

VIRGÍNIA JUNQUEIRA OLIVEIRA

**VIVENCIANDO A GRAVIDEZ DE ALTO RISCO:
ENTRE A LUZ E A ESCURIDÃO**

Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG

2008

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

Virgínia Junqueira Oliveira

**VIVENCIANDO A GRAVIDEZ DE ALTO RISCO:
ENTRE A LUZ E A ESCURIDÃO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da
Escola de Enfermagem da Universidade Federal de
Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do
título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Ciências Biológicas

Linha de pesquisa: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Anézia M. F. Madeira
Escola de Enfermagem da UFMG

BELO HORIZONTE
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG

2008

Universidade Federal de Minas Gerais

Reitor: Ronaldo Tadêu Penna

Vice-Reitoria: Heloísa Maria Murgel Starling

Pró-Reitor de Pós – Graduação: Jaime Arturo Ramirez

Escola de Enfermagem

Diretora: Marília Alves

Vice-Diretora: Andréa Gazzinelli Corrêa Oliveira

Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública- EMI

Chefe: Jorge Gustavo Valesquez e Clarice Marcolino

Sub-Chefe: Lenice de Castro Mendes Vilela

Colegiado de Pós-Graduação

Coordenadora do Programa: Cláudia Maria de Mattos Penna

Universidade Federal de Minas Gerais

Escola de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação: Mestrado em Enfermagem

Dissertação intitulada: “VIVENCIANDO A GRAVIDEZ DE ALTO RISCO: ENTRE A LUZ E A ESCURIDÃO” de autoria da mestranda Virgínia Junqueira Oliveira, aprovada pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof^aDr^a. Anézia Moreira Faria Madeira (Presidente)

Prof^a Dr^a Maria Édila Abreu Freitas (Titular)

Prof.Dr. Henrique Vitor Leite (Titular)

Belo Horizonte, 07 de março de março de 2008

Dedicatória

À minha mãe – Irene – cujo amor serviu-me de amparo e manteve-me confiante. E que mesmo depois de deixarme, sua lembrança me reconforta.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer, antes de tudo, às mulheres e mães que gentilmente se dispuseram a falar de seus sentimentos, de seus diferentes medos e desejos e que a mim confiaram intimidades de sua vida, que servirão de apoio ao meu trabalho como enfermeira e na minha vida afetiva.

À minha orientadora, Professora Doutora Anézia Maria Faria Madeira, pela amizade e dedicação demonstradas durante as orientações e, em vários momentos desta trajetória, cheia de contratempos, de altos e baixos e de narrativas de mulheres fortes e lutadoras como nós.

Ao meu amigo e obstetra Márcio Antunes Campos, pela confiança no meu trabalho e liberdade disponibilizada nos seus plantões, me fazendo acreditar no trabalho interdisciplinar.

À minha amiga e Professora Dra. Helena Alvim Ameno, pelo apoio e estímulo constante neste caminhar. O meu muito obrigado.

A Deus por me proporcionar paz, saúde e energia para a realização deste trabalho.

À minha querida família que é meu verdadeiro refúgio.

A toda equipe do PNAR da Policlínica Municipal de Divinópolis, que me acolheu como um novo membro e apoiou as minhas idéias. E, em especial, a Agnes e a Rosana que sempre estiveram ao meu lado, durante as atividades desenvolvidas com as gestantes.

Aos meus colegas do INESP, que sempre estiveram disponíveis a me ajudar, fazendo trocas e ajustes, durante todo o período do Curso de Mestrado.

Às minhas amigas Elen, Valéria e Inês, que muito me ajudaram durante a confecção deste trabalho e na minha carreira como enfermeira e professora.

Aos meus alunos, que sempre me deram muita alegria e com os quais compartilho de muitos sonhos e interesses comuns.

À Professora Eugênia, pela disponibilidade em ler o trabalho e pelas contribuições dadas.

Às minhas amigas do coração, Sophia e Medellym, por não me deixarem esquecer que a vida também se faz de fantasias e ilusões.

Sei que muitas pessoas, companheiras e amigas, estiveram presentes ao longo desta jornada. A todas que não pude citar, meus agradecimentos.

RESUMO

OLIVEIRA, V. J. Vivenciando a gravidez de alto-risco: Entre a luz e a escuridão. 2008 111f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2008

A busca por compreender o que significa para a mulher gerar um filho numa situação de alto risco emergiu da minha experiência como enfermeira obstetra e docente, por eu perceber que a gestante na qual identificava-se um ou mais fatores de risco se mostrava lábil e vulnerável diante das incertezas do dia-a-dia, passando a conviver com o fantasma do risco, o qual representava uma ameaça para sua saúde. Para aproximar-me do vivido dessas mulheres, optei pela pesquisa qualitativa na abordagem fenomenológica. A entrevista aberta guiada pela questão: “*O que é, para você, gerar um filho na sua condição de alto risco?*”, possibilitou-me o desvelamento do fenômeno. Participaram do estudo dezesseis gestantes, que estavam sendo acompanhadas no Pré-natal de Alto Risco da Policlínica Municipal da cidade de Divinópolis/MG. A análise ideográfica dos discursos dos sujeitos permitiu-me construir as categorias: Corpo vivido/corpo percebido: a expressão de sentimentos na gestação de risco; Vivenciando as expectativas do parto: entre a luz e a escuridão e Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de risco. A compreensão/interpretação dos aspectos essenciais do fenômeno foi fundamentada nos pressupostos filosóficos da fenomenologia existencial de Maurice Merleau-Ponty e em outros autores que trabalham a temática da gravidez. As gestantes temem morrer na gravidez ou no parto, temem a perda do filho ou que este nasça prematuro ou com alguma deformidade, ao mesmo tempo o superprotege; sentem-se sós, inseguras, vulneráveis; por outro lado, confiantes e esperançosas de que tudo dará certo. Vencido o impacto do diagnóstico, entregam sua saúde à equipe multiprofissional, mudam seus hábitos de vida e procuram seguir as condutas ditadas pelos profissionais de saúde. Acredito que este trabalho sirva de reflexão para os profissionais de saúde, preferencialmente os enfermeiros, acerca da prática do cuidado e da atenção dispensada à gestante de alto risco. Faz-se necessário, portanto, uma assistência de enfermagem mais humanizada coerente com os preceitos ditados pelos programas atuais direcionados à saúde materna, onde a integralidade é apontada como a grande aliada na qualidade da assistência prestada, tanto em nível hospitalar quanto na atenção básica.

Palavras-chave: Gravidez de alto risco; interação mãe/filho; relação da mulher com a equipe multiprofissional; existencialismo.

ABSTRACT

The searching for the meaning comprehension of what is for a woman to bear a child under high risk situation came out from my obstetrician nurse and teaching experience. During that time I perceived that the pregnant woman who showed one or more risk factors was frail and vulnerable before the day by day uncertainties, which cause her to live with phantom risk threatening her health. To get near these women's experience I chose for the qualitative research in a phenomenon treatment. The open interview guided by the question “ *What is for you to bear a child under your high risk condition?* ” made possible the phenomenon revealing to me. Sixteen pregnant women, who were attended in the Pré-natal de Alto Risco da Policlínica Municipal in Divinópolis/MG, participated in the study. The ideograph analysis of the subjects' discourses permitted me to construct the following categories: Experienced body/ perceived body: the feeling expression in the risky pregnancy; Living the expectations of the giving birth: between light and darkness and Interacting with the multiprofessional team: the attendance interfaces in the risk pregnancy. The comprehension/interpretation of the phenomenon essential aspects was based on the philosophical presupposition of the existential phenomenology by Maurice Merleau-Ponty and other authors who work with the pregnancy theme. The pregnant women fear to die during the pregnancy or in the giving birth moment, fear the child loss, its premature birth and yet some deficiency, at the same time they protect it excessively; they feel alone, insecure, vulnerable; on the other hand, they have confidence and hope that everything will be right. After winning the diagnosis impact, they entrust the multiprofessional team with their health, they change their living habits and try to live according the professionals' rules. I believe that this study will help the health professionals, preferentially, the male nurses, to reflect on their care practice and attention to the high risk pregnant woman. So it is necessary a more humanized attendance, according to the rules by the present programs directed to the mother health, in which entireness is pointed out as the great partner in the assistance quality given to the woman, in the hospital level as well as in the basic attention.

Key-words: High risk pregnancy; mother/child interaction; woman relationship with the multiprofessional team; existentialism.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BENFAM -	Sociedade Civil do Bem-Estar Familiar
DST-	Doença Sexualmente Transmissível
EFOA –	Escola Federal de Enfermagem e Odontologia de Alfenas (UNIFAL)
FEBRASCO-	Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
HIV- AIDS-	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
NOAS-	Norma Operacional de Assistência à Saúde
SEMUSA-	Secretária Municipal de Saúde de Divinópolis
PACS-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC-	Programa de Atenção Integral a Saúde da Criança
PAISM-	Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PHPN-	Programa de Humanização do Pré-natal, Parto e Nascimento
PNARD-	Pré-natal de Alto Risco de Divinópolis
PSF -	Programa de Saúde da Família
SISPRENATAL-	Sistema de Informação Pré-Natal
TCLE-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG-	Universidade Federal de Minas Gerais
UNIFAL -	Universidade Federal de Alfenas

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	11
2. O ENCONTRO COM A LITERATURA : BUSCANDO A SUSTENTAÇÃO PARA O FENÔMENO	19
2.1 A corporeidade feminina na visão das políticas e intervenções de saúde da mulher	19
2.2 Os fatores determinantes de risco na gravidez	21
2.3 Gravidez de risco, mortalidade materna e doenças perinatais	25
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	28
3.1 A escolha da abordagem	28
3.2 O que é fenomenologia	28
3.3 Os momentos da fenomenologia	31
3.4 O contexto de estudo e a aproximação com os sujeitos da pesquisa	33
3.5 O encontro com as gestantes de alto risco	36
3.6 Conhecendo o perfil das gestantes.....	39
3.7 Trabalhando os momentos da análise ideográfica	41
4 A CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS	45
4.1 Corpo vivido/corpo percebido: a expressão de sentimentos na gestação de risco	45
4.2 Vivenciando as expectativas do parto: entre a luz e a escuridão	57
4.3 Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de alto risco	66
5- CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
ANEXOS.....	85

INTRODUÇÃO

Ao refletir sobre o motivo que me levou a interessar pela saúde da mulher e da criança, percebi que a condição de ser mulher tenha contribuído para a escolha do tema da pesquisa. Pois, desta forma, poderei experienciar fenômenos próprios da fisiologia do corpo feminino e elaborar significados para as minhas fantasias e expectativas enquanto mulher.

