nesse contexto, configura-se como um importante aliado na promoção de um cuidado humanizado, e deve contribuir para a criação de um ambiente acolhedor, no qual as gestantes se sintam seguras para expressar suas preocupações e participar ativamente do acompanhamento inerente ao pré-natal (Sousa; Sousa, 2023).

Por fim, a assistência pré-natal à gestante de alto risco requer investimentos em políticas públicas, formação continuada dos profissionais de saúde, especialmente do enfermeiro, e a adoção de práticas centradas na mulher, que reconheçam sua singularidade e necessidades específicas. Nesse contexto, o enfermeiro desempenha papel central na coordenação e continuidade do cuidado, ao fortalecer o vínculo com a gestante e sua família.

A presença de uma equipe de saúde capacitada, aliada à valorização do vínculo entre profissionais e gestantes e à adoção de práticas humanizadas, constitui elemento essencial para assegurar uma experiência pré-natal mais segura, acolhedora e resolutiva (Monteiro *et al.*, 2025).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu compreender o percurso experienciado sobre a não aceitação da gestação, episódios de choro e a vivência de sentimentos como medo, preocupação, ansiedade, incerteza, insegurança e culpa diante do diagnóstico de alto risco. Portanto, a gestação de alto risco é frequentemente atravessada por intenso sofrimento emocional que muitas vezes se relaciona à preocupação em relação à segurança do feto.

As experiências negativas de perdas gestacionais anteriores também se destacam como um fator significativo para reativar sentimentos de fragilidade e vulnerabilidade previamente vivenciados por essas mulheres.

As falas das gestantes revelam desafios cotidianos vivenciados durante a gestação de alto risco: medições de glicemia, mudanças alimentares, uso contínuo de medicamentos, realização de exames, mal estar, internações hospitalares que se tornam experiências desgastantes porém necessárias para a saúde materna e fetal.

Para estas gestantes que vivenciam o alto risco, o cuidado conduzido com acolhimento, empatia e comunicação clara, promove segurança, confiança e bem-estar, algumas referenciam a melhor qualidade do cuidado prestado pelos profissionais no SUS.

Contudo, o estudo também evidenciou fragilidades na atenção prestada às gestantes, refletidas em atrasos nos encaminhamentos, consultas superficiais, falhas na comunicação, falta de especialistas e ausência de acolhimento adequado em alguns contextos. Tais situações revelam lacunas na formação e na sensibilidade profissional, que podem comprometer a qualidade da assistência e reforçam a necessidade de práticas mais integrais, éticas e humanizadas.

Nesse ínterim, o cuidado em situações de gestação de alto risco envolve dimensões físicas e emocionais que se entrelaçam e impactam significativamente a experiência materna. A atuação dos profissionais de saúde mostrou-se fundamental na construção de vínculos, na oferta de informações seguras e no fortalecimento da autonomia das mulheres. Esse vínculo, estabelecido a partir da escuta e do cuidado contínuo, foi reconhecido como fator importante para a adesão ao pré-natal e para o enfrentamento das questões emocionais e limitações impostas pela condição gestacional.

As vivências relatadas desvelam que o cuidado pré-natal de alto risco ultrapassa o campo biomédico, ao exigir abordagens interdisciplinares e estratégias educativas que

considerem as dimensões físicas e emocionais das gestantes. O fortalecimento da rede de atenção e a qualificação contínua das equipes de saúde, com destaque para o protagonismo do enfermeiro na coordenação do cuidado, são medidas imprescindíveis para garantir uma atenção segura, equitativa e centrada na mulher.

Como limitação, ressalta-se que o estudo foi desenvolvido com um número restrito de participantes, vinculadas a um contexto geográfico e institucional específico, o que pode limitar a generalização dos achados. Além disso, o recorte temporal e as particularidades socioculturais das participantes influenciaram as percepções sobre o cuidado recebido. Contudo, os resultados alcançados oferecem subsídios relevantes para a reflexão sobre a prática assistencial e para o aprimoramento das políticas e protocolos de atenção à gestante de alto risco, o que contribui para a qualificação do cuidado e a promoção de experiências gestacionais mais seguras, acolhedoras e humanizadas.

REFERÊNCIAS

ALDRIGHI, Juliane Dias; CARDOSO, Hérica de Lara; GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira; JORGE, Herla Maria Furtado; SOUZA, Silvana Regina Rossi Kissula; BENEDETT, Deise Cristine Forlin; TRIGUEIRO, Tatiane Herreira; WALL, Marilene Loewen. Unplanned pregnancy at advanced maternal age: analysis in light of Transition Theory. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 58, e20240172, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/BPVTC6vKpxNpMjyct8657zk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 out. 2025.

ALMEIDA, Juliana de Souza de; ALVEZ, Emily Marques, SODRÉ, Thelma Malagutti; PINTO, Keli Regiane Tomeleri da Fonseca; MEDEIROS, Fabiana Fontana; BERNARDY, Catia Campaner Ferrari. Feelings about birth by a group of high-risk pregnant women. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, n. 6, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/JN3WDqXTRYFPFPTJT3RVkKR/?lang=en>. Acesso em: 23 out. 2025.

ALVES, Thaynara Oliveira; NUNES, Raynara Laurinda Nascimento; SENA, Luis Henrique Alves de; ALVES, Fernanda Gonçalves; SOUZA, Aline Gomes Silva de; SALVIANO, Arianny Moreira; OLIVEIRA, Bruna Renata Duarte; SILVA, Dayane Indyara de Sá; LOPES, Laísa Martins; SILVA, Vinicius Duarte; ALMEIDA, Luanna Prates de; OLIVEIRA, Rayssa Danielle; JESUS, Ely Carlos Pereira de; RUAS, Sélen Jaqueline Souza; SANTOS, Márcio Alkmim; PEREIRA, Zilá Aparecida Soares; DIAS, Jannayne Lúcia Câmara. Gestação de alto risco: epidemiologia e cuidados, uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 4, p. 14860–14872, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/32690>. Acesso em: 5 out. 2025.

ALVES, Tuanne; BEZERRA, Martha. Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o Período Gestacional / Main Physiological and Psychological changes during the management period. **ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 14, n. 49, p. 114–126, 28 fev. 2020. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2324/3608>. Acesso em: 06 nov. 2025.

AMORIM, Tamiris Scoz; BACKES, Marli Terezinha Stein; CARVALHO, Karini Manhães de; SANTOS, Evangelia Kotzias Atherino dos; DOROSZ, Paula Andreia Echer; BACKES, Dirce Stein. **Gestão do cuidado de Enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde**. Escola Anna Nery, v. 26, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/HGs3P75mn7qwvnB8WCH6rVL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 out. 2025.

ANTONIOU, Eleni; STAMOULO, Panagiota; TZANOULINO, Maria-Dimitra; OROVOU, Eirini. Perinatal Mental Health: The Role and the Effect of the Partner – A Systematic Review. **Healthcare (Basel)**, v. 9, n. 11, art. 1572, 18 nov. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34828618/>. Acesso em: 23 out. 2025.

ANTONIOU, Evangelia; TZANOULINO, Maria-Dalida; STAMOULO, Pinelopi; OROVOU, Eirini. The important role of partner support in women's mental disorders during

the perinatal period: a literature review. **Maedica**, v. 17, n. 1, p. 194-200, mar. 2022. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9168558/>. Acesso em: 23 out. 2025.

AZEVEDO, Cíntia Costa da Silveira; HIRDES, Alice; VIVIAN, Aline Groff. Repercussões emocionais no contexto da gestação de alto risco. **International Journal of Development Research**, v. 10, n. 9, p. 40216-40220, 2020. Disponível em: <https://www.journalijdr.com/repercussões-emocionais-no-contexto-da-gestação-de-alto-risco>. Acesso em: 5 out. 2025.

AZEVEDO, Karen Fraga de; VIVIAN, Aline Groff. Representações maternas acerca do bebê imaginário no contexto da gestação de alto risco. **Diaphora**, v. 9, n. 1, 2020. Disponível em: <https://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/182/194>. Acesso em: 14 out. 2025.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa: **Edições 70**, 2016.

BASHTIAN, Maryam Hassanzadeh; IRANI, Morvarid; AFSHARI-SAFAVI, Alireza; KERAMATI, Fatemeh; FARAZMAND, Tooba; RAM, Roya. Evaluation of the relationship between worry and anxiety with the general health status of pregnant women at risk of diagnosing abnormalities. **Reproductive Health**, v. 22, n. 3, 2025. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-024-01925-8>. Acesso em: 14 out. 2025.

BEDASO, Asres; ADAMS, Jon; PENG, Wenbo; SIBBRITT, David. The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Reproductive Health**, v. 18, n. 162, 2021. Disponível em: https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-021-01209-5?utm_source#citeas. Acesso em: 14 out. 2025.

BLOCKSIDGE, Hope; HEAZELL, Alexander; WITTKOWSKI, Anja; SMITH, Debbie. The sorrow comes when I'm having moments of joy - experiences of parenting a live baby following a previous stillbirth: an interpretative phenomenological analysis. **Frontiers in Psychology**, v. 15, art. 1485278, 2024. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2024.1485278/full>. Acesso em: 23 out. 2025.

BORAH, Rinku; ROYCHOUDHURY, Parimita; YASMIN, Sabrina. Risk perceptions among high-risk pregnant women in an aspirational district of India: a qualitative study. **International Journal Of Community Medicine And Public Health**, [S. l.], v. 10, n. 7, p. 2479–2485, 2023. Disponível em: <https://www.ijcmph.com/index.php/ijcmph/article/view/11212>. Acesso em: 17 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas**

envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, DF, 12 jun. 2013. Disponível em:

https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view?utm_source Acesso em: 14 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **HUMANIZAÇÃO DO PARTO: HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 28 p.: il. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 05 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestação de alto risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 692 p.: il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 05 out. 2025.

BRASILIENSE, Janaina Pereira; CONTI, Kellen Cristina P. F.; SIMÃO, Mariana Paukoski; SANTOS, Rainete de Oliveira; MAGALHÃES, Andréa Batista. ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA EM OBSTETRÍCIA E PERINATALIDADE. **RCBSSP**, v. 2, n. 2, 2021. Disponível em: <https://app.periodikos.com.br/journal/rcbssp/article/6204553ba953955801721ab4>. Acesso em: 06 out. 2025.

CAN, Sevim Tuncer; YILDIZ, Sevler; TORUN, Raziye; OMEROGLU, Ibrahim; GOBALSI, Hakan. Levels of Anxiety, Depression, Self-Esteem, and Guilt in Women with High-Risk Pregnancies. **Journal of Clinical Medicine**, v. 13, n. 23, p. 7455, 2024. Disponível em: https://www.mdpi.com/2077-0383/13/23/7455?utm_source. Acesso em: 14 out. 2025.

CARVALHO, Laís Lage de; FERNANDES, Neimar da Silva; FERNANDES, Natália Maria da Silva; GRINCENKOV, Fabiane Rossi dos Santos. Aspectos psicossociais da gestação de alto risco: Análise de mulheres grávidas hospitalizadas. **Psico**, [S. l.], v. 52, n. 4, p. e36341, 2021. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/article/view/36341>. Acesso em: 5 out. 2025.

CHEMOUNY, Myrina; WENDLAND, Jaqueline. The experience of miscarriage and its impact on prenatal attachment during the following pregnancy: A mixed-methods study. **Midwifery**, v. 136, e104072, 2024. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613824001554>. Acesso em: 14 out. 2025.

CUENCA, Diana. Pregnancy loss: Consequences for mental health. **Frontier Global Women's Health**, v. 3, 2022. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/global-womens-health/articles/10.3389/fgwh.2022.1032212/full>. Acesso em: 14 out. 2025.

CUNHA, Luísa Vieira; SIQUEIRA, Evelyn Odete Quintão Zacarias; AMARAL, Muriel Costa; FRANCO, Priscila Faria; GUERRA, Maria Luiza Alves; VIEIRA, Hugo Henrique de Menezes; MAIA, Enzo Cardoso; AGUIAR, Manuela Guerra Pacífico de; MARTINS, Elaine Mulgrabi Silva; NETO, Vladimir Magalhães Seixas; UBIRAJARA, Leticia D'Almeida;

BESSA, Paulo Henrique Costa de; GANDOLFO, Cristyan Pantaleão; TAVARES, Miriam Linhares; TÔLEDO, Heitor de Carvalho. A importância do apoio social no período gravídico-puerperal. **Brazilian Journal of One Health**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 655–659, 2025. Disponível em: <https://brjohealth.com/index.php/ojs/article/view/144>. Acesso em: 6 out. 2025.

