

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**VIVIANI GUILHERME DOURADO**

**GRAVIDEZ DE ALTO RISCO: A VIDA E A MORTE ENTRE OS**  
**SIGNIFICADOS DA GESTAÇÃO**

**MARINGÁ**

**2005**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**VIVIANI GUILHERME DOURADO**

**GRAVIDEZ DE ALTO RISCO: A VIDA E A MORTE ENTRE OS  
SIGNIFICADOS DA GESTAÇÃO**

**Dissertação apresentada ao Programa  
de Pós-Graduação em Enfermagem, da  
Universidade Estadual de Maringá,  
como requisito parcial para obtenção  
do título de Mestre em Enfermagem.**

**Orientadora: Profa. Dra. Sandra Marisa  
Pelloso**

**MARINGÁ  
2005**

VIVIANI GUILHERME DOURADO

GRAVIDEZ DE ALTO RISCO: A VIDA E A MORTE ENTRE OS  
SIGNIFICADOS DA GESTAÇÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em 08 de dezembro de 2005

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Fernando Lefèvre  
Faculdade de Saúde Pública da USP – FSP/USP

---

Profa. Dra. Maria Dalva de Barros Carvalho  
Universidade Estadual de Maringá - UEM

---

Profa. Dra. Sandra Marisa Pelloso  
Universidade Estadual de Maringá – UEM  
Orientadora

## DEDICO ESTE TRABALHO...

À Isadora, que me proporcionou a oportunidade de vivenciar, há quatro anos, as emoções de uma gestação e, desde então, as de ser mãe.

Ao meu esposo, Edilson, pelo incentivo e amor.

Ao meu pai, Jair Guilherme (em memória), que se orgulhava a cada conquista minha. Saudades...

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por ter sido “luz para o meu caminho”, guardando-me sob seus cuidados.

À minha orientadora, Profa. Dra. Sandra Marisa Pelloso que, ao receber-me como orientanda, me incentivou, orientou e teve confiança na concretização deste trabalho.

Às gestantes de alto risco, que se dispuseram a compartilhar comigo suas experiências e seus mais variados sentimentos, sem as quais a realização deste trabalho teria sido impossível.

À minha mãe, Norma, e às minhas irmãs, Gislaine e Sylviane, pelo incentivo e força.

Às amigas Elizabeth, Beatriz, Marli, Fabricia e Maria Aparecida, enfermeiras que apoiaram e acompanharam o desenvolvimento deste trabalho.

A todos da Diretoria de Enfermagem e colegas do Hospital Universitário de Maringá, especialmente à equipe do Ambulatório de Especialidades, pelo apoio.

Aos docentes do programa de mestrado, pelos ensinamentos e pela cooperação.

À profa. Dra. Deise Serafim pela apresentação dos caminhos da enfermagem obstétrica na graduação e que me incentiva até hoje.

Ao Prof. Dr. Fernando Lefèvre, à Profa. Dra. Ana Maria Cavalcanti Lefèvre e toda a equipe do Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo, pelo acolhimento, ensinamento e incentivo à pesquisa.

À professora Malinda, pela disponibilidade e perseverança no ensino da língua inglesa.

A todos os colegas do mestrado, pela convivência e troca de conhecimentos.

Enfim, a todos que, de alguma maneira, contribuíram para a realização deste estudo, para meu aprendizado e conseqüente crescimento profissional.

A maternidade é um direito, um dever, uma obrigação?

Poderá existir uma humanidade sem filhos?

Raquel Soifer

## RESUMO

DOURADO, V. G. **Gravidez de alto risco**: a vida e a morte entre os significados da gestação. 2005. 149 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)—Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2005.

A gravidez é um evento essencialmente fisiológico na vida da mulher, mas caracteriza-se por provocar variadas alterações físicas e emocionais que requerem adequada assistência pré-natal e acompanhamento de uma equipe multidisciplinar, especialmente para as gestantes de alto risco. O objetivo deste estudo foi compreender a experiência de mulheres que vivenciam a gestação de alto risco, atendidas em um serviço de pré-natal de referência. A população estudada foi constituída de 12 gestantes que apresentavam, no mínimo, uma intercorrência clínica e que estavam realizando acompanhamento pré-natal de alto risco no Ambulatório do Hospital Universitário de Maringá (HUM). O instrumento utilizado nas entrevistas foi um roteiro semi-estruturado e previamente testado. O estudo percorreu os caminhos metodológicos da pesquisa qualitativa, sob o enfoque do discurso emitido pelas gestantes, segundo a abordagem metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), por meio do *Software QualiQuantiSoft*. O delineamento da pesquisa foi mediante a análise do discurso relacionado a aspectos do encaminhamento da gestante ao serviço de referência, sua programação e desejo sobre a gestação a curso, o conhecimento dos problemas de saúde e sua influência sobre a gestação e, a vivência da gestação de alto risco do início até o momento da entrevista. Os resultados revelaram temas relacionados a dificuldades enfrentadas no que diz respeito ao acesso e atendimento pré-natal, acontecimento de gestações não programadas, pouco conhecimento com relação ao problema de saúde e sua influência na gestação e diversos sentimentos, incluindo o medo pela integridade física e expectativa da própria vida e do filho que estão gestando. Estes achados demonstram a necessidade de uma melhoria da assistência prestada à gestante de alto risco por intermédio de uma equipe multidisciplinar, em especial a de enfermagem. Pôde-se concluir que as experiências vivenciadas e relatadas pelas mulheres, com relação à maternidade e ao filho, sofreram influência da gestação de alto risco, evidenciando que é preciso estar atento para as revelações dessas gestantes.

**Palavras-chave:** Gravidez de alto risco. Cuidado pré-natal. Saúde da mulher.

## ABSTRACT

DOURADO, V. G. **High risk pregnancy: life and death into the meanings of pregnancy.** 2005. 149 p. Master (Nursing)—Nursing department, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2005.

The pregnancy is essentially a physiologic event in the woman's life, but it is characterized by provoking several physical and emotional changes that request appropriate prenatal attendance and a multidisciplinary team care, especially for the high risk pregnant women. The aim of this study was to understand the experience of women who are facing a high risk pregnancy, assisted in a reference prenatal service. The study population was constituted by 12 pregnant women that presented at least a clinical intercurrent and were receiving a prenatal care of high risk in the Clinic of the University Hospital of Maringá (HUM). The instrument used in the interviews was a semi-structured and previously tested procedure. The study searched on methodological sources of the qualitative research focusing on the speech of pregnant women, through the methodological approach of the Collective Subject's Speech (DSC), through the *Software QualiQuantSoft*. The research structure was made by analyzing the speech related to the aspects which induced her need for the reference service, the programming and the desire of being pregnant, the knowledge of the health problems and the influence on the pregnancy and indeed, the existence of a high risk pregnancy from the beginning of it until the moment of the interview. The results revealed themes related to difficulties faced on the access and prenatal attendance, event of non programmed pregnancies, not much knowledge about the problem of health and the influence related to the pregnancy and several feelings, including fear of the physical integrity and expectation of the own life and of the child she is expecting. These findings demonstrate the need of an improvement at the attendance to the high risk pregnant woman through a multidisciplinary team, especially nursing. It concluded the experienced events told by women, which were related to the maternity and child, were influenced by the high risk pregnancy, evidencing the need of paying attention to the information given of those pregnant ones.

**Keywords:** High risk pregnancy. Prenatal care. Woman's health.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Ancoragem
ACHO	Anticoncepcional Hormonal Oral
AIDS	Acquired Immunological Deficiency Syndrome
CID	Classificação Internacional de Doenças
CLIC	Central de Consultas
DIU	Dispositivo Intra-Uterino
DN	Declaração de Nascido Vivo
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECH	Expressão-chave
GACA	Setor de Auditoria, Controle e Avaliação
GO	Ginecologista e Obstetra
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
HUM	Hospital Universitário de Maringá
IAD 1	Instrumento de Análise do Discurso 1
IAD 2	Instrumento de Análise do Discurso 2
IC	Idéia Central
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MS	Ministério da Saúde
NIS	Núcleo Integrado de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PMI	Programa Nacional de Saúde Materno Infantil
PNAR	Pré-Natal de Alto Risco
PSF	Programa de Saúde da Família
RN	Recém-nascido
SUS	Sistema Único de Saúde
UEM	Universidade Estadual de Maringá

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO</b> .....	13
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	17
<b>2.1 Saúde da Mulher — Alguns aspectos históricos</b> .....	17
<b>2.2 Assistência Pré-Natal e seus Reflexos</b> .....	21
<b>2.3 A Gestação de Alto Risco e a Assistência Multiprofissional</b> .....	26
<b>3 JUSTIFICATIVA</b> .....	32
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	36
<b>4.1 Objetivo Geral</b> .....	36
<b>4.2 Objetivos Específicos</b> .....	36
<b>5 METODOLOGIA</b> .....	37
<b>5.1 A Escolha do Método</b> .....	37
<b>5.2 A População Estudada</b> .....	41
<b>5.3 O Local do Estudo</b> .....	43
<b>5.4 O Instrumento</b> .....	46
<b>5.5 A Coleta de Dados</b> .....	46
<b>5.6 A Análise dos Dados</b> .....	48
<b>5.6.1 Análise descritivo-exploratória da população estudada</b> .....	48
<b>5.6.2 Análise qualitativa das entrevistas</b> .....	49
<b>5.7 Aspectos Éticos da Pesquisa</b> .....	55
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	56
<b>6.1 Descrição da População Entrevistada</b> .....	56
<b>6.2 Análise dos Discursos</b> .....	65

<b>6.2.1 Conhecendo o porquê do encaminhamento ao serviço de para realização do pré-natal de alto risco.....</b>	<b>66</b>
<b>6.2.2 Descrevendo a programação e o desejo da gestação em curso .....</b>	<b>71</b>
<b>6.2.3 Conhecendo o problema de saúde e sua influência na gestação .....</b>	<b>78</b>
<b>6.2.4 Percebendo a gestação de alto risco .....</b>	<b>82</b>
<b>6.2.5 Vivenciando uma gestação de alto risco .....</b>	<b>89</b>
<b>6.2.6 Descrevendo a gestação desde o início até o momento .....</b>	<b>95</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>101</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>105</b>
<b>BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS .....</b>	<b>113</b>
<b>APÊDICES .....</b>	<b>114</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>119</b>

# 1 APRESENTAÇÃO

*[...] Bem-aventurado o ventre que te trouxe e os peitos em que mamastes.*

*São Lucas 11:27*

A gravidez, o parto e o puerpério constituem-se em eventos essencialmente fisiológicos na vida da mulher. No entanto, caracterizam-se por provocar variadas e profundas alterações físicas e emocionais que requerem um acompanhamento contínuo por parte dos profissionais de saúde e envolvimento da família.

Tedesco (2000a) considera que a gestação é um período de crise psicológica, e constitui-se de uma fase de mudanças profundas relacionadas com o fisiológico, o emocional e as associações interpessoais, entretanto considera, também, que esses eventos são geralmente transitórios.

Autores como Tsunechiro e Bonadio (1999) reiteram que a gravidez é um evento biologicamente natural, porém especial na vida da mulher e, como tal, desenvolve-se em um contexto social e cultural que influencia e determina a evolução da gravidez bem como a sua assistência.

Em nossa sociedade, as pressões sociais têm forte influência na maneira como a mulher vivencia a gravidez e a maternidade (TSUNECHIRO; BONADIO, 1999). Acredita-se que a assistência pré-natal pode proporcionar um vínculo de suporte e confiança entre a mulher e o profissional que a assiste nesse momento especial.

Rezende e Montenegro (1999) descrevem que a assistência pré-natal constitui-se num espaço de orientação quanto aos hábitos de higiene, assistência psicológica e preparo para a maternidade, dentre outros, além de fazer a profilaxia, diagnóstico e tratamento das doenças próprias da gestação ou dela intercorrentes.

A assistência pré-natal, para Penna et al. (1999), constitui um conjunto de cuidados, condutas e procedimentos em favor da mulher grávida e do concepto durante a gestação. Baruffi (2004) infere que o pré-natal é a denominação de um conjunto de medidas e atividades realizadas pelos profissionais de saúde com as mulheres durante a gravidez e no preparo para o parto.

Uma assistência pré-natal adequada e de qualidade tem preocupado instituições como a Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o sistema de saúde brasileiro, por intermédio do Ministério da Saúde (MS), pois consideram reais as possibilidades de diagnóstico e tratamento da maioria das situações patológicas, podendo repercutir favoravelmente em resultados maternos e em melhores condições dos recém-nascidos (FERREIRA, 2002).

Em contrapartida, na opinião de Bonadio e Tsunehiro (2003), o objetivo predominante da assistência pré-natal de reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal por meio do atendimento da mulher grávida em suas necessidades físicas é relevante. Contudo, não se observa a preocupação e adequação da assistência às necessidades sentidas e manifestadas pela mulher de acordo com seu contexto socioeconômico-cultural. Para ser efetivo, o serviço de pré-natal deve propiciar assistência ampla e eficaz às gestantes, sendo indispensável que a equipe multidisciplinar disponha das normas e rotinas do serviço e conheça os

direitos da mulher em ser assistida em suas reações humanas, suas necessidades física, emocional, social e cultural em relação à sua saúde e à gestação.

Lopes e Campos (2005) acreditam que as reações humanas, especialmente as das mulheres, são fenômenos que devem ser investigados para fundamentar, sobretudo a prática da enfermagem. Na complexidade das vivências do ciclo grávido-puerperal, é importante considerar vários fatores, como a história pessoal da gestante e seu passado obstétrico, o contexto dessa gravidez com relação à sua idade e vínculo com parceiro, características da gravidez, ou seja, se é normal ou de risco, oferecendo perigo de vida para o feto ou para a mulher, e o contexto da assistência pré-natal, verificando se oferece qualidade ou não (MALDONADO, 1997).

Com referência às características da gravidez, o que acontece com a gestação de alto risco é que a grávida, tendo um fator de risco identificado, apresentará dificuldades de adaptações emocionais intensificadas e se considerará como uma gestante diferente da gestante de baixo risco (TEDESCO, 2000a). Portanto, para melhor entendimento da vivência e experiência das gestações de alto risco e dos sentimentos das gestantes nessa fase, optou-se por estudá-las no sentido de conhecer a experiência de mulheres que vivenciam essa gestação e que realizam pré-natal no Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário de Maringá.

Para a realização desta pesquisa, considerou-se pertinente abordar na revisão de literatura, alguns aspectos relacionados à história de saúde da mulher, à assistência pré-natal e seus reflexos no percurso da gestação e à assistência multiprofissional na gestação de alto risco.

Considerando que a representação social é coletiva e reflete a experiência do real (MOSCOVICI, 2001) e que, a pesquisa qualitativa nos permite conhecer o pensamento de uma comunidade com relação a um tema (LEFÈVRE; LEFÉVRE, 2003c), optou-se por desenvolver este estudo sob o enfoque do discurso emitido pelas gestantes, enquanto sujeitos da comunidade, segundo a abordagem metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Diante de dados coletados em prontuários e das entrevistas transcritas, caracterizou-se as gestantes participantes do estudo e os DSCs foram construídos a partir das expressões-chave de cada grupamento de idéias centrais.

Acredita-se que este estudo possa despertar, em outros profissionais, interesse em pesquisar aspectos pertinentes ao tema, tendo em vista a importância de uma assistência de qualidade no ciclo gravídico-puerperal, no sentido de identificar precocemente fatores de risco na gestação e implementar ações que reduzam as possíveis complicações para a gestante e o concepto. Além disso, diante de poucos estudos encontrados com relação ao tema, espera-se que este trabalho auxilie os profissionais de saúde que assistem gestantes de alto risco, a identificar e compreender melhor as experiências dessas mulheres durante o período gestacional.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 Saúde da Mulher — Alguns aspectos históricos**

Desde o século XVI, tem sido enfatizada a necessidade de se organizar os cuidados prestados na assistência à saúde da mulher durante o período da gravidez, parto e puerpério (TANAKA, 1995).

Durante muitas décadas, as políticas de saúde da mulher no Brasil enfocaram, exclusivamente, o atendimento às demandas decorrentes da gestação e do parto, restringindo a atenção ao processo reprodutivo (BRASIL, 2002). O Ministério da Saúde reforça esta afirmação ao expor os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 1930, 1950 e 1970, que traduziam uma visão restrita sobre a mulher. Baseavam-se na especificidade biológica feminina e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e cuidados com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2004).

Na reconstrução histórica dos Programas de Saúde voltados para as mulheres, criados no Brasil no século XX, Osis (1994) demonstra que as abordagens sobre o corpo das mulheres resumiam-se à área da reprodução. O enfoque era para o tratamento e as estratégias, de forma exclusiva, de intervenção sobre os corpos das mulheres-mães, com o intuito de assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades de construção de uma nação forte e sadia.

Na Conferência Nacional de Saúde de 1974, foi lançada a base para formulação e implementação do Programa Nacional de Saúde Materno Infantil (PMI).

Tal programa abordava a atenção à saúde da mulher restrita às ações voltadas para o ciclo gravídico-puerperal, visando a formação de indivíduos hígidos. A mulher era considerada como mero instrumento intermediador do processo biológico de formação da espécie (NASCIMENTO, 1992).

Até o final da década de 70 do século passado, a “saúde da mulher” estava associada aos problemas de saúde das gestantes e o interesse principal era a proteção da saúde do feto. Entretanto, nos anos 80, com a emergência da AIDS e as mudanças no padrão procriativo, aspectos como sexualidade e contracepção ganharam relevância em relação à contracepção, a gravidez e o parto (BRASIL, 2002).

A década de 1980 foi marcada como um período de transição democrática, no qual o crescente sentimento de democratização tomou conta do país, fazendo despontar a organização de vários movimentos sociais, dentre eles o movimento feminista. As mulheres passaram a reivindicar direitos relacionados à saúde reprodutiva, como o planejamento familiar, a sexualidade, a democratização de informação em saúde, além de outras medidas compreendidas na esfera da saúde pública e não mais na esfera biomédica (MOURA; RODRIGUES, 2003).

Nesse período, houve uma ruptura com o paradigma anterior e a saúde feminina passou a ser considerada de forma mais ampla. As propostas do movimento feminista e do movimento sanitário brasileiro convergiram e originaram o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983, e trouxe o conceito de saúde integral à mulher e o direito à opção de exercer ou não a maternidade (NASCIMENTO, 1992).

A criação do PAISM representou um marco histórico, pois foi construído com base em vários programas desenvolvidos no Brasil desde os anos de 1960, tanto

pelo Ministério da Saúde como por outras instituições, e incluía a saúde da mulher durante seu ciclo vital, atendendo a todos os aspectos de sua saúde (GALVÃO, 1999). O programa tinha como proposta ser um instrumento de mudanças, rompendo com as formas tradicionais de atendimento, com a dicotomia entre a prevenção e a cura e com o autoritarismo nas atividades educativas (BONADIO; TSUNECHIRO, 2003).

O PAISM apontou como metas a ampliação dos problemas a serem tratados pelo setor, a função educativa dos serviços de saúde e a adoção de uma nova perspectiva de atenção a cada mulher, situando-a em seu contexto social, com vistas à promoção do seu autoconhecimento e da sua auto-estima (BRASIL, 2002; MOURA; RODRIGUES, 2003).

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, doença sexualmente transmissível (DST), câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (GALVÃO, 1999; BRASIL, 2004).

Com as mudanças, surgiu a dificuldade de como abordar a saúde da mulher de forma integral, sem desconsiderar problemas graves e complexos com relação à saúde da mulher no Brasil. Neste sentido, o Ministério da Saúde, a partir de 1998, direcionou ações para identificar os maiores problemas e como alterar a realidade constatada — diminuição das taxas de mortalidade por causas evitáveis, condições de decisão sobre o direito reprodutivo e garantia de assistência integral e humanizada — no sentido de fortalecer as ações preventivas e de promoção à saúde (BRASIL, 2002).

Um outro esforço por parte do Ministério da Saúde, na adoção de medidas a serem implementadas na assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal por intermédio dos projetos de Maternidade Segura, foi a publicação de normas técnicas atualizadas de atendimento durante o pré-natal, gestação e parto. Uma dessas publicações foi o Guia Prático para Assistência ao Parto Normal, elaborado pela Organização Mundial da Saúde (1996) e lançado no Brasil para que os profissionais de saúde discutissem as práticas obstétricas vigentes e as, então, recomendadas pelo guia com a intenção de promover melhora na qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança.

Atualmente, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM n. 569 de 01/06/2000, é baseado na análise das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no parto. O intuito desse programa é reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, parto, puerpério e neonatal, e ampliar as ações já adotadas com relação à gestação de alto risco por meio de investimentos nas unidades hospitalares integrantes nas redes estaduais de assistência e para o incremento do custeio de procedimentos específicos (BRASIL, 2000a).

O PHPN focaliza a valorização do papel da mulher no momento do pré-natal e no nascimento, e os profissionais da saúde assumem uma postura de educadores que compartilham saberes, buscando desenvolver na mulher sua autoconfiança na vivência da gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2002).

Contudo, inovações nos conceitos relacionados à problemática da saúde da mulher ainda são necessárias. Para Tyrrell e Araújo (2003), nas últimas décadas do

século XX, o Estado abordou a saúde materno-infantil de forma tradicional e conservadora e, para que inovações sejam promovidas, é necessário que o Estado e as escolas de formação de recursos humanos elaborem propostas de modelos de assistência à saúde da mulher que abordem a questão de gênero, saúde e direitos reprodutivos e, também, temas emergentes, como violência, processo de trabalho e sexualidade.

Entretanto é fundamental que, além da abordagem desses temas relacionados à assistência à saúde da mulher, seja reconhecida e valorizada a importância da assistência pré-natal, considerando que a adesão das mulheres a esse serviço está relacionada com o acolhimento, a qualidade do atendimento e o preparo do profissional da saúde (BARUFFI, 2004).

## **2.2 A Assistência Pré-Natal e seus Reflexos**

A assistência pré-natal teve início nos Estados Unidos, no começo do século passado, em ambulatórios que quase não atendiam gestantes aparentemente normais. Os médicos e parteiras davam prioridade à assistência ao parto e suas complicações, não existindo atenção nos meses anteriores, a menos que fosse observada alguma complicação na gestação (CHAMBERLAIN, 1993).

No Brasil, em 1925, criou-se o serviço pré-natal com caráter universitário por Raul Briquet; em 1972, houve a ampliação desse serviço, tornando-o especializado no atendimento de gestantes que apresentassem fatores de risco gestacional (NEME; MARETTI, 2000).

Atualmente, no Brasil e no mundo, a assistência pré-natal é reconhecida como um componente essencial para a redução significativa da taxa de mortalidade materna e perinatal, sendo esses coeficientes importantes indicadores da qualidade da assistência existente em uma comunidade (THEME-FILHA; SILVA; NORONHA, 1999; VICTORA, 2001). Por outro lado, a ausência da assistência pré-natal, por si só, já representa um fator de risco para a gestante e o recém-nascido (BRASIL, 2000b).

O ideal seria que a assistência pré-natal acontecesse desde o início da gestação, possibilitando a detecção e tratamento precoce de qualquer complicação existente sem, contudo, considerar que a questão da qualidade da assistência pré-natal seja um aspecto mais importante do que a quantidade de atendimentos (NEME; MARETTI, 2000; VICTORA, 2001).