O conhecimento apreendido ao longo dos anos e a vivência das várias formas de opressão à mulher, exercidas pela família, pela escola, pela religião e por uma sociedade machista apresentaram-se a mim, com clareza, no primeiro contato que tive com outras mulheres, ao realizar a consulta de enfermagem, e ao assistir e prestar cuidados à mulher durante o ensino clínico da Disciplina Enfermagem Materno Infantil, no Curso de Graduação em Enfermagem da Escola Federal de Enfermagem de Alfenas (EFOA). É possível que esses fatos tenham contribuído também para reforçar o meu desejo de atuar na atenção à saúde da mulher e da criança.

Assim que concluí o curso de graduação, tive oportunidade de trabalhar na região Centro-Oeste de Minas Gerais, no município de Divinópolis como enfermeira do Programa de Saúde da Família (PSF), cuja área de abrangência envolvia quatro comunidades rurais. Nelas havia um número grande de mulheres e crianças. Ao prestar assistência à mulher durante a consulta ginecológica e de pré-natal pude observar que os problemas e queixas relatados, por grande parte destas mulheres, eram de ordem afetiva, sexual e emocional. As mulheres se revelavam muito envolvidas com os problemas familiares, com os filhos e com o trabalho. Pareciam-me muito mais fragilizadas com os problemas emocionais do que com as mudanças fisiológicas causadas pela gravidez.

O desejo de atuar especificamente na atenção à saúde da mulher e do recém-nascido se acentuou com o trabalho desenvolvido no PSF. No ano seguinte me inseri no curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, onde durante o ensino clínico pude assistir ao binômio mãe-bebê no pré-natal, no trabalho de parto e parto, podendo, no convívio com as gestantes, parturientes e mães, constatar as transformações que a gravidez e o parto produzem na vida da mulher.

Como enfermeira obstetra e professora do Curso de Graduação em Enfermagem do Instituto de Ensino e Pesquisa de Divinópolis/MG, no ano de 2002, trabalhei junto a outros professores, na criação e execução do projeto de pesquisa e extensão “Gestando o pré-natal”, o qual tinha como objetivo inserir o profissional enfermeiro na atenção ao pré-natal de risco habitual, no município de Divinópolis.

Nesse mesmo ano, eu e os alunos bolsistas do projeto, começamos de forma ainda tímida, a atender as consultas de pré-natal de risco habitual em duas Unidades do Programa de Saúde da Família: PSF Santos Dumont e PSF Belvedere.

Atender a consulta de pré-natal num município onde, culturalmente, esta era concebida como um procedimento de competência do profissional médico, e numa população na qual ainda se encontrava arraigada a visão de gravidez como uma “doença”, como um período em que a mulher e seu bebê correm riscos devido ao seu estado de prenhez, era para mim um desafio.

Na minha formação acadêmica, sempre entendi ser muito tênue a linha que separa o pré-natal de risco habitual do pré-natal de alto risco. Por inúmeras vezes, trabalhando no projeto de extensão, tive que referenciar algumas gestantes para o pré-natal de alto risco, o que, confesso, não foi tarefa fácil, acredito, nem para mim e muito menos para a gestante.

Ao serem encaminhadas para o pré-natal de alto risco, elas se mostravam resistentes em ter de deixar a unidade, onde até então realizavam as consultas, questionavam se seria só uma consulta e se poderiam retornar à unidade de origem. Algumas gestantes desejavam explicações exaustivas sobre a sua condição de risco e queriam saber exatamente o que poderia acontecer com ela e com o bebê. O que, nem sempre, era possível explicar e determinar. Outras vezes me pareciam inibidas para revelarem suas preocupações em relação à gestação.

Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2006), a avaliação de risco pode ser um trabalho complicado, uma vez que o conceito de risco associa-se a possibilidades e ao encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre explicado.

Apesar de a gestação ser um fenômeno fisiológico, sabemos que existem gestantes que desenvolvem patologias associadas à gestação, caracterizando-as como gravidez de alto risco,

pois há risco de morte para a mãe e/ou feto. Dessa forma, a gestação por si mesma é considerada um risco para mãe e filho (COSTA, 2002).

Segundo Tedesco (2002, p.35),

a grávida na qual identificou fator de risco, tem intensificadas as dificuldades para as adaptações emocionais. O simples e habitual rotular-se alto risco é suficiente para que se identifique como 'diferente' em contraposição à normal. Acrescenta-se a isto, o próprio fator de risco como componente estressante.

As experiências vividas com estas mulheres, que vivenciam uma gestação de risco, levaram-me a refletir sobre as dificuldades reveladas por elas no seu dia a dia, tais como resistência à adesão ao tratamento prescrito; não permanecer em repouso; interrupção da medicação por conta própria, dentre outras. São comportamentos que podem levar à re-internação, o que torna um fator próprio ou agravante da condição de risco.

Frente ao comportamento demonstrado pelas gestantes de alto risco, questiono: as gestantes conhecem os riscos de uma gravidez associada a uma patologia coexistente e suas implicações? Como o risco é apreendido e reconstruído pelas mulheres que vivenciam uma situação de risco? Nós, profissionais de saúde, estamos preparados para lidar com essas gestantes rotuladas como de alto risco? Temos sido capazes de propiciar oportunidades para que as gestantes possam expressar seus sentimentos em relação à experiência que estão vivenciando?

Ao longo dos anos de minha atuação na área de promoção à saúde da mulher e do recém-nascido, tenho presenciado uma assistência prestada de forma automatizada, extremamente técnica, denotando descompromisso por parte dos profissionais com a gestante, como ser humano.

Muitas vezes, durante o pré-natal, quando surgia a necessidade de hospitalização ou de encaminhamento para outro município de referência, as gestantes de risco se viam sozinhas e com medo, durante todo o período da internação. De certa forma, me pareciam excluídas das propostas de humanização preconizadas pelo Programa de Humanização do pré-natal, parto e nascimento. As experiências inovadoras propostas pelo Ministério da Saúde a partir de 1998 não conseguiam atender a demanda dessas mulheres.

As referidas propostas que privilegiavam o acolhimento da mulher, a descrição do plano de parto, a participação do companheiro no momento do parto, a presença das *doulas*¹, o uso de tecnologia leve no manejo e alívio da dor durante o trabalho de parto, priorizando uma assistência com ênfase no relacionamento interpessoal, na comunicação terapêutica e na humanização da assistência pareciam inviáveis para estas mulheres que permaneciam hospitalizadas por um período prolongado e com isso acarretavam ônus para o sistema de saúde.

Diante da necessidade de redirecionar o olhar para a integralidade da assistência obstétrica e de incorporar os direitos da mulher, com as diretrizes institucionais, os dirigentes das instituições de saúde, em sua maioria, se depararam com vários obstáculos, os quais compreendem desde problemas de infra-estrutura, como não possuir uma sala de parto separada do bloco obstétrico, inviabilizando com isso a entrada do pai no momento do parto e a inexistência de leitos individualizados, tanto no pré-parto quanto nas enfermarias do alojamento conjunto, impossibilitando a permanência do acompanhante escolhido pela mulher, até a resistência dos profissionais para redimensionarem suas práticas, buscando uma relação mais humanizada e segura. Neste contexto, atender as peculiaridades de uma gestação de alto risco representa um desafio para nós profissionais e se torna uma ameaça à estabilidade emocional da gestante que se vê sozinha durante todo o período de internação.

Com o objetivo de garantir melhor qualidade à gestação de alto risco e de reduzir o índice de morbimortalidade materna e perinatal, o Ministério da Saúde normatizou a implantação de programas estaduais de Referência Hospitalar para atendimento à gestante de alto risco, aplicando novos recursos na capacitação de profissionais de saúde, na reestruturação da área física e na aquisição de equipamentos e disponibilização de mais leitos para atender as gestantes e os bebês de risco. Esta normatização se organiza através das seguintes portarias: MS/GM 3.016 de 19 de junho de 1998, MS/GM 3.482 e MS/GM 3.477 ambas de 20 de agosto de 1998. Posteriormente, em parceria com a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASCO), o Ministério da Saúde elaborou no ano de 2000 os Manuais Técnicos de Assistência Pré-natal e Gestação de Alto Risco, os quais foram

¹ Palavra de origem grega que significa “mulher que serve a outra”; exerce trabalho voluntário nas maternidades do Sistema Único de Saúde cuja função básica é dar suporte emocional e conselhos para garantir o bem-estar físico da gestante durante o trabalho de parto, o nascimento e o aleitamento materno da criança.

distribuídos para a rede básica e hospitalar de saúde de todo território nacional (BRASIL, 2001).

Zampieri (2001) descreve o trabalho de autoria de Kemp & Hatmaker (1993), um estudo realizado com 29 gestantes de alto risco e 35 gestantes de baixo risco, em que as autoras detectaram que as gestantes de alto risco preocupam-se pouco com seu aperfeiçoamento, seu desenvolvimento pessoal e sua auto-avaliação, tendo mais dificuldade de estabelecer propósitos, objetivos de vida, visão de futuro, além de terem dificuldade de expressar sentimentos de contentamento, alegria e otimismo, quando comparadas às gestantes de risco habitual. Por que este comportamento? (1993, KEMP & HATMAKER *apud* ZAMPIERI, 2001).

A meu ver, os profissionais de saúde se detêm, com mais ênfase, nos aspectos fisiológicos das gestantes como avaliação de peso, mensuração da altura uterina, verificação da pressão arterial, ausculta dos batimentos fetais, orientação quanto à alimentação correta e a prática de exercícios físicos, não demonstrando interesse pelos aspectos emocionais destas gestantes. Esse fato me deixa mais inquieta por ocasião da supervisão da prática desenvolvida por meus alunos ao cuidarem de gestantes de risco. Observo que elas sentem necessidade de conversar, de exporem seus medos, de falarem de suas insatisfações no relacionamento com a família ou com o companheiro; demonstram medo de enfrentar a nova situação; sentem-se confusas diante das observações advindas de seus familiares quanto ao trabalho de parto e o parto; condições do bebê e de suas capacidades frente à maternidade.

Segundo Ávila (1999, p.164),

a sociedade, os meios de comunicação e os profissionais que trabalham com gestantes geralmente sugerem à mãe que ela deve sofrer, mas, ao mesmo tempo, só pintam o lado róseo e ilusório de ser mãe, não preparando a mulher para entrar em contato com um bebê real com suas características e necessidades ou para atendê-lo adequadamente. Além disso, santificam a mulher grávida e a tratam como assexuada. Se por algum motivo a mulher precisa fazer repouso absoluto ou é privada de viver normalmente durante a gravidez, como no caso de uma gestação de risco, ela começa a experimentar um sofrimento como mãe e a ficar ressentida com o filho que ainda não nasceu.