DONEGAN, Gemma; NOONAN, Maria; BRADSHAW, Carmel. Parents' experiences of pregnancy following perinatal loss: An integrative review. **Midwifery**, v. 121, p. 103673, 2023. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613823000761?via%3Dihub#abs0001>. Acesso em: 23 out. 2025.

ERRICO, Lívia; BICALHO, Paula; OLIVEIRA, Thaize; MARTINS, Eunice. The work of nurses in high-risk prenatal care from the perspective of basic human needs. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 3, p. 1257–1264, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/VZYWczTcsFF6PBPS96DCjZh/?lang=pt>. Acesso em: 6 nov. 2025.

ESTHER, Adeyemo Queen; YAHAYA, Haphsheitu; ESTHER, Ajayi O.; ABOAGYE-MESAH, Priscilla; BLESSING, Adeyemo J.; IKOME, Theckla E. A Scoping Review on Influence of Socioeconomic Status on Antenatal Care Utilization and Pregnancy Outcomes in Sub-Saharan Africa. **MedRxiv**, 2024. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2024.01.11.24301063v1.full.pdf+html>. Acesso em: 5 out. 2025.

FATIMAH, Okta; ANDARI, Istiqomah; HIDAYAH, Seventina. Emotional Experiences of Mothers with High-Risk Pregnancy in the Third Trimester. **Jurnal Kesehatan**, p. 325–333, 11 dez. 2024. Disponível em: <https://journals2.ums.ac.id/jk/article/view/7175/2077>. Acesso em: 06 nov. 2025.

FERNANDES, Danielle Lamon; GOMES, Elisângela do Nascimento Fernandes; SOUZA, Alessandra da Silva; GODINHO, Jannaina Sther Leite; SILVA, Eliara Adelino do; SILVA, Geisa Sereno Velloso da. HIV em gestantes e os desafios para o cuidado no pré-natal. **Revista PRÓ-UNIVERSUS**, v. 13, n. 1, 2022. Disponível em: <https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/3123>. Acesso em: 01 nov. 2025.

FERNANDES, Denise Mota Araripe; ARAÚJO, Maria Helena Pereira de. Pré-natal de alto risco em serviços públicos: revisando perfis epidemiológicos e sociais. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba**, v. 1, n. 3, 2023. Disponível em: <https://rfcm.emnuvens.com.br/revista/article/view/53>. Acesso em: 04 nov. 2025.

FERNANDES, Maira Julyê Mota; FERREIRA, Cintia Bragheto. Percepções de gestantes com diabetes mellitus gestacional: diagnóstico, hospitalização e enfrentamentos. **REFACS**, v. 8, n. 3, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Cintia_Bragheto_Ferreira/publication/341582381_Perce

pcoes_de_gestantes_com_diabetes_mellitus_gestacional_diagnostico_hospitalizacao_e_enfrentamentos/links/5ecd998192851c9c5e5f50e3/Percepcoes-de-gestantes-com-diabetes-mellitus-gestacional-diagnostico-hospitalizacao-e-enfrentamentos.pdf. Acesso em: 04 nov. 2025.

FERNANDEZ-PINEDA, Madeline; SWIFT, Alison; DOLBIER, Christyn; BANASIEWICZ, Kaitlin. Compounding stress: A mixed-methods study on the psychological experience of miscarriage amid the COVID-19 pandemic. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 24, n. 1, 13 jun. 2024. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-024-06610-z#citeas>. Acesso em 06 nov. 2025.

FERREIRA, Pedro Bonilauri; FARAH, Felipe; STEPIC, Guilherme Schroder; GAUZA, Mateus de Miranda; SILVA, Rodrigo Ribeiro e; SILVA, Jean Carl. Desfechos adversos gestacionais relacionados à hipertensão arterial crônica. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 33, e33108, 2023. Disponível em: <https://www.rmmg.org/artigo/detalhes/4008>. Acesso em: 05 out. 2025.

FERREIRA, Samuel; SOARES, Marilu; CECAGNO, Susana; ALVES, Camila; SOARES, Tatiane; BRAGA, Luiza. Cuidado de enfermagem na ótica das gestantes de alto risco. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 143–150, 2019. DOI: 10.18554/refacs.v7i2.3410. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/3410>. Acesso em: 6 nov. 2025.

FERREIRA, Sayonara Natália; LEMOS, Marina Pereira; SANTOS, Walquíria Jesusmara. Representações sociais de gestantes que frequentam serviço especializado em gestações de alto risco. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, [S. l.], v. 10, 2020. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/3625>. Acesso em: 31 out. 2025.

FIGUEIREDO, Eric Renato Lima; MIRANDA, Claudia do Socorro Carvalho; CAMPOS, Ana Cristina Viana; GOMES, Fabiana de Campos; RODRIGUES, Cibele Nazaré Câmara; MELO-NETO, João Simão de. Influence of sociodemographic and obstetric factors on maternal mortality in Brazil from 2011 to 2021. **BMC Women's Health**, v; 24, n. 84, 2024. Disponível em: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-024-02925-3>. Acesso em: 04 out. 2025.

FISCH, Sam; ANDERSON, Daniel; DELERY, Lacey; SCHOELLMANN, Karis. Fatherhood Engagement Literature Review. **Data Center**, 2021. Disponível em: <https://partnersforfamilyhealth.org/wp-content/uploads/2022/01/Fatherhood-Engagement-Lit-Review-Data-Center-10.2021.pdf>. Acesso em: 23 out. 2025.

FRANÇA, Vanessa Bandeira de; FERREIRA, Shirley Kellen; RAMOS, Thallita de Freitas. HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DURANTE O PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. **Revista Ibero-Americana de**

Humanidades, Ciências e Educação, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 2033–2048, 2024. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/12766>. Acesso em: 1 nov. 2025.

FREITAS, Rebecca Caetano de; GOMES, João Vitor Teixeira; FIRMO, Jayanne Alencar; MARTINHO, Victor Daniel Gomes; VITURINO JÚNIOR, José Carlos; SILVA, Luisiane de Avila. Importance of a prenatal care performed by a multidisciplinary team. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 13, n. 3, p. e10813345350, 2024. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/rsd/article/view/45350>. Acesso em: 1 nov. 2025.

GADELHA, Ivyna Pires; AQUINO, Priscila de Souza; BALSELLS, Marianne Maia Dutra; DINIZ, Flaviane Fabrício; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra; RIBEIRO, Samila Gomes; CASTRO, Régia Christina Moura Barbosa. Qualidade de vida de mulheres com gravidez de alto risco durante o cuidado pré-natal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. e20190595, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/YZ5QftCZvqHvF5WVrXKS5gv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 out. 2025.

HELMERSEN, Maria; SØRENSEN, Monica; LUKASSE, Mirjam; LAINE, Heli Katariina; GARNWEIDNER-HOLME, Lisa. Women's experience with receiving advice on diet and Self-Monitoring of blood glucose for gestational diabetes mellitus: a qualitative study. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 39, n. 1, p. 44-50, 2021. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7971282/?utm_source. Acesso em: 14 out. 2025.

HOUVÈSSOU, Gbènamkpon Mathias; FARIÁS-ANTÚNES, Simone; BERTOLDI, Andréa D.; SILVEIRA, Mariângela Freitas da. Demand and unmet need for modern contraception among mothers from a Pelotas Birth Cohort. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/X73Ffwb4s9JMscqpKWjKcqK/?format=html&lang=en>. Acesso em: 04 out. 2025.

ISAACS, Nazeema Zainura; ANDIPATIN, Michelle Glenda. A systematic review regarding women's emotional and psychological experiences of a high-risk pregnancy. **Midwifery**, v. 83, 2020. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7197168/>. Acesso em: 31 out. 2025.

JIA, Cai-Li; WANG, Li-Jun; LI, Li-Hong; LU, Ya-Juan; YANG, Yue. Factors Influencing Adherence to Dietary Interventions Among Patients with Gestational Diabetes Mellitus in China: A Qualitative Study Based on the COM-B Model. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, v. 18, p. 4653-4663, 2025. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12335251/>. Acesso em: 14 out. 2025.

LAGO, Alice Ferreira Nogueira Sekeff do; PINHEIRO, Érica Mendonça; LAGO, Juliana Miranda; NORONHA, Maria Eduarda Couto; ROSSINI, Yorrana Silva Demozzi; COSTA, Maurício José Morais. GESTAÇÃO EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE: relato de caso abordando problemas socioeconômicos. **Revista de Estudos Multidisciplinares UNDB**, [S. l.], v. 4, n. 2, 2025. Disponível em: <https://periodicos.undb.edu.br/index.php/rem/article/view/273>. Acesso em: 5 out. 2025.

LI, Xilian; WANG, Rongmin; XIA, Xian; SHI, Dongdong; GONG, Lili; GAO, Biao. Psychological distress and pregnancy outcomes in early-stage gestational hypertension: a case-control study from China. **PeerJ**, v. 13, e19574, 2025. Disponível em: <https://peerj.com/articles/19574/>. Acesso em: 17 out. 2025.

LIM, Weng Marc. What Is Qualitative Research? An Overview and Guidelines. **Australasian Marketing Journal**, v. 33, n. 2, p. 199-229, 2024. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/14413582241264619>. Acesso em: 13 set. 2025.

LIMA, Cássio de Almeida; BRITO, Maria Fernanda Santos Figueiredo; PINHO, Lucineia de; RUAS, Sélen Jaqueline Souza; MESSIAS, Romerson Brito; SILVEIRA, Marise Fagundes. Maternal-fetal attachment and interrelated factors in pregnant women assisted in Primary Health Care. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 32, e4404, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/6mxYy3Y8nNwNMvwHtQrFZyj/?format=html&lang=en>. Acesso em: 17 out. 2025.

LIMA, Naiara Brasil; FARIAS, Rosa Albertina Moura; CARVALHO, Samara Cândido de; ANDRADE, Jennysser Oliveira da Silva. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS GESTANTES DE ALTO RISCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO PRÉ-NATAL – UMA REVISÃO INTEGRATIVA. **Revista FT**, v. 29, n. 147, 2025. Disponível em: <https://revistaft.com.br/assistencia-de-enfermagem-as-gestantes-de-alto-risco-na-atencao-primaria-a-saude-estrategias-para-o-cuidado-pre-natal-uma-revisao-integrativa/>. Acesso em: 04 nov. 2025.

LÖSCH, Silmara; RAMBO, Carlos Alberto; FERREIRA, Jacques Lima. A pesquisa exploratória na abordagem qualitativa em educação. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, v. 18, n. 00, p. e023141, 2023. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/17958>. Acesso em: 3 out. 2025.

MACHADO, Raphaela Corrêa Monteiro; BAIÃO, Mirian Ribeiro; SAUNDERS, Cláudia; SANTOS, Karina dos; SANTOS, Marta Maria Antonieta de Souza. A gestante e o processo de viver com diabetes mellitus. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 29, n. 4, 595–603, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/tFdM84dq6gRNhxfS8PzFsJs/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2025.

MAGALHÃES, Daniela Mendes dos Santos, BERNARDES, João Marcos; RUIZ-FRUTOS, Carlos; GÓMEZ-SALGADO, Juan; CALDERON, Iracema de Mattos Paranhos; DIAS, Adriano. Predictive Factors for Severe Maternal Morbidity in Brazil: A Case-Control Study. **Healthcare (Basel)**, v. 9, n. 3, p. 335, 2021. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8002207/>. Acesso em: 3 out. 2025.

MARQUES, Bruna Letícia; TOMASI, Yaná Tamara; SARAIVA, Suelen dos Santos; BOING, Antonio Fernando; GEREMIA, Daniela Savi. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 1, p. e2020, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/hR4MwpCd88cvTfs9ksLJGFs/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 04 nov. 2025.

MCNAMARA, Josephine; RISI, Alixandra; BIRD, Amy L.; TOWNSEND, Michelle L.; HEBERT, Jane S. The role of pregnancy acceptability in maternal mental health and bonding during pregnancy. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 22, p. 247, 2022. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8966290/>. Acesso em: 05 out. 2025.

MEDEIROS, Fabiana Fontana; SANTOS, Izabel Dayana de Lemos; FRANCHI, Juliana Vicente de Oliveira; CALDEIRA, Sebastião; FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta; PELLOSO, Sandra Marisa; HADDAD, Maria do Carmo Fernandez Lourenço; CARDELLI, Alexandrina Aparecida Maciel. Avaliação pré-natal da gestação de alto risco na atenção primária e ambulatorial especializada: estudo misto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, n. 5, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/PtNnJ9tXbN3tJhJp7VV77hr/?lang=pt>. Acesso em: 05 out. 2025.

