

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica**

**Elza Gomes Duarte**

**AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE NAS GESTANTES DE RISCO  
PARA O PARTO PREMATURO POR MEIO DO INVENTARIO  
IDATE**

**Belo Horizonte**

**2013**

**Elza Gomes Duarte**

**AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE NAS GESTANTES DE RISCO  
PARA O PARTO PREMATURO POR MEIO DO INVENTÁRIO  
IDATE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica

Orientador: Profa. Dra. Elysângela Dittz Duarte

**Belo Horizonte**

**2013**

D812a Duarte, Elza Gomes

Avaliação da ansiedade nas gestantes de risco para o parto prematuro / Elza Gomes Duarte– Belo Horizonte : [s.n.], 2013. 40f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Enfermagem Obstétrica) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Orientadora: Elysângela Dittz Duarte

1. Ansiedade. 2. Gravidez de Alto Risco. 3. Trabalho de Parto Prematuro. I. Duarte, Elysângela Dittz. II. Universidade Federal de Minas Gerais. III. Título

NLM: WQ 240

## RESUMO

A ansiedade aumenta o risco de experiência negativa durante a gestação, podendo prejudicar a saúde da mulher, o desenvolvimento fetal e a evolução da criança. (CONDE, F.; FIGUEIREDO, B. 2005).

Portanto, identificar precocemente os níveis de ansiedade permite intervir prevenindo prejuízos ao desenvolvimento do bebê e contribuindo na identificação dos fatores prejudiciais ao desenvolvimento infantil. Este é um estudo descritivo e exploratório de natureza quantitativa com o objetivo de avaliar o nível de ansiedade das gestantes com risco de parto pré-termo por meio do inventário IDATE. Foi realizado no Hospital Sofia Feldman (HSF), referência na atenção à mulher e ao recém-nascido para Belo Horizonte, Região Metropolitana e para outros municípios do interior do Estado de Minas Gerais. Foram sujeitos do estudo as gestantes entre 22 e 36 semanas internadas em uma das unidades assistenciais do Hospital Sofia Feldman em situação de risco para o parto prematuro nos meses de maio a julho de 2013. De acordo com o inventário, IDATE-Estado o participante descreve seu sentimento "no momento em que está respondendo o questionário", temos então que 73,6 % (39) das mulheres foram avaliadas com o nível de ansiedade alto, 20,8% (11) com nível moderado e 5,7% (3) com nível baixo. A escala IDATE-Traço, também é composta de 20 itens, mas o participante recebe a instrução de que deve responder como "se sente geralmente", em seu dia a dia. Aí, encontramos que 69,8% (37) das mulheres tiveram o nível de ansiedade considerado alto, 22,6% (12), o moderado e 7,5% (4), o baixo. Outras variáveis foram avaliadas, não havendo diferença estatística entre os fatores analisados, idade, paridade, número de consultas de pré-natal, idade gestacional e local de internação. Esses dados mostram a importância da atuação do profissional enfermeiro, em conjunto com uma equipe multiprofissional, para o manejo dessas mulheres com alto grau de ansiedade, uma vez que a ansiedade pode repercutir inclusive na terapêutica e no desfecho do parto. O escore final total das escalas vem confirmar a necessidade de estudos maiores para uma intervenção que possa ser aplicada de modo eficaz para se amenizar a ansiedade, uma vez que durante o período gestacional pode ser

amenizada por meio de intervenções que possivelmente acarretarão redução de nascimentos prematuros e favorecer o desenvolvimento infantil.

**Palavras-chave:** Ansiedade. Gravidez de Alto Risco. Trabalho de Parto Prematuro. Inventário de Ansiedade Traço-Estado.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANOVA	Análise de variância
CEP/HSF	Comitê de Ética e Pesquisa
CIUR	Crescimento intra uterino restrito
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DP	Desvio-padrão
FAIS	Fundação Integral para Assistência a Saúde
HAC	Hipertensão arterial crônica
HSF	Hospital Sofia Feldman
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
ITU	Infecção no trato urinário
RPM	Rotura prematura de membrana
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TPPT	Trabalho de parto prematuro

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Médias, medianas e desvio-padrão das pontuações na escala IDATE – Estado e IDATE – Traço das gestantes incluídas no estudo, Hospital Sofia Feldman, 2013.....	24
GRÁFICO 2	Médias, medianas e desvio-padrão das pontuações na escala IDATE – Estado segundo a paridade das gestantes incluídas no estudo, Hospital Sofia Feldman, 2013.....	27

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Características individuais das gestantes que participaram do estudo, Hospital Sofia Feldman, 2013.....	15
TABELA 2	Patologias das gestantes incluídas no estudo, Hospital Sofia Feldman, 2013.....	16
TABELA 3	Características gestacionais das mulheres participantes do estudo, Hospital Sofia Feldman, 2013.....	18
TABELA 4	Características da internação das mulheres incluídas no estudo, Hospital Sofia Feldman, 2013.....	20
TABELA 5	Diagnóstico na internação das mulheres incluídas no estudo, Hospital Sofia Feldman, 2013.....	22
TABELA 6	Pontuação na escala IDATE – Estado e IDATE – Traço das mulheres incluídas no estudo, Hospital Sofia Feldman, 2013.....	23
TABELA 7	Pontuação média na escala IDATE – Estado e IDATE – Traço segundo a idade; a paridade; o número de consultas de pré-natal e o local de internação, Hospital Sofia Feldman, 2013.....	26



## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	METODOLOGIA.....	11
2.1	Análise dos dados.....	14
3	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	15
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
	REFERENCIAS .....	29
	APENDICES.....	32
	ANEXOS.....	34

## 1 INTRODUÇÃO

A etiologia do parto prematuro espontâneo é desconhecida em cerca de 50% dos casos. Pode estar associado a diversos fatores, como os epidemiológicos, baixo nível socioeconômico, falta de higiene, gravidez acima de 40 anos ou abaixo de 17, desnutrição ou dieta desequilibrada, baixo peso pré-gestacional, tabagismo, consumo de drogas ilícitas e estresse psicossocial. Fatores prévios relacionados à saúde materna também podem contribuir, como alterações ginecológicas, infecções, alterações hormonais dentre outros (SOUZA; CAMANO, 2003).

Esses processos biológicos acarretam a vivência de uma maternidade também prematura. Deve-se considerar que a maternidade por si só marca uma nova fase na vida da mulher; é um período de inúmeras transformações de natureza biológica, psicológica e social que exigem um processo de adaptação árduo. E essa fase é representada por uma transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento, envolvendo uma mudança de identidade e redefinição de papéis. Nesse processo, a gestante além de filha e mulher, se constitui mãe. Porém, quando a vida começa diferente devido à possibilidade de um nascimento prematuro, esse processo normal de transição torna-se frágil exigindo cuidados para a mãe e o bebê (MARSON, 2008).

Durante a gestação, planejada ou não, a mulher sempre espera um nascimento saudável, porém, com a possibilidade de um nascimento prematuro, um sentimento de insegurança e medo pode surgir tornando esse momento apreensivo, obscuro, desencadeando ansiedade (BRASIL, 2006).

A maior parte dos autores (FALCONE et.al., 2005) considera, assim, que muitas mulheres apresentam valores elevados de sintomatologia ansiosina durante a gestação, fato esse que pode ser ainda mais grave com o risco de um parto pré-termo.

Consideramos que parte dessa manifestação deva-se à constatação de que, ao serem exigidas da mulher inúmeras adaptações ela se torna mais vulnerável ao desenvolvimento de transtornos de ansiedade (FERRARI; DONELLI, 2010). Para os autores, os transtornos causados pela ansiedade podem afetar a ela, ao feto e, às vezes, ao cônjuge, o que torna necessário um cuidado direcionado no sentido de prevenir danos maiores (CONDE F; FIGUEIREDO B, 2005).