Ao realizar a revisão de literatura acerca da percepção da mulher que vivencia a gravidez de risco, a qual implica uma maior vulnerabilidade e maior instabilidade emocional, constatei que os trabalhos existentes em sua maioria priorizam os aspectos fisiológicos de uma gravidez de risco e o controle das intercorrências gestacionais. Algumas obras consideram a

importância de se trabalhar o contexto familiar, apontam experiências de atividades educativas com gestantes de risco, no entanto existe uma lacuna no conhecimento referente à interação mãe-bebê numa situação de risco iminente.

Como descreve Maldonado (2002), a gravidez é um período de muitas mudanças para a mulher, decorrentes das inter-relações entre fatores hormonais e psicológicos. As vivências neste período são complexas, devendo ser levados em conta a história pessoal da grávida (história psicosssexual, ginecológica-obstétrica e a de sua relação com a própria mãe); o contexto em que esta gestação ocorre (tipo de vínculo com o parceiro, idade da gestante, episódios de aborto); as características de sua evolução (riscos de perda do feto ou perigo de vida para a gestante); o fator socioeconômico (condições financeiras para cuidar do filho) e o contexto assistencial (qualidade da assistência de profissionais no pré-natal). Todos esses aspectos irão contribuir ou não para a aceitação da gravidez e, conseqüentemente, para o vínculo com o filho.

Bowlby (2002) descreve a formação do vínculo como “apaixonar-se”. A manutenção deste vínculo é experimentada como fonte de segurança. Para este autor, a característica essencial da vinculação afetiva é que os dois parceiros tendem a se manter próximos um do outro e está associada à forte emoção. Considera, também, essencial para a saúde mental do bebê, que ele tenha vivência de uma relação calorosa, íntima e contínua com a mãe, na qual ambos encontrem satisfações.

Observa-se na relação mãe/filho que, na construção do vínculo, fazem parte vários aspectos da história materna, desde acontecimentos anteriores à gravidez até o período posterior ao nascimento do bebê. Dessa forma, suas representações psíquicas possibilitam que a mulher se torne mãe e construa sua ligação com o filho. Nóbrega (2005) relata sua experiência com um grupo de gestantes com idade gestacional a partir da 16ª semana de gestação, as quais informavam não terem ainda desenvolvido nenhum tipo de vínculo com o concepto, como conversar com o bebê e acariciar a barriga, como demonstrações de sentimentos de afeto e primeiros sinais de construção satisfatória do vínculo.

Essa realidade expressa por Nóbrega (2005) nos remete a pensar como têm sido desenvolvidas ações de promoção à construção ou fortalecimento do vínculo mãe/filho durante o cuidado prestado à gestante. Nós como profissionais de saúde, temos procurado

estabelecer interações entre a mãe e seu bebê que propiciem o desenvolvimento e o fortalecimento do vínculo afetivo?

Na minha vivência como enfermeira e prestando cuidados ao binômio mãe/filho tenho observado que, na maioria das vezes, o profissional de saúde tende a assumir uma atitude de superioridade em relação à gestante, vendo-a, muitas vezes, como indefesa, fraca e submissa. Se essa gestante se encontra em situação de risco este fato ainda é mais agravante, considerando que a mesma se apresenta emocionalmente instável, vivenciando conflitos específicos neste período e com repercussões importantes para si, para a família, para a sociedade e, principalmente, para o bebê, se considerarmos que durante os nove meses de gestação todas as manifestações de afeto e carinho são significativas para o feto.

Klaus (2001) denomina de “*reverie*” a maneira especial de comunicar-se com o bebê dentro da barriga, relatada por algumas mães. Neste estado tranqüilo elas vislumbram o futuro bebê, enviam-lhe mensagens, fazem-lhe perguntas ou, às vezes, sentem alguma resposta do bebê. Em contrapartida, os fetos de mulheres expostas à situação de estresse têm batimentos cardíacos rápidos e são muito ativos.

Compreender como a mãe interage com o seu bebê frente a um diagnóstico, o qual pode vir a ser desfavorável, permite-nos pensar a gravidez não apenas como um evento fisiológico. A percepção da mulher gestante deve ser muito mais abrangente, deve-se considerar que a concepção acontece em nível consciente e inconsciente e que se manifestará durante toda a gestação e no pós-parto, com a ambivalência entre o desejar e não desejar aquele filho. Segundo Maldonado (2002), não há uma gravidez que seja completamente aceita ou totalmente desprezada. E que na gravidez ocorrem transformações que podem ser antecipadas por mudanças internas (crises, doenças, traumas) ou externas (perda de uma fonte protetora de segurança e satisfação, acúmulo de tensões, rompimento do equilíbrio funcional do ego).

Diante das considerações expostas advindas da minha prática de enfermeira e docente e com o desejo de conhecer melhor os mecanismos da intrincada relação mãe/filho, atentivamente me dirijo à gestante **com o objetivo de compreender o que significa para ela gerar um filho em situação de alto risco.**

A relevância do estudo da gestação de alto risco se deve ao fato de que a gravidez de risco está intimamente relacionada com uma maior morbi-mortalidade materna e perinatal. E, uma vez identificadas algumas condições de risco, estas podem ser tratadas, enquanto outras podem ser minimizadas, diminuindo seu impacto na gravidez. Em outras circunstâncias, ainda, os profissionais de saúde podem ser alertados para observar, com maior rigor, os sinais precoces de complicações, iniciando o tratamento imediatamente.

No Brasil há um número significativo de gestantes de alto risco, aproximadamente 15% das gestações caracterizam-se como de alto risco (BRASIL, 2000). Considerando a complexidade que envolve a gestação de alto risco, acredito que esta não deve ser limitada apenas ao aspecto biológico, à determinação das suas causas e conseqüências e ao tratamento das intercorrências, enfatizando-se apenas os riscos e a sobrevivência do bebê.

Entendo que o nosso olhar para esta gestante deve ser ampliado, direcionando-lhe um enfoque de cuidado voltado à compreensão do sentido atribuído por este ser gestante sobre a experiência de esperar por um bebê em uma situação de alto risco.

Espero com esta pesquisa contribuir para a reestruturação de uma assistência de enfermagem que atenda às reais necessidades do binômio mãe/bebê e que possa propiciar o desenvolvimento de atividades educativas efetivas, não esquecendo que a gravidez e todas as modificações fisiológicas, emocionais e psicológicas ligadas a ela são vivenciadas pela mulher e por seus familiares. E que este trabalho também possa instigar a reflexão dos profissionais de saúde, essencialmente dos enfermeiros, para que esses repensem sua prática do cuidado na atenção da gestante na sua integralidade.

2 – O ENCONTRO COM A LITERATURA: BUSCANDO A SUSTENTAÇÃO PARA O FENÔMENO

2.1 Corporeidade feminina na visão das políticas e intervenções de saúde da mulher

Na literatura, observa-se um interesse maior pela gestação de risco e seus fatores determinantes a partir da década de 60, momento em que houve uma ampliação da oferta de serviços de atenção à saúde da mulher, embora ainda muito centrados na esfera exclusiva do ciclo grávido-puerperal, justificando-se pela mortalidade infantil e sem visar o atendimento abrangente das necessidades de saúde da mulher e da criança.

Segundo Vieira (2002), neste período o corpo feminino, até então, visto pela medicina como essencialmente maternal, passa também a ser concebido por meio do seu papel procriador, através dos programas de contracepção e planejamento familiar.

No final da década de 60 e início de 70, o setor público no Brasil privilegia a atenção à gestante, estabelecendo parcerias com entidades ditas não-governamentais, como a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar (BENFAM). A criação de programas verticais de atenção à mulher e a proliferação de entidades reconhecidas como “controlistas”, surgidas no auge do regime militar, vêm contrapor às idéias pró-natalistas do governo, tornando a mulher objetivo de programas que, com certeza, não trouxeram vantagens à sua saúde e ao seu bem-estar. (BRASIL, 2001).

A atuação do movimento feminista dentro deste contexto político e social vigente na época coloca em discussão novas concepções das relações entre os gêneros, avançando da idéia inicial de antagonismo entre os sexos, para uma idéia menos excludente de cooperação e de companheirismo, priorizando a individualidade de cada um dos gêneros e possibilitando conquistas para as mulheres, como direitos de cidadania similares aos dos homens, assim como avanços no campo da saúde.

Na década de 80, com o início das lutas para redemocratização do país e as reivindicações da extensão do direito à saúde a todos os cidadãos, começam a surgir programas que contemplam a mulher e a criança em sua integralidade e em suas necessidades imediatas como o Programa

de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) e o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), ambos implantados no ano de 1984 (FERREIRA, 1997).

Ao longo dos anos 90, pode-se perceber uma desvinculação das políticas de saúde a um poder centralizado, a partir da Constituição de 1988, que passa a conferir uma maior autonomia aos governos estaduais e municipais, possibilitando a ampliação e criação de diversos programas de saúde na promoção e recuperação da saúde do indivíduo e sua família, focalizando as situações de maior risco. Dentre estas estratégias sobressaem o Programa de Saúde da Família (PSF), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o incentivo à implantação de Comitês Municipais de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil (MINAS GERAIS, 2004).

No início do novo milênio, o Brasil consegue avançar com a implementação dos princípios de universalidade e descentralização, a partir da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) em 2001, e com a implementação de programas que direcionam um olhar mais atento à promoção da saúde da mulher e do recém-nascido, a humanização no atendimento perinatal e no combate a mortalidade materna e infantil como: o Método Mãe Canguru em junho de 2000, o Programa Nacional de Triagem Neonatal em 2001, a criação do Programa Viva Vida em 2005 e o Pacto pela Saúde em 2006 (BRASIL, 2006).

Com o objetivo de estimular e subsidiar a organização da assistência à gestante, ao parto e ao recém-nascido foram realizados como parte do Programa Viva Vida os protocolos de atenção ao pré-natal, parto e puerpério, de assistência hospitalar ao neonato e de atenção à saúde da criança no ano de 2003 (MINAS GERAIS, 2003).

Embora tenhamos tido importantes conquistas, observa-se hoje que quase a totalidade das iniciativas relacionadas à saúde das mulheres tem se caracterizado por manipular seus corpos e suas vidas, visando objetivos outros que não o seu bem-estar. Muitas das ações de atenção à saúde da mulher desejam um comportamento feminino dócil e insistem em desapropriar a mulher da sua autodeterminação. As elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal, o uso abusivo da cesárea e a alta prevalência de mulheres esterilizadas são exemplos claros dessas distorções (BRASIL, 2001).