MENEZES, Brenna do Nascimento; GUIMARÃES, Carla Fernanda Oliveira; NOGUEIRA, Francieli de Oliveira Costa; NASCIMENTO, Hilana Cristinna Gomes; DELAZARI, Izabelly Kuznik; DUARTE, Laís Leite; FIUZA, Laura Farias dos Santos; MUNIZ, Maria Tereza Ferreira Mesquita; MENSCH, Monika. O atendimento de gestações de alto risco pelo SUS: Uma revisão da literatura. **X Fórum Rondoniense de Pesquisa**, v. 10, n. 1, p. 1-4, 2024. Disponível em: <https://jiparana.emnuvens.com.br/foruns/article/view/1443/917>. Acesso em: 04 nov. 2025.

MIRABELLI, Maria; TOCCI, Vera; DONNICI, Alessandra; GIULIANO, Stefania; SARNELLI, Paola; SALATINO, Alessandro; GRECO, Marta; PUCCIO, Luigi; CHIEFARI, Eusebio; FOTI, Daniela Patrizia; BRUNETTI, Antonio. Maternal Preconception Body Mass Index Overtakes Age as a Risk Factor for Gestational Diabetes Mellitus. **Journal of Clinical Medicine**, v. 12, n. 8, p. 2830, 2023. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2077-0383/12/8/2830>. Acesso em: 05 out. 2025.

MOCHIZUKI, Chikako; MOCHIZUKI, Yukiko. Psychological Changes in the First Trimester of Pregnancy and Role in Couples for New Family Formation among Primiparous Women. **Scientific Research**, v. 17, n. 04, 2025. Disponível em: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=142072>. Acesso em: 05 out. 2025.

MOHAMMADI, Solmaz; SHOJAEI, Kobra; MARAGHI, Elham; MOTAGHI, Zahra. Care Providers' Perspectives on Quality Prenatal Care in High-risk Pregnancies: A Qualitative Study. **International Journal of Community Based Nursing and Midwifery**, v. 11, n. 2, p. 122-134, 2023. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10126442/>. Acesso em: 14 out. 2025.

MONTEIRO, Kelly Sayonara Ferreira; QUENTAL, Ocilma Barros de; SOUZA, Anne Caroline de; MEIRA, Ingrid Andrade. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS GESTANTES DE ALTO RISCO NO BRASIL. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 11, n. 6, p. 2076–2100, 2025. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/19801>. Acesso em: 01 nov. 2025.

MOURA, Bruna Gabriela Macêdo; BARBOSA, Valéria Raquel Alcântara. “Aspectos psicológicos que atravessam a gestação de alto risco no processo de hospitalização prolongada em Maternidade Estadual do Piauí”. **Revista Foco**, v. 17, n. 4, p. e4760, 2024. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/4760>. Acesso em: 23 out. 2025

NAGAI, Michelly Martins; ZANETTI, Maria Olívia Barbosa; LEMOS, Carla Assad; CAMPOS, Marília Silveira de Almeida; AYRES, Lorena Rocha; DUARTE, Geraldo; PEREIRA, Leonardo Régis Leira. High-risk pregnancy: characterization of medication use profile and association with clinical and sociodemographic factors. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 22, n. 3, p. 609-629, 2022. Disponível em: Acesso em: <https://rbsmi.org.br/how-to-cite/5966/pt-BR>. 18 out. 2025.

NOVAIS, Cícero Anderson Lourenço Moreira; NOVAIS, Érica Lourenço Moreira; CECÍLIO, Caio Vittor Callou; RAMALHO, Cicero Lucas Gomes; ROCHA, Rhavena Maria Gomes Sousa. A Humanização na Assistência de Enfermagem Durante o Pré-Natal no Âmbito da Estratégia Saúde da Família. **ID on line. Revista de psicologia**, [S. l.], v. 16, n. 61, p. 319–333, 2022. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3528>. Acesso em: 1 nov. 2025.

NUNES, Maria Brena Lopes; OLIVEIRA, Talita Jácome de; SILVA JUNIOR, José Antonio da and NASCIMENTO, Ellany Gurgel Cosme do. Sentimentos da mulher frente a gestação de alto risco. **Enfermería Actual de Costa Rica**, [S. l.], 2024, n.46, e58441, 2024. Disponível em: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140945682024000100001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 out. 2025.

OLIVEIRA, Fabrícia Araújo de; SILVA, Gustavo Iltemberg Sousa. Intervenções de enfermagem no pré-natal de alto risco: revisão integrativa. **Revista Saber Digital**, v. 18, n. 2, e20251812, 2025. Disponível em: <https://revistas.faa.edu.br/SaberDigital/article/view/1745/1055>. Acesso em: 18 out. 2025.

OLIVEIRA, Maira Lohana Azevedo de; LOPES, Poliana Azevedo; CRUZ, Stephanie Pinheiro; BATALHA, Vitória Hilário; SALES, Cleomirtes da Silva. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PRÉ-NATAL DE ADOLESCENTES. **Revista Contemporânea**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. e7296, 2025. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/7296>. Acesso em: 1 nov. 2025.

PARKES, Jenny; DATZBERGER, Simone; NAGAWA, Rehema; MUSENZE, Junior; KASIDI, Joan; BHATIA, Amiya; NAKER, Dipak; DEVRIES, Karen. Unintended pregnancies in the lives of young people in Luwero, Uganda: a narrative analysis. **Culture Health & Sexuality**, v. 26, n. 9, p. 1201–1216, 5 fev. 2024. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/13691058.2024.2305820?needAccess=true>. Acesso em: 06 nov. 2025.

PASCHOALINO, Thamiris Aparecida; AMORIM, Lucimar Freitas de. CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA NO MANEJO DO ESTRESSE E ANSIEDADE DURANTE A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO. **FUPAC**, 2024. Disponível em: <https://ri.unipac.br/repositorio/wp-content/uploads/tainacan-items/282/318254/THAMIRIS-A-PARECIDA-PASCHOALINO-CONTRIBUICOES-DA-PSICOLOGIA-NO-MANEJO-DO-E-STRESSE-PSICOLOGIA-2024.pdf>. Acesso em: 18 out. 2025.

PAZ, Maria do Socorro Meira; DINIZ, Raquel de Moura Campos; ALMEIDA, Milene de Oliveira; CABRAL, Nadine Oliveira; ASSIS, Thais Josy Castro Freire de; SENA, Milleny Fernandes de; PONTES, Viviann Alves de; BORGES, Natália Mota da Silva; MENDES, Cristina Katya Torres Teixeira. Análise do nível de ansiedade na gestação de alto risco internadas na maternidade do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) da Universidade Federal da Paraíba. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 22, n. 2, p. 1-10, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/bSkgxQf3nNgVpWJdrh8LfCw/>. Acesso em: 23 out. 2025.

PEREIRA, Alexandre Aguiar; RODRIGUES, Ivaneide Leal Ataíde; NOGUEIRA, Laura Maria Vidal; PALMEIRA, Iací Proença; NUNES, Heliana Helena de Moura; ANDRADE, Erlon Gabriel Rego de; SILVA, Fabiane Oliveira da. Representações sociais de mulheres grávidas sobre a gestação de alto risco: repercussões para assistência pré-natal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 57, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reesp/a/G8VZDdhQJGVT6nzKFrnXYbx/?lang=pt>. Acesso em: 04 nov. 2025.

REDONDO, Mar Miguel; LIEBANA-PRESA, Cristina; PÉREZ-RIVERA, Javier; MARTÍN-VÁZQUEZ, Cristina; CALVO-AYUSO, Natalia; GARCÍA-FERNÁNDEZ, Rubén. Exploring Self-Perceived Stress and Anxiety Throughout Pregnancy: A Longitudinal Study. **Diseases**, v. 13, n. 4, p. 121, 2025. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12026303/>. Acesso em: 23 out. 2025.

ROCHA, João Batista Francalino da. BEZERRA, Italla Maria Pinheiro; OLIVEIRA, Elyecleyde Katiane da Silva; SENA, Aline Bergamini Effgen; LEITÃO, Francisco Naildo Cardoso; ABREU, Luiz Carlos de. Space-time trends in fetal mortality in Brazil, 1996–2021. **Revista de Saúde Pública**, v. 59, e2, 2025. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2025.v59/e2/pt/#>. Acesso em: 14 out. 2025.

RODRIGUES, Antonia Regynara Moreira; RODRIGUES, Dafne Paiva; SILVEIRA, Maria Adelaide Moura da; PAIVA, Antonia de Maria Gomes; FIALHO, Ana Virgínia de Melo; QUEIROZ, Ana Beatriz Azevedo. Hospitalização na gravidez de alto risco: representações sociais das gestantes. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 5 n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3882/388264768008/388264768008.pdf>. Acesso em: 14 out. 2025.

RODRIGUES, Débora Batista; BACKES, Marli Terezinha Stein; DELZIOVO, Carmem Regina; SANTOS, Evangelia Kotzias Atherino; DAMIANI, Patrícia da Rosa; VIEIRA, Vanessa Maria. Complexidade do cuidado da gestante de alto risco na rede de atenção à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 43, 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rngenf/a/LYYcKsHxjFvT3M5MKsByCHk/?lang=pt>. Acesso em: 05 out. 2025.

ROESLER, Anna; BUTTEN, Kaley; TAYLOR, Pennie; MORRISON, Melinda; VARNFIELD, Marlien; HOLMES-TRUSCOTT, Elizabeth. The experiences of individuals who have had gestacional diabetes: A qualitative exploration. **Diabetic Medicine**, v. 41, n. 11, e15374, 2024. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dme.15374>. Acesso em: 14 out. 2025.

ROLIM, Nathalie Ramos Formiga; GABRIEL, Igor de Sousa; MOTA, Amanda Seabra; QUENTAL, Ocilma Barros de. FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A CLASSIFICAÇÃO DA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: REVISÃO INTEGRATIVA: FACTORS THAT CONTRIBUTE TO THE CLASSIFICATION OF HIGH-RISK PREGNANCY: INTEGRATIVE REVIEW. **Brazilian Journal of Production Engineering**, v. 6, n. 6, p. 60–68, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/bjpe/article/view/31055>. Acesso em: 5 out. 2025

RUAN, Ji-Ming; WU, Ling-Juan. Postpartum depression and partner support during the period of lactation: Correlation research and its influencing factors. **World Journal of Psychiatry**, v. 14, n. 1, p. 119–127, jan. 2024. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10845228/>. Acesso em: 23 out. 2025.

SANINE, Patrícia Rodrigues; Venâncio, Sonia Isoyama; SILVA, Fernanda Luz Gonzaga da; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Desvelando o cuidado às gestantes de alto risco em serviços de atenção primária do Município de São Paulo, Brasil: a ótica dos profissionais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 11, e00286120, 2021. Disponível em: https://repositorio.usp.br/directbitstream/366e10b7-141b-4ac7-bb51-2d7ede5e6337/HSP_73_2021.pdf. Acesso em: 5 out. 2025.

SANTOS, Celine Veras dos; ARAÚJO Danielle Soares de; PACHÊCO, Laylla Mayara Portela; SOARES, Maria Helena Lopes; GOMES, Maria Ivanilde de Sousa; ARAÚJO, Raquel Vilanova. Assistência de enfermagem à gestantes de alto risco. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 10, e113121043521, 2023. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/374878445_Assistencia_de_enfermagem_a_gestantes_de_alto_risco#read. Acesso em: 01 nov. 2025.

SANTOS, Emily Caroliny Manesco dos; SOUZA, Jacqueline Danesio de. ALTERAÇÃO DA COMPOSIÇÃO ALIMENTAR DE GESTANTES DE ALTO RISCO EM RAZÃO DA PANDEMIA DE COVID-19. **Revista Foco**, v. 17, n. 9, e6066, p. 01-19, 2024. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/6066/4390>. Acesso em: 14 out. 2025.

SCHINDLER, Laura Moreira. **O cuidado na atenção primária em saúde: a importância da comunicação efetiva e do acolhimento à gestante durante o pré-natal** [Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/28705>. Acesso em: 01 nov. 2025.

SHOJAEIAN, Zahra; KHADIVZADEH, Talat; SAHEBI, Ali; KARESHKI, Hossein; TARA, Fatemeh. Perceived Risk in Women with High Risk Pregnancy: A Qualitative Study. **Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research**, v. 26, n. 2, p. 168-174, 2021. Disponível em: https://journals.lww.com/jnmr/fulltext/2021/26020/perceived_risk_in_women_with_high_risk_pregnancy_.13.aspx. Acesso em: 14 out. 2025.