As alterações provocadas pela ansiedade influenciam a vivência da gravidez, do parto e da adaptação entre mãe e bebê pois, durante a gestação, a mulher pode ser levada a ter medo do parto e da morte que são elos da ansiedade. A ansiedade aumenta o risco de experiência negativa nesse período, pois é fonte de fantasias (LOPES et al., 2005). Considera-se, ainda, que o nível alto de ansiedade nas mães leva a riscos do equilíbrio da função materna assim como do desenvolvimento fetal e do desenvolvimento da criança (CORRÊA; LINHARES, 2007).

Portanto, identificar precocemente esses níveis de ansiedade permite intervir prevenindo os prejuízos ao desenvolvimento do bebê e pode contribuir na identificação dos fatores negativos que interferem no desenvolvimento infantil.

Os cuidados e a atenção à gestante com risco de parto pré-termo tem como um de seus focos atender à necessidade que muitas mulheres sentem de falar de seus medos e inseguranças, suas dúvidas e receios sobre como vai nascer seu bebê, quais os riscos e quais as sequelas que podem acontecer e de como cuidar de um bebê tão pequenino e frágil. (CORRÊA; LINHARES, 2007).

Percebo, a partir de minha prática profissional, que a forma pela qual a gestante recebe a informação acerca da possibilidade de seu bebê nascer antes do tempo esperado, de precisar ser encaminhado à UTI neonatal e também de uma internação um pouco mais prolongada pode contribuir para que ela vivencie sentimentos negativos, dentre eles a ansiedade, que interferem no estabelecimento de vínculo com o bebê. Considerando o contexto em que essa situação se dá e as situações, apresentadas pelos estudos, que a potencializam, acreditamos que pode ser amenizada dependendo de como a gestante é acolhida durante a sua internação.

Essas assertivas permitem formular a hipótese de que as mulheres com risco de parto prematuro apresentam chance de desenvolver estados de ansiedade.

Acreditamos que o entendimento dos fatores e dos níveis associados à ansiedade durante a gestação é de grande importância, já que é uma oportunidade para a equipe multidisciplinar prevenir os transtornos que possam prejudicar ainda mais esse momento do nascimento pré-termo.

A partir dessas considerações, definiu-se, como objetivo deste trabalho, avaliar o traço e o estado de ansiedade das gestantes com risco de parto pré-termo utilizando-se o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE).

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de natureza quantitativa. Foi realizado no Hospital Sofia Feldman (HSF), pertencente à Fundação Integral para Assistência a Saúde (FAIS). O HSF é uma instituição filantrópica situada na Região Norte do município de Belo Horizonte e que atende exclusivamente usuários do SUS, assistindo cerca de 810 partos/mês. O HSF é referência em gestação de alto risco e também na atenção ao neonato, para Belo Horizonte. A enfermaria de Casos Clínicos desta instituição possui oito leitos destinados a mulheres com risco iminente de parto prematuro. Essas mulheres também são assistidas na Casa da Gestante, estrutura implantada desde 1998 pelos sistemas estaduais de referência hospitalar da organização mundial de saúde, rede de atendimento hierarquizada e organizada nos diferentes níveis de complexidade assistencial em todos os estados brasileiros.

Atualmente esta estratégia está sendo disseminada em todo o território nacional por meio da rede Cegonha que tem como um de seus objetivos a redução da mortalidade materna e infantil.

A Casa da Gestante é um dos serviços propostos, de forma facultativa para o nível terciário de atenção que oferece apoio assistencial às gestantes de alto risco que necessitam de observação e acompanhamento hospitalar prolongado. Assim, grande parte das mulheres internadas nesse espaço assistencial apresenta risco de parto pré-termo.

Além disso, esse serviço tem por objetivo a diminuição dos custos e riscos hospitalares, bem como a ampliação dos espaços de atuação dos profissionais de saúde, de modo especial, da enfermagem.

A escolha do HSF se deu pelo fato de a pesquisadora atuar como enfermeira na instituição e ser aluna da Especialização em Enfermagem e por perceber, na prática que as gestantes admitidas com o diagnóstico que pode evoluir para um parto prematuro, essas em sua maioria demonstram a necessidade de falar de suas dúvidas, seus receios e medo do que realmente pode acontecer com seus recém nascidos.

Foram sujeitos do estudo as gestantes com período gestacional entre 22 a 36 semanas de gestação de risco para nascimento pré-termo, admitidas na Casa da Gestante e na Enfermaria de Casos Clínicos, de maio a julho de 2013.

Nesse período, estiveram internadas na Casa de Gestantes e na Enfermaria de Casos Clínicos, 112 e 32 gestantes respectivamente. Destas, preenchem os critérios do estudo 12 gestantes da Casa da Gestante e 23 da Enfermaria de Casos Clínicos. Vale ressaltar que, das gestantes que participaram da pesquisa, 18 estavam na Casa da Gestante mas estiveram internadas também na maternidade somando 30 no total de todas que participaram da pesquisa na Casa da Gestante. Todas as gestantes convidadas a participar do estudo aceitaram o convite (APÊNDICE A). Dessa forma, obtivemos uma amostra total de 53 gestantes.

Ressalta-se que o projeto desta pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman (CEP/HSF) (ANEXO A), a fim de atender a Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário para a obtenção de informações que permitiu caracterizar as gestantes que preenchem os critérios da pesquisa, (ANEXO B). Este inventário foi criado em 1970 por Spielberg et al e traduzido e validado por Biaggio & Natalicio (1979) para toda a população brasileira.

Essa escala, considera como Estado de ansiedade (A estado) um estado emocional transitório ou condição do organismo humano, caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão conscientemente percebidos e acompanhados de aumento nas atividades do sistema nervoso autônomo. Escores em A-Estado podem variar em intensidade e flutuar no tempo. Por sua vez, o Traço de ansiedade (A-Traço), refere-se a diferenças individuais relativamente estáveis com relação à propensão à ansiedade (FIORAVANTI, 2006).

Trata-se de um questionário de autoavaliação utilizado para monitorar os estados ansiosos. É composto por duas escalas distintas elaboradas para medir dois conceitos de ansiedade (FANKHAUSER; GERMAN, 1987).

Cada escala consiste de 20 afirmações para as quais os voluntários indicam intensidade naquele momento (IDATE-Estado), ou a frequência com que ocorre (IDADE-Traços), em uma escala de quatro pontos (um a quatro).

O escore total de cada escala varia de 20 a 80 pontos, sendo que os valores mais altos indicam maiores níveis de ansiedade (SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE, 1970).

Alguns itens são pontuados inversamente para se evitar que haja influência nas respostas. São marcadas com 1, 2, 3, ou 4 e recebem o valor de 4, 3, 2,1, respectivamente. Na escala IDATE-Estado tem-se 10 itens computados dessa maneira (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19,20), enquanto que na escala IDATE-Traço tem-se 7 itens invertidos (1, 6, 7, 10, 16,19) (SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE, 1970).

O presente estudo empregou ambas as escalas de estado e traço de ansiedade do IDATE. De acordo com esse inventário, a escala-estado requer que o participante descreva como se sente "no momento em que está respondendo o questionário" em relação a 20 itens apresentados em uma escala Likert de quatro pontos: 1- absolutamente não; 2 - um pouco; 3 - bastante; 4 - muitíssimo. De maneira semelhante, a escala-traço também é composta de 20 itens, mas o participante recebe a instrução de que deve responder como "se sente geralmente", ou seja, em seu dia a dia, de acordo com uma nova escala Likert de quatro pontos: 1 - quase nunca; 2 - às vezes; 3 - frequentemente; 4 - quase sempre.