Segundo Türmen, (*apud* Organização Mundial de Saúde, 2007), todos os anos, mais de quatro milhões de bebês morrem no primeiro mês de vida, a maioria dessas mortes é consequência do mau estado de saúde e nutrição materna, associado aos cuidados inadequados antes, durante e após o nascimento. E, infelizmente, este problema não é reconhecido ou é aceito como inevitável e comum em várias sociedades do mundo.

Nos programas de atenção à gestação de risco, observamos que o estado e o governo desempenham ainda o papel de pai, que age autoritariamente com relação ao seu filho e em face da necessidade de protegê-lo contra riscos que ele, supostamente, ainda não está preparado para enfrentar. Entretanto o que vemos é cada unidade atuando isoladamente, na tentativa de superar as dificuldades imediatas, buscando como estratégia estabelecer um mínimo de equilíbrio emocional em cada serviço, olhando apenas para dentro de si mesmo. É o que Porto (2003) denomina como a “cultura de fechar as portas”.

As estimativas mostram que cerca de 50% dos recém-nascidos, com peso ao nascimento menor que 1.500g., nasceram em hospitais que não contam com unidades de assistência ao RN de risco. E em torno de 20% dos partos de gestantes de risco ocorrem em hospitais sem os quesitos mínimos de segurança para atender a esta clientela (ACCIOLY *apud* PORTO, 2003).

Apesar do aforismo predominante hoje, no campo da saúde, de que não há gestante sem risco, existem critérios diversos para se rotular uma gestante como de alto risco: fatores como idade da paciente, paridade, passado obstétrico (evolução das gestações anteriores, abortamentos, malformações congênitas, prematuros, nati e neomortos), condições socioeconômicas precárias, gravidez não planejada, gestantes usuárias de drogas, promiscuidade sexual, história familiar de patologias diversas, enfermidades sistêmicas agudas e crônicas, doenças infecciosas, estado nutricional pré-gravídico e atual, tipo sanguíneo, dentre outros fatores (VASQUES, 2006).

2.2 Os fatores determinantes de risco na gravidez

Ao longo de uma trajetória histórica que vem se dando na construção do conceito de risco, pode-se perceber que os primeiros sistemas de avaliação de risco foram elaborados com base na observação e experiência de seus autores, que buscaram construir instrumentos teóricos capazes de identificar associações entre eventos ou condições patológicas, casualmente

relacionadas e que data de pouco tempo a preocupação em submeter a análises mais criteriosas estes determinantes de risco (BRASIL, 2006).

Frente a uma necessidade de avançar para além da tradicional abordagem das estratégias de risco foram feitas várias tentativas como: organizar os fatores de risco em grupos, atribuir pontos ou notas a cada fator de risco isoladamente e definir comportamentos de risco ou grupos de risco. No entanto, estes meios utilizados para caracterizar os fatores de risco, a exemplo do HIV/AIDS, foram severamente criticados pela falta de precisão e dissociação entre os diversos fatores e alvo de importantes contradições e conflitos, segundo (AYRES *et al*, 2004).

Caponi (2004), alerta que um outro problema deve ser observado ao se ater cuidado aos grupos de risco. Segundo esta autora, quando o profissional de saúde privilegia as populações consideradas de risco, pode-se desprezar as necessidades dos grupos considerados normais ou de baixo risco.

O próprio Ministério da Saúde no ano de 2000, objetivando uma discriminação dos determinantes de risco na gestação, procura dividi-los em quatro grandes grupos, buscando atender as diferenças socioeconômicas e culturais existentes no Brasil, e evidencia fatores de risco para as várias regiões, criando-se especificidades bem características. Sendo esta classificação, descrita abaixo, considerada como referência para as unidades básicas de saúde, para o encaminhamento ao pré-natal de alto risco (BRASIL, 2006).

Iº Grupo: Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis

- Idade menor que 15 e maior que 35 anos;
- Ocupação (analisar o esforço físico, carga horária extensa, rotatividade do horário exposição a agentes químicos, físicos e biológicos, estresse);
- Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente;
- Situação conjugal insegura;
- Baixa escolaridade (menor que cinco anos de estudo regular);
- Condições ambientais desfavoráveis;
- Altura menor que 1,45m;
- Peso menor que 45kg ou maior que 75kg;

- Uso/dependência de drogas (sejam lícitas ou ilícitas).

2º Grupo: História reprodutiva anterior à gestação atual

- Morte perinatal (com ou sem justificativa);
- Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado;
- Abortamento habitual;
- Esterelidade/Infertilidade;
- Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos;
- Nuliparidade ou multiparidade;
- Síndromes hemorrágicas;
- Pré-eclâmpsia/ eclâmpsia;
- Macrossomia fetal.

3º Grupo – Intercorrências clínicas crônicas:

- Cardiopatias;
- Pneumopatias;
- Nefropatias;
- Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus);
- Hemopatias;
- Hipertensão arterial moderada ou grave e ou/ fazendo uso de anti-hipertensivo;
- Epilepsia;
- Infecção urinária;
- Portadoras de doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis e outras DST);
- Doenças auto-imunes;
- Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outros).

4º Grupo – 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 / eclâmpsia;
- Amniorrêia prematura;
- Hemorragias da gestação;

- Isoimunização;
- Óbito fetal.

Barrón e Rodriguez (2006) definem enfoque de risco no campo da reprodução humana, gênero e conceito reprodutivo como a probabilidade de sofrer um dano durante o processo de reprodução. E que o risco reprodutivo é um indicador de necessidade que nos permite identificar a mulher, familiares ou populações mais vulneráveis, e definir aquelas com maior probabilidade de sofrer danos durante o processo de reprodução.

Estas mesmas autoras acrescentam aos fatores de risco já descritos a violência intrafamiliar (violência que tem lugar dentro da família e é um modelo de condutas aprendidas, coercitivas que envolvem abuso físico, abuso psicológico repetido, ataque sexual, castigo, intimidação e coerção econômica), lembrando ser esta poucas vezes contemplada como um fator de risco durante a gravidez, e que em algumas populações a violência durante a gravidez é mais comum que o diabetes e a placenta prévia.

E mais recentemente, a ansiedade é apontada como um possível fator de risco tanto da prematuridade quanto do baixo peso ao nascer. Podendo afetar negativamente a gestação por causar uma suposta alteração endócrina e por propiciar comportamentos de risco como: o hábito de fumar, alimentação e ganho de peso inadequado e atraso no acesso ao pré-natal (ARAÚJO, 2007).

Segundo Zampieri (2001), a vivência da gestação de risco caracteriza-se por ser um processo extremamente complexo, dinâmico, subjetivo e diversificado, podendo ser individual e social. É uma experiência única que se estende ao companheiro, família e sociedade. Não é apenas um evento biológico, uma vez que envolve transformações fisiológicas, psicológicas, sociais, econômicas, culturais, espirituais e alterações de papéis, implicando na aceitação ou não da gravidez. Aspectos estes também inerentes ao processo da gestação normal.

Ao realizar um trabalho sobre gestação de risco, junto a gestantes com diabetes, Silva *et al.* (2002) entende que a possibilidade de haver intercorrências, tanto para as mães quanto para os bebês, a necessidade em alguns casos de um regime alimentar e as internações constantes durante a gravidez, podem gerar angústia para a gestante e sua família. Por outro lado, conhecer como essas gestantes encaram sua gravidez pode auxiliar os profissionais de saúde

na abordagem educativa, essencial para minimizar os desconfortos e promover o êxito da gestação.

A mulher que tem conhecimento de pertencer a um grupo de alto risco devido a sua história familiar também está propensa a desenvolver um perigoso desgaste psicológico. Este desgaste ou estresse psicológico advém do medo ou ansiedade e das incertezas do dia-a-dia na convivência com “um fantasma” que está sempre a ameaçar sua saúde, segundo Vieira (2004).

Gomes (2001) alerta para a necessidade de se abordar a gravidez de risco sob uma perspectiva interdisciplinar. A gravidez em si já coloca a mulher numa situação de fragilidade sujeita ao processo de medicalização, visto quase sempre apenas como uma ação centrada na condição orgânica em si. Quando acrescenta a este fato a idéia de risco, reforça-se a medicalização e a passividade da mulher frente a algo que possivelmente pode lhe ser adverso, mas necessariamente não será.

2.3 Gravidez de risco, mortalidade materna e doenças perinatais

No Brasil, a saúde da mulher e da criança tem sido admitida como prioridade há algumas décadas. No entanto, constata-se, ainda, que ocorre um número elevado de mortes de mulheres e crianças por complicações da gravidez, parto e puerpério.

Segundo informações coletadas do Centro de Tecnologia de Informações e Serviços do Sistema Único de Saúde (DATASUS), a mortalidade materna no Brasil e em todas as Unidades Federativas ainda é considerada alta, de acordo com os parâmetros da Organização Mundial de Saúde (OMS). Pode-se verificar nesta base de dados que, entre 2000 e 2006, para cada 100.000 nascidos vivos, aproximadamente 53 mulheres morreram durante a gravidez, parto e puérperio no país, sendo a razão de mortalidade materna de 38,05 no Estado de Minas Gerais (BRASIL, 2008).

É evidente que os fatores causais determinantes da mortalidade materna e infantil são múltiplos, articulados entre si e complexos, compreendendo desde as condições gerais de vida até fatores muito específicos. Mas em meio a toda esta complexidade, o que se pode constatar com maior precisão é que 72,9% destas mortes são resultantes de complicações na gravidez,

parto ou puerpério, como hipertensão, hemorragias e infecções, caracterizando as mortes maternas obstétricas diretas (BRASIL, 2005).

Segundo estatísticas do Ministério da Saúde, as complicações hipertensivas na gravidez são a maior causa de morbidade e mortalidade materna e fetal, ocorrem em cerca de 10% de todas as gestações (BRASI, 2006).

A partir da década de 90, estudos epidemiológicos vêm registrando um aclave acentuado de óbitos infantis por causas perinatais como prematuridade, doenças da membrana hialina, infecções, hiperbilirrubinemia, dentre outros, as quais, provavelmente, se originaram de problemas decorrentes da gravidez, parto e nascimento, correspondendo a mais de 50% das causas das mortes no primeiro ano de vida (BRASIL, 2005).

Araújo, Pereira e Kac (2007) observam que, embora tenha havido um significativo avanço na medicina e na tecnologia do cuidado, em países em desenvolvimento como o Brasil, a prevalência de prematuros é de aproximadamente 7% e a prevalência de baixo peso ao nascer é de 9,2%.