SHOLIKAH, Siti Mar'atus; NURWULANSARI, Fitria; AINI, Elfira Nurul; WARDOYO, Slamet; PRAMUDITA, Jessica Juan. The role of continuity of care in high-risk pregnant women: improving family independence and reducing pregnancy complications. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 9, p. 1018332, 2025. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11696369/>. Acesso em: 01 nov. 2025.

SHREFFLER, Karina M.; SPIERLING, Tiffany N.; JESPERSEN, Jens E.; TIEMEYER Stacy. Pregnancy intendedness, maternal-fetal bonding, and postnatal maternal-infant bonding. **Infant Mental Health Journal**, v. 42, n. 3, p. 362-373, 2021. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8175017/>. Acesso em: 14 out. 2025.

SILVA, Eli Borges de Freitas; SANTOS, Jéssica Diodino da Silva; AUTOR, Jovânia Marques de Oliveira e Silva; LEANDRO, Vinicius Luiz Farias Oliveira. O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO. **Enfermagem em Foco**, v. 15, e-2024119, 2024. Disponível em: https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2357-707X-enfoco-15-e-2024119/2357-707X-enfoco-15-e-2024119.pdf. Acesso em: 05 out. 2025.

SILVA, Flaviane de Lima Pereira; COUTINHO, Diógenes José Gusmão. ANSIEDADE NA GESTAÇÃO: MEDOS E EXPECTATIVAS DE GESTANTES FRENTE AO PARTO E A MATERNIDADE. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 11, n. 6, p. 5063–5076, 2025. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/20101>. Acesso em: 31 out. 2025.

SOARES, Bruna; VIVIAN, Aline Groff Vivian; SOMMER, Jussara Alves Pinheiro. Apego materno-fetal, ansiedade e depressão na gestação de alto risco. **Concilium**, v. 22, n. 2, p. 36-49, 2022. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/358518380_Apego_materno-fetal_ansiedade_e_depressao_na_gestacao_de_alto_risco. Acesso em: 05 out. 2025.

SOUSA, Sara de Caldas Costa; SOUSA, Milena Nunes Alves de. Importância do cuidado médico frente às gestantes na atenção primária em saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 2, p. e11822, 2023. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/11822>. Acesso em: 01 nov. 2025.

SOUSA, Tayná Beatriz Evangelista de; LINS, Ana Carolina Araújo de Almeida. Repercussões psicológicas da gestação em curso em mulheres com histórico de perda. **Pesquisas e Práticas. Psicossociais**, v. 15, n. 2, 2020. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1809-89082020000200005&script=sci_arttext. Acesso em: 23 out. 2025.

SOUZA, Virginia Ramos dos Santos; MARZIALE, Maria Helena Palucci; SILVA, Gilberto Tadeu Reis; NASCIMENTO, Paula Lima. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, 2021, Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/sprbhNSRB86SB7gQsrNnH7n/#>. Acesso em: 03 out. 2025.

STEEN, Mary; FRANCISCO, Adriana Amorim. Maternal Mental Health and Wellbeing. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 4, p. 03-16, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/vXhdpMXHcDxW6J8CdCwkRHy/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 03 out. 2025.

TADANKI, Divya; KAZA, Pranitha S.; MEISINGER, Elliana; SYED, Ariana; JOHNSON, Asha; BAINBRIDGE, Garen; CHO, Michelle; ANIGBOGU, Chikaima; GUPTA, Gargi. Comprehensive Review of the Impact of Maternal Stress on Fetal Development. **Pediatric Discovery**, v. 3, n. 3, e70004, 2025. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12483304/>. Acesso em: 23 out. 2025.

TINTORI, Janaina Aparecida; MENDES, Lise Maria Carvalho; MONTEIRO, Juliana Cristina dos Santos; GOMES-SPONHOLZ, Flávia. **Epidemiologia da morte materna e o desafio da qualificação da assistência**. *Acta paul enferm [S. I.]*, v. 35, eAPE00251, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/HYMZJ8NRfyM77wNsWHxgmsr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 06 out. 2025.

TONG, Allison; SAINSBURY, Peter; CRAIG, Jonathan. Consolidated criterion for reporting qualitative research (COREQ): a 32- item checklist for interviews and focus group. **International Journal of Qualitative in Health Care**, Oxford – UK, v. 19, n. 6, p. 349–357, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17872937/>. Acesso em: 03 out. 2025.

UYANIK, Abdurrahim; KOÇ, Gülten; ARDIÇ, Mesut. The effect of pregnancy health literacy on risk perception in pregnancy and pregnancy anxiety. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 25, p. 664, 2025. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12145611/>. Acesso em: 23 out. 2025.

VEGA-SANZ, María; GOÑI-DENGRÁ, Sofia; HALTY, Amaia; BERÁSTEGUI, Ana; SÁNCHEZ-LOPEZ, Álvaro. An analysis of key factors related to adaptation during pregnancy that contribute to the risk of perinatal depression. **Women's Health**, v. 21, 2025. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/17455057251340822>. Acesso em: 31 out. 2025.

WALSH, ALISON R.; DOVE-MEDOWS, EMILY. Experiences of blame among pregnant Black women during prenatal care. **Journal of Racial and Ethnic Health Disparities**, v. 2, p. 1-9, 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40106185/>. Acesso em: 31 out. 2025.

WANDERLEY, Herydiane; FREIRE, Natália; GOMES, Rafael; SOUZA, Dennis; FARIA, Marcelo. O ENFRENTAMENTO DO INTERNAMENTO HOSPITALAR PELA GESTANTE DE ALTO RISCO. **Revista Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 23, n. 1, p.

345-352, 2022. Disponível em:

https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862022000100345. Acesso em: 04 nov. 2025.

WANG, Nan; LIU, Yunjie; AI, Jianmin; NIE, Jingchun; YANG, Jie. The association between unintended pregnancy and maternal mental health in rural China. **Frontiers in Public Health**, v. 13, p. 1498473, 2025. Disponível em:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11925795/>. Acesso em: 14 out. 2025.

WANG, Yu; WANG, Wenjing; LEI, Shengyao; LIU, Yun; MENG, Lulu; RU, Ping; SU, Xiujuan; YANG, Xiaoning; LI, Yan; NI, Xiaotian; WANG, Ling; LIU, Ming. Association between history of pregnancy loss and preterm birth: the mediating role of maternal anxiety. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 25, n. 958, 2025a. Disponível em:

<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-025-08060-7#citeas>. Acesso em: 17 out. 2025.

ZANG, Yue; DING, Weijie; WU, Tingting; WU, Songtao; WANG, Hui; FAWAD, Muhammad; ADANE, Aquiles Awoke; DAI, Xiaochen; ZHU, Xiaogin; XU, Xiaolin. Pregnancy with multiple high-risk factors: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Global Health**, v. 15, p. 04027, 2025. Disponível em:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11893144/>. Acesso em: 03 out. 2025.

**ANEXO A – CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE
RESEARCH (COREQ) - VERSÃO EM PORTUGUÊS**

Critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa		
Nº do item	Tópico	Perguntas/Descrição do Guia
Domínio 1: Equipe de pesquisa e reflexividade		
Características pessoais		
1	Entrevistador/facilitador	Qual autor (autores) conduziu a entrevista ou o grupo focal?
2	Credenciais	Quais eram as credenciais do pesquisador? Exemplo: PhD, médico.
3	Ocupação	Qual a ocupação desses autores na época do estudo?
4	Gênero	O pesquisador era do sexo masculino ou feminino?
5	Experiência e treinamento	Qual a experiência ou treinamento do pesquisador?
Relacionamento com os participantes		

6	Relacionamento estabelecido	Foi estabelecido um relacionamento antes do início do estudo?
7	Conhecimento do participante sobre o entrevistador	O que os participantes sabiam sobre o pesquisador? Por exemplo: objetivos pessoais, razões para desenvolver a pesquisa.
8	Características do entrevistador	Quais características foram relatadas sobre o entrevistador/facilitador? Por exemplo, preconceitos, suposições, razões e interesses no tópico da pesquisa.
Domínio 2: Conceito do estudo		
	Estrutura teórica	
9	Orientação metodológica e teoria	Qual orientação metodológica foi declarada para sustentar o estudo? Por exemplo: teoria fundamentada, análise do discurso, etnografia, fenomenologia e análise de conteúdo.
	Seleção de participantes	
10	Amostragem	Como os participantes foram selecionados? Por exemplo: conveniência, consecutiva, amostragem, bola de neve.
11	Método de abordagem	Como os participantes foram abordados? Por exemplo: pessoalmente, por telefone, carta ou e-mail.

12	Tamanho da amostra	Quantos participantes foram incluídos no estudo?
13	Não participação	Quantas pessoas se recusaram a participar ou desistiram? Por quais motivos?
Cenário		
14	Cenário da coleta de dados	Onde os dados foram coletados? Por exemplo: na casa, na clínica, no local de trabalho.
15	Presença de não participantes	Havia mais alguém presente além dos participantes e pesquisadores?
16	Descrição da amostra	Quais são as características importantes da amostra? Por exemplo: dados demográficos, data da coleta.
Coleta de dados		
17	Guia da entrevista	Os autores forneceram perguntas, instruções, guias? Elas foram testadas por teste-piloto?
18	Repetição de entrevistas	Foram realizadas entrevistas repetidas? Se sim, quantas?
19	Gravação audiovisual	A pesquisa usou gravação de áudio ou visual para coletar os dados?

20	Notas de campo	As notas de campo foram feitas durante e/ou após a entrevista ou o grupo focal?
21	Duração	Tempo duração entrevista/grupo focal
22	Saturação de dados	A saturação de dados foi discutida?
23	Devolução de transcrições	As transcrições foram devolvidas aos participantes para comentários e/ou correção?
Domínio 3: Análise e resultados		
	Análise de dados	
24	Número de codificadores de dados	Quantos foram os codificadores de dados?
25	Descrição da árvore de codificação	Os autores forneceram uma descrição da árvore de codificação?
26	Derivação de temas	Os temas foram identificados antecipadamente ou derivados dos dados?
27	Software	Qual software, se aplicável, foi usado para gerenciar os dados?

28	Verificação do participante	Verificação do participante
	Relatório	
29	Citações apresentadas	As citações dos participantes foram apresentadas para ilustrar os temas/achados? Cada citação foi identificada? Por exemplo, pelo número do participante.
30	Dados e resultados consistentes	Houve consistência entre os dados apresentados e os resultados?
31	Clareza dos principais temas	Os principais temas foram claramente apresentados nos resultados?
32	Clareza de temas secundários	Há descrição dos diversos casos ou discussão dos temas secundários?

Fonte: SOUZA *et al.*, 2021.

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SENTIMENTOS E VIVÊNCIAS DAS GESTANTES QUANDO UMA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO E OS CUIDADOS OFERTADOS NO PRÉ-NATAL

Pesquisador: ADRIANA OLIMPIA BARBOSA FELIPE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 84332024.0.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.217.747

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de Trabalho de conclusão de curso, intitulado: SENTIMENTOS E VIVÊNCIAS DAS GESTANTES QUANDO UMA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO E OS CUIDADOS OFERTADOS NO PRÉ-NATAL. Projeto de financiamento próprio. Será empregada a metodológica qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. Será conduzida em um ambulatório de referência para gestantes de alto risco em um município no Sul de Minas Gerais. Os critérios de inclusão se referem ser gestantes assistidas em um ambulatório de referência para o alto risco, independente da idade gestacional e com maioria civil. A investigação será realizada no período de janeiro a março de 2025, os dados serão coletados pelos pesquisadores após o treinamento com os professores responsáveis pela pesquisa. Na sala de espera do ambulatório já referenciado, abordaremos as gestantes para apresentá-las os objetivos do presente estudo e questionar a sua participação. As gestantes que aceitarem serão conduzidas a uma sala privativa do ambulatório para que possam se sentir mais à vontade e ficar em um local mais aconchegante. Antes de iniciarmos a coleta de dados, entregaremos à gestante o Termo de Consentimento Livre Esclarecido(TCLE) e após a sua assinatura iniciaremos a coleta de dados. Inicialmente responderão um questionário semiestruturado e em seguida a entrevista será conduzida com as seguintes perguntas norteadoras: "Como você se sentiu com o diagnóstico de gravidez de alto risco?", "Como você está lidando e vivenciando a gravidez de alto risco?" e Como você descreveria sua jornada de gravidez de alto risco? os depoimentos serão gravados

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL



Continuação do Parecer: 7.217.747

em um smartphone da marca Apple com aplicativo de gravação de voz do próprio aparelho. O tempo de participação no estudo pode variar de 20 a 40 minutos. As gravações serão eliminadas após serem transferidas e armazenadas em um notebook de uso exclusivo dos pesquisadores, de maneira a garantir a confidencialidade dos participantes e de suas informações. A transcrição da entrevista será realizada pelo aplicativo Transkriptor. As normas de ortografia da língua portuguesa serão respeitadas, sendo que correções ortográficas ocorrerão, caso necessário. A análise dos dados será realizada em três fases, usando o método de análise de conteúdo de Bardin (2016). As gestantes serão codificadas com a letra G de gestante e o número de entrevista de 1 até a saturação dos dados. Não foram identificados conflitos de interesse.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos:

Compreender os sentimentos e vivências das gestantes quanto a uma gestação de alto risco e os cuidados ofertados durante o pré-natal.