As potenciais informantes foram identificadas a partir do registro de internação na maternidade do HSF e na Casa da Gestante da mesma instituição. Foram então convidadas pela pesquisadora para participar do estudo aquelas com tempo de internação acima de 48 horas. Na ocasião, foram fornecidas as informações acerca da condução do estudo e de sua participação livre e voluntária como informantes bem como as garantias referentes aos aspectos éticos.

Após o convite às gestantes, foram agendados dia e horário considerados por cada gestante como o mais oportuno para a coleta de dados. Nos dias e horários marcados, antes de se aplicar o questionário, foi feita a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e solicitada assinatura da gestante.

O preenchimento dos questionários foi conduzido observando-se o risco de constrangimento e a necessidade de se interromper seu preenchimento tão logo fosse constatado. Informamos que essa interferência não foi necessária.

## 2.1 Análise dos dados

A partir das informações obtidas por meio dos instrumentos de coleta de dados, foi construído um banco de dados com o auxílio do programa *Microsoft Excel* versão 2010.

Foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis para posterior análise utilizando-se a literatura pertinente. O escore total de cada escala varia de 20 a 80 pontos, sendo que os valores mais altos indicam maiores níveis de ansiedade.

Conforme orientação da literatura, 10 itens da escala IDATE–Estado (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19,20) e 7 itens da IDATE-Traço (1, 6, 7, 10, 16,19) receberam pontuação invertida para o cálculo do escore.

A análise estatística baseou-se na descrição das características da população em estudo, por meio de distribuição de frequências absolutas e relativas das variáveis. Comparou-se a pontuação média do IDATE-Estado e do IDATE-Traço para as variáveis: idade; paridade; número de consultas de pré-natal; idade gestacional (IG) e local de internação. Foram utilizados a análise de variância (ANOVA) e o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis a um nível de significância de 5% ( $p$ -valor  $<0,05$ ).

Os dados foram organizados para apresentação em gráficos e tabelas, os quais foram analisados e discutidos à luz da literatura pertinente.

### 3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Na TAB. 1, verifica-se que a maioria das gestantes tem entre 29 e 36 anos (39,6%), seguidas daquelas entre 15 a 22 anos (30,2 %) e 22 a 29 anos (22,6%). A média da idade das gestantes foi de 26 anos com desvio-padrão (DP) de sete anos. Quanto à cor, a maioria se declarou parda (50,9%) e 41,5% de cor branca. Somente 5,7% se declararam de cor negra. Ao serem questionadas quanto ao grau de instrução, 73,6% referem ensino fundamental. A totalidade das entrevistadas negou uso de drogas e 7,5% assumiram ser tabagistas.

TABELA 1

Características individuais das gestantes que participaram do estudo, Hospital Sofia Feldman, 2013

Variáveis	n	%	Média	Desvio padrão
<b>Idade (anos)</b>			26	7
15  - 22	16	30,2		
22  - 29	12	22,6		
29  - 36	21	39,6		
36  - 43	4	7,5		
<b>Cor</b>				
Parda	27	50,9		
Branca	22	41,5		
Negra	3	5,7		
Outras	1	1,9		
<b>Instrução</b>				
Fundamental	39	73,6		
Médio	13	24,5		
Superior	1	1,9		
<b>Tabagista</b>				
Não	49	92,5		
Sim	4	7,5		
<b>Uso de drogas</b>				
Não	53	100,0		
Sim	-	0,0		
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>		

Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2013

No que se refere à faixa etária, resultado aproximado pode ser observado em estudo realizado por Bezerra, Oliveira e La Torre (2006). Para se avaliar a prevalência de fatores associados à prematuridade entre gestantes submetidas à



inibição de trabalho de parto prematuro, os pesquisadores identificaram que a idade das mulheres que participaram do estudo variou de 13 a 39 anos (média de 23,7 anos). Tal fato pode ser compreendido por ser a faixa etária de 10 a 49 anos considerada de idade reprodutiva (BRASIL, 2011). É importante ressaltar que, tanto no atual estudo quanto na literatura consultada, os dados demonstraram que a idade materna não apresentou associação com nascimento prematuro.

Embora tenha sido verificada uma associação entre a baixa escolaridade e o parto prematuro (ROBAINA CASTELLANO et al., 2001), essa associação não foi significativa na atual investigação.

Quanto ao hábito de fumar, semelhante a este estudo no qual 92,1% negam o tabagismo, outros autores identificaram que, de 163 mulheres pesquisadas, 81,5% não tinham o hábito de fumar (BEZERRA; OLIVEIRA; LA TORRE, 2006).

Na TAB. 2, são apresentadas as patologias de base que acometeram as gestantes pesquisadas. Verifica-se que, das 53 mulheres incluídas no estudo, 12 apresentaram alguma patologia de base e a hipertensão arterial crônica foi responsável por 66,7% das ocorrências. As demais patologias informadas foram Hipertensão arterial crônica seguida de pré-eclâmpsia, hipotireoidismo e lúpus/trombofilia e pré eclâmpsia cada uma com 8,3%.

TABELA 2

Patologias das gestantes incluídas no estudo, Hospital Sofia Feldman, 2013

<b>Patologias</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Hipertensão arterial crônica	8	66,7
Hipertensão arterial crônica e Pré-eclâmpsia	1	8,3
Hipotireoidismo	1	8,3
Lúpus/trombofilia	1	8,3
Pré-eclâmpsia	1	8,3
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2013.

Embora a hipertensão arterial crônica por vezes esteja relacionada a estilo de vida que traz como fator de risco, entre outros, o tabagismo (BRASIL, 2011), não foi possível identificar, neste estudo, situações que confirmem as informações

referentes a esse hábito, visto que apenas 7,5% das informantes referiram ser tabagistas e todas negaram o uso de quaisquer drogas.

Em estudo realizado por Oliveira et al. (2006), com a finalidade de avaliar as repercussões perinatais nas síndromes hipertensivas em gestações, observou-se que a hipertensão arterial crônica (HAC) acomete em torno de 5% das gestações, sendo considerada como fator de risco para a pré-eclâmpsia. A taxa de pré-eclâmpsia sobreposta em pacientes hipertensas crônicas é de 15% a 25%. Oliveira et al. (2006) relatam também que a HAC foi mais prevalente que a hipertensão gestacional na população estudada (respectivamente 7,45% e 2,80% da população total). Dentre as pacientes hipertensas, 27,32% foram diagnosticadas com hipertensão gestacional e 72,67% como HAC. Estes achados da literatura, reiteram os deste estudo indicando a contribuição da hipertensão arterial crônica nas situações de risco de parto prematuro.

Embora na maior parte da literatura as prevalências de pré-eclâmpsia e de hipertensão gestacional sejam normalmente maiores que a prevalência de HAC, Gaio et al. (2001), ao estudar 4892 mulheres que tiveram parto prematuro no Rio Grande do Sul, identificaram 4,0% de gestantes com HAC, 0,7% com diagnóstico de hipertensão gestacional e 2,3% com pré-eclâmpsia/eclâmpsia. Os autores concluíram que, quando comparados os riscos relativos entre hipertensão arterial crônica e a hipertensão arterial gestacional, o desfecho perinatal foi desfavorável com risco relativo de prematuridade significativamente maior para as gestantes com hipertensão arterial crônica, que evoluíram para parto prematuro, crescimento intra uterino restrito (CIUR), e baixo peso.

A tabela 3 diz respeito às características gestacionais das informantes. Destas, 47,2% tinham idade gestacional entre 33 e 36 semanas à época da coleta de dados, seguidas de 37,7% com idade gestacional entre 28 e 33 semanas, sendo que a média foi de 30,9 semanas com DP de 3. Das informantes, 94,3% fizeram o pré-natal, com uma média de consultas de 5,1 consultas com DP de 1,9. Ressalta-se que 5,7% não realizaram pré-natal.