Ao analisar o perfil da mortalidade infantil no município de Divinópolis, a partir do ano 2000, observa-se que nos dois últimos anos houve um decréscimo percentual da mortalidade neonatal precoce, com conseqüente aumento nas outras faixas, sendo que, até o primeiro semestre de 2007, a mortalidade pós-neonatal sofreu um aumento percentual considerável de uma média de 18,9% nos anos anteriores para 40% (DIVINÓPOLIS, 2007).

Segundo dados estatísticos da Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis, do ano de 2007, podemos verificar que a taxa de mortalidade infantil por parto cesárea é maior do que a taxa observada nos partos vaginais, e que a mortalidade infantil atinge taxas mais elevadas entre as crianças de baixo peso (menor de 1000g), nos RN prematuros (22 a 36 sem) e nos filhos de mães adolescentes (menores de 15 anos) e nos RN de mães com 40 anos ou mais. As principais causas de mortalidade em todas as faixas etárias (neonatal precoce, neonatal tardia e pós-neonatal) são as patologias e afecções originadas no período perinatal) (DIVINÓPOLIS, 2007).

Quando se constata que as taxas de mortalidade materna e perinatal continuam elevadas no país, regiões e municípios ou em grupos sociais determinantes, se comparadas às taxas de países mais desenvolvidos, as explicações ou justificativas convergem para algumas questões principais, como as condições econômicas e de vida insatisfatórias, insuficiência ou inadequação de políticas e práticas efetivas para a redução da mortalidade materna e infantil e o modo de vida e comportamento de risco da população. Modificando-se apenas a ênfase em uma ou outra dimensão de acordo com as posições políticas predominantes.

Gama *et al.* (2004) referenciam ao efeito protetor do acompanhamento pré-natal sobre a saúde da gestante e do recém-nascido e acreditam que o cuidado pré-natal contribui para uma menor incidência de mortalidade materna, baixo peso ao nascer e mortalidade perinatal.

Segundo estes mesmos autores, diversos municípios retratam a necessidade de políticas de expansão da cobertura do acompanhamento do pré-natal e implementação de medidas que propiciem a melhoria da qualidade do atendimento, especialmente no que se refere à gestante de alto risco.

O Comitê Municipal de Prevenção de Óbitos Maternos e Infantis do município de Divinópolis em Carta Aberta à comunidade descreve que, ao lado do acesso ampliado ao pré-natal, deve ser observada uma política clara de hierarquização da atenção ao pré-natal e a implementação de sistemas de referência que possam garantir que as gestantes de alto risco recebam os cuidados necessários para a redução de problemas no parto, da prematuridade e do baixo peso ao nascer. Há evidências de que, quando existe a possibilidade de parto prematuro ou de recém-nascido de risco, a melhor estratégia é o encaminhamento da mãe para um serviço de referência de cuidados, o que diminui os riscos e o tempo de hospitalização da criança após o parto.

A redução da mortalidade materna e infantil em países como o Brasil não depende, essencialmente, no que diz respeito à atuação dos sistemas de saúde e do desenvolvimento de novos conhecimentos técnicos e científicos, como ocorre em relação a outros problemas de saúde, mas da garantia da acessibilidade e da utilização mais efetiva do conhecimento científico e técnico existente (BRASIL, 2005).

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 A escolha da abordagem

A escolha por uma abordagem de pesquisa qualitativa para compreender o que significa para a mulher gerar um filho em situação de risco se deve ao fato de que:

a pesquisa qualitativa busca uma compreensão particular daquilo que estuda, entendendo compreensão como uma capacidade própria de o homem compreender. Nesta modalidade de pesquisa não se preocupa com generalizações, princípios e leis. A generalização é abandonada e o foco de sua atenção é centralizado no específico, no peculiar, no individual, almejando sempre a compreensão e não a explicação dos fenômenos (MARTINS e BICUDO, 1989, p.23).

Por entender que o simples fato de conhecer os fatores de risco e os seus determinantes não seja suficiente para compreender o sentido atribuído pela gestante sobre a gravidez e a simultaneidade de eventos vitais que acompanham o processo gestacional, acredito que a escolha por um percurso metodológico voltado para os aspectos qualitativos do contexto da gestação de risco seja o caminho que me leve ao objetivo de compreensão do fenômeno que estudo.

Por ser a gravidez de risco uma experiência vivenciada pela mulher, única, total e integrada, acredito ser preciso aproximar-me do seu mundo-vida para poder ver e compreender o que e porque as coisas significam para um indivíduo, em termos de seu estilo e experiência estruturada de vida, como explicita Keen (1979, p.35): “Precisamos despír o acontecimento das significações com as quais inicialmente o aprendemos e localizar estas significações como um meio de identificar o acontecimento conforme ele aparece na experiência vivida”.

3.2 O que é fenomenologia

A partir da criação do método experimental de Claude Bernard, em 1867, um modelo conhecido e difundido na área das ciências da saúde, observa-se que houve uma generalização da metodologia das ciências para todos os domínios do conhecimento, numa tentativa de validação dos critérios científicos estabelecidos pelo neopositivismo, o qual é referenciado por Capalbo (1998) como modelo biomédico.

É neste contexto que, segundo Martins *et al.*(1990), surge a fenomenologia como uma alternativa de abordagem das ciências humanas na pesquisa, em contraposição ao positivismo. A fenomenologia procura demonstrar de forma incontestável que os seres humanos não são objetos e que suas atitudes não podem ser compreendidas como simples reações.

Husserl, filósofo alemão, nascido em 1859, é considerado o pai da fenomenologia contemporânea. Sendo sua formação básica a matemática, questiona o absolutismo do número por si mesmo e demonstra a diferença entre o conceito de número e o processo de enumeração, considerando na sua análise não só o aspecto da lógica, como também o da psicologia.

A fenomenologia surge como um novo método para fundamentar tanto a filosofia como as ciências. Os princípios fenomenológicos antagonizam diretamente à forma do positivismo de conceber a ciência como um conhecimento que deve ser comprovado pela lógica, previamente elaborado e capaz de explicar, assim como prever os fatos. Em contrapartida, a fenomenologia compreende a ciência como sendo a descrição das essências da consciência e de seus atos, segundo Husserl (BICUDO, 1994).

Para Bicudo e Espósito (1994), três unidades são significativas para compreender e interpretar o que a fenomenologia diz do mundo e do pesquisador: a investigação direta, a descrição de fenômenos que são experienciados conscientemente, a explicação causal e livre de preconceitos.

Amatuzzi (1996) define a fenomenologia como o estudo do vivido e de seus significados. Seu pressuposto é que o vivido é um caminho importante para a verdade e para as decisões que devemos tomar. A fenomenologia trabalha no nível da intencionalidade com material expressivo da experiência humana.

Ao trabalhar a expressão da experiência vivida com relação à linguagem, ao comportamento e quanto aos produtos culturais, o método fenomenológico permite a interpretação em três níveis de análise: análise do exposto, do intencional e do inconsciente. Sendo o exposto (o que é efetivamente dito, o que se faz, a própria obra); o intencional (o que se quer dizer, o que se pretende, o mundo que se cria) e o inconsciente (o que se esconde no ato do dizer, o que se oculta com o ato), segundo Amatuzzi (1996).

Para Martins *et al.* (1990) a fenomenologia representa uma alternativa entre o discurso especulativo da metafísica e o raciocínio das ciências positivas. Ela irá preocupar-se com a essência através do fenômeno, dando ênfase à experiência vivida. Ou seja, é a “volta às coisas mesmas”. Forghieri (2001) entende que “a coisa mesma”, na visão de Husserl

era compreendida, não como uma realidade existindo em si, mas como ponto de partida do conhecimento, um fenômeno, sob o qual temos acesso imediato e sendo capaz de integrar a consciência e o objeto no ato da significação. E que este permanece sempre objeto para uma consciência intencional, existindo entre eles uma correlação essencial na origem da vivência (FORGHIERI, 2001, p.15).

Para Capalbo (1998), a fenomenologia mostra, explícita, a clara, e desvela as estruturas cotidianas do mundo da vida onde a experiência se verifica, deixando transparecer na descrição desta experiência vivida as suas estruturas universais.

Etimologicamente, a fenomenologia pode ser descrita como o estudo ou a ciência do fenômeno, sendo fenômeno uma palavra de origem grega, *phainomenon*, que significa aquilo que se mostra a partir de si mesmo. Ou seja, que se manifesta ou se revela por si mesmo. O fenômeno, que lhe parece de início estranho, é ao mesmo tempo familiar, pois faz parte do seu mundo vida.

Na enfermagem, a utilização da fenomenologia se deu como uma busca de alternativa metodológica de pesquisa que levasse em conta a natureza subjetiva de alguns objetos de investigação e que fosse capaz de descrever e compreender a experiência humana como ela é vivida.

Corrêa (1997) acredita que assumir esse referencial implica não somente compreendê-lo enquanto um pensar que fundamenta “ver” o mundo como um entendimento intelectual, mas sim como um pensar que faz e tem sentido para o pesquisador.

3.3 Os momentos da fenomenologia

No fenômeno interrogado, o pesquisador e o procedimento (o modo pelo qual) são unidades inseparáveis do método fenomenológico. Em síntese podemos dizer que o que caracteriza a fenomenologia não é pensar a realidade, mas sim a ação para alcançar seu objetivo: “o pensar a realidade de modo rigoroso”. Quer dizer, a busca pelo rigor e a forma como se compreende e interpreta o mundo.

Segundo Fini (1994), a pesquisa na abordagem fenomenológica inicia-se com uma interrogação. Ela corresponde a uma insatisfação do pesquisador em relação àquilo que ele pensa sobre algo. Sente-se pouco à vontade em relação a isto. Algo que o incomoda, criando um estado de tensão, ou seja, de apreensão ou incerteza, que estimula o pesquisador na busca da essência do fenômeno interrogado.

Ao escolher o caminho da pesquisa fenomenológica, durante o percurso em direção ao conhecimento reflexivo, o pesquisador deve passar sucessivamente por três instantes: **descrição, redução ou *epoché*, e compreensão (interpretação) fenomenológica.**

A descrição é considerada o primeiro momento da trajetória fenomenológica e consiste em descrever o fenômeno e não explicá-lo, não se preocupando com o buscar relações causais. A preocupação segundo Martins *et al.* (1990), é no sentido de mostrar e não demonstrar; prevê ou supõe um rigor, pois através da rigorosa descrição é que se pode chegar à essência do fenômeno.

Para Merleau-Ponty, segundo Machado (1994), a descrição ou o discurso é a prova da existência do sujeito, é uma forma de o sujeito colocar sua experiência rigorosamente como ela está acontecendo, ela contém significados da totalidade da experiência vivida, porém nem sempre totalmente explicitados no discurso.