Análise do CEP:

O objetivo foi considerado claro, exequível e responde ao que se propõe metodologicamente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Em relação aos riscos potenciais, podem surgir desconfortos e/ou constrangimentos emocionais moderados ao responder a uma pergunta de pesquisa e lembrar de circunstâncias vivenciadas durante a gravidez. Assim, como medidas minimizadoras, os pesquisadores vão estabelecer um ambiente calmo e respeitoso usando uma abordagem com empatia e amorosidade, a pergunta será feita apenas para determinar as informações sobre a pesquisa. Será informado aos participantes que há respeito ao sigilo e a não identificação de nomes, consideradas confidenciais, e as informações coletadas serão utilizadas apenas para fins científicos. E caso apresentar algum tipo de desconforto/constrangimento serão orientados a deixar de participar do estudo sem nenhum prejuízo para o mesmo. Após o download e upload em um dispositivo de uso, as gravações serão eliminadas, protegendo as participantes.

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL



Continuação do Parecer: 7.217.747

Benefícios:

Quanto aos benefícios se referem a subsidiar as políticas públicas já existentes e um referencial teórico que contribua para os profissionais de saúde no cuidado a estas gestantes, minimizando os problemas vivenciados durante a gestação de alto risco.

Análise do CEP:

1. Os riscos de execução do projeto são bem avaliados, realmente necessários e estão bem descritos no projeto;
2. Os benefícios oriundos da execução do projeto justificam os riscos corridos;
3. Para cada risco descrito, o pesquisador apresentou uma correta ação minimizadora/corretiva desse risco.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Método da pesquisa: está adequado ao objetivo do projeto, é atualizado e bem definido.

Referencial teórico da pesquisa; está atualizado e é suficiente para aquilo que se propõe.

Cronograma de execução da pesquisa: é coerente com os objetivos propostos e se está adequado ao tempo de tramitação do projeto.

Orçamento: presente e adequado

Instrumento: presente e adequado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): presente e inadequado
2. Termo de Anuência Institucional (TAI): presente e adequado

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **Município:** ALFENAS **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Telefone:** (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL



Continuação do Parecer: 7.217.747

3. Folha de rosto: presente e adequada
 4. Declaração de compromisso: presente e adequada
 5. Projeto de pesquisa completo e detalhado: presente e inadequado
 Demais termos não se aplicam.

Recomendações:

Padronizar no projeto detalhado, apêndice D e TCLE as questões norteadoras da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se a aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após discussão em reunião remota ordinária, o colegiado emite parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2445897.pdf	29/10/2024 15:09:24		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostogest.pdf	29/10/2024 15:08:33	ADRIANA OLIMPIA BARBOSA FELIPE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	tccgestante.pdf	29/10/2024 15:07:15	ADRIANA OLIMPIA BARBOSA FELIPE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.pdf	29/10/2024 15:03:51	ADRIANA OLIMPIA BARBOSA FELIPE	Aceito
Outros	TAE.pdf	29/10/2024 15:03:27	ADRIANA OLIMPIA BARBOSA FELIPE	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	29/10/2024 15:02:59	ADRIANA OLIMPIA BARBOSA FELIPE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_assinado.pdf	25/10/2024 14:28:15	ADRIANA OLIMPIA BARBOSA FELIPE	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	25/10/2024 11:30:26	THIAGO CUNHA PIRES DE MORAES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL



Continuação do Parecer: 7.217.747

ALFENAS, 11 de Novembro de 2024

Assinado por:
Ana Cláudia Mesquita Garcia
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

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

Dados de Identificação

Título de pesquisa: Sentimento e vivências das gestantes quando uma gestação de alto risco e os cuidados ofertados ao pré-natal.

Pesquisadora responsável: Adriana Olimpia Barbosa Felipe

Pesquisador(es) participante(s): Prof^a. Dr^a Maria Betânia Tinti de Andrade e acadêmicos de enfermagem Mariana Alexandre de Lima e Thiago Cunha Pires de Moraes

Nome do participante:

Data de nascimento:

CPF:

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa "Sentimento e vivências das gestantes quando uma gestação de alto risco e os cuidados ofertados ao pré-natal", de responsabilidade da pesquisadora Adriana Olimpia Barbosa Felipe. Leia cuidadosamente o que segue e me pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, e no caso de aceitar fazer parte do nosso estudo para pesquisa presencial assine ao final deste documento, que consta em duas vias. Uma via pertence a você e a outra ao pesquisador(a) responsável. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores ou com a instituição. Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade.

Ao ler os itens abaixo, você deve declarar se foi suficientemente esclarecido(a) sobre as etapas de pesquisa até o final deste documento.

1. Esta pesquisa tem por objetivo compreender os sentimentos e vivências das gestantes quanto a uma gestação de alto risco e os cuidados ofertados durante o pré-natal. 2. A sua participação nesta pesquisa consistirá em responder: Idade; Ocupação; Idade Gestacional; Número de gestação; Número de partos; Número de abortos; Comorbidade gestacional; Origem do encaminhamento ao pré-natal de alto risco e também as seguintes perguntas:

“Como você se sentiu com o diagnóstico de gravidez de alto risco?”, “Como você está experienciando e vivenciando a gravidez de alto risco?” e “Como você descreveria sua jornada de experiência de cuidados pré-natais em uma gravidez de alto risco?”. A sua entrevista será gravada em aparelho celular tipo smartphone que contém aplicativo de gravador de voz, mediante a sua autorização. O tempo para participação do estudo pode variar de 20 a 40 minutos.

2. Durante a execução da pesquisa poderão ocorrer riscos, como, desconfortos e/ou constrangimentos emocionais moderados ao responder a uma pergunta de pesquisa e lembrar de circunstâncias vivenciadas durante a gravidez. Assim, como medidas minimizadoras, os pesquisadores vão estabelecer um ambiente calmo e respeitoso usando uma abordagem com empatia e amorosidade, a pergunta será feita apenas para determinar as informações sobre a pesquisa. Será informado aos participantes que há respeito ao sigilo e a não identificação de nomes, consideradas confidenciais, e as informações coletadas serão utilizadas apenas para fins científicos. E caso apresentar algum tipo de desconforto/constrangimento serão orientados a deixar de participar do estudo sem nenhum prejuízo para o mesmo. Após o download e upload em um dispositivo de uso, as gravações serão eliminadas, protegendo os participantes.

3. Ao participar deste estudo você irá contribuir para subsidiar as políticas públicas já existentes e um referencial teórico que contribui para os profissionais de saúde no cuidado a estas gestantes, minimizando os problemas vivenciados durante a gestação de alto risco. Sua participação neste projeto pela entrevista terá a duração de 15 a 30 minutos.

4. Você não terá nenhuma despesa pela sua participação na pesquisa, sendo a entrevista totalmente gratuita e você poderá deixar de participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e não sofrerá qualquer prejuízo.

5. Você foi informado e está ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação, no entanto, caso você tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, terá direito à busca de ressarcimento.

6. Caso ocorra algum dano, previsto ou não, decorrente da sua participação no estudo, você terá direito à assistência integral e imediata, de forma gratuita pelo pesquisador responsável, pelo tempo que for necessário; e terá o direito a buscar indenização.

7. Será assegurada a sua privacidade, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento

que possa, de qualquer forma, identificá-lo(a), será mantido em sigilo. Caso você deseje, poderá ter livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação.

8. Você foi informado(a) que os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para fins desta pesquisa, e que os resultados da pesquisa, poderão ser publicados/divulgados através de trabalhos acadêmicos ou artigos científicos por profissionais da área.

9. Conforme o item III.2, inciso (i) da Resolução CNS 466/2012 e o Artigo 3º, inciso IX, da Resolução CNS 510/2016, é compromisso de todas as pessoas envolvidas na pesquisa de não criar, manter ou ampliar as situações de risco ou vulnerabilidade para os indivíduos e coletividades, nem acentuar o estigma, o preconceito ou a discriminação.

Por esses motivos, AUTORIZO () / NÃO AUTORIZO () A coleta e divulgação de som de voz para a presente pesquisa.

10. Você poderá consultar a pesquisadora, Adriana Olimpia Barbosa Felipe no seguinte email adriana.felipe@unifal-mg.edu.br e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG*), com endereço na Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep - 37130-000, 24 Fone: (35) 3701 9153, no e-mail: comite.etica@unifal mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e sua participação. *O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG) é um colegiado composto por membros de várias áreas do conhecimento científico da UNIFAL-MG e membros da nossa comunidade, com o dever de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento científico dentro de padrões éticos.*

Eu, _____, CPF nº _____, declaro ter sido informado (a) e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

.....
(Assinatura do participante da pesquisa)

.....
(Assinatura do pesquisador responsável / pesquisador participante)

**APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE CARACTERIZAÇÃO
SOCIODEMOGRÁFICA**

- 1) Idade: _____ anos
- 2) Ocupação:
- 3) Idade gestacional: _____ semanas e _____ dias
- 4) Número de gestações: _____
- 5) Número de partos: () Vaginal e Cesárea ()
- 6) Número de abortos: _____
- 7) Comorbidade gestacional:
- 8) Origem do encaminhamento ao pré-natal de alto risco: _____

APÊNDICE C - QUESTÕES NORTEADORAS PARA COLETA DE DADOS:

- 1)** Como você se sentiu com o diagnóstico de gravidez de alto risco?

- 2)** Como você está experienciando e vivenciando a gravidez de alto risco?

- 3)** Como você descreveria sua jornada de experiência de cuidados pré-natais em uma gravidez de alto risco?

APÊNDICE D - TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

ENTREVISTA 1

ENTREVISTADOR: Como você se sentiu com o diagnóstico de gravidez de alto risco?

G1: Quando eu descobri eu fiquei bem, bem mal, né? Eu chorei, chorei umas três semanas por conta desse diagnóstico, né, que deu da diabetes gestacional. Então, fiquei mal umas três semanas. Só que, com isso, eu tava tendo acompanhamento médico, né, certinho, e a doutora foi me acalmando, foi passando os passos a passo que eu tinha que fazer, e assim foi controlando, e eu fui ficando mais calma. Mas eu fiquei mais ou menos um mês mal com isso. Então, assim que eu descobri a gestação, bem no começo, eu já vim fazer os ultrassons, marcar um pré-natal, né, e apareceu esse diagnóstico, a médica disse. Aí eu comecei a ficar muito preocupada, comecei a chorar muito, comecei a ficar mal, e por esse choro, por eu ficar mal, por eu ficar preocupada, acabou que alterou mais ainda, ficou mais alterado. Aí eu tive que passar com a nutricionista também, e ela também me acalmou. Aí eu vim passando, foi me acalmando, e eu fui fazendo o controle. Até porque, se a gente ficar mal, ficar estressado, como eu fiquei chorando muito, então altera mais ainda. Aí acabou que manteve controlado, até então está controlado. Não estou com insulina ainda, nem vou precisar, se Deus quiser. Mas tá controlado, estou fazendo a medição quatro vezes ao dia e controle de alimentação. Eu fiquei mais calma no terceiro mês, mais ou menos, tendo o controle certinho, porque eu faço o controle todo dia, marco, aí eu fui ficando mais calma, mais tranquila, depois que eu já recebi esse diagnóstico, que eu tinha ficado mal, e depois fui recebendo as orientações, fui ficando mais calma. Depois dos três meses, pra mim, me deixou mais tranquila.

ENTREVISTADOR: Como você está lidando e vivenciando essa gravidez de alto risco?