TABELA 3  
Características gestacionais das mulheres participantes do estudo, Hospital Sofia  
Feldman, 2013

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>Idade gestacional (semanas)</b>			30,9	3,0
23  - 28	8	15,1		
28  - 33	20	37,7		
33  - 36	25	47,2		
<b>Pré-natal</b>				
Não	3	5,7		
Sim	50	94,3		
<b>Número de consultas</b>			5,1	1,9
menor que 7	40	75,5		
maior ou igual a 7	10	18,9		
não fez	3	5,7		
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>		

Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2013

Considerando o número desejável de sete consultas de pré-natal para todo o período gestacional (BRASIL, 2006) faz-se necessário contextualizar o momento da coleta de dados, visto que as gestantes ainda não tinham tido tempo suficiente de gestação para cumprir a orientação. Ainda assim, verificou-se uma aproximação dessa meta, considerando-se que a IG média foi de 30,9 (DP 3) e o número médio de consultas de 5,1 (DP 1,9). Um dado que merece ser analisado e acompanhado com atenção é o de ausência de pré-natal (5,7%). Embora seja um percentual reduzido, pode ser determinante para o desfecho gestacional e, portanto, objeto de ações efetivas para sua redução.

Estudo realizado por Morais et al. (1998) evidencia que, à medida que aumenta o número de visitas de pré-natal, aumenta também a IG do feto ao nascimento e, com a diminuição dessas visitas há complicações para o recém-nascido. Dessa forma, foi comprovada associação significativa entre IG e número de consultas de pré-natal.

Considerando os achados deste estudo de elevado número de consultas de pré-natal, mesmo em situação de prematuridade, inferimos que esse fato deve-se à identificação de gestação de risco, o que pode exigir, já no início da gestação, um acompanhamento da gestante para além do preconizado para as situações de normalidade.

Podem-se observar, na tabela. 4, as informações referentes ao local de cuidado onde as mulheres permaneceram. Tem-se que 43,4% permaneceram internadas na Enfermaria de Casos Clínicos, seguido de 34,0% que permaneceram entre a Enfermaria de Casos Clínicos e a Casa da Gestante e 22,6% que permaneceram internadas somente na Casa da Gestante.

Quanto ao tempo de permanência das gestantes admitidas na Casa da Gestante, 83,3% permaneceram por um período menor que nove dias, 10% entre nove e 17 dias e 6,7% entre 17 e 25 dias, em uma média de 5,3 dias com (DP 5,2).

Daquelas que foram admitidas na Enfermaria de Casos Clínicos, 92,7% tiveram um período de internação entre um e oito dias, 4,9% entre oito e 15 dias e 2,4% entre 15 e 22 dias, numa média de 2,9 dias (DP 3,3) (TAB. 4)

TABELA 4  
Características da internação das mulheres incluídas no estudo, Hospital Sofia  
Feldman, 2013

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>Local da internação</b>				
Casa da Gestante	12	22,6		
Maternidade	23	43,4		
Maternidade e Casa da Gestante	18	34,0		
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>		
<b>Tempo de permanência (dias)</b>				
Casa da gestante				
1  - 9	25	83,3	5,3	5,2
9  - 17	3	10,0		
17  - 25	2	6,7		
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>		
<b>Tempo de permanência (dias)</b>				
Maternidade				
1  - 8	38	92,7	2,9	3,3
8  - 15	2	4,9		
15  - 22	1	2,4		
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>		

Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2013.

As gestantes acolhidas na instituição passam por uma avaliação e são encaminhadas, segundo o diagnóstico, à Enfermaria de Casos Clínicos ou à Casa da Gestante. As mulheres que são encaminhadas para a Casa da Gestante embora necessitem de vigilância constante, seu cuidado não exige a permanência em um ambiente hospitalar. Considera-se, ainda, para a sua internação, que, pela natureza do problema apresentado e a distância de suas moradias, não podem retornar aos domicílios naquele momento.

Verifica-se um período de permanência das mulheres que estiveram somente na maternidade inferior ao das mulheres que ficaram na Casa da Gestante. Para analisar essa informação, consideram-se os diferentes objetivos de cada um desses

espaços assistenciais. À Enfermaria de Casos Clínicos (maternidade) compete o atendimento em situações mais críticas e/ou instáveis, sendo que o encaminhamento à Casa da Gestante se dá tão logo essa condição esteja estabilizada. Portanto, inferimos que o tempo médio de 2,9 dias na Enfermaria de Casos Clínicos é um resultado da efetividade dessa unidade para a estabilização das mulheres, ao passo que consideramos esperada a maior média de permanência na Casa da Gestante onde as gestantes são monitoradas e podem prolongar com segurança sua gestação.

A inferência quanto à segurança no processo de cuidado tem sustentação nas assertivas de Nazareth, Souza e Pimenta (2012) que refere que a assistência na Casa da Gestante é pautada por protocolo institucional baseado em evidências científicas e que esse protocolo foi construído pela equipe médica responsável pela assistência no programa e teve como base o Manual Técnico de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde brasileiro, adotando como referência as evidências científicas mais atuais relacionadas à prática diagnóstica e terapêutica.

No que se refere ao diagnóstico das gestantes incluídas no estudo na internação observamos que a causa principal para sua internação em uma das unidades de cuidado foi a rotura de membrana pré-termo (18,9%), seguida de (17,0%) de pré-eclâmpsia, (15,1%) de hipertensão arterial gestacional, (11,3%) foram admitidas por trabalho de parto pré-termo e 9,4% por hipertensão arterial gestacional (7,5%) (TAB. 5).

TABELA 5  
Diagnóstico na internação das mulheres incluídas no estudo, Hospital Sofia  
Feldman, 2013

<b>Diagnóstico</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
RPMPT	10	18,9
Pré-eclampsia	9	17,0
HAC	8	15,1
TPPT	6	11,3
HAG	5	9,4
CIUR	4	7,5
Dilatação cervical avançada	4	7,5
Oligohidramnio	3	5,7
Placenta prévia	2	3,8
DMG	1	1,9
Gestação gemelar	1	1,9
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2013.

Estudo realizado em 2008 relata que cerca de 10% de todas as gestações vão apresentar a rotura das membranas amnióticas antes do início do trabalho de parto. A rotura prematura de membrana acomete de 1% a 3% das gestações, sendo importante causa de morbidade e mortalidade perinatal e responsável por cerca de 30% de todos os partos pré-termo e por 20% das mortes perinatais nesse período (SOUZA, 2004).

Estudo realizado com a finalidade de identificar a prevalência de infecção do trato urinário (ITU) em clientes com trabalho de parto prematuro (TPP) cita que a RPM, em IG inferior a 37 semanas, responde por 20 a 40% dos casos de TPP e está envolvida na gênese de 30 a 40% dos partos prematuros, fato que pode ser observado na Tabela 4, uma vez que de todas as causas em estudo, a rotura prematura de membranas (RPM) foi responsável por 28% (29) dos casos, sendo 22% (23) de RPM e 06% (06) de RPM associada a outra patologia.

A ITU é uma relevante complicação do período gestacional, agravando tanto o prognóstico materno quanto o perinatal. Portanto essa é uma preocupação adicional para os profissionais responsáveis pela atenção pré-natal, uma vez que há

incidência aumentada de infecções sintomáticas entre grávidas; o arsenal terapêutico antimicrobiano e as possibilidades profiláticas são restritas, adicionando-se o fato de alguns fármacos serem tóxicos para o embrião/feto e placenta (AMORIM MELO, 2009; DUARTE et al., 2008).