O que se procura conhecer na pesquisa fenomenológica são os significados que os sujeitos atribuem à sua experiência, significados estes que se descobrem a partir das descrições destes sujeitos. Para alcançar este objetivo, pode-se utilizar a entrevista, a qual irá estimular a descrição e diferenciação do fenômeno em estudo. A descrição “[...] tem o significado de *des-ex-crivere*, isto é, algo que é escrito para fora [...]” (MARTINS e BICUDO, 1989, p. 45).

Para Martins *et al.*(1990), enquanto alternativa metodológica de pesquisa, a fenomenologia busca a essência do fenômeno situado e para análise de sua estrutura o pesquisador obtém descrições dos sujeitos que estão experienciando a situação, buscando a formação de unidades significantes.

A partir da descrição do fenômeno (discurso ingênuo), que emerge da linguagem do sujeito, resulta o conjunto de asserções ou unidades de significado. Destas unidades o pesquisador irá extrair aquelas que se revelam mais expressivas e significativas, mostrando a experiência do sujeito. Assim dizendo, a consciência que o sujeito tem do fenômeno.

Na visão de Merleau-Ponty (1999), a descrição fenomenológica constitui-se de três elementos: a percepção, a consciência que se dirige ao mundo vida e o sujeito que se vê capaz de experimentar o corpo-vivido através da consciência.

Num segundo momento desta trajetória, para que se consiga atingir a atitude filosófica ou fenomenológica, torna-se necessária a redução fenomenológica, que é também denominada de *epoché*, palavra de origem grega que implica numa “suspensão do julgamento”.

Segundo Moreira (2002), na *epoché*, o filósofo não duvida da existência do mundo, mas apenas a coloca entre parênteses, isto certamente porque a fenomenologia não se propõe a investigar o mundo existente. O seu interesse real é a forma pela qual o conhecimento do mundo se revela.

Husserl divide a *epoché* em dois instantes, os quais denomina: redução eidética (que consiste em buscar o significado ideal e não empírico dos elementos estudados, procurando suas essências e significados) e redução transcendental (a qual visa à essência da própria consciência). Para o filósofo a *epoché* permite a redução ao eu puro e transcendental, o qual antecede o julgamento do mundo existente (BARRETO e MOREIRA, 2000).

Forghieri (2001) concebe o momento da redução como um recurso importante para chegar à essência do fenômeno, através de uma mudança de atitude natural, a qual nos permite visualizar o mundo e o sujeito na sua totalidade e como significantes, evitando abstrações desnecessárias quanto a este mundo e a este sujeito.

Em síntese, podemos definir a redução como a etapa em que são escolhidas as partes consideradas essenciais ou não, através da variação imaginativa do pesquisador, até que a descrição seja reduzida ao essencial para a existência da consciência (CORRÊA,1997).

Em seguida o pesquisador realiza uma síntese dessas unidades de significado, transformando-as em expressões próprias de discurso, procurando organizá-las de acordo com suas convergências, divergências e idiosincrasias.

A compreensão (ou interpretação) fenomenológica compreende o terceiro momento de um caminhar gradativo na busca do significado essencial do fenômeno estudado, contido nas etapas anteriores da descrição e redução. O pesquisador procura interpretar os dados a partir do referencial filosófico que fundamenta sua reflexão.

Seguir a trajetória da abordagem fenomenológica, segundo Keen (1979), é ingressar numa aventura excitante desde que estejamos mais conscientes e harmonizados com a vida, mais compreensíveis com os outros e com nós mesmos e menos limitados por convenções e estados de humor. De forma que se consiga alcançar o objetivo do estudo que é compreender o fenômeno investigado na sua totalidade.

3.4 O contexto de estudo e a aproximação com os sujeitos da pesquisa

Como relatado anteriormente, o convívio com as gestantes durante o trabalho como enfermeira obstetra e o conhecimento e a experiência adquiridos na docência, através de pesquisas, estudos e reflexões sobre o ciclo grávido-puerperal não foram suficientes para compreender o que significa a gravidez para a mulher que vivencia uma situação de alto risco.

A gravidez de alto risco é ainda um fenômeno desconhecido para mim, o que me instiga buscar a compreensão de alguns de seus aspectos, uma vez que se trata de uma experiência singular e concreta, vivenciada pela mulher no seu mundo vida. A gestante, como sujeito-consciente-no-mundo, experiencia essa situação e atribui a ela significados, aos quais me proponho desvelar. Acredito que enquanto pesquisadora, ao conhecer estes significados poderia contribuir de certa forma para o processo de sistematização da assistência de enfermagem obstétrica à gestante, que vivencia uma situação de alto risco.

O estudo foi realizado na Unidade de Obstetrícia da Policlínica Municipal de Divinópolis, MG. Esta escolha se deve ao fato de as gestantes, que realizam a consulta de pré-natal na Rede Básica de Saúde do município, serem referenciadas para esta unidade, quando classificadas como pertencentes ao grupo de alto risco.

Antes de dar início à coleta dos dados, foi encaminhada uma carta à Secretaria Municipal de Saúde do município de Divinópolis, solicitando autorização do Secretário de Saúde, para a realização da pesquisa. Nesse documento constavam as etapas do projeto, os critérios estabelecidos, o objetivo firmado, o compromisso ético com a instituição, bem como aspectos éticos e legais envolvidos em pesquisas realizadas com pessoas. Sendo a coleta de dados iniciada somente após aprovação da instituição (Anexo II).

A Policlínica é uma instituição pública, de atenção secundária, isto é, presta serviços demandados após atendimento nos centros de saúde. Os usuários que procuram atendimento, encaminhados dos hospitais, possuem cotas de livre demanda para algumas especialidades, entre outros, sob a gerência da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA), sendo esta responsável pela coordenação e execução dos programas do SUS/Divinópolis.

A organização do serviço de pré-natal na Policlínica se dá de forma sistematizada, sendo a equipe de saúde composta por enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, médico e auxiliar de enfermagem.

Os fatores de risco gestacional, para a realização do pré-natal de alto risco, são os descritos no Manual Viva Vida, da Prefeitura de Belo Horizonte/SMSA, referente ao ano de 2003. As consultas de pré-natal são realizadas às segundas, terças e sextas-feiras.

Os sujeitos deste estudo são as gestantes avaliadas em situação de alto risco e que, segundo classificação do Ministério da Saúde, apresentam alguma intercorrência clínica, como hipertensão arterial, cardiopatia, pneumopatia, nefropatia, endocrinopatia, epilepsia, doenças infecciosas, doenças auto-imunes e ginecopatias.

O Ministério da Saúde categoriza os fatores de risco em quatro grupos, ficando o grupo de escolha de gestantes pertencentes à categoria das Intercorrências Clínicas, conforme descrito

acima, e, sob os cuidados do Pré-natal de Alto Risco (PNAR) da Policlínica Municipal de Divinópolis, referência para o município e região centro-oeste do Estado de Minas Gerais.

A faixa etária determinada compreende mulheres com idade gestacional igual ou maior que 20 semanas. Lembrando que na abordagem fenomenológica não se determina a priori o número de sujeitos.

Conforme Lincoln & Guba (1985, *apud* Alves-Mazzotti e Gewandsnajder, 2000), na pesquisa qualitativa nem sempre é possível indicar no projeto quantos e quais serão os sujeitos envolvidos. A coleta de dados será encerrada, a partir do momento em que se observa que as informações já obtidas estão suficientemente confirmadas e que o surgimento de novos dados vai ficando cada vez mais raro, até que se atinge um ponto de redundância, a partir do qual não se justifica a inclusão de novos elementos.

Como o sujeito tem uma participação direta e consciente no fornecimento do material de estudo, além de querer participar da pesquisa, é necessário que ele compreenda a importância do estudo e de sua colaboração na mesma, e sinta segurança para poder se soltar ao fluir de sua vivência e para se dispor a relatá-la. E cabe ao pesquisador proporcionar ao sujeito condições para que isto aconteça, sendo este o principal critério de inclusão.

Em atendimento aos aspectos éticos e legais, contemplados na Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), do Conselho Nacional de Pesquisa, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, foi fornecido aos sujeitos da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Neste termo constava o objetivo da pesquisa e informações acerca da participação das gestantes, deixando claro que sua participação era voluntária, que seu nome não seria revelado e que as informações dadas seriam utilizadas apenas para a produção deste trabalho, podendo deixar de participar da pesquisa no momento que desejassem (Anexo I). Após aceite dos sujeitos, mediante assinatura do termo de consentimento, deu início ao processo de coleta dos dados, por meio de realização de entrevista aberta norteada pela questão: ***“O que é, para você, gerar um filho na sua condição de gravidez de alto risco?”***.

As entrevistas foram gravadas, com a permissão das depoentes e transcritas logo em seguida, visando não perder nenhum detalhe que identificasse a situação vivenciada pelas gestantes de alto risco.

Segundo Corrêa (1997), o momento da entrevista não pode ser visualizado como um procedimento mecânico, mas como um encontro social. Uma relação pesquisador-pesquisado caracterizada pela empatia, intuição e imaginação. O entrevistador na abordagem fenomenológica faz uma escuta no sentido pleno do termo. A presença do pesquisador é a de uma presença humana, que escuta, considerando que é impossível para a comunicação transpor certos limiares. No ponto em que a linguagem termina é o comportamento que continua a falar.

Com a pesquisa qualitativa o pesquisador entra em contato com o vivido, com as experiências e o falar humano, ou seja, com os discursos dos sujeitos da pesquisa. Isso coloca o pesquisador não em uma posição de neutralidade com relação ao seu objeto de estudo e sim um envolver, um compartilhar, a partir da imersão nos relatos dos sujeitos, buscando apreender deles os significados, conforme a perspectiva do pesquisador (PACHECO, 2001).

3.5 O encontro com as gestantes de alto risco

A fim de me aproximar das gestantes escolhidas para participar da pesquisa, de forma a criar uma relação empática entre pesquisador-pesquisado, foram realizados quatro encontros antes de apresentar e esclarecer sobre os objetivos do trabalho propriamente dito.

O grupo já existia anteriormente e, na forma como era conduzido, se assemelhava a um grupo de espera, onde eram discutidos temas como aleitamento materno, o trabalho de parto e cuidados com o recém-nascido, enquanto as gestantes aguardavam a consulta médica. Nele havia gestantes que estavam iniciando o pré-natal e outras que se encontravam em períodos mais avançados da gravidez. Eventualmente compareciam também às reuniões puérperas para a realização da consulta pós-parto, juntamente com seus bebês, os quais apresentavam ao grupo e à equipe, como um troféu. Gostavam de relatar ao grupo sua experiência com o parto.