G1: Eu, particularmente, agora eu falo que eu estou bem tranquila. Agora eu estou bem tranquila. No comecinho eu fiquei mal, sim, fiquei mal. Até então também eu estou digerindo que eu estou grávida, né, que até então meio que não caiu a ficha. Mas no começo eu fiquei muito mal, mas agora eu estou tranquila, estou levando tranquilo, sossegado. A alimentação não mudei nada, estou com a mesma alimentação, controlado também. Então acho que a gente tem que ficar mais calma, não adianta apavorar, né? A dificuldade é a alimentação mesmo e controlar todos os dias pra ver como é que tá. Eu passo muito mal, né, então acaba que um dia

ou outro não consigo comer também e não consigo medir. Às vezes eu não consigo medir porque eu acabo de comer e já passo mal. Mas, fora isso, agora eu estou mais tranquila, a alimentação está tranquila também.

ENTREVISTADOR: Como você descreveria sua jornada de experiência de cuidados pré-natais em uma gravidez de alto risco?

G1: Olha, eu descreveria que, a partir do momento que a gente recebe algum diagnóstico de alguma coisa, a gente tem que ficar sempre atenta, tem que estar sempre passando no pré-natal, tem que estar sempre tendo acompanhamento médico, nutricionista. Igual o meu caso, ainda com a notificação de diabetes gestacional, tem que estar sempre atenta, né, fazendo as medições todos os dias. E a gente fica mais calma. E se tiver alguma alteração também, procurar o médico, né, procurar lá na Santa Casa, que é a partir de como é que fala, o que é das mães, das grávidas, né, que vai lá na Santa... procurar maternidade. A médica, sempre que eu passo no ultrassom, qualquer coisa, procurar uma maternidade urgente. E tranquilo até então, graças a Deus, foi com alimentação que eu estou conseguindo controlar, apesar de ser alto risco, né, que é perigoso isso, mas até então, pra mim, está sendo tranquilo. Depois dos três meses que eu comecei a ficar tranquila, porque antes eu fiquei muito mal. Então, agora tá tranquilo e espero que continue tranquilo até eu ganhar. E o acompanhamento traz tranquilidade, me traz calma. Eu venho pra conversar, pra falar sobre todas as dúvidas que eu tenho, é o momento que eu venho pra tirar todas as dúvidas e ficar mais calma. Porque eu converso com a médica, ela me passa calma, me explica tudo certinho e, pra mim, está sendo tranquilo essa parte. Tá tudo certo, graças a Deus. Estou gostando do acompanhamento médico que eu estou tendo aqui nesse laboratório, né, estou gostando sim do acompanhamento médico. Como é de alto risco, os ultrassons morfológicos, tudo está sendo marcado muito rápido, né, não está tendo atraso nem nada. Estão fazendo, como é que fala, retorno até mesmo antes dos 30 dias, pra ter esse acompanhamento comigo. E por isso eu fico mais calma quanto a isso.

ENTREVISTA 2

ENTREVISTADOR: Como você se sentiu com o diagnóstico de gravidez de alto risco?

G2: Ah, eu me senti com medo, porque eu não tinha meus parentes lá onde eu morava, né? Isso da Bahia. A maioria dos meus parentes estão em Santa Catarina, que é onde eu morava, que eu fui para lá em Campinas. E a maioria também é na Bahia. Então, eu me senti um pouco com medo, porque eu também não esperava gravidez, porque eu já tenho Isaque de um ano e nove meses agora, e eu tenho um outro, Arthur, de quatorze. E eu e meu esposo não queríamos, no momento, também. Eu ia terminar os estudos agora, porque eu fazia técnico em enfermagem, eu tive que trancar. Aí mexeu com tudo. Aí depois também descobri o problema que eu estava tendo até na minha crise, e foi o abuso que sofri do meu filho de quatorze. Então, tudo veio começar agora. Flash, tudo. E também me mexeu muito, porque foi alguém da família, marido da minha irmã e tudo. Foi muito tudo, sabe? Mexeu tudo. Aí me veio a gravidez de alto risco, que eu tinha que abrir mão de várias coisas, a alimentação e tal. E a situação financeira não estava muito bem, porque eu tinha acabado de ser demitida do trabalho. E meu esposo também tomou um golpe na empresa. Aí ele ficou meio assim, nas mãos de Deus. Então, foi tudo muito difícil. Por isso que a gente veio parar aqui em Alfenas, por causa disso também.

ENTREVISTADOR: Como você está experienciando e vivenciando a gravidez de alto risco?

G2: Agora está bem melhor, mas no início a gravidez foi bastante difícil, porque eu estava, como eu falei, eu estava dando crise e tal, e eu passava muito mal e ia para o hospital. Qualquer coisa me dava falta de ar lá no meu trabalho, porque eu trabalhava com telemarketing. Aí eles ficavam muito em cima da gente, sabe? Faz bem ainda, faz bem ainda. E eu trabalhava para a Claro, né? Eu vendia wi-fi e chip. Então, se a gente não fizesse assim, uma venda nem que fosse no mínimo, eles ficavam em cima da gente. Aí a gerente começou a pegar no meu pé, começou a mexer com tudo. No trabalho, eu não conseguia trabalhar direito. Aí, às vezes, eu passava mal no ônibus, eu não ia trabalhar. Aí, no início, eu comecei a ter aquele líquido. Aí, qualquer coisa, eu ia para o hospital. Eu vomitava muito também, passava muito mal com qualquer comida. Eu não queria comer minha comida. Eu passava mal porque eu estava comendo, e até para beber água às vezes eu passava mal. Então, na hora de tudo, eu passava mal. Eu ligava para o meu marido: “Estou no hospital.” Aí, às vezes, a empresa já me

mandava de lá também, do trabalho. Aí ficou isso. Aí, com isso tudo, eles foram gerando alguma coisa... Para mim também, me demitiram por justa causa. Aí, por causa dessas coisas, porque eu chegava atrasada, porque eu passava mal, essas coisas que eles não entenderam também, em relação à gravidez e ao que eu estava passando. Aí, pronto.

ENTREVISTADOR: Como você descreveria a sua jornada de experiências de cuidados pré-natais em uma gestação de alto risco?

G2: Foi bastante sensível, né? Porque tudo o que eu comia... Tipo, eu não poderia comer uma comida que fosse massa, macarrão. Eu não poderia comer um trigo. Eu não poderia comer um doce. E o que eu mais desejava era comer doce, chocolate. O que eu mais desejava era comer, tipo assim, um docinho depois do almoço, um café que eu gosto. Não poderia, porque eu odeio... Como é o nome desse negócio? Adoçante. Eu não gosto de adoçante. Então eu tive que abrir mão de muitas coisas pra poder não passar pro bebê. Aí eu comecei também a me alimentar. E aí também foi descoberto no início da gravidez, só que a médica não me encaminhou, né? Me encaminhou super tarde. Por isso que foi ficando alto. Aí, quando foi ficando alto, já foi. Até quando eu fazia o testezinho do dedinho, de manhã, em jejum, dava alto. Aí ficava complicado. Aí eu comecei a manejar, maneirei, maneirei mais. Aí melhorou mais, graças a Deus. Mas, pra gente, foi bastante difícil, porque eu passava muito mal. Passava muito mal, muito mal mesmo. Então a gente abre mão de várias coisas pra poder dar um... Pro bebê vir saudável, pra não passar pra ela, entendeu? Entendi. Aí foi muito difícil, porque às vezes também a gente não tinha condição, porque a pediatra... Não, a médica pediu pra falar com o nutricionista. Ela passava algo pra comer que era muito caro, e não tinha como comprar. Aí eu falei: “Meu Deus, como é que eu vou comprar algo que eu não posso comprar? Eu vou ter que comer o que eu tenho em casa.” E às vezes eu chorava, porque eu não podia comer o que eu queria, eu tava comendo... Mas, se eu não comesse aquilo ali, eu ia passar fome. Aí eu acabava comendo, né? Acabava comendo um macarrão. Ela passou macarrão integral, às vezes não tinha integral em casa, eu tinha que comer o que tinha. Arroz. Ela tirou quase tudo, até feijão. Cuscuz também. Ela tirou... Cuscuz na Bahia pra gente é muito bom, porque o cuzcuz dá muito leite. Ela tirou o cuscuz. Ela tirou batata. Ela falou pra mim praticamente que eu só poderia comprar o chuchu e o brócolis. Eu falei: “Meu Deus do céu.” Aí eu fui maneirando essas coisas. Mas quando tinha condições de comprar, comprava. Mas quando não tinha, não tinha o que fazer. Eu acho bom o pré-natal. Eu acho bom, porque,

tipo assim, às vezes é algo que encaminha a gente, tipo assim, que a gente não sabe em um momento, e que o profissional tá ali pra aquilo. Ah, ajuda bastante. Mas tem alguns que são bastante difíceis, não ajudam. Tipo essa doutora que me acompanhou lá desde o meu pré-natal. Se ela tivesse ficado alerta do que eu falei... Eu comuniquei, e ela não gostou, porque acho que se sentiu como se não estivesse fazendo o papel dela de profissional, que eu estava dando um conselho, sabe? Só que não era isso. Eu queria que a gravidez fosse algo saudável. Se fosse saudável desde o início, não estaria sendo alto risco agora, né? Ninguém sabe. Mas se cuidasse desde o início, eu não estaria passando por isso agora. Precisei passar por outras coisas também, que foram bastante complicadas. Mas em relação às consultas no posto, é muito bom. Eu também vim de lá de um posto, porque elas me acolheram bastante. Eu não sei como é que funciona aqui, eu cheguei agora, recém. Mas lá no outro posto, toda quarta-feira, elas tinham conversas de gestantes. Todo tipo de coisa que você passava na gravidez, você conversava ali. Aí foi uma experiência muito boa, eu gostei, fiz várias amizades, até hoje eu tenho amizades com as meninas. Quando eu cheguei aqui, elas mandaram mensagem: “Jéssica, já foi no novo posto? Tá gostando?” Aí, quando eu cheguei aqui, algumas meninas me comentaram alguma coisa: “Você vai pro posto Vila Promessa, né? Você vai pro posto Vila Promessa. Você deu até sorte de que o posto lá é bom.” Aí elas também me falaram algumas coisas aqui que tem, me indicaram.

ENTREVISTA 3

ENTREVISTADOR: Como você se sentiu com o diagnóstico de gravidez de alto risco?

G3: Ah, eu fiquei muito preocupada, né? Porque eu nunca tinha passado por isso. Mas agora eu tô mais tranquila. Foi preocupação, medo, insegurança, medo de perder o bebê. Foi isso. E eu tinha ouvido caso de gestante que teve que ficar internada porque não estava dando certo a gestação, aí eu fiquei com muito medo.

ENTREVISTADOR: Como você está experienciando e vivenciando a gravidez de alto risco?

G3: Ah, é bem diferente do normal, né? Porque a gente vive muito inseguro. É a mesma hora que a gente acha que está tudo bem, às vezes dá uma... a pressão aumenta. Mas, ao mesmo tempo, tem hora que fica tranquilo, mas é um misto de emoção. É a mesma hora que está tudo bem, está tudo mal. Eu fico com muito medo. É desse jeito. Limitou um pouco a alimentação,

né? Diminuiu o sal. Aí mudou bastante. Tem dia que é tranquilo, tem dia que a gente tem que comer mais, né? Mas tá dando pra levar.

ENTREVISTADOR: Como você descreveria sua jornada de experiências de cuidados pré-natais em uma gravidez de alto risco?

G3: Não sei explicar... Tipo, isso é bom. É necessário. Porque o cuidado, acho que é melhor, né? Do que uma gestação normal. Os cuidados são bem melhores. Então, com certeza, é um cuidado maior, né? Muito bom. É mais tranquilidade, né? Do que, como se fosse passar só num postinho de saúde, assim, praticamente, sem ser alto risco. A gente ia ficar mais insegura, né? Achando que o cuidado é menor. E no alto risco, realmente, o cuidado é mais. A gente é olhado mais de perto. É tranquilo. Normalmente eu não tenho muita dúvida. Mas, quando tenho também, sou bem respondida. É bem tranquilo.

ENTREVISTA 4

ENTREVISTADOR: Como você se sentiu com o diagnóstico de gravidez de alto risco?

G4: Eu fiquei bem preocupada. Eu chorei bastante, preocupada. Aí, ainda no dia, eu tive que trabalhar. Aí, eu fui embora mais cedo. Eu fiquei muito preocupada. Acho que foi no quinto mês, ou quarto mês, que fui diagnosticada. Ele me falou, só que não tinha me explicado como ia ser. Aí, depois que eu cheguei aqui, ela me explicou.