O Comitê Estadual de Prevenção de Morte Materna do Paraná reconhece que a oferta de serviços de atenção à saúde sexual e reprodutiva com qualidade é requisito para o efetivo exercício da cidadania, a sobrevivência materna e neonatal e a redução da morbidade e mortalidade dessa população (PARANÁ, 2002).

Évora (1988) comenta que os altos coeficientes de mortalidade neonatal devido às causas perinatais sugerem uma situação desfavorável com relação à assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Considera, ainda, que quanto maior e melhor a assistência à gestante, parturiente e recém-nascido, menor seria o número de óbitos pelas causas consideradas evitáveis.

Morte Materna, segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doença (CID -10),

[...] é o óbito de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas

tomadas em relação a ela, porém não devido a causas acidentais ou incidentais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998).

Neste sentido, o Ministério da Saúde evidencia que a gravidade da mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto é evidenciada quando se atenta para o fato de que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto não é doença, e que, em 92% dos casos, as mortes maternas são evitáveis (BRASIL, 2004).

A mortalidade materna é a taxa que melhor reflete as condições de vida e a qualidade da assistência recebida pelas mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal. Tanaka (1995) se refere à mortalidade materna como um problema de saúde pública em que mais de 90% das causas de morte são evitáveis. O índice de mortalidade materna no Brasil é alarmante. Peloso (1999) ressalta que está em torno de 140 mortes por 100.000 nascidos vivos, enquanto que no Canadá, o índice é de aproximadamente 4 mortes por 100.000 nascidos vivos.

Fonseca (1993, p. 44) afirma que as taxas de morbidade e mortalidade materno-fetal estão diretamente relacionadas com o desenvolvimento industrial e econômico-social de uma população, “[...] pois quanto mais atrasada, desnutrida e miserável, maiores estas porcentagens”. Ressalta, então, a necessidade de uma medicina preventiva e atenção especializada no pré-natal, parto e período neonatal, ou seja, cuidados à mulher grávida, à puérpera e ao recém-nascido.

Nos anos de 1996-1997, os óbitos maternos ocorridos no Brasil foram distribuídos conforme a causa registrada, e atribuiu-se às causas indiretas, que envolvem as doenças pré-existentes complicadas pela gestação, 21,3% das mortes. Tais fatos podem sofrer grande impacto com um pré-natal adequado e adequada orientação de planejamento familiar (VICTORA, 2001).

Laurenti e Buchalla (1997) indicam que a OMS considera aceitável o índice de 20 mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos; entre 20 e 49 mortes, é apontado como médio; o índice entre 50 e 149 mortes é alto e, acima de 150, muito alto. Esses autores informam que a taxa oficial brasileira de mortalidade materna é de 64,84 mortes de mulheres para cada 100 mil nascidos vivos, mas, segundo eles, esse número não reflete a realidade, uma vez que nem todas as mortes são registradas como tendo causas relacionadas à gravidez ou ao parto.

Fazendo uma análise por regiões do Brasil, verificou-se que o Norte, Nordeste e Centro-Oeste, onde se sabe que o problema é mais grave, tiveram, contraditoriamente, os menores índices. Estima-se que, para cada caso de morte materna notificada, exista um outro não-registrado. Nas regiões Sul e Sudeste, os registros estão aumentando, em especial por causa da atuação mais consistente dos comitês de morte materna. Esses comitês, que têm formação interinstitucional e multiprofissional, procuram identificar os casos de mortes ligadas à gravidez e apontar medidas de intervenção para a sua redução (LAURENTI; BUCHALLA, 1997).

O Comitê Estadual de Prevenção de Morte Materna do Paraná desenvolveu, a partir de 1994, estudos de casos com o objetivo de apontar as causas da mortalidade materna segundo critérios de evitabilidade. A análise de 1.548 óbitos maternos, ocorridos no Estado entre 1989 e 1998, demonstrou que, em 1.330 (85,9%) mulheres, o óbito era evitável; em 103 mulheres (6,7%), a morte foi considerada inevitável; e foi considerada inconclusiva por falta de dados em 115 mulheres (7,4%). Os resultados também confirmam que a qualidade da assistência pré-natal constitui uma das principais medidas para a prevenção da mortalidade materna (SOARES et al., 2001).

Durante o triênio de 2000-2002, Peloso, Carvalho e Higarashi (2004) constataram que os coeficientes de mortalidade materna na cidade de Maringá – PR e região foram de 88,55 e 50,25 para 2000; de 24,93 e 77,06 para 2001 e 0,00 e 21,99 para 2002 respectivamente. As autoras consideraram que houve uma queda significativa nos coeficientes de mortalidade materna, provavelmente em decorrência da melhoria do atendimento às gestantes com a implantação de hospital referência para o parto no município, além da implantação do PHPN por alguns serviços e a atuação dos comitês de morte materna.

A relação entre assistência de qualidade no pré-natal, parto e puerpério e a redução de morte materna é referida por Laurenti e Buchalla (1997), que consideram essa relação essencial para combater as principais causas de morte materna. Entretanto muitas mulheres recebem uma assistência pré-natal sem qualidade, sendo atendidas por hospitais e equipes sem condições de atendê-las.

O acesso à assistência pré-natal de qualidade não só reflete, significativamente, nos índices de morbidade e mortalidade materna e perinatal, como interfere na incidência de parto cesárea. O percentual de 15% de cesárea, preconizado pela OMS (PELLOSO, 1999; CECATTI; PIRES; GOLDENBERG, 1999; VICTORA, 2001), é contrariado pelo coeficiente de cesarianas no Brasil, que alcança 36,4% do total de partos (VICTORA, 2001), ou seja, em média, uma em cada três gestantes tem parto por cesárea (CECATTI; PIRES; GOLDENBERG, 1999).

No Estado do Paraná, o percentual de partos operatórios chega a 47% e, na 15ª Regional de Saúde de Maringá, no ano de 1994, o índice foi de 68% (PELLOSO, 1999). Dados nacionais evidenciam a inversão da expectativa de realização de cesárea, observada em maior proporção na população de mais baixo risco

obstétrico, melhor atendimento pré-natal, maior poder aquisitivo e com alto nível de escolaridade (CECATTI; PIRES; GOLDENBERG, 1999).

No sentido de contribuir para a saúde materna e fetal e influenciar positivamente nesse processo, Penna et al. (1999) enfatizam a importância do enfermeiro atuar na assistência pré-natal junto a outros profissionais na tentativa de colaborar na prevenção e controle das intercorrências clínicas e obstétricas e reduzir índices de cesárea, assegurando o bem-estar físico e emocional da cliente e do concepto e, conseqüentemente, reduzir os índices de mortalidade materna.

Baruffi (2004) acrescenta que o pré-natal é uma área propícia para a atuação do enfermeiro, já que é um momento favorável para a prevenção e promoção da saúde, e um momento ímpar para auxiliar a mulher a enfrentar a gestação, o parto e o puerpério independente do risco gestacional.

Assim, o trabalho em equipe multiprofissional deve ser desenvolvido por profissionais com o compromisso comum de melhor atender à mulher, respeitando a sua condição feminina e de cidadã (TYRRELL; ARAÚJO, 2003).

## **2.3 A Gestação de Alto Risco e a Assistência Multiprofissional**

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2000b) considera a gestação como um fenômeno fisiológico e, por isso, sua evolução se dá, na maior parte dos casos, sem intercorrências. Apesar deste fato, há uma parcela de gestantes, cerca de 20% delas, que, por terem características específicas ou por sofrerem algum agravo, apresenta maiores probabilidades de evolução desfavorável tanto para o feto como

para a mãe. Essa parcela constitui o grupo chamado de “gestante de alto risco” (BRASIL, 2000b; TEDESCO, 2000a).

Chamberlain (1993) também acredita que poucas vezes as gestantes apresentam intercorrências clínicas crônicas, mas, na presença de uma, a equipe que assiste à mulher no pré-natal deve considerar as possibilidades de tanto a doença afetar a gestação como a gravidez agravar a patologia.

Segundo Cianciarullo (1998), aproximadamente 75% das gestantes brasileiras realizam pré-natal, porém quase a totalidade dos serviços públicos de saúde tem dificuldades para onde referir a mulher em trabalho de parto ou diante de uma gestação de alto risco, que necessita de cuidados mais qualificados ou mesmo de internação precoce.

Belfort (1992) concorda que a assistência pré-natal é de fundamental importância para a mãe e o conceito e acrescenta que a sua ausência está associada à mortalidade perinatal, cinco vezes superior àquela encontrada nas clínicas de atendimento pré-natal que rastreiam as gestações de alto risco, sífilis, anemia, além de fazer a profilaxia da toxemia tardia da prenhez.

As gestações de alto risco comprometem a mãe e o conceito, sendo que 10 a 20% das grávidas podem ser consideradas de alto risco e responsáveis por 50% da mortalidade fetal anteparto (REZENDE; MONTENEGRO, 1999; BRASIL, 1988; TEDESCO, 2000a). As hemorragias estão presentes entre 10% a 15% das gestações e a mesma frequência é estimada para os desvios de crescimento fetal (BRASIL, 2000b). Já a hipertensão incide em quase 10% de todas as gestações e é a intercorrência clínica mais importante da obstetrícia atual em consequência de sua influência nos índices de mortalidade materna e fetal. A toxemia gravídica,

juntamente com as infecções e as hemorragias são as três principais causas de morte materna no Brasil (REZENDE; MONTENEGRO, 1999).

Fonseca (1993, p. 43) define gestação de alto risco como “aquela gravidez durante a qual, ou depois do parto, por uma razão qualquer, a gestante, o feto, o recém-nascido ou ambos apresentam uma morbidade ou mortalidade aumentada”. Tedesco (2000a) acrescenta, contudo, que nas gestações de alto risco, toda condição considerada como de risco para a mãe, atinge também o feto, entretanto nem todo o problema fetal, como por exemplo as malformações fetais, atinge a gestante.

Diversos são os fatores que podem levar uma gestação ao risco, sobretudo em um país de grandes dimensões e com muitas diferenças socioeconômico-culturais como o Brasil (TEDESCO, 2000a; BRASIL, 2000b). Diante disto, são enumerados, pelo Ministério da Saúde, 35 fatores considerados como os mais comuns, agrupados em quatro grandes grupos (BRASIL, 2000b): 1. Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis — Idade menor que 17 e maior que 35 anos; Ocupação relacionada a esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse; Situação conjugal insegura; Baixa escolaridade; Condições ambientais desfavoráveis; Altura menor que 1,45 m; Peso menor que 45 kg e maior que 75 kg; Dependência de drogas lícitas ou ilícitas; 2. História reprodutiva anterior — Morte perinatal explicada e inexplicada; Recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou malformado; Abortamento habitual; Esterilidade / infertilidade; Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos; Nuliparidade e multiparidade; Síndrome hemorrágica ou hipertensiva; Cirurgia uterina anterior; 3. Doença obstétrica na gravidez atual — Desvio quanto ao crescimento uterino,

número de fetos e volume de líquido amniótico; Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada; Ganho ponderal inadequado; Pré-eclâmpsia e eclâmpsia; Diabetes gestacional; Amniorrexe prematura; Hemorragias da gestação; Aloimunização; Óbito fetal; 4. Intercorrências clínicas — Hipertensão arterial; Cardiopatias; Pneumopatias; Nefropatias; Endocrinopatias; Hemopatias; Epilepsia; Doenças infecciosas.

Para reduzir as complicações nos casos de gestação de alto risco registrados no país, o Ministério da Saúde vem incentivando a implementação de programas estaduais de referência hospitalar para atendimento dessa clientela, mediante a adequação das maternidades, capacitação dos profissionais de saúde, aquisição de equipamentos, disponibilização de mais leitos obstétricos e reestruturação da área física para atenção a essas gestantes, objetivando organizar a rede de atendimento de maior complexidade (BRASIL, 2002).

Em resposta a esse incentivo, a Secretaria de Estado da Saúde (PARANÁ, 2004a; PARANÁ, 2004b) elaborou um manual de atendimento à gestação de alto risco e, também, um protocolo de gestação de alto risco. Essas ações foram uma tentativa de reorganizar os serviços de atendimento à gestação de alto risco do Estado, por intermédio da capacitação profissional, divulgação de condutas atualizadas que devem ser adotadas com as gestantes, incentivo ao trabalho integrado da equipe e, melhoria da rede hospitalar de referência para a gestação de alto risco.

As iniciativas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde são importantes para as mulheres que possuem riscos, seja pela presença de patologias associadas ao ciclo gravídico-puerperal ou riscos próprios da gestação, devendo o profissional estar atento às questões referentes à qualidade e ao

aprimoramento da assistência prestada de modo a diminuir suas repercussões (TASE, 2000).

A qualidade da assistência envolve condutas como, por exemplo, a realização de parto cesárea quando existe sua real indicação. Contudo, Fonseca (1993) relata que a absoluta maioria das gestações de alto risco acaba em intervenção como a cesariana, devido à real e indiscutível necessidade de pronta intervenção ou pelo medo do profissional médico de complicações, que podem trazer dificuldades durante o parto por via vaginal. Entretanto as estatísticas apontam que, na cesárea, a mortalidade materna é 5 a 10 vezes maior e a morbidade é 5 a 20 vezes superior que no parto normal. Contudo, esses números devem ser interpretados considerando-se que o grupo submetido à cesárea está selecionado com referência à patologia (REZENDE; MONTENEGRO, 1999).

Desta forma, patologias crônicas, infecções agudas intercorrentes ou patologias associadas à gestação podem colocar em risco a vida da mulher e do concepto. Neste sentido, detectado o risco de morbi-mortalidade materno-fetal durante a gravidez, esta gestante deverá ser avaliada e acompanhada com rigor (PRAÇA, 1994). Um acompanhamento pré-natal adequado não deve se restringir apenas aos aspectos fisiológicos da gestação. Toda a equipe é responsável por observar a gestante de forma abrangente. Para alguns autores (NEME; MARETTI, 2000; TEDESCO, 2000a; GOMES et al., 2001), a assistência pré-natal à gestante de alto risco envolve diferentes profissionais que integram a equipe de saúde e acreditam que uma melhor compreensão das ações voltadas para essa problemática, por todos que compõem a equipe multiprofissional pode ampliar a discussão no campo da saúde materno-infantil.

A atuação de uma equipe multiprofissional na assistência dessas gestantes agrega valor quando Zampieri (2001) aponta que vivenciar uma gestação de alto risco é um processo complexo, dinâmico, subjetivo e diversificado, podendo ser individual e social, uma vez que envolve transformações fisiológicas, psicológicas, sociais, econômicas, culturais, espirituais e, também, alterações de papéis, implicando na aceitação ou não da gravidez.

Os aspectos que motivaram a realização deste estudo foram a provável dificuldade da gestante em vivenciar a realidade e experiência da gestação de alto risco, os problemas que podem ser desencadeados e identificados na assistência para essa clientela e, os reflexos positivos que uma assistência pré-natal de qualidade pode representar nos índices de mortalidade materna e neonatal associados a fatores de risco.

### 3 JUSTIFICATIVA

Pela experiência profissional como pesquisadora, que trabalha em um Ambulatório de Especialidades e atua em projeto de assistência pré-natal à gestante de baixo risco, foi possível perceber como a enfermagem é capaz de atender à mulher e ao conceito de forma humanizada e com qualidade. A condição para tal atendimento é que se ofereça uma assistência integral, preocupando-se com os aspectos fisiológicos do processo da gestação e atentando, também, para aspectos emocionais, sociais e culturais.

Ao mesmo tempo, notou que, apesar de trabalhar em uma instituição que é referência para o município e região no atendimento à gestação de alto risco, pouca assistência e orientação eram realizadas pela enfermagem a essas mulheres. A assistência era realizada quase exclusivamente pela equipe médica. Contudo, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000b) estabelece, como compromisso, a promoção da maternidade segura e a garantia de atendimento pré-natal humanizado e ressalta a necessidade de atenção especial à parcela de mulheres grávidas que são portadoras de doenças que se agravam na gestação ou são desencadeadas nesse período, as gestantes de alto risco.

Nesse período, estava cursando Especialização em Enfermagem Obstétrica e por esse motivo a opção por estudar as gestantes de alto risco que eram atendidas na instituição mediante uma caracterização dessa população (DOURADO, 2003), com o objetivo de conhecê-la melhor para, posteriormente, visualizar um caminho que a enfermagem pudesse seguir para aproximar seu cuidado dessa

clientela. Durante esse estudo, poucas referências foram encontradas da enfermagem com relação à assistência à gestante de alto risco.

Conclui-se que as gestantes de alto risco atendidas na instituição não possuíam características sociodemográficas muito divergentes das apresentadas por Nagahama (2003) em estudo realizado com gestante de baixo risco na mesma instituição. Evidenciavam, contudo, variados fatores geradores de risco na gestação conforme classificação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000b), parecendo influenciarem no processo da gestação não só fisiologicamente como, também, emocionalmente.

Mesmo considerando que uma pesquisa se propõe à compreensão de uma realidade específica vinculada a um contexto, isso não a exime de contribuir para a produção de conhecimento. É essencial que o pesquisador se familiarize “[...] com o estado de conhecimento sobre o tema para que possa propor questões significativas” (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 2002, p. 151).

Surgiram, então, indagações no seguinte sentido: se a gestante de baixo risco, quando comparecia para atendimento, trazia consigo dúvidas diversas, questionamentos e manifestava insegurança quanto à gestação, parto, puerpério, amamentação, cuidados com o recém-nascido, entre outros, como seria a gravidez para a mulher que vivencia a experiência de uma gestação de alto risco?

Na tentativa de desvendar aspectos relacionados à gestação de alto risco e sua vivência, poucos foram os trabalhos encontrados que abordavam o tema. Esses remetiam, predominantemente, às patologias e ao processo de internação; não foi encontrada nenhuma pesquisa que tenha abordado a gestação de alto risco em nível ambulatorial.

Maccain e Deatrick (1994) ressaltam que as pesquisas sobre aspectos sociopsicológicos da gravidez de alto risco, enfatizando as preocupações, fatores estressantes e as necessidades sentidas pelas mulheres grávidas de alto risco, são limitadas e, ao abordarem a gestação de alto risco, salientam aspectos com relação à necessidade de internação e repouso absoluto da mulher neste período.

Confirmando essa tendência, Gomes et al. (2001), em um estudo realizado com artigos publicados no período de 1990 a 1998, em um periódico brasileiro representativo da área de Ginecologia e Obstetrícia, concluíram que apenas 5,5% dos artigos abordavam a gravidez ou a gestação de alto risco em seus títulos ou em suas palavras-chave. Não houve nenhum desses artigos que tenha utilizado a metodologia qualitativa, mas houve os que manifestaram, no seu conteúdo a necessidade de se abordar a temática segundo uma perspectiva interdisciplinar.

Diante disso, é inegável a importância da assistência pré-natal, especialmente para as gestantes de alto risco, entretanto a compreensão desse evento, sob a perspectiva da gestante, pressupõe vislumbrar o problema sob o foco de experiências e sentimentos que nela afloram ao vivenciar uma gestação de alto risco.

A participação do enfermeiro obstetra na assistência pré-natal tem sido amplamente incentivada por programas do Ministério da Saúde. Acredita-se que existe grande contribuição da enfermagem para as gestantes de alto risco, sobretudo àquelas atendidas ambulatorialmente.

Baruffi (2004) acrescenta que o pré-natal é um momento rico e propício para a interação entre a gestante e o enfermeiro. Por ser um período relativamente longo de convivência, permite elaborar e implementar ações de cuidado, adaptadas à realidade de cada mulher.

Waldow (1998) propõe que a enfermagem reflita sobre a sua prática e experiência profissional diária, incluindo nesta reflexão as vozes daqueles que recebem o cuidado. Compartilhar experiências e conhecimentos possibilita escolhas mais conscientes na prática da enfermagem e ampliação dos conhecimentos.

Acredita-se que a compreensão de como é gestar um filho sob o foco de uma gestação de alto risco possibilita a direção e a forma de como os profissionais da saúde, em especial os da enfermagem, poderão atuar junto a estas mulheres neste momento da vida. Assim, estudar melhor o evento da gestação de alto risco e a percepção do seu significado, da sua experiência por meio do olhar da gestante, ampliará os horizontes para a enfermagem e a equipe assistir melhor essas mulheres.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo Geral**

- Compreender a experiência de mulheres que vivenciam a gestação de alto risco, atendidas em um serviço de pré-natal de referência.

### **4.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar as gestantes de alto risco entrevistadas segundo variáveis sociodemográficas, história reprodutiva e intercorrências das gestações anteriores e atual;
- Identificar a relação entre a programação da gestação/desejo da gestação e o uso de métodos contraceptivos;
- Verificar o conhecimento e sentimentos das gestantes em relação à gestação de alto risco e sobre seu fator de risco.

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 A Escolha do Método

Quando se pretende conhecer o pensamento de uma comunidade com relação a um tema, é preciso realizar uma pesquisa qualitativa, considerando que os pensamentos para serem acessados, “na qualidade de expressão da subjetividade humana, precisam passar, previamente, pela consciência humana” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003c, p. 9).

Na pesquisa qualitativa, o objetivo é documentar e interpretar o mais completamente possível os aspectos do fenômeno estudado, tendo como partida o ponto de vista da pessoa envolvida, na tentativa de identificar atributos que fazem o fenômeno ser o que ele é (BONADIO; TSUNECHIRO, 2003). Assim, a pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com significados, motivos, valores, atitudes correspondentes às relações, processos e fenômenos que não podem ser trabalhados como variáveis (MINAYO, 2003).

Essa preocupação da pesquisa qualitativa vem ao encontro de definições da OMS. Segundo Osis (2005), a OMS define como primordiais as pesquisas em saúde reprodutiva relativas à sexualidade, contracepção e à concepção, incluindo a gravidez, o parto e o puerpério, propondo que os fatores característicos do contexto sociocultural, ou seja, valores, crenças, condições socioeconômicas entre outros, sejam considerados como importantes nessa linha de pesquisas.

Ainda com relação à abordagem qualitativa, Quevedo (2001) acredita que essa abordagem privilegia os pressupostos fundamentais da vida da pessoa e responde ao processo de como ocorrem as relações e não somente os seus resultados. Possibilita, conforme afirmam Merighi e Praça (2003), que o pesquisador capte a maneira como os indivíduos pensam e reagem diante da questão focalizada.

Além disso, na opinião de Hoga (2003), um dos papéis sociais das universidades públicas é dar voz àqueles que normalmente não têm oportunidades para manifestar as suas reais necessidades de saúde, por meio de participação nas atividades assistenciais e de pesquisa. Neste caso, esta pesquisa tenta desvendar as reais necessidades das gestantes de alto risco com relação a saúde, em particular no que a enfermagem puder conseguir de bases científicas para à assistência a saúde nesse período.

Considerando as perspectivas da pesquisa qualitativa para a enfermagem, Gualda et al. (1995) acreditam que essa abordagem contribui para a compreensão holística do ser humano, oferece oportunidade de discussão profunda de temas, permite explorar melhor alguns problemas da assistência de enfermagem, leva o enfermeiro a refletir mais e contribui para o desenvolvimento da enfermagem como ciência e profissão. Assim, atualmente, não existe mais razão para a pesquisa qualitativa sistemática e científica estar separada ou “não voltada ao mundo real que ela investiga” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003a, p. 33).