Ressalta-se que, embora a ITU seja uma das principais causas relacionadas ao trabalho de parto pré termo, no presente estudo verificou-se a ausência da ITU nas gestantes participantes. Dessa forma, inferimos que o baixo índice de ITU comparado a outros estudos pode estar relacionado à omissão do dado ou qualidade do pré-natal para grupos específicos pesquisados corroborando com o alto índice de consultas de pré-natal anteriormente apresentado.

Na Tabela 6, podem ser visualizados os escores de IDATE-Estado e IDATE-Traço das gestantes pesquisadas. Utilizando a escala IDATE-Estado, observamos que 73,6 % (39) das mulheres foram avaliadas com o nível de ansiedade alto, 20,8% (11) como moderado e 5,7% (3) como baixo. Considerando a escala IDATE-Traço, 69,8% (37) das mulheres tiveram o nível de ansiedade considerado alto, 22,6% (12) como moderado e 7,5% (4) como baixo.

TABELA 6

Pontuação na escala IDATE – Estado e IDATE – Traço das mulheres incluídas no estudo, Hospital Sofia Feldman, 2013

Pontuação	Nível de ansiedade	IDATE-Estado		IDATE-Traço	
		N	%	n	%
menor ou igual a 32	baixo	3	5,7	4	7,5
33 a 41	moderado	11	20,8	12	22,6
maior ou igual a 42	alto	39	73,6	37	69,8
<b>Total</b>		<b>53</b>	<b>100,0</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2013.

A pontuação média das mulheres na escala IDATE-Estado foi de 48.4 pontos, com DP de 10.3, e na escala IDATE-Traço a média foi de 45.9 pontos com um DP de 9.2. Não houve diferença estatística das médias entre as duas escalas ( $p$ -valor = 0.202) (GRAF. 1).



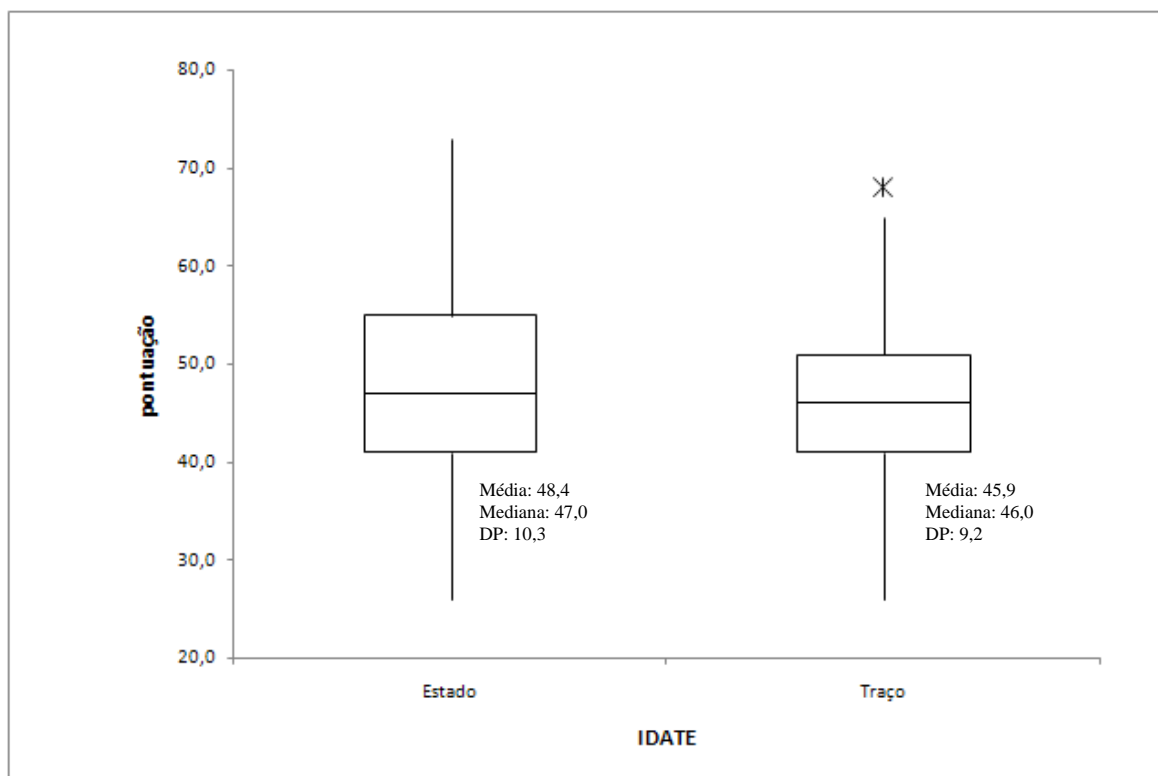


Gráfico 1 - Médias, medianas e desvio-padrão das pontuações na escala IDATE-Estado e IDATE-Traço das gestantes incluídas no estudo, Hospital Sofia Feldman, 2013

Nota: ANOVA (p-valor = 0,202) (n= 53)

Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2013.

De acordo com Corrêa e Linhares (2007), são poucos os estudos sobre relação entre a ansiedade no período gestacional, mas os estudos mais recentes vêm apontando a ansiedade como fator predominante para a prematuridade; afirmam que os estudos ainda dão maior importância a fatores como o fumo, consumo de bebidas alcoólicas, peso materno, assistência pré-natal, entre outros. É importante discutir a identificação de altos escores de ansiedade nas mulheres com risco de parto prematuro.

A presença da ansiedade pode afetar negativamente a gestação por ser considerada mediadora de mudanças endócrinas como também de determinados comportamentos de risco, tais como o hábito de fumar, atraso e/ou inadequado acesso ao pré-natal, alimentação e ganho de peso gestacional inadequados. Os quadros de ansiedade são muito frequentes e deletérios à mulher em idade reprodutiva. Estima-se que 20% das mulheres apresentam sintomas de ansiedade durante a gravidez. (CONDE, F.; FIGUEIREDO, B. 2005).

Em outro estudo realizado em 2004, os autores investigaram o efeito de fatores endócrinos e psicológicos na prematuridade. As evidências sugeriram que a

ansiedade aumenta a secreção do hormônio corticotrópico. Esse hormônio interage com as prostaglandinas e oxitocinas e ambos são mediadores da contração uterina. Ainda são poucas as pesquisas que nos dão o entendimento dos fatores endócrinos; no entanto, neste trabalho, houve a demonstração da associação da ansiedade presente entre as 28 e 30 semanas de gestação como aumento do hormônio corticotrópico. Essa associação trouxe uma importante contribuição, já que a ansiedade durante o período gestacional pode ser modificada por meio de intervenções, que possivelmente acarretarão redução de nascimentos prematuros (MANCUSO et al., 2004).

Ao serem analisados os scores de IDATE-Estado e IDATE-Traço em relação à idade, paridade, número de consultas de pré-natal, IG e local de internação, não houve diferença estatística para nenhuma das variáveis (TAB. 7).

Isso permite inferir que o estado de ansiedade está associado à situação de risco vivenciada pela gestante e seu bebê.

TABELA 7

Pontuação média na escala IDATE – Estado e IDATE – Traço segundo a idade; a paridade; o número de consultas de pré-natal e o local de internação, Hospital Sofia Feldman, 2013

Variáveis	IDATE - Estado			IDATE-Traço		
	Média	Desvio- -padrão	p-valor	Média	Desvio- -padrão	p-valor
<b>Idade</b>			0,290			0,653
15  - 22	51,9	10,9		47,0	8,1	
22  - 29	43,3	9,5		44,0	12,2	
29  - 36	48,8	10		45,5	8,7	
36  - 43	47,8	8,8		50,0	7,1	
<b>Paridade</b>			0,775			0,480
Múltipara	48,5	10,6		46,7	8,9	
Nulípara	48,3	10,2		45,1	9,6	
<b>Nº de consultas</b>			0,746			0,373
menor que 7	48,9	9,4		45,4	7,5	
maior ou igual a 7	46,9	10,4		49,9	12,4	
Não fez	46,7	23,4		40,3	16,9	
<b>Idade gestacional</b>			0,142			0,446
23  - 28	43,5	7,9		41,6	8,6	
28  - 33	51,4	12,3		46,7	7,9	
33  - 38	47,6	8,7		46,8	10,2	
<b>Local da internação</b>			0,567			0,880
Casa da Gestante	44,9	10,8		44,4	12,1	
Maternidade	49,8	10,3		46,4	7,1	
Maternidade e						
Casa da gestante	48,9	10,0		46,3	9,8	

Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2013.