ENTREVISTADOR: Como você está lidando e vivendo a gravidez de alto risco?

G4: É um pouco cansativo. Eu trabalho às vezes em pé, porque ele me botou de função. Por causa da caixa também pegar peso, está bem cansativo, mas eu estou aguentando. E tenho medo. De ela nascer com alguma coisa ou acontecer alguma coisa. Eu fico tão ansiosa.

ENTREVISTADOR: Como você descreveria a sua jornada de experiências de cuidados pré-natais em uma gravidez de alto risco?

G4: Ajuda bastante. Ela pede o ultrassom toda semana, toda semana eu vou lá e faço. Eu vejo que ela também me ajuda bastante. Ela explica certinho as dúvidas. Eu me sinto mais tranquila quando eu venho. Em toda consulta, eu ouço o coraçãozinho, eu vejo que está bem.

ENTREVISTA 5

ENTREVISTADOR: Como você se sentiu com o diagnóstico de gravidez de alto risco?

G5: No começo eu fiquei com um pouquinho de medo, até porque o meu tipo sanguíneo com o do parceiro sendo diferente tinha esse perigo, e também pela questão, assim... Não que agora, nesse momento, eu tenha diabetes, mas tem o risco também, né, pelo meu histórico e pelo histórico familiar.

ENTREVISTADOR: Como você está experienciando e vivenciando a gestação de alto risco?

G5: Agora um pouco mais tranquila. No início eu tive um pouco de medo por vários sentidos, né? Por às vezes ter algum sangramento, algum perigo de perder, e até pelo histórico de ter um aborto anterior. Mas, assim, agora em si estou bem mais tranquila. Fui bem acolhida nesse acompanhamento de todo mundo, de vir na consulta e ter os conselhos do médico, a orientação certinha.

ENTREVISTADOR: Como você descreveria sua jornada de experiência de pré-natal em uma gestação de alto risco?

G5: Está muito boa. Na minha gestação anterior eu fiz particular, não fiz pelo SUS. Então, está me dando uma experiência bem diferente. Eu consigo tirar mais dúvidas do que quando eu fazia particular. Foi bem... Eu comentei com meus familiares, foi uma experiência que eu não esperava, porque eu achei que seria mais largado, mas não é. Me explicam direitinho, posso fazer minhas perguntas e não deixam nenhuma sem resposta. Na particular era muito rápido a consulta, e aqui eu tenho mais tempo pra tirar minhas dúvidas, e está sendo muito bom.

ENTREVISTA 6

ENTREVISTADOR: Como você se sentiu com o diagnóstico de gravidez de alto risco?

G6: Quando eu descobri que estava grávida, eu fiquei feliz. Minha ficha não caiu por conta que eu tinha acabado de ter aquele aborto, aí eu fiquei pensando se era mesmo ou se era algum resquício do aborto. Mas aí, quando fiz exame de sangue e deu positivo, eu fiquei bem feliz, meu marido também. E aí, quando a gente contou pra nossa família, todo mundo ficou feliz. Aí comecei a passar no pré-natal de alto risco por causa da obesidade, né? Mas, graças a

Deus, está dando tudo certo, e eu fiquei tranquila, porque eu vi que seria um acompanhamento a mais. Então, porque eu passo aqui e no PSF, estou achando melhor passar em dois lugares.

ENTREVISTADOR: Como você está experienciando e vivenciando a gestação de alto risco?

G6: Estou sendo muito feliz na gestação. Eu e meu esposo queríamos muito essa gravidez, então desde que a gente descobriu ficamos felizes demais, né? E está dando tudo certo. Teve algumas questões de enjoo, mas agora, por esses dias, parece que está passando. No começo fiquei preocupada em perder peso e se isso afetaria o bebê, mas a doutora Luciana falou que isso é bom, pois o bebê ganha peso do mesmo jeito e só eu que devo perder.

ENTREVISTADOR: Como você descreveria sua jornada de experiência com o pré-natal de alto risco?

G6: Está sendo bom. Estou passando de três em três semanas, e estou gostando bastante de ter esses dois acompanhamentos. Tiro as minhas dúvidas em relação aos exames, está sendo muito bom.

ENTREVISTA 7

ENTREVISTADOR: Como você se sentiu com o diagnóstico da gravidez de alto risco?

G7: Então, desde quando eu tive a trombose, eu já sabia que, se eu engravidasse, iria ser alto risco e eu teria que tomar enoxaparina. Então, não foi muita surpresa, porque eu tive que colocar o DIU quando tive a trombose, porque eu não podia engravidar de jeito nenhum, né? E eu não podia tomar nada. Aí, assim que eu casei, tirei o meu DIU e já estava esperando: se eu engravidasse, eu teria que tomar. Então já era uma coisa esperada, não foi uma coisa que me surpreendeu muito, não.

ENTREVISTADOR: Como você está vivenciando e experienciando a gestação de alto risco?

G7: Ah, é difícil. Ainda mais ter que tomar injeção todos os dias, nossa senhora, credeuspai, é muito ruim. Não é fácil, não. Tem dia que dá vontade de largar mão de tomar, tipo: “ah, deixa”. Mas é por conta da injeção mesmo.

ENTREVISTADOR: Como você descreveria sua jornada de cuidados pré-natais de alto risco?

G7: Agora tá mais fácil, porque, quando eu descobri a gravidez, comecei a passar no particular. Pensei que seria mais fácil, tipo mexer com médico e tal, só que foi ao contrário.

Aí, quando comecei a passar aqui com a Isabela, foi bem mais fácil, porque a médica do particular não dava muita atenção, não. E agora é mais fácil pra mim, tenho mais atenção, até em questão de pegar as injeções. A outra médica fez o descaso de preencher as folhas que tem que preencher. Agora aqui foi bem mais fácil.

ENTREVISTA 8

ENTREVISTADOR: Como você se sentiu com o diagnóstico de gravidez de alto risco?

G8: Então, nos primeiros dias eu fiquei com medo, porque é a minha primeira gestação. Descobri que tinha uma semana, então fiquei com muito medo, né? Por ser de risco e eu já ter perdido um neném. Aí, passaram dois meses e meio, mais ou menos, e comecei a ter mais confiança, né? Passou um pouco daquele medo, mas ainda até hoje eu tenho medo. O meu maior medo é chegar nos 9 meses e perder, né? Porque você não perde só com poucas semanas, pode ocorrer o risco de nascer sem vida. Mas tranquilo, tipo, depois de um tempo a gente acalma mais, né? Mas é um pouco complicado.

ENTREVISTADOR: Como você está experienciando e vivenciando uma gestação de alto risco?

G8: Uai, não tá sendo bom nem fácil, né? No comecinho eu tinha muito, muito, muito medo de perder. Mas também eu não queria a gestação, não queria o neném, né? Mas veio chorando porque minha mãe tem problema de cabeça, né? E eu não consegui ficar com o pai do neném, porque eu tomei raiva dele. Aí larguei, e depois foi passando os dias e eu fui ver o tanto que é ruim. Porque você tem muitas preocupações, tem que se preocupar com o neném, e já é uma gravidez de risco. Você tem medo de perder e ainda estar sozinha.

ENTREVISTADOR: Como você descreveria sua jornada pré-natal em uma gravidez de alto risco?

G8: Não sei descrever, gente. Tipo, é muito bom o pré-natal, é muito bom o acompanhamento, né? E, como eu disse, eu não tenho apoio de ninguém, né? Aí, quando eu vou no médico, eu converso bastante, faço perguntas, as dúvidas que eu tenho sempre respondem e tal, mas é só isso mesmo.

ENTREVISTA 9

ENTREVISTADOR: Como você se sentiu com o diagnóstico de gravidez de alto risco?

G9: Fiquei um pouco assustada, né? Mas eu tinha um pouco de noção por conta da gestação passada. Eles já deixaram em alerta, caso eu tivesse outra gestação, que poderia ser alto risco por conta do meu tipo sanguíneo mesmo, essas coisas... Que eu poderia ter um aborto ou o bebê nascer com alguns probleminhas. Eu fiquei assustada, mas a gente tenta ficar mais tranquila, né?

ENTREVISTADOR: Como você está vivenciando e experienciando a gestação de alto risco?

G9: Eu tento ficar a mais tranquila possível, porque a gente não pode encher a cabeça, né? Tem que pensar que vai dar tudo certo.

ENTREVISTADOR: E como você descreveria sua jornada de cuidados pré-natais de uma gravidez de alto risco?

G9: Tá sendo bom, não tenho nada a reclamar, não. Tipo assim, as pessoas são muito dedicadas, explicam tudo certinho, essas coisas.

ENTREVISTA 10

ENTREVISTADOR: Como você se sentiu com o diagnóstico de gravidez de alto risco?

G10: Então, o meu sogro é médico. Eu liguei pra ele, conversei com ele, e ele me falou pra eu ficar tranquila, porque eu não estava com tanto sobrepeso e não tinha uma pressão alterada. Que era pra eu fazer o uso certo da alimentação que a nutricionista passou, pra eu não exagerar. E aí já me tranquilizou, né? Porque, mesmo a doutora me explicando aqui, eu fiquei meio assim, porque eu fiquei em cima do muro, com a glicemia 94 em jejum. Eu não importei muito, Deus sabe o que faz, é isso.

ENTREVISTADOR: Como você está experienciando e vivenciando a gestação de alto risco?

G10: Uai, fiquei sabendo que eu tava assim no último mês, então foi tranquilo, não mudou nada.

ENTREVISTADOR: Como você descreveria sua jornada de cuidados pré-natais de uma gestação de alto risco?

G10: Bom, já no dia que eu trouxe o exame pra Ana Laura, ela já me disse que os exames estavam alterados e disse que eu já iria passar com a doutora Luciana. Explicou a importância de passar com a Luciana, que se eu precisasse de uma internação, a Luciana já estaria à frente disso, que se eu precisasse de qualquer coisa ela já estaria aqui pra ajudar.

ENTREVISTA 11

ENTREVISTADOR: “Como você se sentiu com o diagnóstico de gravidez de alto risco?”

G11: “Ah, quando eu tive o diagnóstico eu já imaginava, porque, por causa que eu fiz morfológico, ela falou da artéria umbilical única. Então isso estava me preocupando muito. E aí eu recebi o diagnóstico pela enfermeira, ela que chegou pra mim e falou: ‘Ó, passei seu caso pra médica e o seu caso vai ser encaminhado pro alto risco’. E aí, quando eu soube, eu fiquei, eu fiquei assustada, né, e tudo mais. Por mais que eu já imaginasse que ia passar por alto risco, eu fiquei bem assustada, assim, porque no nosso olhar, alto risco, você acha que, tipo assim, é uma gestação mais delicada e tudo mais. E, por eu ser jovem, eu não esperava um diagnóstico desse, tipo assim. Na teoria, uma pessoa saudável, não tinha nenhuma comorbidade, então não esperava que eu pudesse ter o diagnóstico de, de, de gestação de alto risco.”

ENTREVISTADOR: “Segunda pergunta: como você está experienciando e vivenciando a gravidez de alto risco?”

G11: “No começo eu fiquei bem assustada, só que a médica explicou. O meu, como é da parte da artéria umbilical única, o risco da pré-eclâmpsia. Ela me passou AAS e tomar cuidado com a alimentação e ganho de peso, essas coisas tudo influencia na questão da pré-eclâmpsia. Da artéria umbilical única foi a minha maior preocupação, pelo caso de o bebê não ter o suporte necessário por só ter uma artéria. Me deixou bem preocupada. Só que, conversando com a médica, ela falou que hoje em dia é uma coisa que acontece com bastante frequência, que se ele não vem associado de nenhuma outra alteração, pelo menos o primeiro morfológico estava tudo dentro do esperado, a única coisa era essa alteração na artéria. Ela falou que eu não precisava me preocupar, assim, que era uma coisa, assim, comum de acontecer. Se ele, isoladamente, fosse só um achado. E aí a médica me tranquilizou sobre essa questão e me deixou um pouco mais confortável. E pelo fato de eu estar sendo atendida por uma obstetra,

porque quando eu estava no PSF era por clínico geral, então a gente não tem aquela confiança toda que a gente tem por um especialista, né? Porque, por exemplo, quando eu levei meu morfológico no PSF, eles não viram nenhuma alteração no morfológico. Eu que tive que falar a questão da artéria umbilical única. Eles nem souberam me dar um retorno sobre o que que a minha gestação era: para o alto risco ou não, o que ia acontecer. Então aí eu fiquei muito insegura nesse ponto do profissional que tava me atendendo. Agora eu comecei a ter obstetra, eu sei que ela tem um pouco mais de conhecimento, sinto mais segurança nela. E aí eu tô mais despreocupada, não tô igual tava no começo, aquela ansiedade toda.”