Investigar a realidade do mundo significa envolver na pesquisa aspectos sociais. A pesquisa social tem se voltado para os fenômenos sociais contextualizados, bem como a inserção do indivíduo enquanto sujeito coletivo na sociedade e sua vivência. Para isso, faz uso das representações sociais, estruturas

cognitivo-afetivas elaboradas socialmente e que contribuem para a construção da realidade comum (SPINK, 1994).

Neste sentido, Jodelet (2001, p. 26) afirma que

[...] as representações sociais devem ser estudadas articulando-se elementos afetivos, mentais e sociais e integrando – ao lado da cognição, da linguagem e da comunicação – a consideração das relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideativa sobre a qual elas têm de intervir.

Reforçando a idéia que as representações sociais são intimamente ligadas com a realidade social, Moscovici (2001) acredita que o indivíduo é pressionado pelas representações dominantes da sociedade em que está inserido e, nesse meio, manifesta seus sentimentos correspondentes ao tipo de sociedade e suas práticas. Desse modo, a representação social é coletiva e perdura entre as gerações à medida que exerce coerção sobre os indivíduos e reflete a experiência do real.

Lefèvre e Lefèvre (2003a, p.16) descrevem um pensamento social como

[...] um pressuposto socioantropológico de base na medida em que se entende que o pensamento de uma coletividade sobre um dado tema pode ser visto como o conjunto dos discursos ou formações discursivas<sup>(2)</sup>, ou representações sociais<sup>(5)</sup>, existentes na sociedade e na cultura sobre esse tema, do qual, segundo a ciência social, os sujeitos lançam mão para se comunicar, interagir, pensar.

Como são fenômenos ativados pela vida social, através de elementos como crenças, valores, atitudes, entre outros, as representações sociais constituem-se em uma forma de conhecimento, elaborada e partilhada pela sociedade com o objetivo de contribuir “para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (JODELET, 2001, p. 22). Assim, denominada, também, como saber de senso

<sup>(2)</sup> MAINGUENEAU, D. **Termos chave da análise do discurso**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2000.

<sup>(5)</sup> JODELET, D. (Org.). **Les représentations sociales**. Paris: PUF, 1989.

comum, constitui-se uma forma de conhecimento diferenciado do conhecimento científico, contudo legítima em decorrência da sua importância na vida social (JODELET, 2001).

A representação social é um processo cotidiano, vivenciada pelo indivíduo que é autor e ator de suas representações. As representações sociais direcionam-se a um conhecimento específico, o saber do senso comum e são consideradas revolucionárias, pois resgatam e valorizam o saber popular e o relacionam com o saber oficial (ARAÚJO, 1997).

A autora citada acima afirma, ainda, que considerar as representações sociais como uma forma de conhecimento válida, tanto quanto o conhecimento científico, permite que uma mediação seja feita entre os dois universos. Essa relação é de fundamental importância, especialmente na área da saúde, para que se apreenda a totalidade da questão.

Segundo Alonso (1994), as representações sociais não têm função de guiar o comportamento, mas sim de modelar a realidade com base no conhecimento existente, originando significados e comportamentos.

O significado é visto por Lopes e Campos (2005, p. 147) como um dos pontos chave para o método qualitativo, pois “através de sua compreensão podem-se desvendar importantes informações sobre o sujeito da pesquisa”, sobretudo aos atribuídos à mulher e aos fenômenos relativos à saúde reprodutiva.

O desenvolvimento deste estudo por meio da pesquisa qualitativa foi escolhido pelo desejo de estudar a vivência de um fenômeno natural, que é a gravidez, associada a fatores que tornam uma gestação de alto risco sob o enfoque do discurso emitido pelas gestantes, enquanto sujeitos da sociedade, e segundo a abordagem metodológica do DSC.

Para Merighi e Praça (2003), o referencial metodológico é como um guia do pesquisador para a coleta e análise dos dados do estudo e será adequado quando satisfizer a busca do pesquisador pelo seu objeto.

O DSC foi considerado como um guia adequado por ser uma proposta para organizar e tabular dados qualitativos verbais, obtidos em depoimentos, cartas, entre outros, extraindo deles as idéias centrais e as expressões-chave que irão compor um ou vários discursos-síntese na primeira pessoa do singular (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003a). Segundo Quevedo (2001, p. 46), “o DSC é uma estratégia metodológica que objetiva tornar mais clara uma dada representação social”, com base em depoimentos que são o substrato dessa representação.

Com o objetivo de compreender a vivência da gestante nesse período, buscou-se, nesta proposta, esclarecer a sua representação social tendo como substrato os seus depoimentos. Assim, o estudo foi desenvolvido por meio de pesquisa qualitativa de caráter exploratório descritivo de modo a compreender a experiência de mulheres que vivenciam uma gestação de alto risco.

## **5.2 A População Estudada**

A população estudada foi constituída de gestantes que apresentavam, no mínimo, uma intercorrência clínica (hipertensão arterial, cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias, hemopatias, epilepsia, doenças infecciosas, doenças auto-imunes e ginecopatias), conforme classificação elaborada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000b), e que estavam realizando acompanhamento pré-natal de

alto risco no Hospital Universitário de Maringá (HUM). As alterações e doenças psiquiátricas também são consideradas por Chamberlain (1993) como doenças que causam problemas na gestação e, por isso, também foram consideradas no estudo.

Os critérios para a seleção foram que as gestantes já tivessem uma intercorrência clínica, ou seja, uma doença diagnosticada e com tratamento instituído antes da atual gestação, e que não apresentavam nenhum tipo de complicação que impedisse sua comunicação.

Durante o mês de março de 2005, foi realizado um levantamento piloto de todas as gestantes que realizaram consulta de pré-natal na instituição, nos meses de dezembro/2004, janeiro e fevereiro/2005, para se obter uma noção aproximada de quantas gestantes seriam entrevistadas de acordo com o critério de seleção. O resultado do levantamento (16 gestantes) foi um número aproximado ao que foi realizado de entrevistas.

Como a pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade e a amostragem considerada boa é aquela que abrange a totalidade do problema investigado em múltiplas dimensões (MINAYO, 2003), a amostra foi constituída de todas as gestantes — 12 mulheres — que apresentavam intercorrência clínica e que realizaram consulta no Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco do HUM durante o mês de abril de 2005.

Considerando que as gestantes são atendidas por vários meses em consulta de pré-natal e as gestantes de alto risco passam por consulta médica freqüentemente, com periodicidade semanal e com intervalo máximo de 30 dias entre uma consulta e outra, optou-se por realizar as entrevistas durante um mês continuamente para que todas as gestantes que apresentassem intercorrência clínica nesse período fizessem parte da pesquisa.

Uma gestante portadora de cardiopatia, quando abordada pela pesquisadora, não aceitou fazer parte da pesquisa e conceder a entrevista.

A participação das 12 gestantes foi voluntária e, no momento em que concordaram em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado previamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Apêndice A).

### **5.3 O Local do Estudo**

O HUM é Órgão Suplementar da Universidade Estadual de Maringá (UEM), vinculado administrativamente à Reitoria da UEM, e realiza atividades de assistência, ensino e pesquisa.

De acordo com o Plano Diretor (HOSPITAL..., 2000), a missão institucional do HUM é prestar assistência à saúde em nível hospitalar, contribuindo para acolher o acesso da população ao sistema público de atenção à saúde e melhorar as condições para realização do ensino na área de saúde, oportunizando aos discentes espaço de formação que articule a assistência, o ensino e a pesquisa.

O HUM recebeu do Ministério da Saúde o Título de Hospital Amigo da Criança, em novembro de 2003, quando atingiu os objetivos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que são a promoção, proteção e o apoio ao aleitamento materno pela adoção dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”. Esta medida contribuiu para a diminuição das taxas de morbi-mortalidade infantil e materna, tempo de internação, índice de infecção e para a humanização da

assistência prestada ao binômio e à família (GENOVEZ; LABEGALINI; SAALFELD, 2005).

O HUM também foi certificado, em setembro de 2004, pelos Ministérios da Educação e da Saúde como hospital ensino, um hospital que realiza, formalmente, atividades curriculares de internato para totalidade dos estudantes do Curso de Medicina da UEM e oferece atividades curriculares para outros cursos de graduação superior na área de saúde (HOSPITAL..., 2004).

Atualmente, o HUM disponibiliza ao Sistema Único de Saúde (SUS) 120 leitos de internação, distribuídos entre as Unidades de Internação (101) e Unidade de Pronto Socorro (19). Os leitos nas Unidades de Internação estão assim distribuídos: 18 na Pediatria, 24 na Clínica Cirúrgica e Traumatologia, 18 na Clínica Médica, 18 na Ginecologia e Obstetrícia, 3 na Unidade de Terapia Semi-Intensiva Neonatal, 8 na Unidade de Terapia Intensiva Adulto, 6 na Unidade Intensiva Pediátrica e 6 leitos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (HOSPITAL..., 2005).

Na área obstétrica, o HUM é considerado referência hospitalar em atendimento secundário à gestante de alto risco para os 30 municípios da 15ª Regional de Saúde e em atendimento 24 horas de urgência e emergência na área de ginecologia e obstetrícia para parte do município e região. Também é referência para o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, atendendo gestantes de 4 Núcleos Integrados de Saúde (NIS) do município (NIS Ney Braga, NIS Iguatemi, NIS Vila Esperança e NIS Mandacaru) na ocasião do parto.

Em 2004, o setor de Auditoria, Controle e Avaliação (GACA) da Secretaria de Saúde de Maringá estabeleceu Normas para Assistência às Gestantes de Alto Risco (MARINGÁ, 2004). Com base nesses critérios, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do município organiza o fluxo da assistência ao pré-natal

de alto risco e ao parto às gestantes que realizaram pré-natal nos NIS, uma parte ao HUM e outra parte em outro hospital da cidade (Anexo A). Como o HUM é referência para 4 NIS e região, o outro hospital atende aos demais NIS do município.

O Ambulatório de Especialidades do HUM foi ativado em 1993 para proporcionar suporte científico e acadêmico a diversas categorias profissionais. Atualmente atende 43 especialidades nas áreas de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, sendo unidade de referência na macrorregião para consultas especializada e de pré-natal para gestação de alto risco.

O Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco atende, em média, 120 gestantes por ano do município e região em quatro ambulatórios semanais desde 1993 e, até o momento, não existe protocolo que padronize o atendimento.

O atendimento é realizado por médicos docentes, residentes da área de Ginecologia e Obstetrícia, internos de medicina e, eventualmente, quando encaminhadas, as gestantes são avaliadas por outras especialidades médicas, tais como cardiologia, nefrologia, pneumologia, moléstias infecciosas, entre outras. Além disso, quando solicitado pelo profissional médico ou por livre demanda, as gestantes recebem assistência do enfermeiro, assistente social, nutricionista e psicólogo.

Entende-se que uma assistência multidisciplinar efetiva provavelmente refletiria de forma positiva nos índices de morbimortalidade materna e perinatal e nos índices de cesárea do município e região, além de influenciar na qualidade do serviço prestado à gestante de alto risco.

## 5.4 O Instrumento

O instrumento utilizado como roteiro para a pesquisa foi a entrevista semi-estruturada (CRUZ NETO, 2003), com questões abertas e semi-abertas, elaborado pela pesquisadora e complementado com questões sugeridas pela banca na ocasião do exame de qualificação (Apêndice B).

Lefèvre e Lefèvre (2003a) acreditam que a questão aberta representa o pensamento dos indivíduos, uma vez que é um procedimento de pesquisa que proporciona maiores possibilidades do indivíduo expressar-se com um discurso.

Para que a gestante entrevistada produzisse um discurso, respondendo o que estava sendo investigado sem prejuízo no resultado da pesquisa, e permitisse melhor compreensão da população alvo, foi realizado um estudo-piloto, incluindo o pré-teste do instrumento e os procedimentos de campo (entrevista e coleta de dados nos prontuários hospitalares). Este procedimento permitiu identificar dificuldades e falhas na técnica de aplicação e adequar o procedimento de coleta dos dados da pesquisa, ajustando a estrutura do roteiro da entrevista.

## 5.5 A Coleta de Dados

Os dados foram coletados através de entrevista com gestantes de alto risco, que eram acompanhadas pelo serviço de pré-natal do HUM e que apresentavam intercorrências clínicas.

A entrevista não representa uma conversa neutra, considerando que se constitui em um meio de coleta dos fatos relatados pelos atores sociais, “enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada” (CRUZ NETO, 2003, p. 57).

As entrevistas foram realizadas no dia em que as gestantes compareceram ao HUM para realizar a consulta de pré-natal. Elas aconteceram em uma sala reservada, previamente preparada e em clima de tranquilidade, proporcionando privacidade tanto para a pesquisadora como para as gestantes, sem limite de tempo e com poucas intervenções com duração, em média, de 45 minutos.

Após a abordagem da pesquisadora, leitura e assinatura do termo de consentimento e esclarecimento quanto aos objetivos e aspectos legais da pesquisa para cada gestante, foram realizadas as entrevistas. Os discursos foram gravados por meio de um microgravador, em fitas magnéticas de 60 minutos cada para posterior transcrição e análise. Não ocorreu, por parte das gestantes, qualquer objeção ao uso do gravador, tendo os discursos fluído naturalmente.

Logo ao final de cada entrevista, foram anotados aspectos considerados relevantes e que foram observados pela pesquisadora. A legitimidade desse procedimento ganha reforço quando, Cruz Neto (2003) afirma que nada substitui o olhar de um pesquisador atento à realidade das relações sociais em sua investigação no trabalho de campo. Nesse momento, para garantir o anonimato e omitir os nomes verdadeiros das gestantes, as fitas eram identificadas com nomes de elementos e acontecimentos da natureza: Sol, Lua, Brisa, Chuva, Terra, Céu, Fogo, Estrela, Mar, Ventania, Luz e Eclipse.

Os discursos foram transcritos obedecendo à ordem em que ocorreram as entrevistas. O momento da transcrição possibilitou reviver, em cada frase, o sentido

do que é vivenciar, enquanto gestante de alto risco, a possibilidade de danos à própria saúde e à do bebê.

Assim, a pesquisa seguiu os preceitos éticos do Conselho Nacional de Saúde definidos na Resolução nº 196/96, que dita normas e diretrizes para as pesquisas com seres humanos.

Os dados sobre as intercorrências clínicas que justificaram o agendamento no pré-natal de alto risco e principais intercorrências obstétricas apresentadas na gestação, foram coletados nos prontuários dessas gestantes, para complementação das informações.

## **5.6 A Análise dos Dados**

### **5.6.1 Análise descritivo-exploratória da população estudada**

A análise teve como objetivo caracterizar as gestantes de alto risco entrevistadas, coletando variáveis sociodemográficas, história reprodutiva e assistência pré-natal e intercorrências da gestação atual, como:

- Idade, grau de escolaridade, estado civil, atividade econômica, renda familiar em salários mínimos, conforme a situação em que se encontravam quando foram entrevistadas;
- Antecedentes obstétricos, número de filhos vivos, idade, duração, realização de pré-natal e intercorrências nas gestações anteriores, uso de método contraceptivo e o método utilizado no caso de uso de algum;

- Motivos do agendamento no Pré-Natal de Alto Risco (PNAR), profissional responsável pelo encaminhamento, procedência, idade gestacional e intercorrências na atual gestação.

### 5.6.2 Análise qualitativa das entrevistas

Para análise dos dados qualitativos, utilizou-se a abordagem metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), por meio do *Software QualiQuantSoft*. O trabalho teve início com o cadastramento dos sujeitos da pesquisa no *Software*, construindo, assim, a lista dos entrevistados (Anexo B).

Para obter um pensamento em escala coletiva, é preciso “somar os discursos” coletados por meio de uma questão aberta para um conjunto de indivíduos, de forma que tenha sido possível às pessoas expressarem um pensamento e, portanto, elaborarem um discurso. Deste discurso, poderão, então, ser extraídas as expressões-chave; “com as expressões-chave das idéias centrais ou ancoragens semelhantes compõe-se um ou vários discursos-síntese na primeira pessoa do singular” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003a, p. 16).

Contudo, antes de descrever como foi efetuada a análise das entrevistas utilizando o *software* e a construção dos DSCs, é importante explicar a denominação das figuras metodológicas — expressões-chave, idéia central, ancoragem e discurso do sujeito coletivo — criadas para confeccionar os DSCs.

As expressões-chave (ECH) “são pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso [...] que revelam a essência do depoimento”, resgatando a literalidade do depoimento. Elas são a matéria-prima na construção do DSC, sendo consideradas como “[...] uma *prova discursivo-empírica* da verdade das idéias

centrais e das ancoragens e vice-versa” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003a, p. 17, grifo dos autores).

A idéia central (IC) é:

[...] uma expressão lingüística que revela e descreve, da maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECH, que vai dar nascimento, posteriormente, ao DSC (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003a, p. 17).

Para os autores acima citados, a IC é uma descrição sucinta do sentido de um ou vários depoimentos e não uma mera interpretação deles, tendo, portanto, a função de “individualizar um dado discurso ou conjunto de discursos” de acordo com as “especificidades semânticas” contidas em cada um deles (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003a, p. 25).

Com relação à ancoragem, figura metodológica que tem seu nome inspirado na teoria da representação social, Lefèvre e Lefèvre (2003a, p. 17) a descrevem como sendo

[...] a manifestação lingüística explícita de uma dada teoria, ideologia, ou crença que o autor do discurso professa e que, na qualidade de afirmação genérica, está sendo usada pelo enunciador para “enquadrar” uma situação específica.

Por sua vez, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), considerada a principal das figuras metodológicas, “é um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pelas ECH que têm a mesma IC ou AC” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003a, p. 18).

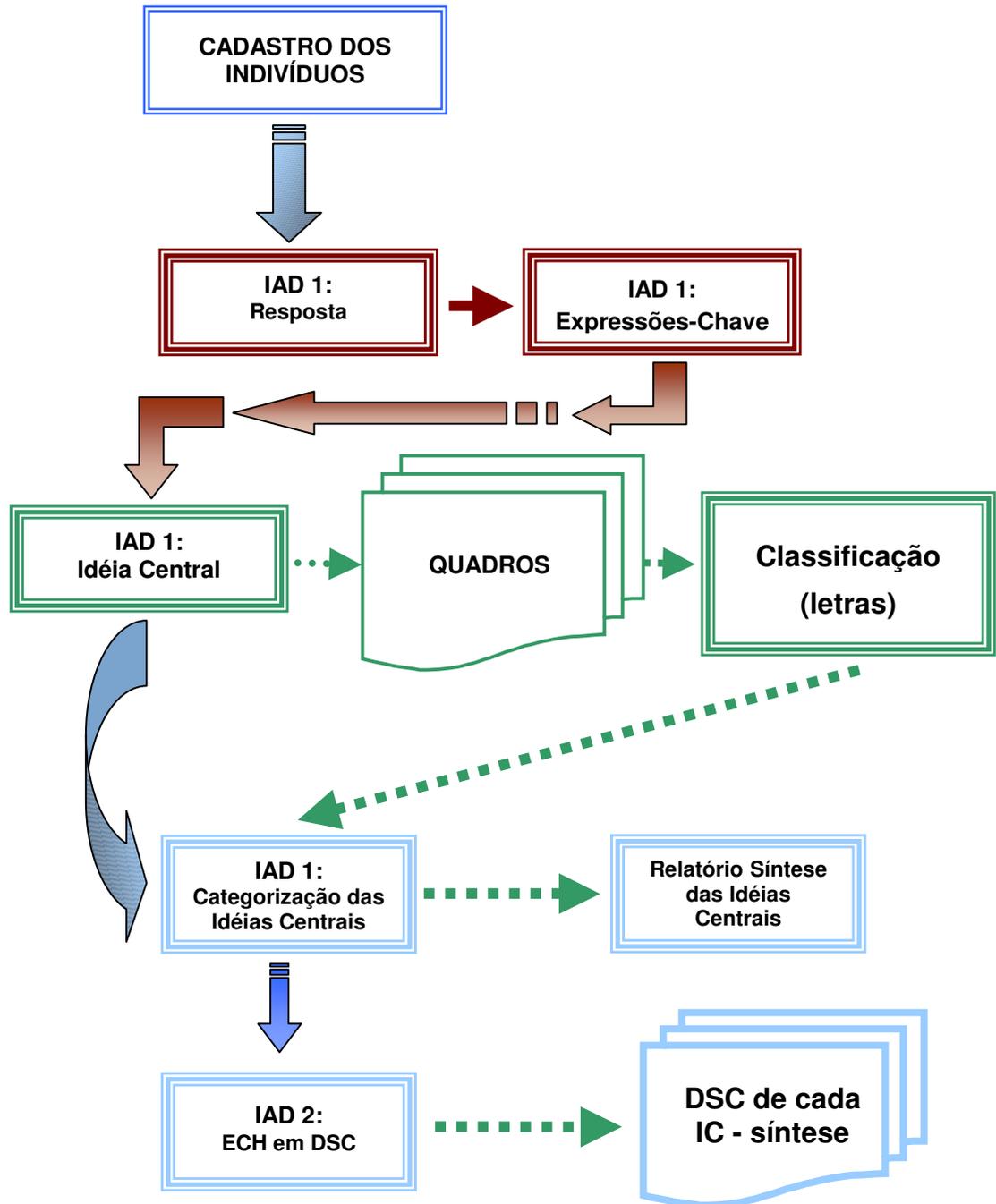
A metodologia do DSC almeja “resgatar o discurso como signo e conhecimento dos próprios discursos”, por meio do entrelaçamento dos fragmentos dos discursos de cada indivíduo para a construção de um discurso que possa

expressar um modo de pensar ou a representação social sobre um determinado fenômeno (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003a, p. 19).

Um discurso pode ter mais de uma idéia central e, considerando o conjunto dos discursos individuais, esses podem ter idéias centrais semelhantes e/ou complementares. Para a construção do DSC, é extraído da íntegra de cada depoimento, após análise, os trechos que contenham as expressões-chave. Esses trechos serão “limpos” de particularidades, expressões e idéias repetidas e agrupados de acordo com a idéia central (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003a; LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003b).

Todos os trechos das expressões-chave, com ajustes ortográficos feitos se necessário, serão utilizados para a construção do DSC, acrescentando apenas conectivos que ligam as partes e conferem coerência ao discurso (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003b). Assim, o DSC é um discurso-síntese que reúne em um discurso as ECH/ICs semelhantes e representa a fala social ou o “pensamento coletivo na primeira pessoa do singular” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003a, p. 28).

Tendo apresentado as figuras metodológicas, é apresentada, a seguir, a descrição dos passos transcorridos para a análise dos dados qualitativos. Na tentativa de facilitar o entendimento e elucidar o processo, foi elaborado um fluxograma que representa, seqüencialmente, os passos percorridos para a elaboração dos DSCs (Figura 1). Neste estudo, foram utilizadas três figuras metodológicas: as expressões-chave, as idéias centrais e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).



**Figura 1 — Fluxograma das etapas do Método do Discurso do Sujeito Coletivo — DSC.**

Os procedimentos descritos na seqüência foram realizados na mesma ordem, sempre que se iniciava a análise de cada uma das questões da entrevista semi-estruturada. Todas as questões foram analisadas individualmente.

Partindo dos depoimentos das gestantes que foram gravados e transcritos, obtiveram-se os discursos individuais que foram, então, copiados para o campo do *software* denominado Instrumento de Análise do Discurso 1 (IAD 1).