Não houve diferença estatística quanto ao local de internação entre as gestantes admitidas na Casa da Gestante e aquelas admitidas na Enfermaria de Casos Clínicos. Não podemos afirmar tal item uma vez que a amostra foi reunida

sem serem identificadas quanto ao local de permanência durante a internação. O tempo de permanência na Enfermaria de Casos Clínicos é um pouco menor, visto que, ao terem seus quadros estabilizados, as gestantes eram transferidas para a Casa da Gestante.

Isso sinaliza a necessidade de mais estudos, a Casa da Gestante pode ser uma estratégia para amenizar o quadro de ansiedade.

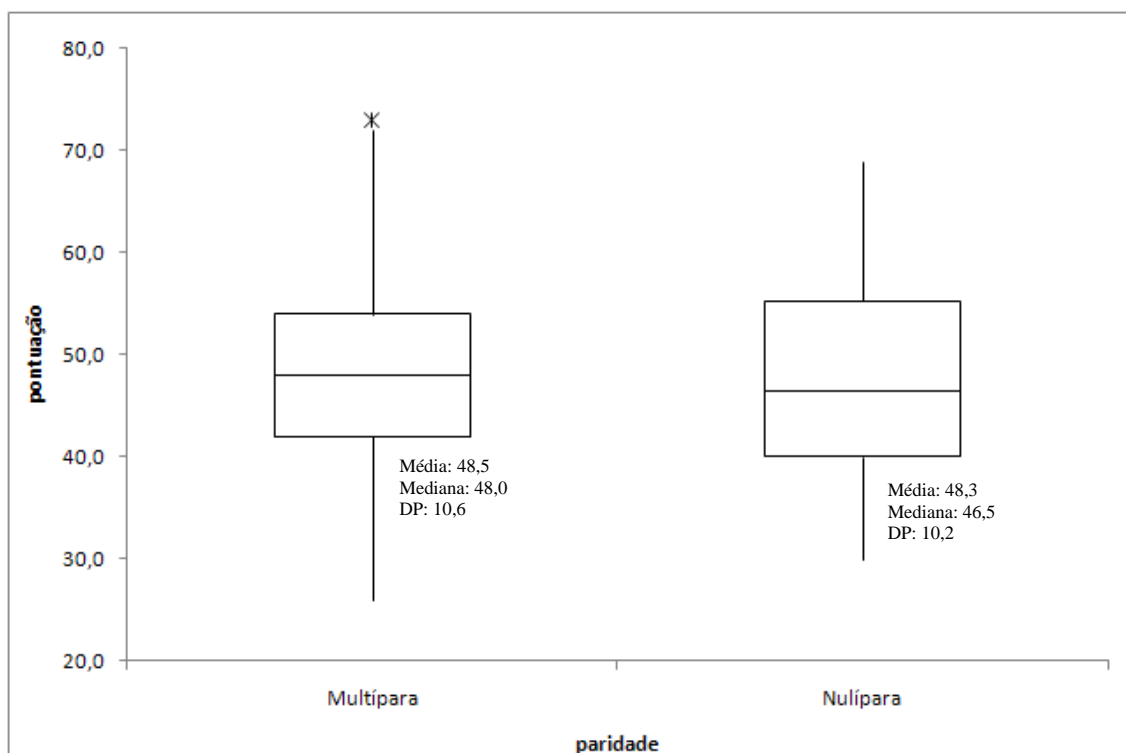


Gráfico 2 - Médias, medianas e desvio-padrão das pontuações na escala IDATE – Estado segundo a paridade das gestantes incluídas no estudo, Hospital Sofia Feldman, 2013

Nota: Kruskal-Wallis ( $p$ -valor = 0,775)

Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2013.

Em relação à paridade, a média foi de 48,3 e o DP foi de 10,2 para as nulíparas e para as múltiparas 48,4 com uma média de 10,6.

É importante ressaltar que não houve, entre os fatores analisados (idade, paridade, número de consultas de pré-natal, IG, local de internação), diferença estatística para nenhuma das variáveis.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve com limitações o tempo de aplicação do questionário o que resultou em uma amostragem pequena. A utilização de um único instrumento de avaliação, dada a amplitude dos aspectos que envolvem a ansiedade nesse período pode ter influenciado uma única estratégia a ser insuficiente para apreender a realidade.

A ausência de diferença estatística, ao se comparar os dois locais de atenção, pode estar relacionada a uma insuficiência da amostra ou a uma qualificação da atenção à gestante em diferentes locais da instituição.

Como resultado da pesquisa, o nível de ansiedade das gestantes no momento em que foram respondidas as questões foi estatisticamente alto; apresenta escores indicativos de sintomas clínicos de ansiedade, visto que os resultados foram: das 53 participantes, 39 ou 73,6% apresentaram um índice alto de ansiedade, 11 ou 20,8% apresentaram índice moderado e 3 ou 5,7% apresentaram um nível baixo de ansiedade.

Já na “escala IDATE-Traço onde avaliamos como se sente geralmente”, em seu dia a dia, encontramos que, das 53 gestantes, 37 (69,8%) das mulheres tiveram o nível de ansiedade considerado alto, 12 delas ou 22,6% como moderado e apenas quatro correspondem a 7,5% como baixo.

Esses dados nos mostram a importância da atuação do profissional enfermeiro em conjunto com uma equipe multiprofissional para o manejo dessas mulheres com alto grau de ansiedade, uma vez que a ansiedade pode repercutir inclusive na terapêutica e no desfecho do parto. O escore final total das escalas confirma a necessidade de estudos maiores para uma intervenção que possa ser aplicada de modo eficaz para se amenizar o problema. A ansiedade durante o período gestacional pode ser modificada por meio de intervenções que possivelmente acarretarão redução de nascimentos prematuros.

## REFERENCIAS

AMORIM, M. M. R.; MELO, A. S. O. Avaliação dos exames de rotina no pré-natal (Parte 1). **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, mar. 2009.

BEZERRA, L. C.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; LATORRE, M. R. D. O. Prevalência e fatores associados à prematuridade entre gestantes submetidas à inibição de trabalho de parto prematuro. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 2, p. 223-229, abr./jun. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional De Saúde. Resolução CNS 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 out. 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>>. Acesso em: 21 fev. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Política nacional de atenção integral a saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Assistência pré-natal: manual técnico**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CONDE, F.; FIGUEIREDO, B. Ansiedade na gravidez: implicações para a saúde e desenvolvimento do bebê e mecanismos neurofisiológicos envolvidos. **Acta Pediátrica Portuguesa**, Lisboa, v. 36, n. 1, p. 41-49, 2005.

CORREIA, L. L.; LINHARES, M. B. M. Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: revisão de literatura. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 677-683, jul./ago. 2007.

DUARTE, G. et al. Infecção urinária na gravidez. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 93-100, 2008.

FALCONE, V. M. et al. Atuação multiprofissional e saúde mental de gestantes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 171-178, ago. 2005.

FANKHAUSER, M. P.; GERMAN, M. L. Understanding the use of behavioral rating scales in studies evaluating the efficacy of antianxiety and antidepressant drugs. **American Journal of Hospital Pharmacy**. Bethesda, MD, v. 44, n. 9, p. 2087-2100, Sept. 1987.