Para minha surpresa, não tive dificuldades de me engajar no grupo, algumas gestantes já me conheciam do PSF ou da maternidade e me chamavam pelo nome já no primeiro encontro. Com isso me sentia acolhida, podendo contar com a parceria e o estímulo de uma assistente social e de uma enfermeira, além do suporte e o reconhecimento de toda a equipe e da gerência a quem recorria para conhecer as atividades do serviço e poder me adequar a elas.

Antes de iniciar o trabalho de grupo, ajudava no acolhimento, verificando dados antropométricos e colhendo informações para registro no Sistema de Informação Pré-Natal (SISPRENATAL), procedimentos estes que me ajudaram também, de certa forma, a familiarizar com o grupo e a interagir com as gestantes.

Nos primeiros encontros, ainda idealizando como iria conduzir o trabalho, começava quase sempre com uma conversa informal com as gestantes, buscando oferecer a elas o suporte necessário à vivência das suas inseguranças e procurando conhecer os sentimentos perturbadores e as dúvidas que poderiam surgir ao longo desta experiência de estar vivenciando uma gravidez considerada de alto risco.

Na tentativa de incrementar nossos encontros, preparei oficinas de simulação do parto, realizei dinâmicas e exercícios de relaxamento na bola suíça, estimulando assim as gestantes a utilizarem outra forma de expressão que não a verbal.

Sempre depois de cada dinâmica, expunha ao grupo o objetivo do trabalho, falava em linhas gerais sobre minha inquietação, procurando me fazer entender. Tornava, assim, mais claro para as gestantes o que pretendia pesquisar e com que finalidade. Em seguida as convidava a participar, salientando a não obrigatoriedade e explicando que a participação delas era muito importante para a realização do estudo. Apenas duas gestantes recusaram participar, outras queriam, mas ainda não haviam entrado na segunda metade da gravidez ou não se enquadravam na categoria do grupo, das intercorrências clínicas, de classificação de gravidez de risco, fugindo aos critérios de inclusão estabelecidos anteriormente neste trabalho.

Ao aceitarem participar da pesquisa, convidava-as para lermos juntas o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Se demonstrassem dúvidas ou incertezas durante a leitura, procurava esclarecê-las e só assim partíamos para a entrevista propriamente dita, depois de reafirmar o seu desejo em participar.

Para preservar o anonimato das mulheres, pedi a elas que se rebatizassem com o nome de uma mulher por quem tivessem admiração. Algumas gestantes escolheram o nome da própria mãe, outras, o da sogra, da avó, da tia ou o nome de uma boa amiga.

Ao escolherem o pseudônimo se referiam à pessoa como forte, corajosa, batalhadora, guerreira. Posso ler, nas entrelinhas, que o nome escolhido estava atrelado ao comportamento que deveriam ter na situação vivenciada por elas, considerada de alto risco pela medicina.

A princípio deixei-me seduzir pela pré-concepção que tinha do significado das escolhas feitas pelas gestantes. Tive dificuldades de empreender um novo olhar a esta mulher, deixando de lado todos os pressupostos e preconceitos, como supõe o método fenomenológico, de se relegar para um segundo plano toda apreensão a priori, abrindo-se para o fenômeno da forma mais ingênua que puder ser capaz.

Como pesquisadora, a minha tarefa durante a entrevista era compreender e interpretar os aspectos essenciais deixados vir à tona nos discursos das mulheres sobre seu modo de ser gestante de alto risco e como interagem com seu mundo circundante, com sua experiência vivida, conforme descreve Madeira (1998, p.36).

O momento da entrevista foi uma experiência sensível e efetivamente nova, tanto para mim pesquisadora, como para a gestante. Naquele instante eu não estava simplesmente diante de fatos reais vividos por uma mulher, na sua experiência de ser mãe, numa situação de risco. A minha intenção era apreender das palavras pronunciadas por ela o sentido que atribui à sua vivência, a percepção que tem daquela situação.

A fim de descontrair, procurávamos falar sobre diversas coisas comuns ao mundo feminino e que muitas vezes nos afligem, como afetividade, relacionamentos, desejos e acontecimentos corriqueiros, para que assim a gestante pudesse se sentir à vontade para expressar livremente suas idéias. Só então, oportunamente, a interrogava com a questão norteadora da pesquisa: “*O que é, para você, gerar um filho na sua condição de gravidez de alto risco?*”

O silêncio e a não resposta imediata quase sempre sucediam ao meu questionamento, por um instante a mulher ficava pensativa, parecia voltar o olhar para si mesma para, em seguida, dar início à sua fala.

Leopardi (2001) fala desta interação simbólica consigo mesma, na qual o indivíduo primeiro absorve o sentido que algo tem para si mesmo e a partir disto seleciona, suspende, reagrupa e transforma o sentido de acordo com a situação em que está.

Em muitos momentos pude observar que a gestante assumia uma postura cabisbaixa, um olhar triste ou mesmo banhado em lágrimas. Outras vezes, o choro sentido, o riso forçado, a dificuldade em dar continuidade à narrativa se faziam presentes, principalmente quando falava de si mesma ou do bebê. Quase sempre, entremeio à narrativa, demonstrava, por meio de um movimento sutil com o corpo, a necessidade de um sinal de afirmação da minha parte, para poder prosseguir com a sua fala.

Procurava respeitar estes instantes de fragilidade da gestante, deixando-a expressar livremente o que pensava ou sentia. Neste momento, dava uma pausa na gravação, me aproximava dela, segurava sua mão, na tentativa de lembrá-la da minha presença e disponibilidade em ouvi-la. Aliviada, ela mesma pedia que retomássemos a entrevista.

Ao término da entrevista com as gestantes, interrompida a gravação, sempre perguntava se gostariam de dizer mais alguma coisa, ou se desejavam alguma explicação. Geralmente indagavam sobre modificações percebidas no seu corpo, sobre resultado de exames e o que poderia acontecer no momento do parto. Sempre que possível, buscava esclarecer e amenizar suas dúvidas e inquietações, porque como cita Derrida (1994), quando eu escuto o outro, o seu vivido não está presente para mim desde o princípio, apenas posso ter uma intuição originária, uma percepção imediata do que nele é exposto ao mundo, como a visibilidade do seu corpo e dos seus gestos.

3.6 Conhecendo o perfil das gestantes

Para que o leitor possa conhecer um pouco mais destas mulheres/gestantes, as quais livremente se dispuseram a falar de seus sentimentos profundos, de seus diferentes medos e desejos e que a mim confiaram intimidades de sua vida, que acredito, servirão de apoio ao meu trabalho como enfermeira, docente e à minha vida afetiva, apresento algumas características dessa população.

Esta liberdade e sinceridade para falarem o que pensam e o que sentem e a necessidade de extravasarem seus sentimentos e angústias estarão sempre na minha lembrança, e irão preencher o silêncio que, muitas vezes, “engoli”, ao cuidar de outras gestantes.

Durante os encontros que tive com as gestantes, antes e durante a coleta de dados da pesquisa, estavam presentes em média nove gestantes, em cada grupo. No entanto, participaram das entrevistas dezesseis gestantes, todas elas vivenciando ao mesmo tempo as modificações advindas da gravidez e as manifestações adversas ou não de uma patologia coexistente, que as colocavam, inevitavelmente, numa situação de risco eminente.

A partir da décima segunda entrevista pude perceber que as falas das mulheres começavam a se repetir, não acrescentando dados novos ao fenômeno investigado. No entanto, optei por realizar mais quatro como forma de confirmar os achados da pesquisa.

As gestantes são mulheres simples, batalhadoras, donas de casa e sonhadoras... E me pareceram desde os primeiros encontros serem mulheres fortes, traziam um brilho no olhar e uma sensibilidade à flor da pele, como é bem característico de quem carrega uma vida.

Metade das gestantes entrevistadas conciliava o serviço doméstico com o trabalho fora do lar, sendo duas bordadeiras, uma cabeleireira e seis delas tiveram que mudar seus projetos de vida e mesmo hábitos de vida, devido às restrições e exigências impostas pelo tratamento terapêutico ou pela própria condição de uma gravidez de alto risco.

Encontram-se na idade adulta, numa faixa etária entre 22 e 39 anos, um período de vida considerado produtivo e enriquecedor pela maioria das mulheres. Momento em que a mulher aspira ao sucesso profissional, à aquisição da casa própria e segurança afetiva, tendo que conciliar o trabalho com os afazeres domésticos e a criação dos filhos. Do grupo de gestantes, onze são casadas, quatro residem com o companheiro numa situação amigável, há mais de dois anos, e uma é solteira; oito possuem o 1º grau incompleto, sendo cinco a média de anos

cursados; sete concluíram o 2º grau e apenas uma delas conseguiu ingressar na universidade, porém não concluiu o curso.

Todas as gestantes se encontram na segunda metade da gravidez; foram diagnosticadas como gestantes de risco, cujo fator de risco está incluído na categoria quatro, segundo a classificação dos determinantes de risco do Ministério da Saúde, já apresentados. Acho importante enfatizar que cinco delas são primigestas, sete estão esperando o segundo filho e quatro são multíparas.

Metade delas é hipertensa, sendo que quatro, além da pré- eclâmpsia, têm como determinante de risco a obesidade; três apresentaram hemorragia na segunda metade da gravidez; duas têm o diagnóstico de diabetes gestacional. E ainda associados ou não à hipertensão e à obesidade, aparecem, como agravantes dos fatores de risco, a depressão, a disfunção tireoidiana e o tabagismo crônico.

3.7 Trabalhando os momentos da análise ideográfica

Ao transcrever os discursos, pude perceber as nuances, os detalhes contidos na fala de cada uma das mulheres que entrevistei. Tinha a sensação de adentrar o seu mundo vida, no que concerne às emoções e imaginações que emergiam da experiência de gerar um filho na condição de alto risco.

Em seguida, li cada narrativa transcrita do início ao fim, tendo o cuidado de não avaliar a intenção ou estabelecer um sentido, ainda não revelado na sua fala. Queria desta forma apenas perceber, em linhas gerais, o que foi dito pelos sujeitos da pesquisa.

Reli várias vezes as entrevistas com a intenção de apreender as unidades de significado, por meio da redução fenomenológica. Passo do método fenomenológico que me permite entrar no mundo vida destas gestantes, aproximando-me dos sentimentos mais profundos que elas vivenciam. Senti que havia muito mais coisas do que contar nas entrelinhas do seu discurso.