Iniciou-se, em seguida, a análise dos discursos com a identificação das expressões-chave, nas quais estão contidas as idéias centrais de cada discurso, copiando-as no campo específico (ECH) na mesma janela do IAD 1. Depois, passou-se à redação das idéias centrais, o mais breve e objetiva possível, valendo-se da resposta individual de cada gestante relacionada à questão analisada no momento no campo IC do IAD 1. É importante lembrar que cada resposta pode ter mais de uma idéia central. Vale ressaltar que as idéias centrais não são interpretações, mas descrições do sentido contido nas expressões-chave (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003b, p. 52).

Na etapa seguinte, procedeu-se a impressão do conjunto das idéias centrais da questão em análise. Nesse momento, as idéias centrais impressas cujos discursos eram equivalentes, semelhantes ou complementares foram reunidas em uma mesma categoria, representada por uma letra do alfabeto, iniciando pela letra A e seguindo a ordem alfabética até que todas as idéias centrais tivessem sido categorizadas.

Para Gomes (2003), categoria significa agrupamento de elementos ou aspectos com características comuns ou relacionadas, empregada em classificações. Consistem em um procedimento que pode ser utilizado em qualquer que seja a análise em pesquisa qualitativa.

Na seqüência, retornou-se à janela do IAD 1, categorizando as ICs e imprimindo o Relatório Síntese das Idéias Centrais da questão analisada.

Após a elaboração do Relatório Síntese das Idéias Centrais, iniciou-se a construção do DSC de cada categoria em campo da janela do Instrumento de Análise do Discurso 2 (IAD 2) do *software*. Para a construção do DSC de cada grupamento ou categoria, as expressões-chave foram organizadas de modo seqüencial, da forma mais geral para a mais particular, utilizando-se de conectivos para conferir coerência entre as partes do discurso e eliminando as idéias repetidas, conferindo um efeito didático para o DSC.

Ao término de todas as etapas, realizou-se a impressão de um relatório contendo as ECHs, suas respectivas ICs e categorias pertencentes a cada indivíduo com relação à questão analisada (Anexo C).

Saber que os DSCs buscam representar e expressar a fala do social, nesse caso, a vivência das gestantes de alto risco atendidas em um serviço de referência, não exclui o pesquisador desse processo como fonte organizadora das falas. O pesquisador tem o papel de “produzir o sujeito social ou coletivo do discurso e o discurso coletivo correspondente, fazendo o social falar como se fosse um indivíduo” sem, contudo, faltar com o “rigor científico, utilizando procedimentos explícitos, transparentes e padronizados”, possibilitando, assim, construir a fala do social por intermédio das expressões-chave e idéias centrais contidas na fala dos indivíduos (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003a, p. 29).

## **5.7 Aspectos Éticos da Pesquisa**

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, atendendo à determinação da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Pesquisa, obtendo a aprovação sob o parecer nº 217/2004 (Anexo D). Foi solicitada, também, a autorização da Diretoria Médica do HUM (Apêndice C) para a realização da coleta de dados nos prontuários hospitalares e entrevistas com as gestantes, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, com reposta autorizando em anexo (Anexo E).

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 6.1 Descrição da População Entrevistada

A descrição das gestantes entrevistadas foi realizada para caracterizá-las e, também, para verificar associações de dados da gestação atual com aspectos relativos às gestações anteriores.

As 12 gestantes entrevistadas estavam na faixa etária entre 21 e 42 anos, sendo que 16,6% (2) tinham idade acima de 35 anos. Ziegel e Cranley (1985), classificaram gestações em mulheres com menos de 15 ou mais de 35 anos como fator de alto risco para gestação. Estas faixas etárias podem predispor as mulheres e/ou fetos às complicações fisiológicas tanto no período gestacional como neonatal.

Todas as mulheres que participaram do estudo eram mulheres em idade reprodutiva. Segundo o Ministério da Saúde, as mulheres com idade entre 10 e 49 anos são consideradas mulheres em idade fértil e representam 65% do total da população feminina do Brasil, ou seja, parcela importante e merecedora da atenção das políticas de saúde (BRASIL, 2004).

Com relação ao grau de escolaridade, 58,3% (7) relataram ter chegado ao segundo grau e 33,3% (4) não completaram o primeiro grau. Esses resultados são melhores do que o encontrado por Zampieri (2001) em estudo desenvolvido com gestantes de alto risco hospitalizadas em um hospital universitário. A autora verificou que 58,8% das mulheres tinham o primeiro grau incompleto.

A escolaridade materna é um dos indicadores do nível socioeconômico e importante influenciador dos índices de saúde materno-infantil. Osis (1993) considera, por outro lado, que o conhecimento do grau de escolaridade subsidia a equipe multidisciplinar no sentido de adequar as orientações sobre a gestação, parto e puerpério à clientela assistida.

A maioria das gestantes (91,7%) afirmou ter companheiro, enquadrando-se nesse item tanto as mulheres casadas como as que viviam uma relação consensual, e, apenas, 8,3% (1) declarou-se como solteira. A situação conjugal instável e a maternidade para as solteiras são situações apresentadas como fator de risco gravídico e agravante para as complicações obstétricas como parto pré-termo, baixo peso ao nascer, aumento da mortalidade perinatal por diversos autores (TEDESCO, 2000a; ARAGÃO et al., 2004). Em contraponto, o fato de viver com companheiro é considerado como um fator favorável para a gestação, pois o casal tem a oportunidade de assumir e dividir a responsabilidade pela vida do filho e, como conseqüência, influenciar positivamente em resultados perinatais (OSIS, 1993; ARAGÃO et al., 2004).

Dentre as gestantes entrevistadas, 58,3% (7) não exerciam qualquer atividade econômica remunerada e se declararam como do lar. Uma gestante era estudante e, após engravidar, abandonou os estudos. Das 41,6% (5) que exerciam atividade com remuneração, 16,6% (2) realizavam trabalho doméstico, 8,3% (1) era trabalhadora rural e, 16,6% (2) eram vendedoras. Resultados aproximados foram encontrados em estudos realizados por Nagahama (2003), informando que 53% das mulheres não exerciam atividade econômica remunerada. Carniel (2003), descrevendo o perfil de mães e recém-nascido (RN) a partir da Declaração de

Nascido Vivo (DN), observou que somente 30% delas exerciam atividade remunerada.

Segundo Relatório sobre a Situação da População Feminina no Mundo, o número de mulheres que vive em situação de pobreza é superior ao de homens. As mulheres trabalham mais horas que os homens e, no mínimo, a metade de seu tempo é gasta com atividades não remuneradas, fator esse que soma para que seu acesso aos bens sociais e aos serviços de saúde seja diminuído (FONDO DE POPULACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, 2005a).

A ocupação e a escolaridade se refletem, também, na renda familiar. Dentre as gestantes entrevistadas, a renda familiar variou de 1 a 3 salários-mínimos, sendo que 66,6% (8) tinham renda familiar entre um salário e meio e dois salários e apenas 8,3% (1) tinha renda de três salários-mínimos. O nível socioeconômico da gestante tem grande influência sobre aspectos da gestação e puerpério. Segundo Maldonado (1997), a incidência de distúrbios psicossomáticos em gestantes está presente em toda classe social, entretanto é mais comum nas mulheres de classes sociais menos favorecidas.

É evidente que o conhecimento da ocupação de trabalho, da renda familiar e da escolaridade das gestantes, em especial às de alto risco, é de grande importância para a equipe de saúde. Segundo o Comitê Estadual de Morte Materna do Paraná (PARANÁ, 2002) e Soares et al. (2001), mulheres com baixa renda e escolaridade e sem ocupação definida representam um grupo de alto risco social, no qual a probabilidade de óbito materno está aumentada.

A história reprodutiva da mulher, especialmente com relação a complicações obstétricas, também é um fator que merece atenção da equipe que assiste à gestante. Dentre as mulheres entrevistadas, 25,0% (3) eram primigestas e 58,3% (7)

estavam vivenciando a gestação, no mínimo, pela terceira vez. Dentre as 75,0% (9) que já haviam tido, no mínimo, uma gestação, 22,2% (2) estavam na terceira gestação e ainda não tinham nenhum filho vivo e 66,7% (6) dessas apresentavam história de abortamento e/ou parto prematuro em gestações anteriores.

Quevedo (2001) considera a gravidez como um período de reafirmação da feminilidade da mulher e, na ocorrência de perdas como abortamento ou natimorto, a mulher pode entender isso como perdas da feminilidade e até danos à auto-estima. Nos casos de gestantes que apresentam uma doença prévia, também pode ocorrer esse sentimento de perda.

Com relação às primigestas, índice aproximado foi encontrado por Zampieri (2001) em estudo desenvolvido com gestantes de alto risco hospitalizadas em um hospital universitário. Constatou que 29,5% dessas mulheres estavam vivenciando a gestação pela primeira vez.

Segundo Rezende e Montenegro (1999), a ocorrência de abortamentos não tem necessariamente relação com a gestação de alto risco. Consideram que, do ponto de vista clínico, 10 a 15% das gestações terminam espontaneamente no primeiro trimestre, e a grande maioria dos casos de abortamento espontâneo é determinada por causas cromossômicas ou genéticas. Entretanto, o índice encontrado dentre as gestantes entrevistadas foi bastante acima do previsto pelos autores, provavelmente devido à relação dos abortamentos com as intercorrências clínicas apresentadas pelas gestantes previamente.

Todas as gestantes que não eram primigestas relataram ter realizado acompanhamento pré-natal com consultas mensais durante todas as gestações anteriores. A maioria, 77,8% (7), realizou o pré-natal em unidade básica de saúde de seus municípios de origem e 33,3% (3) já haviam realizado acompanhamento pré-

natal em gestação anterior no HUM. Somente 44,4% (4) delas, souberam apontar as intercorrências das gestações anteriores que justificaram a realização do pré-natal no serviço de referência e, dentre estas, estavam incluídas as gestantes que já haviam sido atendidas no serviço de PNAR do HUM.

Apesar do uso de anticoncepcionais ser alto e crescente no Brasil (VICTORA, 2001), dentre as mulheres entrevistadas, com relação à utilização de métodos contraceptivos antes da gestação, nenhuma delas estava em uso correto de algum método quando engravidou. Contudo, 75,0% (9) delas afirmaram que já haviam utilizado, em algum momento da vida, o anticoncepcional hormonal oral (ACHO) e, dentre essas, 33,3% (3) já usaram o preservativo masculino anteriormente.

Com relação à utilização de método anticoncepcional antes da gestação, o Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna analisou os óbitos maternos ocorridos no Estado do Paraná nos anos de 1997 a 1999 e constatou que mais da metade das mulheres (53,9%) que morreu nesse período não utilizava qualquer método contraceptivo. Dentre aquelas que utilizavam algum método e também morreram, a grande maioria (97,2%) fazia uso de anticoncepção hormonal (PARANÁ, 2002).

Mas nem sempre o uso de um método contraceptivo impede que a gestação aconteça. O uso incorreto do método, seja do ACHO ou do preservativo, foi exposto por 33,3% (4) das mulheres e aconteceu por alternância dos meses de uso do ACHO, uso de ACHO concomitantemente com anticonvulsivantes e antibióticos, por não utilizar em todas as relações o preservativo masculino e por não ter entendido como deveria ser tomado o ACHO. O coito interrompido foi lembrado por 25,0% (3) mulheres como sendo o recurso utilizado pelo casal para prevenir a concepção.

Somente uma gestante expôs que não estava em uso de método contraceptivo, pois estava programando engravidar. Entretanto 33,3% (4) delas não estavam em uso de qualquer método quando engravidou da atual gestação e 16,6% (2) afirmaram que nunca utilizaram qualquer método contraceptivo anteriormente.

Em um estudo realizado por Hoga (2003) sobre as práticas anticoncepcionais de uma comunidade, a pílula anticoncepcional foi o recurso mais popular. O coito interrompido foi o segundo método lembrado, mas somente era utilizado de forma temporária, nas necessidades momentâneas, porque acreditavam que o método era muito falho.

Um outro estudo, realizado por Minella (2005) em duas capitais do sul do país com mulheres de baixa renda, em idade reprodutiva e usuárias do serviço de planejamento familiar da rede pública, verificou como métodos mais usados os hormônios orais, o preservativo masculino e o Dispositivo Intra-Uterino (DIU); o conhecimento dos métodos se deu principalmente no posto de saúde.

Estes estudos reforçam que o conhecimento e a orientação sobre o planejamento familiar têm importante impacto na saúde da mulher e da criança, beneficiando a prevenção seletiva das gestações de alto risco e de morte materna por causas obstétricas indiretas. Por outro lado, oportunizam o bem-estar físico, psíquico e social para as pessoas já que possibilitam ter filhos no número e momento definidos pela mulher e seu companheiro (VICTORA, 2001; NAGAHAMA, 2003).

Na ocasião da entrevista, 50,0% (6) das gestantes estavam no segundo trimestre e somente 8,3% (1) estava no primeiro trimestre de gestação. O tempo transcorrido entre a confirmação da gestação, o atendimento da gestante em unidade básica e o seu agendamento em serviço de referência em caso de

diagnóstico de risco gestacional são fatores que dificultam o acesso e retardam a chegada da gestante no serviço de referência para a gestação de alto risco.

A maioria das gestantes, na maioria 91,7% (11), foi encaminhada ao PNAR por médico e 8,3% (1) por enfermeiro. Conforme as Normas para Assistência às Gestantes de Alto Risco do município e região (MARINGÁ, 2004), as gestantes estão sendo referenciadas, pois, dentre as entrevistadas, 58,3% (7) eram de municípios da região.

Os motivos de agendamento no pré-natal de alto risco (Quadro 1) foram variados, entretanto houve a predominância da hipertensão arterial crônica presente em 66,6% (8) dos casos. Este fato, para Torloni (1999), tem importante influência na história obstétrica materna. Segundo a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA, 2000), a hipertensão arterial é a doença que, mais freqüentemente, complica a gravidez, acometendo de 5 a 10% das gestantes, sendo responsável por uma taxa importante de morbimortalidade perinatal e materna.

O tratamento da hipertensão crônica, aquela que está presente e observável antes da gravidez, ainda não é consensual. O valor da manutenção de drogas anti-hipertensivas na grávida com hipertensão crônica continua em debate, pois a redução dos níveis pressóricos pode diminuir a pressão uteroplacentária e interferir no desenvolvimento fetal. A comparação entre grupo não tratado com grupo que manteve o tratamento, tem evidenciado que não ocorreu diminuição da freqüência de pré-eclampsia sobreposta, parto prematuro, descolamento prematuro de placenta ou morte neonatal (ABI-SAAB NETO; BUD; ANDRADE, 2005).

<b>Gestante</b>	<b>Motivo do agendamento no serviço de referência de pré-natal de alto risco</b>
Sol	Cólicas renais; cirurgia renal por cálculo há 9 anos com comprometimento da função do rim esquerdo.
Lua	Em dez./2003 fez quadrantectomia por câncer de mama; em uso de Tamoxifeno.
Brisa	Hipertensão crônica. Em uso anti-hipertensivo há 7 anos.
Chuva	Hipertensão arterial; atrofia cerebral e crise convulsiva.
Terra	Infecção do trato urinário de repetição, asma brônquica e epilepsia.
Céu	Hipertensão arterial crônica e hipotireoidismo.
Fogo	Hipertensão arterial crônica.
Estrela	Acidente vascular cerebral isquêmico em 2003; hipertensão arterial; asma e varizes em membros inferiores.
Mar	Hipertensão arterial crônica.
Ventania	Hipertensão arterial e obesidade
Luz	Hipertensão arterial
Eclipse	Depressão em acompanhamento com a psiquiatria

**Quadro 1 – Apresentação dos motivos de agendamento das gestantes entrevistadas no Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco do HUM.**

Tase (2000) observou a síndrome hipertensiva (22,6%) como a patologia mais freqüente apresentada por gestantes atendidas em um hospital de referência para gestação de alto risco. Outro estudo, realizado por Freitas, Solano e Rugiero (2004), verificou grande demanda de gestantes hipertensas que eram atendidas em um Ambulatório de Cuidados Especiais em um município no interior de São Paulo.

As autoras salientaram que, nessas circunstâncias, a educação em saúde é de grande importância para a melhoria da qualidade de vida das gestantes hipertensas.

Na opinião de Gregório et al. (2004), a orientação para a educação em saúde cabe ao enfermeiro, que desempenha papel relevante na equipe multidisciplinar ao orientar e intervir para que mudanças em atitudes e hábitos de vida resultem em melhor controle das doenças na gravidez. A educação em saúde não tem sua importância reconhecida somente no período pré-natal, mas também nos casos em que a gestação não poderia acontecer naquele momento da vida. É o caso de uma gestante que foi encaminhada ao PNAR por ter engravidado durante um tratamento por consequência de uma neoplasia de mama diagnosticada quando a mulher tinha apenas 21 anos.

O câncer de mama é a causa mais freqüente de morte por câncer entre mulheres no Brasil (BRASIL, 2005). No período de 1995 a 1999, os casos foram de 15,5% (BRASIL, 2004). O Ministério da Saúde ressalta que, até o momento, não existe medida de prevenção primária para a doença, contudo, aponta o diagnóstico precoce como um fator significativo na perspectiva e qualidade de vida da mulher após o diagnóstico (BRASIL, 2004).

Uma outra gestante participante da pesquisa estava em tratamento psiquiátrico em decorrência de depressão. Tinha história de dois abortamentos recentes sem causa definida, nenhum filho vivo e queixava-se de dificuldades financeiras. Diante da situação, concorda-se com a política defendida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) que pensar em saúde mental não é somente pensar nos transtornos mentais que acometem mulheres, mas é importante contextualizar aspectos da vida cotidiana da mulher, conhecer sua estrutura social para resolver as

questões práticas da vida e a sua sobrecarga de responsabilidade que muitas vezes é maior do que as forças de qualquer pessoa.

## 6.2 Análise dos Discursos

Para Lefèvre e Lefèvre (2003a), a pesquisa de representação social tem como objetivo resgatar o imaginário social sobre um tema. Esse imaginário, na técnica do DSC,

[...] adquire a forma de um painel de discursos. Esse painel reflete o que se pode pensar, numa dada formação sociocultural, num dado grupo ou numa dada coletividade, sobre um determinado assunto (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003a, p. 33).

Neste sentido, examinando as falas das gestantes, de certa forma, pôde-se identificar as representações sociais com relação à gestação de alto risco para as mulheres entrevistadas. Assim, na tentativa de resgatar o imaginário dessas gestantes sobre a gestação de alto risco que estavam vivenciando, são apresentados os resultados da análise qualitativa das entrevistas realizadas com elas. Utilizando-se das figuras metodológicas, idéia central e expressões-chave, organizaram-se as informações referentes às questões. A partir daí, a Síntese de Idéias Centrais (Anexo F) e os DSCs foram construídos e serão apresentados. A representação quantitativa das idéias centrais para cada questão pode ser verificada no Anexo G e na apresentação de cada DSC. Foram identificadas quais as gestantes que contribuíram para a formação daquela idéia central e, conseqüentemente, do DSC.

É importante destacar que, ao realizar a análise qualitativa das respostas obtidas nas entrevistas, originaram-se, para cada tema, no mínimo três e, no máximo sete DSCs, totalizando 28 DSCs. Todos esses discursos foram apresentados, revelando a diversidade de conteúdo discursivo dos DSCs.

A seguir, serão apresentados os temas e a análise seqüencialmente.

### **6.2.1 Conhecendo o porquê do encaminhamento ao serviço de referência para realização do pré-natal de alto risco**

As ICs e os DSCs que ganharam corpo após a análise das respostas com relação ao tema — conhecimento quanto ao motivo do encaminhamento para realização do pré-natal em um serviço de referência para gestação de alto risco — foram:

Idéia Central A – Gestação de alto risco em decorrência da hipertensão.

DSC (Brisa, Fogo, Estrela, Ventania e Luz)

*Pra dizer bem a verdade nem eu não sei, quando eu procurei o ginecologista de lá ele já estava sabendo dos meus problemas. O médico disse que iria me encaminhar pro HUM por causa do problema de pressão. Como eu já faço tratamento aqui, eu vim direto na clínica médica do HUM. Falou também que eu estava com muito excesso de peso, tinha pressão alta e que a minha gravidez era problemática, de alto risco.*

O discurso acima representa a explicação simples e breve recebida do profissional, que fez o encaminhamento. Na opinião de Pellosso (1999), os serviços públicos de saúde, com relação ao atendimento à saúde da mulher, não consideram

as diferenças econômicas e culturais da clientela e os profissionais que neles atuam tampouco dispensam tempo explicando, orientando e ajudando quem, segundo seu julgamento, não irá entender, deixando, portanto, de exercer sua cidadania. O profissional menciona simplesmente, que a gestação é problemática, de alto risco. Não confere orientação ou esclarecimento, ao contrário, acentua a ansiedade com relação à gravidez e seus problemas de saúde.

Diante do contexto atual da saúde e de seus profissionais, não é importante apenas a incorporação de novos conhecimentos biológicos, éticos e científicos, mas a compreensão de aspectos sociais, culturais e econômicos, estimulando consciência crítica e humanizada a fim de prestar um atendimento com dignidade (PELLOSO, 1999).

Idéia Central B – Garantia de atendimento em serviço de referência.

DSC (Chuva, Mar e Estrela)

*O médico falou que, por causa dos meus problemas, ele não poderia colocar a mão em mim lá, eu corria risco de vida, porque o hospital de lá não tinha o recurso que tem aqui (HUM). Eles falaram pra mim que, aqui, o hospital era melhor, tinha mais recursos e, caso o nenê precisasse de uma UTI, também teria garantia da vaga da criança.*

Um dos maiores fatores que impulsiona a peregrinação da mulher em busca da assistência pré-natal é a tentativa de garantir vaga para a assistência ao parto (BONADIO; TSUNECHIRO, 2003). Muitas vezes, quando o atendimento acontece, a gestante encontra profissionais despreparados e descompromissados com a saúde, como é possível inferir no discurso acima. Se existe interação e o vínculo de confiança entre a mulher e o profissional é estabelecido, ela não se sente inferior, sua auto-estima melhora e fica mais segura e confiante (BONADIO; TSUNECHIRO,

2003). A descrição do atendimento recebido, todavia não resultou em melhora da sua segurança e auto-estima.

Aflora, assim, uma triste realidade para essas mulheres. Em um momento da vida tão frágil, apresentando um sério problema de saúde e engravidando inesperadamente, ao procurar o serviço de saúde, escutam do próprio profissional que ele está impossibilitado de “*pôr a mão nela*”, pois, na situação de risco de vida, o seu atendimento deveria ser em outro serviço. Nenhum apoio, esclarecimento ou orientação foi dado a essas mulheres, exceto o acréscimo de dúvidas, medo e insegurança pelo profissional que realizou o atendimento.

Considerando a saúde como um direito de todos, a realidade se depara com uma dicotomia na prestação de serviços de saúde com relação à qualidade e à precariedade dos serviços públicos oferecidos e, como conseqüência, o não atendimento das necessidades mais urgentes da população, ficando cada vez mais desamparada e praticamente excluída da assistência (PELLOSO, 1999).

Idéia Central C – Gestaçã o de alto risco em decorrência de outras intercorrências clínicas.