FERRARI, A. G.; DONELLI, T. M. S. Tornar-se mãe e prematuridade: considerações sobre a constituição da maternidade no contexto do nascimento de um bebê com muito baixo peso. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 3, n. 2, p. 106-112, dez. 2010.

FIORAVANTI, A. C. M. et al. Avaliação da estrutura fatorial da escala de ansiedade-traço do IDATE. **Avaliação Psicológica**, Itatiba – SP, v. 5, n. 2, p. 217-224, 2006.

GAIO, D. S. et al. Hypertensive disorders in pregnancy: frequency and associated factors in a cohort of Brazilian women. **Hypertension in Pregnancy**, London, v. 20, n. 3, p. 269-281, 2001.

LOPES, R. C. S. et al. O antes e o depois: expectativas e experiências das mães sobre o parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 247-254, maio/ago. 2005.

MANCUSO, R. A. et al. Maternal prenatal anxiety and corticotropin-releasing hormone associated with timing of delivery. **Psychosomatic Medicine**, Baltimores, v. 66, n. 5, p. 762-769, Sep./Oct. 2004.

MARSON, A. P. Narcisismo materno: quando meu bebê não vai para casa... **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 161-169, jun. 2008.

MORAIS, E. N. et al. Momento e frequência das visitas de pré-natal: repercussões sobre os nascimentos pré-termo. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 25-32, 1998.

NAZARETH, J. V.; SOUZA, K. V.; PIMENTA, A. M. Adriano Marçal Pimenta Casa da gestante: modelo de atenção assistencial às gestantes de alto risco. **Programa de Atualização em Enfermagem Saúde Materna e Neonatal**, Belo Horizonte, v. 3, n. 4, p. 79-101, 2012.

OLIVEIRA, C. A. et al. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 1, p. 93-98, jan./mar. 2006.

ROBAINA CASTELLANO, G. R. et al. Análisis multivariada de factores de riesgo de prematuridad em Matanzas. Revista Cubana de Obstetrícia y Ginecología, Habana, v. 27, n. 1, p. 62-69, ene./abr. 2001.

SOUZA, E; CAMANO, L. Reflexões sobre a predição do parto prematuro. Rio de Janeiro, **Femina**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, p. 855-861, nov./dez. 2003.

SOUZA, N. S. T. Rotura prematura das membranas. In: CORRÊA, M. D. et al. (Eds.). **Noções práticas de obstetrícia**. 13. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2004. p. 329-38.

SPIELBERGUER, C. D.; GORSUCH, R. L.; LUSHENE, R. E. **Manual for the statetrait anxiety inventory**: self-evaluation questionnaire. Menolo Park, CA: Consulting Psychologists, 1970.



## APÊNDICE A - CARTA DA PESQUISADORA

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

Prezada \_\_\_\_\_,

Eu, Elza Gomes Duarte, sou enfermeira e aluna do curso de Especialização em enfermagem obstétrica da UFMG em parceria com Hospital Sofia Feldman e estou desenvolvendo uma pesquisa sobre Avaliação da ansiedade nas gestantes de risco para o parto prematuro: Perspectivas de atuação do enfermeiro obstetra. Essa pesquisa está sendo orientada pela Profa. Dra. Elysângela Dittz Duarte.

Sua colaboração é muito importante para a realização desse estudo e, por isso, solicito sua participação. Algumas informações são necessárias para que a senhora decida sobre sua participação.

1. Sua colaboração é voluntária, consiste em responder perguntas de um questionário dividido em duas partes sendo cada uma composta por 20 itens. Caso a senhora deseje participar ou desista de continuar durante a coleta de dados, não haverá nenhum prejuízo para a assistência que recebe nesta instituição.
2. Durante a implementação da coleta de dados e as etapas seguintes, você poderá fazer todas as perguntas que achar necessárias para esclarecer suas dúvidas.
3. Será garantido anonimato por ocasião de divulgação dos resultados e guardado sigilo dos dados confidenciais.
4. A utilização dos resultados obtidos será exclusivamente para fins científicos.
5. A senhora poderá entrar em contato com a pesquisadora se sentir necessidade durante ou após o período de coleta de dados pelo telefone (31) 87174569, 34578895 ou pelo e-mail: [teodoroelza@hotmail.com](mailto:teodoroelza@hotmail.com).
6. Para participar dessa pesquisa, a senhora não terá nenhum tipo de despesa nem receberá nenhuma gratificação.
7. Ao final da pesquisa, a senhora terá livre acesso a seu conteúdo, se for de seu interesse e poderá discuti-lo com a pesquisadora.

Certa de contar com seu apoio, agradeço.

Elza Gomes Duarte, residente à av. João Samaha, 690, apto 103, bairro São João Batista, BH MG.

Cell: 87174569 email: [teodoroelza@hotmail.com](mailto:teodoroelza@hotmail.com). CEP: 31 520 100

Contato do CEP Hospital Sofia Feldman: Rua Antônio Bandeira, 1060 - Tupi | Belo Horizonte/MG – (31) 34082249.

[www.sofiafeldman.org.br](http://www.sofiafeldman.org.br)

**APENDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Declaro ter recebido da Enfermeira, Elza Gomes Duarte, aluna do curso de Especialização em enfermagem obstétrica da UFMG em parceria com o Hospital Sofia Feldman, as orientações sobre a finalidade e objetivos da pesquisa cujo título é: Avaliação da ansiedade nas gestantes de risco para o parto prematuro:

Perspectivas de atuação do enfermeiro obstetra- sob orientação da Profa. Dra. Elysângela Dittz Duarte - bem como sobre a utilização das informações que forneci somente para fins científicos, sendo que meu nome será mantido em sigilo, os dados serão utilizados para produção da pesquisa, de artigos e apresentação em eventos científicos. Todo o material obtido será (queimado) após cinco anos do término da pesquisa.

Belo Horizonte,..... de ..... de 2013.

Entrevistada:

.....

Pesquisadora:

.....

Contato da participante:

Telefone: .....

\_\_\_\_\_  
Assinatura da entrevistadora

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

## ANEXO A – PARECER APROVADO PELO CEP/HSF

HOSPITAL SOFIA FELDEMAN/  
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL  
INTEGRAL À SAÚDE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação da ansiedade nas gestantes de risco para o parto prematuro: perspectivas de atuação do enfermeiro obstetra

**Pesquisador:** Elysangela Dittz Duarte

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 14628713.3.0000.5132

**Instituição Proponente:** Hospital Sofia Feldman/ Fundação de Assistencial Integral à Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 256.540

**Data da Relatoria:** 25/04/2013

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa para Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica oferecido pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais orientado pela Profa. Dra. Elysângela Dittz Duarte e realizado pela especializanda Elza Gomes Duarte. As pesquisadoras destacam que o entendimento dos fatores e dos níveis associados à ansiedade durante a gestação é importante já que pode ser possível amenizar seus efeitos, antevendo na prevenção dos transtornos que possam prejudicar ainda mais este momento do nascimento pré-termo. Para isso propõem um estudo descritivo, exploratório e quantitativo com o objetivo de avaliar o nível de ansiedade das gestantes com risco de parto pré-termo. Elas descrevem que o estudo será realizado no Hospital Sofia Feldman (HSF), pertencente à Fundação Integral para Assistência a Saúde (FAIS). A instituição possui 8 leitos destinados as mulheres com risco eminente de parto prematuro, estas mulheres também são assistidas na Casa da Gestante. Serão sujeitos do estudo as gestantes com período gestacional entre 22 a 36 semanas e 6 dias de gestação de risco para nascimento pré termo que forem admitidas na casa da gestante e na enfermaria de casos clínicos no período de abril e maio de 2013. Para a coleta de dados será utilizada um questionário para a obtenção de informações que permitam caracterizar as gestantes e realização do IDATE (Inventário de Ansiedade Traço-Estado). As potenciais informantes serão identificadas a partir do registro de internação na maternidade do HSF e na Casa de Gestantes desta mesma instituição. Serão então convidadas pela pesquisadora a participar do estudo