ENTREVISTADOR: “Como você descreveria sua jornada de experiência de cuidados pré-natais em uma gravidez de alto risco?”

G11: “Então, eu tenho gostado bastante. Como eu mencionei, diferente do atendimento no PSF, a gente é atendido por clínico geral. Então eles são generalistas, então eles não têm estudo aprofundado sobre a gestação e, às vezes, não sabem nem tirar as dúvidas que a gente tem. Eu levava dúvida e eles não sabiam, por exemplo, eles não me prescreveram alguns medicamentos que é de protocolo prescrever, eu que tive que pedir pra prescrever. Então isso gera insegurança, você vai no PSF e o profissional não sabe o que ele tem que te passar, quais exames tem que solicitar para você fazer. Então isso que eu achei um ponto positivo do alto risco. E também a questão do alto risco é que tudo é mais rápido: o exame, o ultrassom, você precisa fazer, você consegue fazer. Sai mais rápido do que quando é pelo PSF. E também, no alto risco, a gente faz o ultrassom morfológico de graça pelo SUS. Quando você tá no PSF normal, o SUS não cobre ultrassom morfológico, e é um ultrassom caro. Então, assim, esse é um lado positivo, né, de ser uma gestante de alto risco. E tem o acompanhamento um pouco mais de perto, né? Tem nutricionista, tem uma equipe um pouco melhor, assim, nessa questão.”

ENTREVISTA 12

ENTREVISTADOR: “Como você se sentiu com o diagnóstico de gravidez de alto risco?”

G12: “São dois fatores. Inicialmente, quando eu descobri a gestação no dia 6/4, dentro de um mês eu tive um sangramento. Esse sangramento veio de um pólipó, um pólipó cérvico, mas ele é um pólipó que sangrava consideravelmente. Então vinha o risco aí de uma infecção, de

uma anemia, sem contar também que ainda estava no tempo, né, de perder, de perder o bebê. Foi uma questão complicada, mas era uma questão que o meu corpo produziu esse pólipó, eu não tinha como mudar essa situação. E aí, ontem, com 28 semanas e dois dias, eu fui diagnosticada com um diabetes gestacional, que já é um outro fator, que aí é um fator que foi causado, né, pela má alimentação, pelos maus hábitos, que eu poderia ter consertado lá atrás. Então é um diagnóstico de alto risco que influencia diretamente na nossa cabeça, porque aí a gente fica se sentindo culpada e com medo de acontecer alguma coisa com o bebê por causa da nossa negligência e muitas questões. Então, são duas questões totalmente diferentes: a que o meu corpo, né, é responsável pelo que aconteceu e a que eu sou. Então são dois diagnósticos diferentes, mas diagnósticos de alto risco, e que influenciaram muito na minha questão gestacional. Eu fiquei com muito medo de perder o bebê porque era no começo e tal. E agora, na verdade, eu estou me sentindo culpada pela situação.”

ENTREVISTADOR: “Como você está experienciando e vivenciando a gravidez de alto risco?”

G12: “Apesar de serem dois diagnósticos preocupantes, são diagnósticos que não me causam mal-estar. Agora, a diabetes gestacional só muda totalmente a rotina: tem que mudar totalmente a alimentação, ter uma rotina de exercício. Mas não é nada que impacta, assim, na questão de como eu vou lidar com isso, a não ser também ter cabeça firme, né, pra não precisar de um acompanhamento e tal, virar alguma coisa séria. Mas são diagnósticos que não influenciam na minha rotina.”

ENTREVISTADOR: “Como você descreveria sua jornada de experiências de cuidados pré-natais em uma gravidez de alto risco?”

G12: “Eu tive uma consulta um dia antes do sangramento, foi uma consulta via convênio, que foi uma consulta decepcionante, da qual o profissional não colocou a mão em mim. Se ele tivesse me avaliado clinicamente, ele teria visto o pólipó, porque o pólipó, se você avalia, dá pra ver. Então eu tive uma experiência totalmente negativa numa coisa que eu estou pagando. E, nesse meio tempo, eu consegui ser acompanhada pelo SUS, e só tenho elogios. Então acho importante ressaltar isso também: que o atendimento do SUS foi onde eu realmente encontrei uma saída, foi onde eu encontrei realmente um pré-natal bom. O médico me acompanha, então isso também é um fator que precisa ser falado. Bem lembrado sobre isso: que, onde eu estou pagando, eu pago o convênio durante a minha gestação toda pra não usar. E que

realmente foi no SUS que eu consegui esse acompanhamento adequado. Isso eu acho importante ressaltar.”

ENTREVISTA 13

ENTREVISTADOR: “Como você se sentiu com o diagnóstico de gravidez de alto risco?”

G13: “Ah, senti um pouco de insegurança, né, mas devido saber do meu problema já existente, eu já imaginava que já não seria tão igual às outras, né. Mas foi só no momento mesmo e, como eu já tinha passado no cardiologista, ele já tinha me deixado um pouco mais tranquila. Então, pra mim, em relação a isso, foi só um pouco de insegurança no começo.”

ENTREVISTADOR: “Como você está experienciando e vivenciando a gravidez de alto risco?”

G13: “Como o problema é só esse, pra mim tá sendo tranquilo até o momento. Eu não estou sentindo nada, não tô tendo nada de diferente, então tá tranquilo.”

ENTREVISTADOR: “Como você descreveria sua jornada de experiência de cuidados pré-natais em uma gestação de alto risco?”

G13: “Tá sendo desafiador, por conta de tomar muito cuidado com o que alimenta, a questão de medicamentos que eu usava muito sem prescrição médica e hoje eu não posso. Então tá sendo desafiador por conta dessa parte, mas, tirando isso, é tranquilo. Tô sendo bem atendida, bem assistida, pra mim tá tranquilo. As minhas perguntas e as minhas dúvidas estão sendo bem sanadas quando tem necessidade, então não tem o que reclamar.”

ENTREVISTA 14

ENTREVISTADOR: “Como você se sentiu com o diagnóstico de gravidez de alto risco?”

G14: “Eu me senti meio insegura, né? Porque como eu já tive outro aborto, né, e ela falou que a de alto risco foi porque eu tive o sangramento, então ela falou: ‘Ah, eu vou te encaminhar pro alto risco por causa disso e daquilo’. Aí eu falei: ‘Então tá bom’. Mas eu acho que eu tava tão focada no sangramento, que eu tava chorando tanto por causa dele, que na hora eu acho que eu nem atinei muito no que ela falou. Mas, tipo, agora fico preocupada, né, depois da moça me explicar certinho por que que é.”

ENTREVISTADOR: “E como você está experienciando e vivenciando a gravidez de alto risco?”

G14: “Agora, para mim, está mais tranquilo, porque ela explicou, falou pra mim que era só por causa do mioma. E eu achei que era por muitas outras coisas, sabe? Tipo assim, é porque ela falou pra mim que, por causa daquela doença do gato, toxoplasmose, o médico falou que eu já tive contato, não que eu estou. Só que um tanto de gente falou um monte de coisa pra gente, né, aí a gente fica com medo, né. Aí a doutora Isabela falou pra mim que não era, que era só por causa do mioma.”

ENTREVISTADOR: “E como você descreveria sua jornada de experiência de cuidados pré-natais em uma gravidez de alto risco?”

G14: “Ajuda bastante a gente, porque tira as dúvidas. A gente tem muita dúvida, né, aí chega lá e a gente tira as dúvidas. O médico vê se tá bem, se não tá. Se não tivesse pré-natal, como é que a gente ia saber, né, desse tanto de coisa? Se a gente levar em conta tudo que os outros falam, tá perdido.”

ENTREVISTA 15

ENTREVISTADOR: “Como você se sentiu com o diagnóstico de gravidez de alto risco?”

G15: “Preocupada, apreensiva, por causa do meu menino nascer prematuro e do hipotireoidismo, que eu tinha sido diagnosticada em 2015, porém nunca tomei nenhum tratamento pela tireoide.”

ENTREVISTADOR: “E como você está experienciando e vivenciando a gravidez de alto risco?”

G15: “Aparentemente, agora aparentemente normal, mas ainda fica aquela dúvida do hipotireoidismo, se afeta o neném ainda. Minha rotina tá normal, cortei algumas coisas da alimentação e, seguindo as orientações médicas, está tranquilo.”

ENTREVISTADOR: “E como você descreveria sua jornada de experiência de cuidados pré-natais em uma gravidez de alto risco?”

G15: “Boa, bem atenciosa, pede os exames necessários. Sempre tem alguma dúvida, ela pergunta se eu estou com alguma dúvida, pergunta como é que está sendo a alimentação, se eu estou sentindo alguma coisa. Se eu tiver, ela encaminha, faz os exames para poder corrigir o

que estiver errado ali na nutrição, no hipotireoidismo, para ver se vai precisar ou não mexer na medicação.”

ENTREVISTA 16

ENTREVISTADOR: “Como você se sentiu com o diagnóstico de gravidez de alto risco?”

G16: “Ah, eu fiquei muito triste. Porque nas outras eu não tive isso, agora, do nada, acontecem essas coisas. Então, eu ficar passando em duas médicas é muito ruim.”

ENTREVISTADOR: “E como você está experienciando e vivenciando a gravidez de alto risco?”

G16: “Ah, não sei nem o que eu respondo. Para mim está mais difícil, porque já tem as outras crianças, né? Aí ter que ficar lidando com a gravidez de alto risco e com eles ainda é muito difícil. Ah, porque três crianças em casa é complicado. Nossa senhora!”

ENTREVISTADOR: “E como você descreveria sua jornada de experiência de cuidados pré-natais em uma gravidez de alto risco?”

G16: “Ah, eu estou gostando muito, porque ela é muito detalhista. Ela pede bastante coisa, exame, ultrassom direto. Na médica lá que eu passo, ela não faz nada. Ela só mede a barriga e escuta o coração da criança. Ai, meu Deus, isso eu faço na minha casa. Eu falei para a médica por que tem que passar em dois. Ela falou que lá é acompanhamento, né. Aí eu passo, né, mas eu estou gostando de passar aqui.”

ENTREVISTA 17

ENTREVISTADOR: “Como você se sentiu com o diagnóstico de gravidez de alto risco?”

G17: “Ah, gente, fica meio abalada, né? No dia eu até chorei, aí minha mãe falou: não, não precisa se preocupar, não, porque a gente que é mãe, a gente assusta, né. Mas eu assustei porque do outro meu menino não teve nada disso.”

ENTREVISTADOR: “E como você está experienciando e vivenciando a gravidez de alto risco?”

G17: “Bom, a única coisa que é ruim é que você tem que vir aqui e vai no outro postinho de 15 em 15 dias. Ah, como se diz, tudo novo, né? Mas eu gosto de vir, bom que a gente sabe como a neném tá indo.”

ENTREVISTADOR: “E como você descreveria sua jornada de experiência de cuidados pré-natais em uma gravidez de alto risco?”

G17: “Ai, não sei o que falar, porque no começo dá muito medo. Se pudesse, estava aqui todo dia. Só que a minha gestação está sendo normal, é mais só por conta da infecção que eu tive da outra gestação com a minha nação prematura. Eu gosto de vir aqui, a doutora é muito atenciosa, sabe explicar as coisas direitinho pra gente. Ah, me traz uma segurança boa aqui.”

ENTREVISTA 18

ENTREVISTADOR: “Como você se sentiu com o diagnóstico de gravidez de alto risco?”

G18: “Preocupada, né? E com medo, mas hoje estou tranquila.”

ENTREVISTADOR: “E como você está experienciando e vivenciando a gravidez de alto risco?”

G18: “Ansiosa. Ah, é que eu já sou uma pessoa ansiosa, né? Aí quando muda o negócio, você sabe que você não tem controle do negócio, aí já é preocupante. Eu fico mais com medo do que pode acontecer ou não. Principalmente porque já ter perdido, aí fica pior ainda. Mas a minha rotina tá tranquila, é mais a cabeça mesmo.”

ENTREVISTADOR: “E como você descreveria sua jornada de experiência de cuidados pré-natais em uma gravidez de alto risco?”

G18: “Importante! Aí que me tranquiliza! Sabendo que tem uma pessoa experiente para te aconselhar, explicar certinho... Nossa, aí é bem mais fácil de lidar.”