DSC (Sol, Lua, Terra, Céu e Eclipse)

*Pelos remédios que eu tomo e também por causa dos problemas de convulsão, passei pelo médico do postinho. Levei o teste, expliquei pra ele e ele falou que era melhor encaminhar pro HUM por ser uma gravidez de risco. Eu tentei marcar pelo posto de saúde, mas ia demorar uns dois, três meses. Como eu estava preocupada e meu estado de saúde não era assim tão bom, eu tinha a suspeita de uma gravidez.*

*No HUM sempre me atenderam bem e procuraram me dar todas as informações que eu precisava. Com a minha história de duas hemorragias, o médico pediu USG e ele falou que era pra eu fazer a cada 15 dias o pré-natal. Também, eu estava tentando fazer o tratamento do rim e com a gestação ele foi interrompido. Além disso, o médico falou que, por causa do problema que eu tive de câncer de mama, era bom fazer o acompanhamento aqui (no HUM), onde eu já tinha feito o outro tratamento e a cirurgia.*

Foi destacado neste discurso feito pela cliente que receber informações conforme suas necessidades, confere qualidade ao serviço. No estudo realizado por Bonadio e Tsunechiro (2003), as mulheres afirmaram que um serviço de pré-natal é melhor quando os profissionais que atendem “[...] *conversam e explicam as coisas pra gente*”.

A dificuldade de acesso e atendimento pré-natal aflora no discurso acima. Outras autoras (PELLOSO, 1999; BARUFFI, 2004) também verificaram em seus estudos que as mulheres e familiares expõem claramente a dificuldade para conseguir atendimento; porém, quando são atendidas, as consultas são muito rápidas, falta tempo para conversar com o profissional e, desse modo, não conseguem expressar suas dúvidas ou simplesmente serem ouvidas.

Vencer as dificuldades referentes à estrutura e ao funcionamento do sistema de saúde, como a falta de vagas, a demora do atendimento, a falta de profissionais, entre outros, foram os obstáculos vivenciados pelas gestantes participantes de uma pesquisa realizada por Bonadio e Tsunechiro (2003). Entretanto estas dificuldades, não foram exclusivamente delas. As gestantes de alto risco desta pesquisa, de igual modo, descreveram barreiras a serem transpostas para chegarem ao serviço de referência e concretizarem o atendimento.

Um outro fator, a preocupação da mulher com o seu estado de saúde e do feto, igualmente, não é exclusividade das gestantes de alto risco. Bonadio e Tsunechiro (2003) destacam, em estudo realizado com gestantes de baixo risco, que as mulheres tinham a necessidade de acompanhar o desenvolvimento do bebê e do seu próprio estado de saúde através de cuidado profissional e reconheciam o pré-natal como cuidado preventivo de saúde dela e do filho.

Diante disso, fica evidente que o direito de toda gestante de ter acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério, manifesto como princípio do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2000a), não é, na prática, facilmente exercido.

Idéia Central D – Preocupação com a formação fetal.

DSC (Lua)

*Eu perguntei pra ele: tem perigo da nenê nascer com câncer também? E ele falou assim: "não, perigo de nascer com câncer não porque você já tinha feito o tratamento" e ele disse que ela poderia não se formar direito por causa da radioterapia. Quando eu engravidei estava fazendo rádio. Então, durante o primeiro mês que eu estava grávida ela tomou radiação, mas daí ele pediu aquela ultrassonografia morfológica, a gente fez tudo e não deu nada.*

Apesar de a preocupação fetal ter sido citada por apenas uma gestante neste tema, a integridade fetal foi muito lembrada nos temas a seguir da pesquisa. Em especial no caso desta gestante, a sua preocupação com a integridade fetal era bastante pertinente em decorrência de sua exposição à radioterapia durante o primeiro trimestre gestacional. A possibilidade de realizar exames mais especializados, como no caso a ultrassonografia morfológica, foi descrita como um recurso tranqüilizador. Há um universo simbólico entre as gestantes de alto risco, em consequência disso, a mulher precisa compartilhar seus medos, anseios, expectativas, especialmente com os profissionais de saúde que as atendem, obtendo respostas adequadas para suas dúvidas (ASSIS, 2004).

### 6.2.2 Descrevendo a programação e o desejo da gestação em curso

O segundo tema que surgiu após a análise das entrevistas foi a programação e o desejo da gestação em curso. Maldonado (1997) acredita que a decisão de ter um filho é resultado de vários motivos conscientes e inconscientes, como aprofundar uma relação homem-mulher, concretizar o desejo de continuidade e esperança da imortalidade, manter um vínculo desfeito, competir com familiares, preencher um vazio interno, entre outros. Mas os motivos que influenciam a decisão de ter um filho não dispensam a programação e o desejo de uma gestação. Desejar e programar um filho são aspectos importantes que permeiam os sentimentos de aceitação em tornar-se mãe. Esses aspectos estiveram pouco presentes nos discursos e nas idéias centrais apresentadas a seguir:

Idéia Central A – Gestação não programada, mas desejada, associada à não utilização ou uso incorreto de método contraceptivo.

DSC (Sol, Terra, Fogo, Estrela, Mar, Ventania e Eclipse)

*Na verdade não. Sabendo do problema que eu tinha, eu não devia ter engravidado nunca. Não foi programada, mas está sendo desejada.*

*Achei que não ficaria grávida, pois, mesmo eu tendo dificuldade para engravidar, estava tomando comprimido há algum tempo e tinha parado naquele mês em que engravidei. Eu estava tomando anticoncepcional um mês sim e outro mês não e também antibiótico, anti-hipertensivo e anticonvulsivante, até o médico proibir o anticoncepcional.*

*Nós optamos pelo método do preservativo, mas só que o esquecimento foi dele. Como o marido é muito ignorante, disse que não iria comer banana com casca. Também estava me cuidando do meu jeito, evitava na hora de terminar o serviço. Nós fomos naquela de fazer o sexo interrompido e não deu certo.*

*Foi um acidente, mas dava pra se cuidar mais. Quando o teste afirmou positivo, a gente ficou super feliz e ainda mais depois que eu fiz a ultrassom e soube que a criança está tudo normalzinha.*

Esse discurso tem bastante força e representatividade, uma vez que foi o mais freqüente entre as gestantes pesquisadas. As mulheres relatam o uso incorreto dos métodos, reconhecem que falharam, mas não desresponsabilizam o companheiro pela gestação e demonstram a dificuldade em negociar a escolha do método.

Para uma gestante, a tentativa de responsabilizar a ocorrência da gestação como exclusivamente do companheiro fica evidente no relato: “[...] *nós optamos pelo método do preservativo, mas só que o esquecimento foi dele.*” Talvez, a tentativa de isenção de parcela da culpa pela gravidez por parte da mulher, minimizasse a sua responsabilidade pelos problemas vivenciados na gestação em decorrência de sua patologia. Fica evidente, no discurso, a utilização de forma incorreta de métodos contraceptivos e, também, de métodos não anticoncepcionais, como o coito interrompido.

O coito interrompido foi bastante lembrado como método contraceptivo praticado, “[...] *nós fomos naquela de fazer o sexo interrompido*”, deixando aflorar a falta de informação dos casais quanto à ineficácia de sua utilização. O uso incorreto dos contraceptivos orais e do preservativo em todas as relações sexuais igualmente ficou claro: “*Eu estava tomando anticoncepcional um mês sim e outro mês não [...]*”; “*Nós optamos pelo método do preservativo, mas só que o esquecimento foi dele [...]*”, expondo o pouco conhecimento dos casais com relação aos métodos que utilizavam e dos demais disponíveis no mercado.

Um aspecto a ser considerado e verificado por Baruffi (2004) é a resistência não só por parte dos companheiros, mas inclusive pelas mulheres, ao uso do preservativo masculino, mesmo com tanta divulgação nos meios de comunicação sobre a sua importância com relação à prevenção de doenças e da gestação. A

baixa escolaridade e classe social são inversamente proporcionais à possibilidade de negociação com o parceiro sobre o uso do preservativo como método contraceptivo; contudo, mesmo as mulheres com maior grau de escolaridade e poder aquisitivo ainda encontram dificuldades em negociar suas relações com os companheiros (BRASIL, 2004). Diante disso, para que aconteça o alinhamento do poder nas decisões anticonceptivas é preciso que o homem também deseje e coopere (HOGA, 2003).

Na opinião desta autora, um grande esforço deveria ser direcionado para amenizar as falhas da educação em saúde sexual e reprodutiva. Esta se iniciaria na infância, passando pela adolescência até chegar na fase adulta, tanto para homens como para mulheres. Esse trabalho contínuo demandaria um preparo adequado dos profissionais para o atendimento a estas necessidades.

Não se pode considerar, no aspecto da educação e assistência à anticoncepção, só a gestação, mas abordar um quadro mais geral da saúde reprodutiva que é a vulnerabilidade feminina diante do contexto das infecções sexualmente transmissíveis (IST) em especial a aids. A educação não somente tem reflexos diretos na ocorrência de gestações não programadas, como em novos casos das DST e aids, em especial para as mulheres. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), em 1996, apenas 5% dos casos notificados de aids eram em mulheres e, nos últimos anos, a porcentagem da doença no sexo feminino chega a 30%.

Segundo Vieira et al. (1999), a vulnerabilidade feminina é complexa e envolve aspectos relacionados à saúde-doença. As mulheres apresentam desvantagens biológicas que vão da maior possibilidade de contrair o vírus do HIV, através da relação sexual, até serem mais assintomáticas, no caso de IST, o que as

tornam mais vulneráveis para complicações e suscetibilidade no caso de IST não tratada.

Os autores acima inferem que, nos serviços de saúde, as IST são diferentemente abordadas pelos profissionais, segundo o sexo do paciente. Sendo o preservativo um método de controle masculino, os profissionais não orientam as mulheres, contribuindo para a desigualdade de gênero no direito ao acesso à informação. Além disso, o uso do preservativo masculino que oferece dupla proteção — protege da gravidez e da transmissão sexual de IST —, é um método para os homens e sua negociação com o parceiro, muitas vezes, é difícil para as mulheres.

Idéia Central B – Gestação não programada, mas desejada, associada à questão da crença religiosa.

DSC (Brisa, Céu e Lua)

*Não esperava engravidar, nem queria também, mas não cuidei. Achei que não ia ter problema nenhum. Eu tomava anticoncepcional, parei de tomar o remédio, descuidei um pouquinho e até que engravidei bem rapidinho. Eu estava usando preservativo e evitando com coito interrompido. Imaginava que não ia engravidar. Agora está sendo muito desejada, demais, já estou calma, conformada, não vejo a hora que nasce. Depois que eu fiz o ultrassom e que deu tudo normal, tudo formadinho, fiquei mais aliviada, pois antes, sem fazer nenhum exame, morria de medo. Eu estou feliz porque, se veio, a gente tem que cuidar. Se Deus mandou, a gente tem que aceitar. Espero que Deus abençoe que venha com saúde, perfeito, está na mão de Deus.*

Uma reação inicial não positiva, ao saber que estava grávida, é justificada, pois a gestação implica em grandes mudanças, ganhos e perdas e isso, por si só, confere justificativa aos sentimentos ambivalentes (QUEVEDO, 2001). No caso de gestantes de alto risco, segundo a autora, seus relatos, provavelmente, estão exacerbados pela presença de uma doença prévia que pode comprometer a vida da mãe e do bebê.

É perceptível, neste discurso, a pouca ou nenhuma participação dos homens relatada pelas mulheres no processo de planejamento familiar. Minella (2005) acredita que isso pode ser interpretado com base na perspectiva de gênero, na medida em que práticas médicas, sobretudo a da reprodução, são consideradas pela sociedade como sendo papel da mulher, contrariando aspectos previstos inclusive pelo PAISM em que o homem também é sujeito no processo sexual e na contracepção.

O acontecimento de gestação não planejada é freqüente entre mulheres de diferentes faixas etárias e escolaridade, todavia o fato de a gravidez não ter sido programada não significa que o filho não seja desejado (SILVA; SANTOS; PARADA, 2004). Essa aceitação ganha um significado especial quando a ocorrência da gestação é atribuída a um desejo divino como fica claro no DSC acima. Contudo, pode-se afirmar que a religião não impede que problemas aconteçam na vida das pessoas, mas constitui-se em um recurso nos momentos de dificuldades, atribuindo significado aos acontecimentos e fornecendo recursos para enfrentar o sofrimento, conforme afirma Figueira (1996). Assis (2004) em seu estudo com gestantes de alto risco, enriquece a questão ao evidenciar que essas mulheres deixam transparecer que a crença religiosa contribui para o enfrentamento das dificuldades apresentadas, conferindo um certo conforto quando existe o risco gravídico.

Diante das expressões-chave que originaram o DSC acima, é possível afirmar que a gravidez para estas mulheres foi acidental, entretanto previsível e intencional, em decorrência do uso negligenciado do método contraceptivo.

Marcon (2002) em um estudo qualitativo, realizado com mulheres grávidas, identificou que algumas delas não tinham nenhum conhecimento com relação aos métodos contraceptivos, enquanto outras, sabiam da necessidade do uso regular

dos métodos. Esse conhecimento, entretanto, não foi suficiente para planejar uma gestação, deixando transparecer em suas falas que não pretendiam ter um filho naquele momento.

Idéia Central C – Gestação programada e desejada.

DSC (Luz)

*Foi programada e está sendo desejada. Já usei o anticoncepcional e não estava usando porque eu estava tentando engravidar faz um ano. Tem hora que a gente fica com aquele medo, mas está tudo bem graças a Deus.*

Essa gestante foi a única dentre todas as entrevistadas que planejou cuidadosamente a sua gestação, assumindo os riscos a que estava se expondo para ter um filho. Neste caso, a gravidez aceita significa euforia, concretização de um papel biológico e afirmação da feminilidade (RIECHELMANN, 1997). Para Tedesco (2000a), quando a mulher decide engravidar e viver uma gestação de alto risco, ela admite que seu tempo de vida pode ser encurtado ou até transmitir ao filho problemas recorrentes ao uso de medicações e a intercorrência clínica. Essa gestante e seu companheiro assumiram o risco, tanto que em seu discurso ela expressa o sentimento de medo, mas que foi superado pelo desejo de ter um filho. Delgado (2002) lembra que uma família, mesmo quando se prepara para receber um filho, manifesta sentimentos de alegria e temor, esperança e insegurança, ilusão e incerteza, aceitação e reprovação, envolvidos em projetos de realizações pessoais e familiares.

Contudo, um estudo, realizado por Bonadio e Tsunehiro (2003) sobre a vivência de mulheres grávidas em um serviço de pré-natal, constatou que, quando a gravidez é desejada e planejada, o sentimento predominante é de felicidade, sentimento considerado como aquele que representa o que é ser mãe. Acredita-se

que, neste caso, as pessoas fizeram valer a prática social de forma consciente. A prática social “se constrói e se desempenha em defesa da vida, tanto para reduzir a mortalidade quanto para aumentar a esperança de vida”, na defesa dos direitos humanos, garantindo a reprodução e a continuidade da vida com saúde (PELLOSO, 1999, p. 96).

Idéia Central D – Gestação não programada e não desejada.

DSC (Chuva)

*Não, eu não queria não. Eu tomava um remédio e o doutor trocou por outro. Ele explicou, mas por causa dos meus problemas eu não guardo nada na minha cabeça me atrapalhei e engravidei.*

Opostamente às idéias apresentadas anteriormente, essa gestante vivenciava o segundo trimestre de gestação e afirmou que não havia programado e não desejava a gestação em curso. Dentre todas, essa foi a gestante que mais intensamente relatou a sua rejeição à gravidez durante toda a entrevista. Chorava muito e demonstrava um grande mal-estar por ter tido que suspender os remédios que usava devido o problema de saúde em decorrência da gestação. Baruffi (2004) em seu estudo sobre o cuidado cultural à mulher na gestação, salienta que as condições sociais em que a mulher se encontra inserida, o número de filhos, a idade, a situação financeira e o estado conjugal são aspectos determinantes para a aceitação da gravidez.

Outro aspecto a ser considerado, são as ações de planejamento familiar que fazem parte da atenção básica de saúde em relação à saúde da mulher, de responsabilidade dos municípios (BRASIL, 2004). Contudo, muitos deles, ao que parece, não estão conseguindo implantar e implementar estratégias adequadas para

aconselhar a escolha livre e informada de um método, assim como para acompanhar essas mulheres.

Há, claramente exposta no discurso, a idéia de que a orientação prestada à paciente pelo profissional de saúde com relação ao novo método contraceptivo não foi eficiente para impedir que outra gestação acontecesse, repercutindo em prejuízos para a sua integridade física e mental.

Assis (2004) acredita que, à medida que a equipe de saúde cuida, escuta e compartilha o viver das gestantes de alto risco, sentimentos de confiança e segurança podem estar mais presentes no vivenciar dessa gestação. Além disso, esse momento se caracteriza como uma oportunidade para que se realize a educação em saúde e a gestante seja orientada com mais atenção.

Além do mais, não se pode esquecer da nova geração que está a caminho, pensando não somente na sua integridade física, mas nos fatores psicológicos do bebê e nos reflexos da gestação em sua vida adulta. Uma criança ignorada na gestação, por uma mãe indiferente, terá dificuldade de adaptação durante a vida; já que é forte a influência da mãe sobre o feto. Um sentimento de rejeição pode levá-lo à morte, e emoções negativas vivenciadas nessa fase podem desencadear doenças psicossomáticas e transtornos emocionais (BONOMI, 2001).

### **6.2.3 Conhecendo o problema de saúde e sua influência na gestação**

Segundo Pelloso (1999), a gestação é uma condição fisiológica e o pré-natal uma prática preventiva. Ao tornar-se gestante, a mulher tem o direito de ser

informada ao conhecer o próprio corpo, aprender seus deveres de gestante e mãe e viver para criar o filho. Acrescenta-se ainda que o direito à informação e à orientação da mulher não se restringe somente ao período gravídico, mas deveria acontecer em todas as fases do seu ciclo vital, em especial quando a mulher apresenta patologias que podem interferir em uma gestação. Essa defesa remete a Araújo (1997, p. 89) quando descreve que:

[...] a mulher tem o direito de ser orientada sobre o seu próprio corpo, os ritmos e os ciclos que o compõem, o direito de ser orientada sobre métodos contraceptivos, direito de gestar e parir com segurança, direito de amamentar como resultado de uma opção consciente; tem ainda o direito de ter suas representações consideradas e respeitadas.

Diante dos discursos a seguir, é possível inferir que esse direito das mulheres não foi respeitado, elas sabiam pouco ou nada sobre o tema, as possíveis complicações para elas e o feto em caso de ocorrência de uma gestação.

Idéia Central A – Sim, tinha noção que o problema de saúde pode influenciar na gestação.

DSC (Sol, Terra, Céu, Ventania, Luz e Eclipse)

*Sim, sabia mais ou menos, o básico. Sabia que é arriscado por causa dos remédios que eu tomo, muito fortes e também do risco de dar convulsão. Depois, com os exames e com as consultas do pré-natal, eu verifiquei que o estado era mais grave do que eu pensava. Além do problema renal e da pressão alta que faz muita mulher perder o bebê e pode dar alguma complicação, tinha também o problema do mioma e da tireóide. A preocupação era de que poderia realmente afetar o bebê, então sempre fica com o pé atrás, com um pouco de medo. Também por causa dos pensamentos maus que eu tenho na cabeça, acho que poderia influenciar negativamente, não poderia ter uma boa gestação.*

Mesmo tendo uma noção dos problemas e complicações que uma gestação poderia desencadear, essas mulheres engravidaram. Na opinião de Tedesco

(2000a), quando a condição de risco é pré-existente, a gravidez representa, em alguns casos, uma nova chance de vida, agrega-se à gestação valor e as complicações são enfrentadas com mais disposição.

Idéia Central B – Sim, mas Deus vai ajudar.

DSC (Brisa e Estrela)

*Sabia. Eu ouvia falar, mais pouca coisa, cidade pequena você sabe! Depois que o médico falou, fiquei com um pouco de medo. Por causa dos problemas que eu tive, meus familiares têm medo de eu vim e não voltar. Mas a gente pede a Deus pra correr tudo bem, porque se ele quis que eu ficasse grávida é porque tem algum plano pra mim. Eu acho que se Deus quiser eu vou sair com a criança no colo e vou cuidar deles sim.*

Figueira (1996) afirma que, muitas vezes, o apelo ao restabelecimento da saúde, por meio de aspectos religiosos, acontece não só com relação ao problema de saúde, mas em vários sentidos, dimensões da vida humana que não estão dissociadas da saúde como aspectos psicológicos, sociais, culturais entre outros.

Diante deste discurso contraditório, aparentemente, a responsabilidade e o desfecho da gestação ficou sendo exclusividade de Deus. As gestantes, que são as protagonistas do episódio e as grandes responsáveis por ele, talvez na tentativa de se preservarem de qualquer culpa, argumentam que “se Deus quis que a gravidez acontecesse, então ele tem um plano e vai providenciar o futuro”.

O universo religioso existe e é significativo na vida dos indivíduos, sendo um importante recurso utilizado na busca de resposta para problemas de saúde (FIGUEIRA, 1996). Frente a isto, os profissionais de saúde devem assumir uma postura de “não negação dessa realidade”, respeitando o universo religioso das mulheres, mas esclarecendo que o tratamento e o acompanhamento pré-natal são indispensáveis para que a “vontade de Deus seja concretizada”.

Por outro lado, o medo da morte foi citado pela gestante como não sendo exclusivo dela, mas também um sentimento vivido pelos familiares. É importante ressaltar que a morte para a mulher que está gerando um filho é inconcebível e a sua ocorrência causa marcas profundas nos familiares e profissionais (PELLOSO, 1999; ASSIS, 2004).

Idéia Central C – Não tinha noção de que o problema de saúde poderia influenciar na gestação.

DSC (Lua, Chuva, Fogo e Mar)

*Não sabia de nada. Acho que não, nem pensava. Pra mim não ia ter problema nenhum, tudo normal. Só sabia que alguma coisa boa não podia acontecer. No posto de saúde, falei brincando que ia engravidar e disseram que eu já não tinha mais idade, mas não pensei que tinha problema não, ninguém nunca comentou comigo. Depois que eu fui saber que estava grávida, fiquei com medo.*

O comportamento de algumas gestantes em desconsiderar o problema de saúde e, por decorrência, o risco trazido pela gestação neste caso, parece estar relacionado com o fato de permitir que se dê um “presente” valioso, um filho (QUEVEDO, 2001).

Não se pode negar que a falta de informação e a não realização do pré-natal são fatores influenciadores dos altos coeficientes de mortalidade materna, entretanto a população mal informada é justamente aquela que sofre com a desigualdade social, tendo baixa escolaridade e, portanto apresentando dificuldades de entender, assimilar e praticar as informações que tem ou recebeu (PELLOSO, 1999).

Em relação ao discurso, pode-se inferir que a gestante havia comentado, na unidade básica de saúde, antes de engravidar, que tinha a intenção de gestar novamente, mas não foi orientada devidamente ou não entendeu, no seu devido

contexto, os riscos a que estava se expondo. Para Bonadio e Tsunechiro (2003, p. 90),

[...] a comunicação contextualizada e personalizada possibilita o atendimento das necessidades da mulher que busca cuidado profissional de uma equipe de saúde atenta às necessidades da clientela e envolvida com o atendimento da pessoa em todas as suas dimensões, integrando os aspectos técnicos e expressivos da assistência.

Diante deste contexto, o pré-natal, sendo uma prática social, é uma ótima oportunidade para se realizar educação em saúde e orientar a mulher quanto a aspectos da gestação, parto e puerpério e imprescindível para esclarecimentos quanto aos aspectos do aleitamento materno e do planejamento familiar. É provável que seja uma das únicas oportunidades de se ter essa cliente no serviço para receber as orientações.