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060

Bairro: Tupi

CEP: 31.844-130

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3408-2249

Fax: (31)3408-2218

E-mail: lep@sofiinfeldman.org.br

HOSPITAL SOFIA FELDEMAN/  
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL  
INTEGRAL À SAÚDE



independente do tempo de internação. Na ocasião serão fornecidas as informações acerca da condução do estudo e da sua participação livre e voluntária como informante bem como as garantias referentes aos aspectos éticos. Caso a informante aceite participar será agendado o horário que for considerado por ela como o mais oportuno para a coleta de dados. No dia e horário marcados, antes de realizar a aplicação do questionário, será feita a leitura do TCLE e solicitado a sua assinatura. A partir dos dados obtidos será estruturada um banco de dados utilizando o programa Excel os quais serão submetidos às análises descritivas dos resultados absolutos e percentuais e posteriormente discutidos utilizando se da literatura referente ao tema.

**Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar o nível de ansiedade das gestantes com risco de parto pré-termo no Hospital Sofia Feldman.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

As pesquisadoras destacam que a coleta de dados somente terá início após o consentimento da Instituição para a sua realização e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman. Além disso, a abordagem aos sujeitos obedecerá aos preceitos éticos, com entrega da carta de apresentação do projeto de pesquisa às enfermeiras/os e à instituição, contendo: título do projeto, objetivo, metodologia, garantia de anonimato e caráter voluntário da participação e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O retorno social da pesquisa ocorrerá sob forma de divulgação de resultados, pela publicação em periódicos, eventos e outros meios julgados pertinentes.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um projeto de pesquisa relevante, passível de ser desenvolvido que atende os preceitos éticos da resolução 196/96.

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

Os documentos de apresentação obrigatória estão anexados ao projeto e estão adequados.

**Recomendações:**

Recomendo que as pesquisadora revejam os seguintes pontos:

- rever o período de início de coleta de dados. No projeto está previsto para início de abril e o projeto ainda não foi analisado pelo CEP/HSF.
- Avaliar se haverá a inclusão de menores de 18 anos de idade porque, caso seja incluído, é necessário a elaboração do termo de assentimento.
- Inclusão do endereço do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman e da pesquisadora em uma única folha.

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060

Bairro: Tupi

CEP: 31.844-130

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3408-2249

Fax: (31)3408-2218

E-mail: lep@sofiafeldman.org.br

HOSPITAL SOFIA FELDEMAN/  
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL  
INTEGRAL À SAÚDE



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

Segue descrita acima.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Parecer de Relator 24/2013 CAAE: 14628713.3.0000.5132

(favor citar esse número em suas comunicações com o CEP/HSF)

**DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman (CEP/HSF) analisou em plenária realizada no dia de 25 de abril de 2013, o Projeto de Pesquisa intitulado: Avaliação da ansiedade nas gestantes de risco par o parto prematuro: perspectivas de atuação do enfermeiro obstetra das Pesquisadoras Elysângela Dittz Duarte e Elza Gomes Duarte e o considerou APROVADO.

Reafirmamos que o relatório final deverá ser encaminhado ao CEP/HSF pela Plataforma Brasil ao término do estudo, para fins de conclusão do processo.

Atenciosamente.

Dra. Lélia Maria Madeira  
Coordenadora do CEP/HSF

Belo Horizonte, 25 de abril de 2013.

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060  
Bairro: Tupi CEP: 31.844-130  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)3408-2249 Fax: (31)3408-2218 E-mail: lep@sofiinfeldman.org.br

HOSPITAL SOFIA FELDEMAN/  
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL  
INTEGRAL À SAÚDE



BELO HORIZONTE, 26 de Abril de 2013

---

Assinador por:  
Tatiana Coelho Lopes  
(Coordenador)

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060  
Bairro: Tupi CEP: 31.844-130  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)3408-2249 Fax: (31)3408-2218 E-mail: lep@sofiinfeldman.org.br

## ANEXO B – Questionário de auto-avaliação IDATE

### QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

IDATE  
(PARTES I e II)

Nome: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ m      Data do nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Naturalidade \_\_\_\_\_      Estado civil \_\_\_\_\_      Sexo \_\_\_\_\_  
Nível de instrução \_\_\_\_\_  
Profissão \_\_\_\_\_  
Ocupação atual \_\_\_\_\_

### INSTRUÇÕES

**Nas páginas seguintes há dois Questionários para você responder. Trata-se de algumas afirmações que têm sido usadas para descrever sentimentos pessoais.**

**Não há respostas certas ou erradas.**

**Leia com toda atenção cada uma das perguntas da Parte I e assinale com um círculo um dos números (1, 2, 3 ou 4), à direita de cada pergunta, de acordo com a instrução do alto da página.**

**NÃO VIRE A PÁGINA ANTES DE RECEBER ORDEM.**

**TRABALHE RÁPIDO, PORÉM SEM PRECIPITAÇÕES.**

### PARTE I – IDATE ESTADO

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita da afirmação que melhor indicar como você se sente agora, neste momento.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você se sente neste momento.

---

AVALIAÇÃO	
Muitíssimo-----4	Um pouco-----2
Bastante-----3	Absolutamente não----1

---

1- Sinto-me calmo.....	1	2	3	4
2- Sinto-me seguro.....	1	2	3	4
3- Estou tenso.....	1	2	3	4
4- Estou arrependido.....	1	2	3	4
5- Sinto-me à vontade.....	1	2	3	4
6- Sinto-me perturbado.....	1	2	3	4
7- Estou preocupado com possíveis infortúnios.....	1	2	3	4
8- Sinto-me descansado.....	1	2	3	4
9- Sinto-me ansioso.....	1	2	3	4
10- Sinto-me "em casa".....	1	2	3	4
11- Sinto-me confiante.....	1	2	3	4
12- Sinto-me nervoso.....	1	2	3	4
13- Estou agitado.....	1	2	3	4
14- Sinto-me uma pilha de nervos.....	1	2	3	4
15- Estou descontraído.....	1	2	3	4
16- Sinto-me satisfeito.....	1	2	3	4
17- Estou preocupado.....	1	2	3	4
18- Sinto-me confuso.....	1	2	3	4
19- Sinto-me alegre.....	1	2	3	4
20- Sinto-me bem.....	1	2	3	4

\* Os itens demarcados em vermelhos são as perguntas de caráter positivo do IDATE-estado.



## PARTE II – IDATE TRAÇO

Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número à direita que melhor indicar como você geralmente se sente.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você se sente geralmente.

---

### AVALIAÇÃO

Quase sempre-----4      Às vezes-----2  
Frequentemente-----3      Quase nunca-----1

---

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 1. Sinto-me bem.....   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Canso-me facilmente.....  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Tenho vontade de chorar .....   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser.....                           | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente.....                      | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Sinto-me descansado.....  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo.....   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Preocupo-me demais com as coisas sem importância .....                                      | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Sou feliz.....   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Deixo-me afetar muito pelas coisas.....  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Não tenho muita confiança em mim mesmo.....  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Sinto-me seguro.....   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas.....   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Sinto-me deprimido.....  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Estou satisfeito.....  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Idéias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando.....                     | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça.....                | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Sou uma pessoa estável .....   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento.....                     | 1 | 2 | 3 | 4 |

\* Os itens marcados em vermelhos são as perguntas de caráter positivo do IDATE-traço.