#### **6.2.4 Percebendo a gestação de alto risco**

Cury (1997) infere que a gravidez é um momento crítico e adaptativo, de caráter regressivo, permeado por angústia e conflito, em que são utilizados recursos do pensamento como a imaginação e a fantasia. Frente a esse momento crítico, nos discursos a seguir, as gestantes, em sua maioria, relataram perceber a gestação de alto risco, associada a fatores como uso de medicações e patologias, como uma ameaça para a vida e integridade física tanto da mãe quanto do bebê.

Idéia Central A – Percebe que a gestação expõe mãe e bebê a riscos.

DSC (Sol)

*Acho que é aquilo que põe em risco a vida da criança e da mãe. Pode ser algum problema de saúde antes da gestação que a mãe já tenha ou que vem adquirir depois, durante a gestação.*

*O caso do mioma me assustou demais, eu achava que fosse afetar o neném. Foi gerando muitas dúvidas, mas os médicos, auxiliares e estagiários sempre tiram minhas dúvidas.*

*O que falam muito pra mim é sobre o repouso, mas não tem como evitar, pra uma esposa, dona de casa, mãe. Você sempre tem um serviço doméstico para fazer. Quando eu percebo que estou com muita dor é porque eu já abusei e posso estar forçando uma coisa que pode ser prejudicial, até pro bebê. Tenho que realmente repousar como eles falam pra mim, obedecer é melhor que remediar depois.*

Uma só gestante participou na formação da idéia central acima e revelou perceber que a gestação representava riscos tanto para a mãe como para o feto. Descreve claramente suas idéias e por isso recebeu o nome de Sol, era iluminada.

Essa gestante também descreveu a realidade de várias gestantes entrevistadas, que não exerciam atividade economicamente remunerada. Para ela, a atividade doméstica e o cuidado com os filhos e companheiro consistem em importantes atividades que são de sua exclusiva responsabilidade. Neste sentido, Tedesco (2000a) afirma que é uma crença falsa a de que as mulheres que se ocupam somente dos trabalhos domésticos têm menor sobrecarga física e emocional, considerando que é de sua responsabilidade cuidar dos filhos e companheiro, além dos afazeres domésticos, sem direito a descanso.

Idéia Central B – Percebe que a gestação implica em risco para o bebê.

DSC (Mar, Ventania, Luz, Eclipse e Fogo)

*Gestação de alto risco é uma gestação perigosa, que, a qualquer momento, pode dar um problema e você pode perder. Tem de ficar de repouso e tomar os cuidados certinhos. Eu percebo o risco porque me dá muita dor na cabeça. Mas fazendo o tratamento certinho, não vai ter complicação; pode ter, mas já ajuda bastante.*

*Eu acho, também, que pode causar uma complicação pro nenê, uma má deformação, pode acontecer um aborto. Só fico imaginando que o meu filho pode ter problema, nascer com problema ou não formar direito.*

*De repente você está lá boa, aí acontece alguma coisa de mal e você tem que ir urgente para o hospital. Estou com medo, principalmente de perder o nenê; até agora não tem dado problema nenhum, mais pra frente não sei. Nunca sinto a minha pressão subir; ter um infarte, um derrame isso eu já sabia, agora eu estou com medo de perder o nenê.*

Viver a perda de um bebê pode ser percebida pela mulher como uma perda da fertilidade, da saúde, da feminilidade ou até mesmo de parte de si mesma (QUEVEDO, 2001). Fica claramente exposto no discurso acima que a grande preocupação dessas mulheres é em relação à vida de seus filhos e à integridade física deles, sua formação e saúde. Para Riechelmann (1997), essa é uma das preocupações que mais angustiam as mulheres durante a gestação.

Assis (2004), em estudo realizado com gestantes de alto risco internadas, verificou que elas manifestam grandes expectativas com relação ao nascimento de seus bebês, em terem menos chances de sobreviver ou até morrerem. A autora infere que as mães imaginam, durante a gestação, em ter um bebê saudável e bonito, mas ao existir a possibilidade de um parto prematuro, baixo peso, que necessite de cuidados especiais, manifestam preocupação em manter o filho vivo para crescer e se desenvolver.

O sentimento de medo pela sobrevivência do filho também representou uma das maiores preocupações entre as gestantes de alto risco hospitalizadas, estudadas por Zampieri (2001). Essas mulheres, mesmo tendo consciência que as intercorrências por elas apresentadas durante a gravidez poderiam gerar agravos aos bebês, manifestavam muita esperança de que o sonho de ter o filho nos braços vivo e saudável se concretizasse.

Nos dois discursos anteriores, o repouso foi lembrado como uma atitude orientada a ser tomada pela mãe e que pode evitar ou amenizar possíveis problemas, especialmente para o feto. Contudo, o repouso no leito, um dos tratamentos mais antigos no cuidado da saúde e, ainda hoje, freqüentemente prescrito para mulheres que estejam vivenciando as várias complicações da gestação, seja no hospital ou em casa, tem sido apontado em pesquisas como produtor de efeitos colaterais tanto físicos como psicossociais (MALONI, 1993).

É válido ressaltar que a orientação do repouso, isoladamente, pode até desencadear efeitos colaterais. O interessante seria que as mulheres fossem orientadas de forma mais ampla e real, de acordo com a sua patologia, destacando como suas condutas diárias e rotineiras poderiam influenciar negativa e positivamente. Assim, elas teriam o julgamento correto de como poderiam colaborar com o melhor andamento da gestação em curso.

Idéia Central C – Percebe que a gestação expõe a mãe a riscos.

DSC (Fogo)

*Acho que é por causa da idade e por causa da pressão. A gente pensa muita coisa, pensa no pior. O pior é morrer...*

Apesar de esta idéia central ter participação de uma gestante apenas, a morte foi bastante lembrada pelas gestantes de alto risco participantes desta pesquisa, como também nos resultados apresentados por Assis (2004) quando estudou gestantes de alto risco hospitalizadas. Mas esse risco iminente de morte fica presente nos pensamentos das gestantes sem, contudo, apresentarem em seus discursos algum esclarecimento da dimensão do problema na realidade.

Segundo Peloso (1999), para as pessoas em geral, não é difícil ver o parto como um fato natural, a gestação como uma fase da vida, mas para a população com possibilidade de morte em uma gestação de risco, em nenhum momento é explicitada a verdadeira implicação, e sim exposta como causa inevitável da morte. Talvez, em decorrência disso, exista tanto mito com relação à morte materna.

Idéia Central D – Percebe que a gestação expõe mãe e bebê a riscos, inclusive de morte.

DSC (Chuva e Estrela)

*Eu acho que pode acontecer alguma coisa comigo, com o bebê. Só isso. Sei lá, penso que eu posso morrer ou ele. Penso que eu vou morrer, mas eu vou morrer? Não sei. O médico falou que o que eu tenho é muito grave, então eu fico pensando ou eu morro ou a criança morre. Sei do perigo pra mim, na minha vida, talvez não possa criar ele... O perigo pra criança, pode ser que não venha normal ou que ele morra.*

A idéia de que a gestação expõe tanto a mãe quanto o bebê a riscos, inclusive de morte, fica explícito no DSC com a participação de duas gestantes. A dúvida e a falta de informação são como combustível para esse medo da possibilidade de ocorrência da morte. Assis (2004) igualmente, verificou, em seu estudo, que as gestantes de alto risco manifestam o sentimento de medo duplo da morte, ou seja, o medo de morrer e da morte do filho.

Idéia Central E – Percebe que a medicação expõe mãe e bebê a riscos.

DSC (Terra)

*Não sei explicar direito. Por eu tomar esses remédios, por eu ter problema de convulsão, dificulta mais, porque toda gravidez tem um risco, ainda mais eu tomando todos esses remédios. Assim, fica mais arriscado tanto pra mim quanto pro bebê. Ah, eu morro de medo do bebê ter ou pegar crise convulsiva ou infecções, esses problemas que eu tenho!*

Uma das gestantes participante da pesquisa manifestou preocupação com a medicação que fazia uso e com as implicações que ela poderia causar no feto. Quevedo (2001) acredita que parcela das gestantes de risco possui grande preocupação com a integridade física da criança e medo que a criança apresente algum problema de saúde por causa do problema de saúde da mãe.

É claro que o uso da medicação acontece em decorrência do problema de saúde que a mãe apresenta e isso é fator preocupante para a mulher.

Idéia Central F – Percebe riscos para a mãe e o bebê, mas crê na “solução” religiosa.

DSC (Céu)

*É risco pra mim e pro bebê. Mas eu entreguei na mão de Deus e acho que ele é o médico dos médicos. Somente ele, no final, pode te dizer o que vai acontecer ou não. Foi ele quem me deu, não foi programado. Eu tenho consciência que eu posso sair com a vitória.*

Encarar o problema com mais otimismo e lançar mão do apego religioso são atitudes descritas claramente por essa gestante neste tema.

Em uma pesquisa qualitativa, realizada por Figueira (1996, p. 79), com indivíduos que utilizavam serviços de saúde e também freqüentavam instituições religiosas pentecostais, foi possível observar que a terapêutica religiosa, em muitos casos, é apontada pelas pessoas como se estivesse acima da terapêutica médica. Consideram, todavia, que a medicina deve ser utilizada, pois é obra de Deus e foi colocada por ele no mundo para “cumprir essa função de tratar da saúde e assim sendo ela também só alcançará resultados positivos se o indivíduo que a utiliza confiar em Deus”.

Outro aspecto relevante é que a palavra vitória, citada pela gestante, freqüentemente, está presente no discurso de pessoas religiosas (FIGUEIRA, 1996), confirmando que a esperança e a confiança em Deus, ou seja, a crença religiosa constitui-se um apoio para as gestantes de alto risco. Este aspecto foi achado também em uma pesquisa de Assis (2004).

Idéia Central G – Não percebe riscos na gestação.

DSC (Lua)

*Não sei, porque eu não sinto nada. Pra mim, é como a outra gestação, normal. Já que eu cheguei agora até o final, sem sentir nada, pra mim acho que não tem risco não.*

Tedesco (2000a, p. 34) observa a atitude de negação como “um mecanismo compensatório para identificação com o estresse ou contra a ligação afetiva com o feto e se expressa em descrença ou não acatamento das condutas médicas”.

Em estudo realizado por Quevedo (2001), as gestantes de alto risco internadas, em muitos momentos, não se consideram doente. Isso se deve, provavelmente, segundo a autora, ao fato de alguns sintomas da doença se manifestarem esporadicamente. Em certos casos, existe até a ausência de sintomas, o que influencia na real percepção de saúde e doença. Essa afirmativa vem ao encontro da percepção dessa gestante de alto risco quando expressa que a gestação é normal, sem riscos, pois afirma: “[...] não sinto nada [...]”.

A diferença de intensidade dos sentimentos de medo, em especial ao da morte, fica evidente nos discursos deste tema. O achado deve ser considerado na medida em que a ansiedade, a apreensão e o temor são sentimentos comuns na gestação, entretanto manifestos com diferente intensidade entre uma gestante e outra (MALDONADO, 2000).

### **6.2.5 Vivenciando uma gestação de alto risco**

Em decorrência de sua experiência profissional, Maldonado (1997) constatou a relativa uniformidade de temas vivenciados por grupos de gestantes de várias classes sociais e a experiência de diferenças mais quantitativas do que qualitativas entre as vivências de uma gravidez normal e de alto risco.

Outros autores (MCCAIN; DEATRICK, 1994), em estudo com pais e mães que vivenciaram a gestação de alto risco, descrevem que a gravidez de alto risco passa por estágios de transições que são a vulnerabilidade, sentida quando a gestação é identificada como de risco; a ansiedade elevada, relacionada com a necessidade do repouso; hospitalização; tratamentos farmacológicos e a inevitabilidade, em certos casos, do parto prematuro. Os autores inferem que o enfermeiro pode usar o conhecimento destes estágios de transições para avaliar a mulher grávida de alto risco e seus familiares e identificar as respostas individuais para os eventos das gestações de alto risco.

Diante deste leque de sentimentos, Bonomi (2001) acredita que a assistência pré-natal deve prover para a gestante todo o cuidado físico e emocional para que seja preservada a sua dignidade humana, independente do seu estado emocional que, sempre e em diferentes intensidades, estará afetado pelo estado gestacional.

Diversos foram os sentimentos descritos pelas gestantes quando questionadas sobre a vivência da gestação de alto risco, demonstrando dificuldade emocional em lidar com a gestação e seus reflexos físicos tanto para elas como para

os conceitos. Essa diversidade de sentimentos originou quatro idéias centrais. São elas:

Idéia Central A – Sentimentos de alegria, felicidade e amor ancorados na crença religiosa.

DSC (Brisa, Céu e Estrela)

*A gente fica feliz, sente amor, porque um filho é sempre uma benção de Deus.*

*Estou contente e positiva, desta vez, acho que vai dar certo. Estou bem preparada e pondo toda a fé que eu tenho. Ao mesmo tempo a gente fica preocupada com alguma coisa que pode acontecer. Estou deixando que Deus programe as coisas. A gente ter um filho é arriscado, não tenho medo, porque tudo que a gente entrega na mão de Deus...*

A tendência de a gestante de alto risco deixar tudo nas mãos de Deus, como tentativa de fugir do sofrimento, foi achado também por Zampieri (2001). Mas essa tendência de apego ao Divino não é exclusiva das gestantes de alto risco. Baruffi (2004), em estudo com gestantes de baixo risco em nível ambulatorial, verificou a fé em Deus como um aspecto muito significativo para elas no que se refere ao bem estar delas e do bebê durante a gestação e o parto.

Figueira (1996) aponta que, na visão de algumas pessoas religiosas, tudo o que ocorre na vida cotidiana de cada indivíduo recebe interpretação com base na crença religiosa. A afirmativa da autora fica declarada diante da afirmativa: “*estou deixando que Deus programe as coisas*”. A resolução dos problemas entregue a Deus, possivelmente, confere alívio emocional diante da responsabilidade da ocorrência da gestação de alto risco.

Neste discurso, também são percebidas dualidades de sentimentos, ora a gestação é desejada e dará certo, ora ela está sujeita a problemas diversos que dependem da vontade de Deus. A aceitação da gestação passa por transformações

à medida que a gestação vai avançando e obstáculos são transpostos. Com o passar dos meses e a proximidade da data provável do parto, colaboram para a concretização da idéia de que o filho está chegando.

Idéia Central B – Sentimento de vitória e alegria com a gravidez e de expectativa pelo nascimento e integridade do bebê.

DSC (Lua, Terra, Ventania, Luz e Eclipse)

*Passei por tantos problemas e hoje estou grávida. Graças a Deus correu tudo bem, a gravidez inteira normal, sem sentir nada, então me sinto uma vitoriosa.*

*Gosto de estar grávida. É um sentimento gostoso sentir que o nenê está ali e não vejo a hora de estar com o bebê nos braços, com saúde e ver a carinha dele. Pra mim, está sendo um desafio; cada dia, cada semana é uma vitória. Vou ficar mais tranqüila depois que passar dos seis meses, aí eu acho que vai pra frente.*

*Ainda, tenho preocupação, fico com medo do bebê nascer com algum problema.*

Na formação dessa idéia central, houve participação de cinco gestantes, o que confere força e representatividade dessa idéia frente ao tema. Esse achado vai ao encontro do que acredita Quevedo (2001) quando afirma que o significado da maternidade que, mais freqüentemente, aparece entre as gestantes de alto risco está relacionado com sentimentos positivos em relação à maternidade. A representação da vida é percebida como um sonho e, também, como algo relacionado com seu papel e função social enquanto mulher.

Um outro ponto a ser focado é que a gravidez é considerada como um desafio com gosto de vitória para as gestantes que já vivenciaram, em gestações anteriores, experiências desagradáveis. O sonho e a fantasia de ter um filho bonito e bom, que trará a felicidade, são habituais refúgios que permitem a gravidez prosseguir (SOIFER, 1992).

Além disso, o temor de ter um filho malformado é um sentimento importante e reflete nas lembranças de ter sido considerada na infância como criança boa ou má. Todas essas reminiscências farão parte da vivência do ciclo grávido-puerperal, considerando que ter um filho sadio representa ganhar um prêmio, enquanto ter um filho malformado ou doente representa um castigo (MALDONADO, 1997). Isso talvez aconteça porque, conforme afirmativa de Tedesco (2000b), a gestação representa para algumas mulheres a expressão máxima da feminilidade, e o instinto maternal, o gratificador dos seus desejos.

Idéia Central C – Sentimento de medo da morte.

DSC (Sol, Fogo e Mar)

*No finalzinho da gestação, acontece muita ansiedade. Uma ansiedade de que isso se encerre, que esse neném venha bem e com saúde, que tenha uma vida normal como qualquer outra pessoa.*

*No meu caso, é mais difícil ainda. Não consigo dormir direito. Tive um sonho que me perturbou muito e causou em mim um impacto, uma impressão como se, de repente, eu fosse morrer e não fosse acompanhar os meus filhos crescerem e terem uma vida normal. Foi um pesadelo. Tenho medo de morrer no parto, da pressão subir ou acontecer alguma coisa que ninguém sabe.*

O medo é um sentimento preponderante na gravidez e, na gestação de alto risco, ele é real, significando a perda do controle da gravidez e do que pode acontecer a si própria e a seu filho (TEDESCO, 2000a). Maldonado (1997) confirma, também, que o medo de morrer no parto é um dos temores mais comuns na gravidez e acrescenta que está diretamente relacionado com sentimentos de culpa da grávida, como uma autopunição.

O medo de morrer no parto, o temor de um filho mal formado, o medo de ver o corpo disforme e permanecer assim são maneiras em que a ansiedade pode aparecer conscientemente (SOIFER, 1992). No caso da população em estudo, em

que existe uma doença associada à gestação, a vivência emocional dessas mulheres é mais acentuada, pois existe uma clara ameaça à vida.

Um outro ponto a ser considerado é a ansiedade. Ela é considerada um “estado afetivo caracterizado por insatisfação, intranqüilidade, insegurança, incerteza, por medo da experiência desconhecida”, presente em todo o período gestacional e que aumenta com a proximidade do parto (TEDESCO, 2000b, p. 269). Na opinião de Nina (1997), a ansiedade é um fenômeno de natureza psíquica e só pode ser identificada e reconhecida por quem a sofre. Trata-se, portanto, de um estado mental ligado a emoções e sentimentos relacionados ao perigo.

As afirmativas acima são reforçadas pelo DSC, em que a ansiedade, o medo do desconhecido e do que está por acontecer (a possibilidade da morte) são muito significativos para as gestantes de alto risco, mas não só para elas como para o feto. Os sentimentos de ansiedade, rejeição e insegurança, sentidos por tempo prolongado, que as mães passam aos seus fetos, resultam em conseqüências difíceis de mensurar (BONOMI, 2001).

O problema da ansiedade na gestação se coloca como uma questão importante para o profissional. É preciso que ele entenda a cliente em sua vivência gestacional, diante de sua singularidade como pessoa, disponibilizando de tempo para escutá-la e perceber, em sua comunicação verbal, simbólica e sintomática, as possíveis implicações dessa ansiedade (NINA, 1997).

Outros temores da maternidade se expressam, com freqüência, em sonhos e fantasias. O sonho se apresentou como um fato que causou grande impressão na gestante e foi, de certa forma, descrito como algo que, segundo seu pensamento, se concretizaria no futuro. Vale ressaltar que é bastante comum sonhar com o parto,

com as alterações corporais e com o bebê, expressando suas expectativas em relação a ele (MALDONADO, 1997).

Idéia Central D – Sentimento de medo da própria morte e da morte do bebê.

DSC (Chuva)

*Estou com medo e dúvida, não estou bem.  
Fico pensando que vou morrer e, às vezes, pode dar tudo certo e eu estar com medo a toa. Eu não queria engravidar, só que Deus quis assim e agora tem que rezar e muito. Tenho medo de acontecer alguma coisa comigo e eu deixar os meus filhos. Não queria que acontecesse nada também com esse filho que eu estou esperando. Eu sabia que se eu ficasse grávida ia acontece alguma coisa.*

Esta idéia central foi formada pelo discurso de uma gestante apenas. Nele, existe uma grande valorização do medo e da dúvida do que acontecerá, sem descartar a possibilidade de que tudo poderá dar certo.

Zampieri (2001) afirma que as gestantes de alto risco que participaram de seu estudo também demonstravam um comportamento ambivalente frente à situação vivenciada, ora acreditavam que tudo daria certo ora perdiam as esperanças, desistindo de prosseguir.

Para Assis (2004), ter um filho é um desejo infantil intenso, especialmente nas mulheres, portanto, quando a gestante se vê diante da ameaça de perder o filho ou perder a própria vida, sentimentos como ansiedade, preocupação, sofrimento e angústia desabrocham, traduzindo a percepção delas diante do problema vivido.

Como na gravidez de alto risco afloram emoções, sentimentos de culpa e falhas que podem complicar a sua evolução, Tedesco (1997) acredita que a negação pode ser um mecanismo de defesa contra a ligação afetiva com o feto que corre risco de morrer. Além disso, a partir do momento em que se torna possível a gestante sentir os movimentos fetais, surge o sentimento de medo da

responsabilidade de ser mãe, unido à noção de ceder parte da própria vida, aparecendo a vida como limitada, finita. A ansiedade de ceder a própria vida se condensa com o medo de morrer no parto (SOIFER, 1992).

Diante de tanta manifestação de expectativas com o futuro incerto, a equipe que assiste essas pacientes deve estar preparada para auxiliar a gestante a superar as dificuldades. McCain e Deatrick (1994) sugerem aos enfermeiros perinatais, que conhecem as respostas emocionais dos pais que experimentam uma gravidez de alto risco, oferecem um cuidado encorajador para essas pessoas.

#### **6.2.6 Descrevendo a gestação desde o início até o momento**

Na opinião de Riechelmann (1997, p. 49), “é muito difícil para a gestante ser realista em um período como o da gravidez, caracterizado por fortes sentimentos de insegurança, ansiedade e medo perante o desconhecido”. Entretanto, diante deste tema e apesar da diversidade dos depoimentos, a maioria das gestantes descreveu a gestação como um período bom e fonte de bons sentimentos.

Como a percepção da realidade da gestação, do início até o momento da entrevista descrita pelas gestantes, foi bastante diferenciada, originaram-se, então, seis idéias centrais a partir deste tema. Enquanto algumas descreviam a gestação como “*normal e boa*”, fonte de bons sentimentos, outras relatavam o período como “*difícil e complicado*”.

Idéia Central A – Considera a gestação normal/boa, apesar do problema de saúde.

DSC (Lua, Chuva, Terra e Mar)

*A gestação pra mim está sendo normal, igual as outras, bem sossegada.*

*Eu engravidei fazendo radioterapia. Estava de três meses quando fui fazer exame pra ver se era gravidez e, então, já tinha terminado a radio. Quando eu descobri, fiquei alegre, a família também me deu o maior apoio, meu companheiro também.*

*Acho que não tem problema nenhum, mas o médico colocou medo em mim dizendo que eu corro risco. O meu único problema é a pressão e começou a subir só agora, então está bem tranqüila, mas isso é normal.*

Silva, Santos e Parada (2004), em estudo que buscou compreender o significado da gestação para as grávidas diabéticas internadas, descreveram que algumas gestantes ponderaram que seus sinais e sintomas eram próprios da gestação. Esta ponderação também fica evidente no DSC acima em que as gestantes, apesar de seus problemas de saúde, referem-se aos sintomas apresentados como normais, comuns em qualquer gestação.

É fato que o melhor indicador de adaptação psicológica para a gravidez de alto risco é a possibilidade de adaptação anterior ao fator de risco, ou seja, quando o problema clínico é pré-existente à gestação (TEDESCO, 2000a). A afirmativa do autor é condizente com o discurso acima, em que, mesmo diante das intercorrências, as gestantes demonstram sossego e tranqüilidade em lidar com as dificuldades impostas pela gestação de alto risco.

Houve também comparação da gravidez atual com gestações anteriores. É consenso que a gravidez é uma fase de grandes transformações no corpo e no emocional da mulher, entretanto muitas sensações e vivências típicas da gestação não se limitam à primeira experiência de ter um filho e comparações com gestações anteriores acontecem. A partir da segunda gestação, um novo bebê está sendo

gerado, apesar de conhecer e já ter vivenciado sensações na gravidez anterior, nenhuma gravidez é igual a outra e a percepção do bebê dentro de si pode ser diferente (MALDONADO, 2000).

Um outro ponto a ser considerado é a descoberta da gravidez tardiamente. Para Maldonado (1997), a percepção da gravidez pode ocorrer antes da confirmação por exames ou até antes do atraso menstrual; em contrapartida, não é raro mulheres relatarem que só descobriram a gravidez após o primeiro trimestre de gestação, demonstrando pouca sintonia com o próprio corpo.

A descoberta da gravidez tardiamente foi descrita no discurso com naturalidade, mesmo depois de a mãe ter realizado radioterapia durante o primeiro trimestre de gestação. Vale ressaltar que a expectativa dessa mãe com relação à integridade do feto era muito pequena se comparada com a das demais mulheres.

Idéia Central B – Considera a gestação boa.

DSC (Brisa)

*Está boa, ótima.*

Uma única gestante participou da formação desta idéia central, que destaca a ausência de problemas, já que a gestação é descrita brevemente como "[...] *boa, ótima* [...]". O relato reforça a idéia de que algumas gestantes de alto risco, representadas por este sujeito coletivo, utilizam-se de um mecanismo de defesa, a negação (TEDESCO, 2000a). O fato de serem gestantes de alto risco nem sempre causa mal-estar ou incômodos físicos às mulheres e, talvez, por isso vejam ou sintam a gestação como boa.

Idéia Central C – Considera a gestação difícil.

DSC (Fogo, Estrela e Ventania)

*No início foi um pouco difícil e ainda está. Um dia você está bem, outro você não está. Sinto dor direto, um dia sinto dor na cabeça, outro dia sinto dor na barriga, também me incomoda a falta de ar, as varizes, câimbras. Quando eu passo nervoso em casa, me da crise de choro, mas o resto está indo bem.*

As dificuldades físicas foram as mais valorizadas no discurso das gestantes, o que reforça a afirmativa de Riechelmann (1997) de que os limites de ordem física impostos pela gravidez são os mais valorizados pelas mulheres.

Além das alterações físicas, foram lembradas por algumas gestantes dificuldades emocionais. Conforme afirma Maldonado (1997), a gravidez é uma situação crítica que, naturalmente, proporciona alterações fisiológicas e emocionais, que justificam a presença de um certo grau de ansiedade. Entretanto, quando vários motivos geram um grau de ansiedade mais intenso, maior será a possibilidade de ocorrerem complicações obstétricas na gravidez, parto e puerpério.

A gestação foi identificada e descrita por essas mulheres como um período difícil, devido à instabilidade física e emocional. É muito comum, durante a gestação, o aumento da sensibilidade, ou seja, oscilações de humor, como crises de nervoso e choro justificadas pelas alterações do metabolismo. Mesmo nas mulheres que aceitam a gravidez podem acontecer sorrisos e choro com facilidade, manifestando irritação e vulnerabilidade a estímulos externos que antes não a afetavam (MALDONADO, 1997).

Os sentimentos de culpa, ansiedade, impotência e menos valia desabrocham nessas gestantes e podem até alterar o curso da gestação, alterando até o nível de satisfação com a assistência pré-natal (TEDESCO, 2000a).

Idéia Central D – Considera problemática a aceitação da gestação pelo problema de saúde.

DSC (Ventania)

*Até eu aceitar foi complicado. Eu tinha medo da pressão alta e agora tenho que aceitar.*

Bonomi (2001) infere que uma relação negativa da mãe com o feto ou, mesmo, a ambivalência afetiva materna deixa o concepto em uma situação vulnerável, podendo desencadear nascimento prematuro, recém-nascido de baixo peso e com dificuldades emocionais.

No caso desta gestante, a dificuldade em aceitar a gestação ficou explicitada e justificada em decorrência da intercorrência clínica por ela apresentada. A dificuldade de aceitação de uma gestação de alto risco, provavelmente, não foi um sentimento vivenciado apenas por ela, mas compartilhar essa dificuldade é algo difícil, uma vez que perante a sociedade a mãe deve aceitar o filho que gesta.

Tedesco (2000a) considera importante que a equipe que assiste as gestantes de alto risco conheça e identifique as dificuldades da gestante em vivenciar e aceitar a experiência de uma gestação não idealizada para que o processo terapêutico não seja comprometido.

Idéia Central E – Considera a gestação como fonte de bons sentimentos.

DSC (Luz e Eclipse)

*No começo, eu tive uma surpresa, fui fazer exame de sangue e deu. Era um sonho meu engravidar, consegui e, então, eu estou feliz. Agora, já estou me sentindo mais forte, parece que firmou a barriga. Se Deus quiser, vai correr tudo bem e eu verei o meu nenezinho chegando aí...*

Para a formação dessa idéia central, houve a participação de duas gestantes. Como já foi dito, uma mulher, em que o fator de risco é pré-existente à gravidez, manifesta mecanismos emocionais deferentes do que a mulher que, depois de engravidar, desenvolveu um fator de risco (TEDESCO, 1997). No caso dessas mulheres, o sonho de engravidar e ter um filho superou todas as dificuldades vividas durante a gestação. Só a felicidade e a perseverança foram ressaltadas e o apelo a Deus foi uma forma de expressão diferente da idéia central seguinte.

Idéia Central F – Considera a gestação como fonte de bons sentimentos, ancorada na crença religiosa.

DSC (Sol e Céu)

*Foi uma surpresa muito grande, porque pelo tempo que eu estava tomando anticoncepcional achei que não ia engravidar tão rápido. Procurei não tomar nenhum tipo de medicação forte.*

*Foi uma notícia que trouxe muita felicidade, expectativa, mudança na família.*

*Deus está comandando tudo e, por isso, tem sido uma gestação boa e tranqüila até agora.*

*Em relação à saúde surgiram muitas dúvidas, que foram sanadas; fui descobrindo coisas como mulher; não me conhecia tanto. Então, o medo, a preocupação do parto acho que dá pra superar.*

As alterações na rotina da mulher e de familiares em decorrência da gestação foram apontadas como providência divina. Por outro lado, a crença religiosa fez com que as mulheres confiassem e tivessem a sua preocupação com relação ao parto amenizada. Neste discurso, fica evidente que a gravidez é um processo de transição normal do desenvolvimento em que “a mulher passa a se olhar e ser olhada de maneira diferente”. Isso tanto acontece para primíparas como para múltiparas em conseqüência das mudanças na rede familiar com a chegada de cada filho (MALDONADO, 1997, p. 26).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da descrição da população entrevistada e da análise e discussão dos discursos, pode-se compreender que a experiência de mulheres que vivenciam uma gestação de alto risco em decorrência de intercorrências clínicas é permeada por dificuldade de acesso ao serviço de referência, carência de educação em saúde, em especial com relação à saúde reprodutiva e, sobretudo, por sentimentos diversos que aproximam a expectativa de vida à morte.

Para Sandoval (1994, p. 68), a compreensão de ações individuais ou coletivas não envolve apenas circunstâncias históricas ou da percepção do indivíduo sobre a sua realidade social, mas o “repertório disponível de ações possíveis e da legitimidade atribuída às mesmas por seus atores”.

A realidade social dessas “atoras” demonstra que significativa porcentagem das gestantes não havia completado o primeiro grau (33,3%), não exercia qualquer atividade econômica remunerada (58,3%) e tinha renda familiar entre um salário e meio e dois salários (66,6%), representando, portanto, um grupo de alto risco social (SOARES et al., 2001; PARANÁ, 2002), uma vez que apresenta maior probabilidade de morbimortalidade materna e perinatal e necessita da assistência dos serviços públicos de saúde.

No estudo, muito do encontrado já era previsto, contudo houve surpresas. A compreensão da experiência de mulheres que vivenciam a gestação de alto risco em nível ambulatorial deu-se a partir do momento em que os seus discursos foram cuidadosamente trabalhados, compreendendo o mundo de cada uma delas.

Apesar de não ter encontrado nenhum trabalho que tivesse estudado a gestação de alto risco em nível ambulatorial, foi possível ler alguns trabalhos com gestantes de alto risco internadas e deduzir que as duas situações despertam nas gestantes grandes preocupações. Neste estudo, verificou-se grande expectativa das gestantes com relação à integridade física e a expectativa de vida delas e dos filhos que estão gestando. Elas ficam apreensivas, sentem medo da morte e de perder o filho, de terem um filho mal formado, de morrer e deixar a família, em especial os filhos pequenos. Mas, igualmente, manifestam uma grande esperança de que, no fim, quando a gestação acabar, eles tenham a “vitória”, o direito da vida com saúde, muitas vezes com apelo à crença religiosa.

É perceptível, nos DSCs, que as gestantes têm uma percepção de “invulnerabilidade” em diversos momentos, ou seja, depositam na assistência pré-natal e nos exames toda a confiança e responsabilidade do processo da gestação. Julgam que apenas a sua presença no pré-natal e a realização de exames, em especial o de ultrassonografia, as tornam imunes a qualquer problema. Isso talvez se deva a um sentimento de proteção que a mulher guarda em relação ao pré-natal, não introjetando, muitas vezes, a necessidade de prática preventiva para diminuir riscos.

Para essas gestantes, a percepção do risco de morte traz sentimentos variados e com diferentes intensidades. Ao não serem esclarecidas das reais e possíveis complicações a que cada uma e o filho estão expostos, a sua imaginação pode ir do medo extremo da morte até a ignorância do possível risco. Diante dos discursos, fica evidente que cada mulher sente e manifesta os seus medos com diferente intensidade, entretanto não se tem dúvidas de que a assistência pré-natal,

atenta aos cuidados tanto físicos como emocionais, é indispensável para amenizar esses medos e dúvidas.

Esses achados podem contribuir positivamente para a melhoria da assistência dessas gestantes, tendo em vista que, conhecendo as representações sociais de um grupo de gestantes de alto risco, os profissionais que compõem uma equipe multidisciplinar, em especial o enfermeiro, podem adequar e ampliar a sua assistência a essa realidade e intensificar a educação em saúde para esse grupo.

Essa afirmativa ganha reforço com a pesquisa de McCain e Deatrick (1994). Nessa pesquisa, as práticas dos enfermeiros foram ressaltadas pelos pais que vivenciaram uma gestação de alto risco. Destacaram como principais condutas: fornecer suporte emocional e a presença física durante a assistência, respeitar a mulher em suas preocupações com o feto e os outros filhos, apoiar a presença do companheiro ou acompanhante, incentivar a aceitar o tratamento e permitir a esperança do resultado da gravidez ter sucesso em lugar de enfatizar as complicações médicas.

As gestantes lembraram em seus discursos de familiares, como companheiros, filhos, pais. A menção de outros membros da família remete a Maldonado (1997), quando enfatiza que a gravidez e o nascimento de um filho é uma experiência familiar pertencente a todos e a assistência pré-natal, que objetiva ser mais global, deve pensar na “família grávida” também, em especial com a gestante de alto risco. Neste caso, a equipe deve incentivar a presença do acompanhante nas consultas de pré-natal e aproveitar a oportunidade para fazer orientações e esclarecimentos para a pessoa que está junto com a gestante.

Vale ressaltar o aspecto relacionado à qualidade da saúde sexual e reprodutiva a que as mulheres estão tendo acesso, considerando as dificuldades de

atendimento nos serviços de saúde e a ocorrência das gestações não planejadas, relatadas pelas mulheres que fazem parte de uma parcela da população que tem baixo nível sócio econômico. Os DSCs evidenciaram uma realidade do Brasil que é vivida em todo o mundo (FONDO DE POPULACION DE LAS NACIONES UNIDAS, 2005b), isto é, as diferenças com relação à saúde reprodutiva entre ricos e pobres de um mesmo país e entre países diferentes são maiores que qualquer outro aspecto de atenção a saúde. Isso demonstra que a saúde depende do nível de igualdade de gênero, envolvendo questões como justiça social, ética e equidade.

Diante disso, é preciso salientar a importância do cuidado com qualidade destinado à saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar. Este ganha relevância pelo impacto que exerce sobre o bem-estar pessoal, familiar e socioeconômico de mulheres e homens em virtude de abortos de risco, gestações não planejadas e de alto risco, mortes maternas, entre outros fatores de morbimortalidade (HOGA, 2003; PARANÁ, 2002).

Conhecer melhor as experiências das gestantes de alto risco, como pensam, seus conhecimentos e medos, pode ser de grande valia na prática da equipe que assiste essas mulheres. Além disso, é possível que, mesmo o saber particular e restrito, abra caminhos na contribuição do conhecimento científico de modo mais geral.

Fechando este estudo, ressalta-se a necessidade de continuar pesquisando a gravidez de alto risco, considerando a afirmativa de Gomes (2003, p. 79) em que o produto final da análise de uma pesquisa deve ser visto de forma provisória, considerando que, no caso da ciência, “afirmações podem superar conclusões prévias a elas e podem ser superadas por outras afirmações futuras”.

## REFERÊNCIAS

- ABI-SAAB NETO, J.; BUD, T. F.; ANDRADE, J. Hipertensão arterial na gravidez. **Boletim do Departamento de Cardiopatia e Gravidez da SBC**, Rio de Janeiro, v. 34, mar. 2005.
- ALONSO, L. K. Movimentos sociais e cidadania: a contribuição da psicologia social. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **A cidadania em construção: uma reflexão transdisciplinar**. São Paulo: Cortez, 1994. p. 74-92.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. 2. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.
- ARAGÃO, V. M. F. et al. Risk factors for preterm births in São Luís, Maranhão, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 57-63, jan./fev. 2004.
- ARAÚJO, L. D. S. **Querer/poder amamentar: uma questão de representação?** Londrina: Ed. Eduel. 1997.
- ASSIS, I. L. R. **Gravidez de alto risco: a percepção das gestantes**. 2004. 90 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)—Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.
- BARUFFI, L. M. **O cuidado cultural à mulher na gestação**. Passo Fundo: Ed. da UPF. 2004.
- BELFORT, P. Assistência pré-natal. In: REZENDE, J. **Obstetrícia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992. p. 209-213.
- BONADIO, I. C.; TSUNECHIRO, M. A. A experiência vivenciada por mulheres grávidas no contexto de um serviço de pré-natal. In: MERIGHI, M. A. B.; PRAÇA, N. S. **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 81-91.
- BONOMI, Albino. **Pré-natal humanizado: gerando crianças felizes**. São Paulo: Atheneu, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência pré-natal**. 2. ed. Brasília, DF, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos**. Brasília, DF, 2000a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 4. ed. Brasília, DF, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Promoção da saúde: saúde da mulher brasileira, **Revista Promoção da Saúde**, Brasília, DF, ano 3, n. 6, p. 53-56, out. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Câncer de mama**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/conteudo.htm>>. Acesso em: 4 out. 2005.

CARNIEL, E. F. et al. A declaração de nascido vivo como orientadora de ações de saúde em nível local. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 3, n. 2, p. 165-174, abr./jun. 2003.

CECATTI, J. G.; PIRES, H. M. B.; GOLDENBERG, P. Cesárea no Brasil: um direito de opção? In: GALVÃO, L.; DÍAS, J. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 237-258.

CHAMBERLAIN, G. **Manual de assistência pré-natal**. São Paulo: Ed. Santos, 1993.

CIANCIARULLO, T. I. et al. **Indicadores de qualidade: uma abordagem perinatal**. São Paulo: Ícone, 1998.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social. Teoria, método e criatividade**. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 51-66.

CURY, A. F. Psicodinâmica da gravidez. In: TEDESCO, J. J. A.; ZUGAIB, M.; QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1997. p. 77-84.

DELGADO, J. A. A família vivenciando situações de saúde-doença: um conhecimento em construção. In: ELSÉN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. (Org.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002. p. 443-456.

DOURADO, V. G. **Caracterização das gestantes de alto risco do Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário de Maringá**. 2003. 52 f. Trabalho de Conclusão de Curso—(Especialização em Enfermagem Obstétrica – modalidade pré-natal e parto)—Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2003.

ÉVORA, Y. D. M. et al. Orientações ministradas à gestante durante a assistência pré-natal: atuação dos profissionais de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 339-351, 1988.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO. **Assistência pré-natal**: manual de orientação. Rio de Janeiro, 2000.

FERREIRA, C. E. **Avaliação de um protocolo de assistência pré-natal de baixo risco no HC – UNICAMP**. 2002. 86 f. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia)—Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2002.

FIGUEIRA, S. M. A. **Jesus, o médico dos médicos. A cura no pentecostalismo segundo usuários de um serviço local de saúde**. 1996. 123f. Dissertação (Mestrado)—Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

FONDO DE POPULACION DE LAS NACIONES UNIDAS. **Relatório sobre a situação da população mundial 2002**. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.htm>>. Acesso em: 20 out. 2005a.

FONDO DE POPULACION DE LAS NACIONES UNIDAS. **Estado de la populacion mundial 2005**. Disponível em:<<http://www.unfpa.org.htm>>. Acesso em 26 out. 2005b.

FONSECA, P. T. Gravidez de alto risco. **Caderno de Bioética**, Belo Horizonte, n. 2, p. 43-46, 1993.

FREITAS, F. S.; SOLANO, A.; RUGGIERO, E. M. S. Consulta de enfermagem à gestante hipertensa: estratégia educativa para a promoção de saúde. In: INTERNATIONAL CONGRESS ON WOMEN'S HEALTH ISSUES, 15., CONGRESS ON OBSTETRIC AND NEONATAL NURSING, 4., 2004, São Pedro. **Anais...** São Pedro: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2004. 1CD-ROM.

GALVÃO, L. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: GALVÃO, L.; DÍAS, J. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 165-179.

GENOVEZ, C. B.; LABEGALINI, M. P. C.; SAALFELD, S. M. **Relatório de implantação da iniciativa hospital amigo da criança no Hospital Universitário de Maringá**. Maringá, 2005.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social. Teoria, método e criatividade**. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 67-80.

GOMES, R. et al. Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, p. 62-67, jul. 2001.

GREGÓRIO, Z. F. P. et al. Gravidez de alto risco: o papel da enfermagem num ambulatório especializado de assistência pré-natal. In: INTERNATIONAL CONGRESS ON WOMEN'S HEALTH ISSUES, 15., CONGRESS ON OBSTETRIC AND NEONATAL NURSING, 4., 2004, São Pedro. **Anais...** São Pedro: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2004. 1CD-ROM.

GUALDA, D. M. R. et al. Abordagens qualitativas: sua contribuição para a enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 297-309, dez. 1995.

HOGA, L. A. K. As práticas anticoncepcionais no cotidiano de uma comunidade. In: MERIGHI, M. A. B.; PRAÇA, N. S. (Org.). **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 47-57.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ (HUM). Superintendência. **Plano Diretor**. Maringá, 2000.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ (HUM). Superintendência. **HU de Maringá é certificado como hospital ensino**. Maringá, 2004.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ (HUM). Divisão de Faturamento **Cadastro oficial dos leitos disponibilizados ao SUS**. Maringá, 2005.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. da UERJ, 2001. p. 17-44.

LAURENTI, R.; BUCHALLA, C. M. Indicadores da saúde materna e infantil: implicações da décima revisão da Classificação Internacional das Doenças. **Revista Panamericana de la Salud Publica**, Washington, DC, v. 1, n. 1, p. 18-22, 1997.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. Princípios básicos e conceitos fundamentais do discurso do sujeito coletivo. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos)**. 1 ed. rev. e ampl. Caxias do Sul: Educs, 2003a. p. 13-35.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. Como fazer o discurso do sujeito coletivo passo a passo. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos)**. 1 ed. rev. e ampl. Caxias do Sul: Educs, 2003b. p. 37-57.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. Preâmbulo. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos)**. 1 ed. rev. e ampl. Caxias do Sul: Educs, 2003c. p. 9-11.

LOPES, M. H. M.; CAMPOS, C. J. G. Estudos qualitativos de enfermagem em saúde reprodutiva. In: BARROS, N. F.; CECATTI, J. G.; TURATO, E. R. (Org.). **Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares**. Campinas, SP: Komedi, 2005. p. 145-151.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.

MALDONADO, Maria Tereza. **Nós estamos grávidos**. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

MALONI, J. A. Bed rest during pregnancy: implications for nursing. **Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing**, Philadelphia, DC, v. 22, no. 5, p. 422-26, 1993.

MARCON, S. S. A difícil arte de compartilhar desejos. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. (Org.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002. p. 99-120.

MARINGÁ. Secretaria de Saúde. Gerência de Auditoria, Controle e Avaliação – GACA. **Normas para assistência à gestantes de alto risco**. Maringá, 2004.

MCCAIN, G. C.; DEATRICK, J. A. The experience of high-risk pregnancy. **Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing**, Philadelphia, DC, v. 23, no. 5, p. 421-27, 1994.

MERIGHI, M. A. B.; PRAÇA, N. S. Pesquisa qualitativa em enfermagem. In: \_\_\_\_\_. **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 1-3.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Pesquisa social**. Teoria, método e criatividade. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 9-29.

MINELLA, L. S. **Gênero e contracepção: uma perspectiva sociológica**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2005.

MOSCOVICI, S. Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. da UERJ, 2001. p. 45-66.

MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P. Comunicação e informação em saúde no pré-natal. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 7, n. 13, p. 109-118, 2003.

NAGAHAMA, E. E. I. **Avaliação de um programa de assistência pré-natal: a questão da resolutividade**. 2003. 168 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)—Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2003.

NASCIMENTO, E. R. Política de atenção à saúde da mulher no Brasil: historicamente a quem se destina? **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 5, n. 1, p. 79-86, 1992.

NEME, B.; MARETTI, M. Assistência pré-natal. In: NEME, B. **Obstetrícia básica**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000. p. 117-133.

NINA, M. D. Estresse e ansiedade na gestação. In: TEDESCO, J. J. A.; ZUGAIB, M.; QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1997. p. 85-98.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Saúde materna e neonatal: Unidade de Maternidade Segura-Saúde Reprodutiva e da Família. Genebra, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação internacional da doença**: CID 10. 4. ed. São Paulo: Edusp, 1998. v. 2.

OSIS, M. J. D. et al. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n.1, p. 49-53, 1993.

OSIS, M. J. D. **Atenção integral à saúde da mulher, o conceito e o programa**: história de uma intervenção. 1994. 191 f. Dissertação (Mestrado)—Departamento de Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 1994.

OSIS, M. J. D. Abordagens qualitativas em saúde reprodutiva. In: BARROS, N. F.; CECATTI, J. G.; TURATO, E. R. (Org.). **Pesquisa qualitativa em saúde**: múltiplos olhares. Campinas, SP: Komedi, 2005. p. 121-133.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Manual de atendimento à gestação de alto risco**. Curitiba, 2004a.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Protocolo de gestação de alto risco**. 3. ed. Curitiba, 2004b.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Comitê Estadual de Prevenção de Morte Materna do Paraná (CEMM). **Mortalidade materna no Paraná**: vigilância x redução: relatório trienal 1997 a 1999. Curitiba, 2002.

PELLOSO, S. M. **Mortalidade materna**: o que os números não revelam... 1999. 211 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)—Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B.; HIGARASHI, I. H. Mortalidade materna: relato da qualidade da assistência à saúde da mulher. In: INTERNATIONAL CONGRESS ON WOMEN'S HEALTH ISSUES, 15., CONGRESS ON OBSTETRIC AND NEONATAL NURSING, 4., 2004, São Pedro. **Anais...** São Pedro: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2004. 1CD-ROM.

PENNA, L. H. G. et al. Enfermagem obstétrica no acompanhamento pré-natal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 52, n. 3, p. 385-391, 1999.

PRAÇA, N. S. Sistematização da assistência à gestante de alto risco: estratégia para o ensino de enfermagem obstétrica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 96-104, 1994.

QUEVEDO, M. P. **Entre o sonho e o risco**: os significados da maternidade para mulheres cardiopatas e diabéticas com gravidez de risco. 2001. 170 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)—Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia fundamental**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

RIEHELMANN, J. C. A mulher atual: perspectivas frente à gestação. In: TEDESCO, J. J. A.; ZUGAIB, M.; QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1997. p. 40-53.

SANDOVAL, S. M. Algumas reflexões sobre cidadania e formação de consciência política no Brasil. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **A cidadania em construção**: uma reflexão transdisciplinar. São Paulo: Cortez, 1994. p. 59-74.

SILVA, L.; SANTOS, R. C.; PARADA, C. M. G. L. Compreendendo o significado da gestação para grávidas diabéticas. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, p. 899-904, 2004.

SOARES, H. B. et al. Os riscos da mortalidade materna no Paraná. In: SEMINÁRIO DOS DEZ ANOS DOS COMITÊS DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA NO PARANÁ, 1999, Curitiba. **Anais...** Curitiba: Secretaria Estadual de Saúde, 2001. p. 15-49.

SOIFER, Raquel. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1992.

SPINK, M. J. P. A medicina e o poder de legitimação das construções sociais de igualdade e diferença: uma reflexão sobre cidadania e gênero. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **A cidadania em construção**: uma reflexão transdisciplinar. São Paulo: Cortez, 1994. p. 93-103.

TANAKA, A. C. d'A. **Maternidade dilema entre nascimento e morte**. São Paulo: Hucitec, 1995.

TASE, T. H. **Caracterização das mulheres atendidas em um hospital escola referência para gestação de alto risco**. 2000. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Obstétrica e Neonatal)—Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

TEDESCO, J. J. A. Gravidez de alto risco – fatores psicossociais. In: \_\_\_\_\_. **A grávida**: suas indagações e as dúvidas do obstetra. São Paulo: Atheneu, 2000a. p. 29-41.

TEDESCO, J. J. A. Componentes emocionais da gravidez. In: \_\_\_\_\_. **A grávida:** suas indagações e as dúvidas do obstetra. São Paulo: Atheneu, 2000b. p. 267-77.

TEDESCO, J. J. A. Aspectos emocionais da gravidez de alto risco. In: TEDESCO, J. J. A.; ZUGAIB, M.; QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática.** São Paulo: Atheneu, 1997. p.99-108.

THEME-FILHA, M. M.; SILVA, R. I.; NORONHA, C. P. Mortalidade materna no Município do Rio de Janeiro, 1993 a 1996. **Caderno de Saúde Pública,** São Paulo, v. 15, n. 2, p. 397-403, 1999.

TSUNECHIRO, M. A.; BONADIO, I.C. A família na rede de apoio da gestante. **Família, Saúde e Desenvolvimento,** Curitiba, v. 1, n. 1/2, p.103-106, 1999.

TYRRELL, M. A. R.; ARAÚJO, C. L. F. Qualidade da assistência obstétrica sob enfoque multiprofissional. **Revista de Enfermagem da UERJ,** Rio de Janeiro, v. 11, p. 217-222, 2003.

VICTORA, C. G. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia,** São Paulo, v. 4, n. 1, p. 3-61, 2001.

VIEIRA, E. M. et al. Anticoncepção em tempos de aids. In: GALVÃO, L.; DÍAS, J. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil:** dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 324-345.

WALDOW, V. R. Examinando o conhecimento na enfermagem. In: MEYER, D. E.; WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M. (Org.). **Marcas da diversidade:** saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 53-85.

ZAMPIERI, M. F. M. Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** Porto Alegre, v. 22, n.1, p. 140-166, 2001.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica.** 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.

## BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS

CURTY, M. G.; CRUZ, A. C.; MENDES, M. T. R. **Guia para apresentação de trabalhos acadêmicos, dissertações e teses.** Maringá: Dental Press, 2002.

CURTY, M. G.; CURTY, R. G. **Artigo científico impresso: estrutura e apresentação.** Maringá: Dental Press, 2005.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

SPECTOR, N. **Manual para a redação de teses, projetos de pesquisa e artigos científicos.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

TOMANIK, E. A. **Difícil é colocar no papel... informações e estratégias para a redação de textos científicos.** Maringá: Dental Press, 2003.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO

Título do Projeto: Gestação de Alto Risco: Percepção e Vivência de Gestantes em um Serviço de Referência

Estamos realizando uma pesquisa para compreender como as gestantes de alto risco atendidas no serviço de referência vivenciam e percebem a gestação que está transcorrendo. Para tanto, estaremos realizando uma entrevista com a gestante no dia em que vier realizar a consulta de pré-natal.

Esta pesquisa é parte dos requisitos para a conclusão do Curso de Mestrado em Enfermagem. Assim, solicitamos seu consentimento para que possamos realizar uma entrevista e coleta de dados em seu prontuário hospitalar, considerando que as informações coletadas serão de grande importância para que possamos compreender melhor a gestação de alto risco e, conseqüentemente, melhorar a assistência oferecida no pré-natal.

A senhora terá total liberdade de recusar-se a participar da pesquisa ou retirar o seu consentimento a qualquer momento sem prejuízo ou penalidade em sua assistência pré-natal. Sua identidade será mantida em segredo e as informações fornecidas serão usadas em trabalhos científicos.

Esclarecemos também que sua participação é voluntária, sem implicação de gastos ou remuneração.

Eu, \_\_\_\_\_, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com a enfermeira Viviani Guilherme Dourado, CONCORDO, VOLUNTARIAMENTE, em participar do mesmo.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do pesquisado ou impressão datiloscópica

Eu, Viviani Guilherme Dourado, orientada pela Profa. Dra. Sandra Marisa Pelloso, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo à gestante.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora

Equipe (Incluindo o pesquisador responsável):

1 – Nome: Sandra Marisa Pelloso

Telefone: 3261-4318

Endereço: Av. Colombo, 5790

Maringá – PR CEP: 87020-900

2 – Nome: Viviani Guilherme Dourado

Telefone: 2101-9123

Endereço: R. Marechal Deodoro, 549, Apto. 602 Maringá - PR CEP: 87030-020

- Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos procurar um dos membros da equipe do projeto ou o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá – Bloco 010 – Campus Central – Telefone (44) - 3261-4444.

## APÊNDICE B

### ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO PARA ENTREVISTA

**1. Caracterização social, demográfica, história reprodutiva e assistência pré-natal e intercorrências da(s) gestação(s) anterior e atual da clientela entrevistada.**

Idade: \_\_\_\_\_ Grau de escolaridade: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: \_\_\_\_\_ Atividade econômica: \_\_\_\_\_  
 Renda familiar em salários mínimos: \_\_\_\_\_  
 História reprodutiva: G \_\_\_\_ P \_\_\_\_ C \_\_\_\_ A \_\_\_\_ nº de filhos vivos \_\_\_\_\_  
 Intercorrências na(s) gestação(s) anterior(s): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Idade na(s) gestação(s) anterior(s): \_\_\_\_\_  
 Duração da(s) gestação(s) anterior(s): \_\_\_\_\_  
 Nas gestações anteriores fez pré-natal? \_\_\_\_\_ Onde? \_\_\_\_\_ Quantas  
 consultas? \_\_\_\_\_  
 Idade gestacional da atual gestação: \_\_\_\_\_  
 Intercorrências na gestação atual: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Procedência: ( ) Maringá ( ) Outro município – Qual? \_\_\_\_\_  
 Quem fez o encaminhamento ao PNAR? \_\_\_\_\_  
 Motivo(s) do agendamento no PNAR: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Usava ou já usou algum método contraceptivo? Qual? \_\_\_\_\_

---

**2. Sobre a experiência de vivenciar uma gestação de alto risco:**

- 2.1 O que você sabe sobre o porquê foi encaminhada ao HUM para realizar pré-natal de alto risco?
- 2.2 Esta gestação foi programada/desejada?
- 2.3 Você sabia que o seu problema de saúde poderia influenciar na gestação?
- 2.4 O que você percebe que é gestação de alto risco?
- 2.5 O que é para você vivenciar essa gestação complicada?
- 2.6 Como você descreve a sua gestação do início até hoje?

## APÊNDICE C

### AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS

Maringá, 18 de outubro de 2004.

Ao

Diretor Médico do Hospital Universitário Regional de Maringá

Prezado Senhor:

Solicito a Vossa Senhoria autorização para realizar consulta em prontuário hospitalar e entrevista com gestantes de alto risco que são atendidas nesta instituição, com a finalidade de coleta e análise de informações essenciais à realização da minha dissertação de mestrado.

Sou enfermeira do Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário de Maringá e pós-graduanda no Curso de Mestrado em Enfermagem pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.

A pesquisa objetiva avaliar a percepção das gestantes que estejam vivenciando uma gestação de alto risco, relacionando variáveis sociais, demográficas e os motivos que justificam o atendimento da gestante neste serviço.

Será garantido o sigilo das informações a serem consultadas e os resultados obtidos serão apresentados posteriormente a esta instituição.

Acrescentamos, ainda, que somente serão iniciadas as atividades de coleta de dados após a aprovação do projeto pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá.

Agradecendo a atenção e colaboração, coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

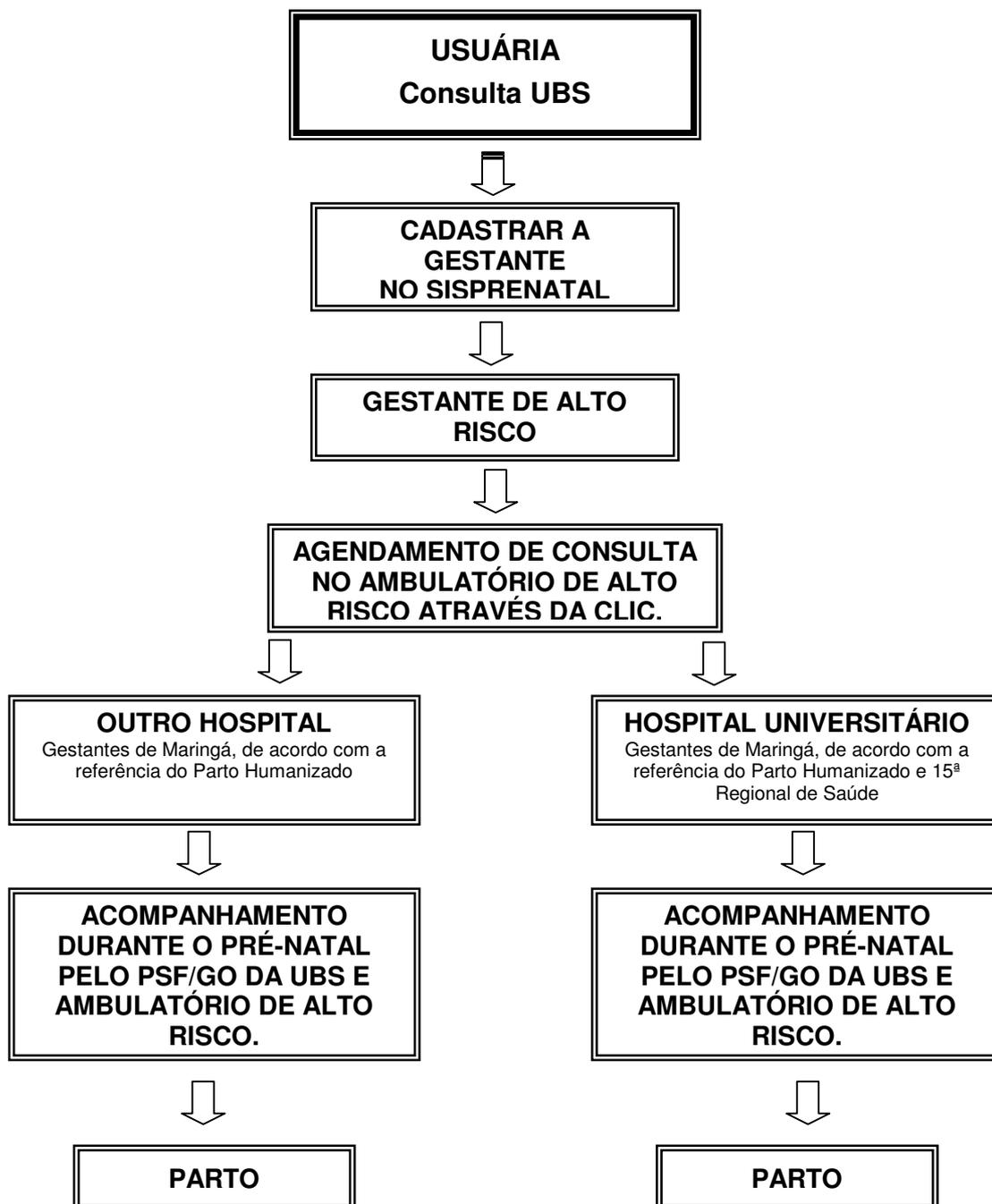
Atenciosamente,

Viviani Guilherme Dourado

COREN 74.253-Pr

## **ANEXOS**

## ANEXO A

**FLUXO PARA ASSISTÊNCIA ÀS GESTANTES DE ALTO RISCO**  
Setor de Auditoria, Controle e Avaliação da Secretaria de Saúde de Maringá

## **ANEXO B**



## ANEXO C

























## ANEXO D

## **ANEXO E**

## ANEXO F









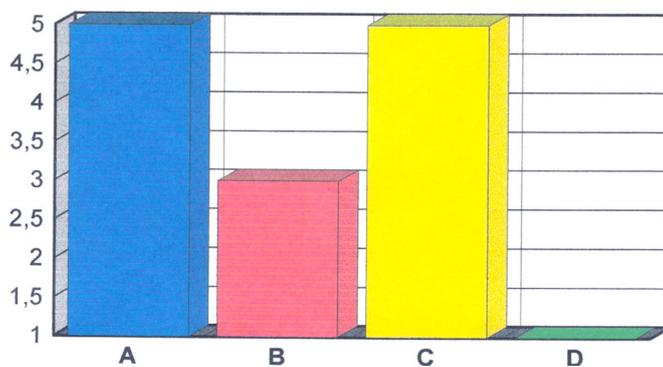


## ANEXO G

### QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL

#### PERCEÇÃO DA VIVÊNCIA DA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

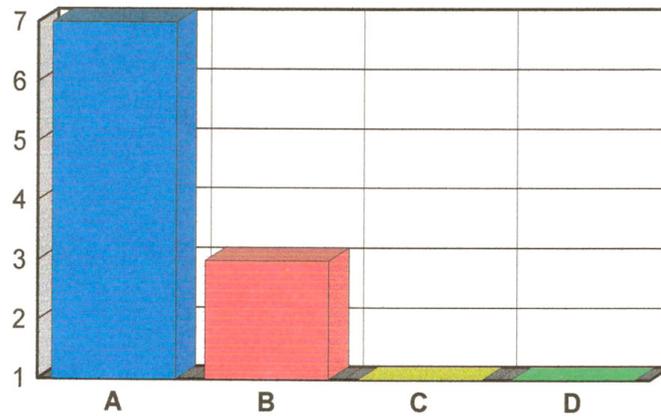
<b>1 ) O que você sabe sobre o porquê foi encaminhada ao HUM para realizar pré-natal?</b>		- 82
<b>A</b>	Gestação de alto risco em decorrência da hipertensão	5 35,71 %
<b>B</b>	Garantia de atendimento em serviço de referência	3 21,43 %
<b>C</b>	Gestação de alto risco em decorrência de outras intercorrências clínicas	5 35,71 %
<b>D</b>	Preocupação com a formação fetal	1 7,14 %
<b>TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA</b>		<b>14</b>



**QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL**

**PERCEPÇÃO DA VIVÊNCIA DA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO**

<b>2 ) Esta gestação foi programada/desejada?</b>		- 83
<b>A</b>	Gestação não programada mas desejada, associada a não utilização ou uso incorreto de método contraceptivo	7 58,33 %
<b>B</b>	Gestação não programada mas desejada, associada a questão da crença religiosa	3 25,00 %
<b>C</b>	Gestação programada e desejada	1 8,33 %
<b>D</b>	Gestação não programada e não desejada	1 8,33 %
<b>TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA</b>		<b>12</b>



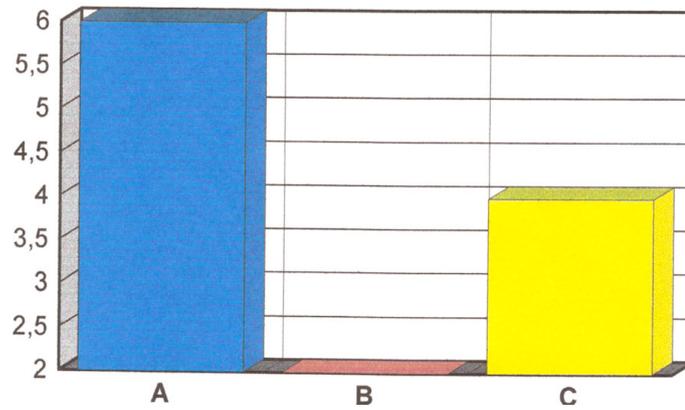
**QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL**

**PERCEPÇÃO DA VIVÊNCIA DA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO**

**3 ) Você sabia que o seu problema de saúde poderia influenciar na gestação?** - 84

<b>A</b> Sim, tinha noção que o problema de saúde pode influenciar na gestação	6	50,00 %
<b>B</b> Sim, mas Deus vai ajudar	2	16,67 %
<b>C</b> Não tinha noção de que o problema de saúde poderia influenciar na gestação	4	33,33 %

TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA **12**



## QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL

## PERCEPÇÃO DA VIVÊNCIA DA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

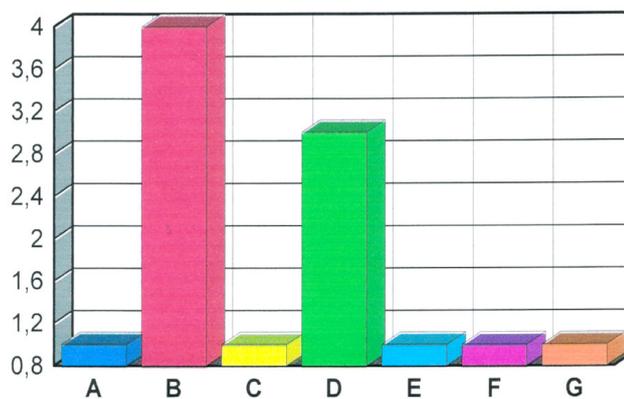
## 4 ) O que você percebe que é gestação de alto risco?

- 86

A	Percebe que a gestação expõe mãe e bebê a riscos	1	8,33 %
B	Percebe que a gestação implica em risco para o bebê	4	33,33 %
C	Percebe que a gestação expõe a mãe a riscos	1	8,33 %
D	Percebe que a gestação expõe mãe e bebê a riscos, inclusive de morte.	3	25,00 %
E	Percebe que a medicação expõe mãe e bebê a riscos.	1	8,33 %
F	Percebe riscos para a mãe e bebê, mas crê na "solução" religiosa.	1	8,33 %
G	Não percebe riscos na gestação.	1	8,33 %

TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA

12



**QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL**

**PERCEPÇÃO DA VIVÊNCIA DA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO**

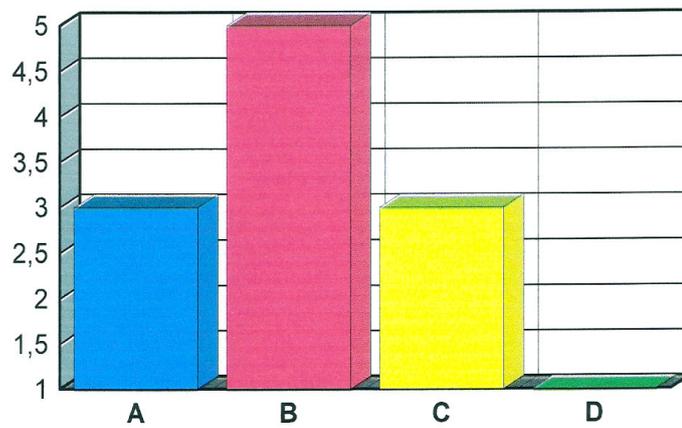
**5 ) O que é para você vivenciar essa gestação complicada?**

- 87

<b>A</b> Sentimentos de alegria, felicidade e amor ancorados na crença religiosa	3	25,00 %
<b>B</b> Sentimentos de vitória e alegria com a gravidez e de expectativa pelo nascimento e integridade do bebê.	5	41,67 %
<b>C</b> Sentimento de medo da morte.	3	25,00 %
<b>D</b> Sentimento de medo da própria morte e da morte do bebê.	1	8,33 %

TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA

**12**



## QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL

## PERCEPÇÃO DA VIVÊNCIA DA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

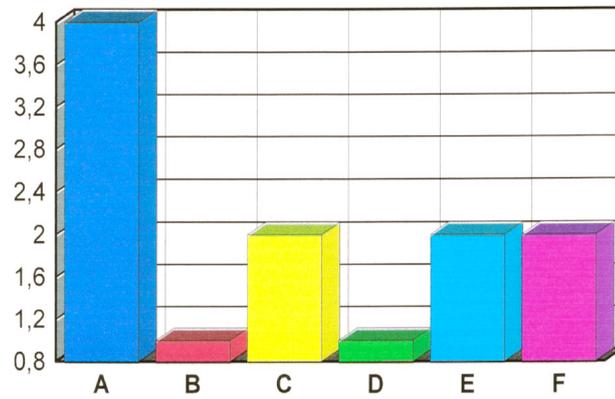
6 ) Como você descreve a sua gestação do início até hoje?

- 88

A	Considera a gestação normal/boa, apesar do problema de saúde.	4	33,33 %
B	Considera a gestação boa.	1	8,33 %
C	Considera a gestação difícil.	2	16,67 %
D	Considera problemática a aceitação da gestação pelo problema de saúde.	1	8,33 %
E	Considera a gestação como fonte de bons sentimentos.	2	16,67 %
F	Considera a gestação como fonte de bons sentimentos, ancorada na crença religiosa.	2	16,67 %

TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA

12



# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)