Depois de apreender as unidades de significado, estas foram destacadas no texto, numeradas e organizadas em seqüência, conforme apareciam no corpo da descrição. Os números repetidos expressavam, mais uma vez, o que foi dito pela mulher e agrupavam assim idéias ou sentimentos que possuíam um sentido parecido.

Em seguida reli cada uma das unidades de significado, colhidas da fala ingênua dos sujeitos, procurando converter o que foi dito pelas gestantes para uma linguagem mais elaborada e reflexiva, dando-lhe uma nova configuração, sem, no entanto, modificar as idéias que guardavam para si e que fluíam, sucessivamente, no momento em que contavam sua experiência. Este processo é mostrado, através de um exemplo, nos anexos deste trabalho.

Transformadas as unidades de significado, iniciei uma quarta etapa, na qual agrupei as unidades conforme semelhanças e divergências, chegando aos temas de análise, mostrados a seguir:

- Labilidade emocional
- Rejeição
- Abnegação
- Vulnerabilidade
- Insatisfação
- Superproteção
- Solidão
- Negação
- Fuga
- Medo de ser castigada/medo de morrer/medo de não amamentar/medo do desconhecido
- Inexperiência
- Esperança
- Ambigüidade
- O bebê imaginário
- Percepção concreta do bebê
- Expectativa do parto
- Medo do parto
- Medo de morrer no parto

- Medo da prematuridade
- Medo do bebê nascer com alguma deformidade
- Medo de perder o filho
- Impacto do diagnóstico
- Readequação dos hábitos de vida
- Necessidade de explicações e cuidados especiais
- Adesão às medidas preventivas
- Preocupação com o exame clínico
- Assistência multiprofissional

Novamente, num mergulho nos temas de análise, imbuída de muita atenção e intuição, em um processo de idas e vindas, construí as três grandes categorias de análise:

- Corpo vivido / corpo percebido: a expressão de sentimentos na gestação de risco
- Vivenciando a expectativas do parto: entre a luz e a escuridão
- Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de alto risco

Finalmente, ordenei os temas de análise com suas respectivas categorias:

1- Corpo vivido / corpo percebido: a expressão de sentimentos na gestação de risco

- Medo
- Labilidade emocional
- Insegurança
- Rejeição
- Abnegação
- Insatisfação
- Superproteção
- Solidão
- Negação
- Fuga
- Ambigüidade

- Esperança

2- Vivenciando as expectativas do parto: entre a luz e a escuridão

- O bebê imaginário
- Percepção concreta do bebê
- Expectativa do parto
- Medo da prematuridade
- Medo do bebê nascer com alguma deformidade
- Medo de perder o filho

3- Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de alto risco

- Impacto do diagnóstico
- Readequação dos hábitos de vida
- Necessidade de explicações e cuidados especiais
- Adesão às medidas preventivas
- Preocupação com o exame clínico
- Assistência multiprofissional

Após os passos apresentados acima, dei início à compreensão e interpretação do fenômeno. Para isto foi preciso que retomasse minha experiência vivida com as gestantes de alto risco, e buscasse respaldo na literatura acerca da temática e nos pressupostos filosóficos da fenomenologia existencial de Maurice Merleau-Ponty. Aprender seus constructos teóricos constituiu um grande desafio para mim. O que tentei foi aproximar-me de seu pensamento, trazendo à tona alguns conceitos necessários à iluminação e elucidação do fenômeno estudado.

4 A CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS

Ao deixar-me entrever, numa tentativa de compreender os sentimentos aflorados com a gestação de risco, percebi que não seria uma tarefa fácil, teria que me aproximar do ser-gestante e tentar apreender sentimentos, muitas vezes, contraditórios entre si e quase sempre permeados pelo medo e pela insegurança do desconhecido.

Para poder adentrar-me neste caminho, tive que primeiro me desvestir de um pensamento fragmentado e extremamente objetivo, que até então tinha me acompanhado durante a graduação e na vida profissional como enfermeira e docente. Um conhecimento centrado na fisiologia da gravidez, nos seus determinantes de risco e nas suas intercorrências.

Parecia convicta de que meus sentidos não me ensinariam muita coisa para minha vida profissional e que um conhecimento técnico/científico neste período de tarefas escolares teria uma importância maior neste momento e, posteriormente, ao prestar assistência à gestante e a seu bebê.

Depois de participar das discussões em sala de aula durante o Curso de Mestrado, de assistir palestras com um conteúdo mais filosófico, e de me debruçar na leitura de vários teóricos com uma postura mais aberta a interrogações e mais voltada à compreensão da existência do sujeito em toda sua complexidade, reaprendi a ver e a sentir o mundo, sob um outro olhar, do qual havia me desviado.

Hoje, com a minha experiência de vida e com o convívio e a troca de conhecimentos com outras pessoas, acredito como Merleau-Ponty, que o ser humano é íntegro e só pode ser compreendido a partir de sua facticidade. Ou seja, um jeito próprio de se colocar no mundo, com sua história, sua cultura, sua situação econômica, política e social.

4.1 Corpo vivido / corpo percebido: a expressão de sentimentos na gestação de risco

Estão presentes nesta categoria os diversos temas de análise, interpretados como sentimentos a partir dos discursos das gestantes. São eles: medo, rejeição, abnegação, insatisfação, superproteção, solidão, negação, fuga, ambigüidade, insegurança, labilidade emocional e

esperança. Estes se encontram, de tal forma, entrelaçados nos discursos que, na tentativa de ordená-los me vi várias vezes num movimento de idas e vindas. Neste caso, optei por descrevê-los, de uma forma geral, sem me ater em cada um separadamente.

Na sua relação com o mundo, a gestante percebe as modificações no seu corpo através dos sentidos, do contato direto com as coisas, por meio do olhar, do toque, enfim do corpo como um todo. Agora grávida, esse corpo sente as mudanças, o desconforto físico, as sensações intensas e a presença concreta do bebê. O corpo é o meio de nossa comunicação com o mundo. À medida que experimentamos a vida fluir no tempo, nosso corpo vai se refazendo, se reconstituindo durante a existência. Ou melhor, o corpo está sempre sendo...

Merleau-Ponty (1971, p.95) fala do retroceder a uma experiência primária da consciência perceptiva e num contato direto com as coisas, com o intento de evidenciar o sentido do corpo na interação homem-mundo. Segundo ele, “[...] é verdade que tenho consciência do meu corpo através do mundo [...] tenho consciência do mundo devido a meu corpo [...]”. O corpo é a sede dos afetos, dos sentimentos e das paixões. Essa junção alma e corpo torna-se uma possibilidade da própria consciência. Cabe a nós, portanto, interrogar o que o sujeito consegue perceber pelos sentidos, e se ele dá conta de sentir o corpo como seu.

As relações com o mundo (da maternidade) são de tal intensidade que a gestante tende a se confundir com ele, sente-se de tal forma engajada, que passa a viver em função da gravidez e a não se distinguir como pessoa, comunicando-se com o mundo de forma indubitável. Sente-se vulnerável ao risco, fica insegura, tem dificuldade em desvelar o seu ser e teme o que poderá acontecer com ela e com o filho.

O medo está presente nas falas das mulheres, ora de forma concreta, ao afirmarem sentir medo do toque, de expor o corpo à intrusão alheia, do parto, ora de maneira imaginária ao relatarem medo da morte, do que vai acontecer com o filho.

O medo é um sentimento que ronda a existência das gestantes. De maneira sutil ou de forma marcante vai entrando em suas vidas e roubando delas a paz, o sossego, a tranquilidade. Como elas bem afirmam: “*é uma coisa que está dentro da gente, uma coisa que a gente sente e não tem, às vezes, como explicar*”. Assim, as gestantes vivem na dúvida, na inconstância, na

incerteza, não sabem o que acontecerá com elas ou com seus filhos numa situação considerada de alto risco. Os discursos mostram isto:

[...] É preocupação demais [...] passa tanta coisa na cabeça. A primeira coisa que passa é o medo, você não sabe o que está acontecendo dentro da barriga, né. Não sabe se ele tá bem, vai ver ele tá bem agora, não sabe se ele vai tá bem depois [...] a gente fica na expectativa [...] **(Rosa)**

[...] eu tô com medo por causa de tudo [...] exame de toque [...] fala em parto [...] fico morrendo de vergonha [...] Tudo quanto é medo que tem pra mulher, eu tô sentindo [...] é um medo que tá dentro da gente [...] uma coisa que a gente sente e não tem, às vezes, como explicar [...] **(Irani)**

[...] fiquei assim, apavorada, né [...] triste [...] com medo [...] porque a gente pensa que vai morrer [...] fica preocupada né, como que vai ser agora [...] será que o meu filho vai morrer [...] vai nascer perfeito, se não vai [...] eu não tenho uma gravidez tranqüila [...] **(Inês)**

O sentimento de medo aparece para a mulher que vivencia uma gestação de risco como um sentimento de “viva inquietação” ante a idéia de um perigo real ou imaginário, e toma uma dimensão que a gestante, muitas vezes, não sabe como explicar. É como se não existissem mecanismos internos para o enfrentamento do que se passa.

Rosa relata suas expectativas em relação ao bebê. Sente medo do desconhecido, diz que o fato de não poder perceber o que está acontecendo com o bebê a deixa ansiosa. Esse sentimento de medo em relação ao desconhecido é descrito por Maldonado (2002, p.55): “a impossibilidade de ver o bebê dentro da barriga aumenta a ansiedade referente ao seu desenvolvimento, originando desejos ou até mesmo sonhos de transparência da barriga, que permitiriam a visualização do bebê e dos seus movimentos”.

Morsch e Braga (2003, p.71) observam que, no período gestacional, o anúncio de que um bebê está a caminho desencadeia uma reflexão sobre as novas exigências que se impõem. É comum tanto à mulher como ao seu companheiro sentirem medo e se questionarem diante das mudanças suscitadas por uma situação ou um fato imprevisto, mesmo que este seja muito desejado.

Irani expressa no seu discurso uma situação de extrema ansiedade, verbaliza a dificuldade em definir o medo e sua intensidade. O estado emocional de ansiedade diante de uma situação de tensão tem uma importante função, a de alertar e mobilizar a pessoa diante de uma perda objetual ou como no caso de Irani, frente a uma gravidez de risco, segundo conceito descrito por Maldonado (2002).

O fato de Irani não conseguir definir seus sentimentos vem ao encontro de preceitos teóricos de Merleau-Ponty (1971), em que o filósofo ressalta que a experiência é vivida pelo sujeito, ele não desconhece os sentimentos que, insistentemente, tenta reprimir, pode viver muito mais coisas do que descrever ou demonstrar. Para o autor, a natureza não se limita àquilo que se consegue enunciar do pensamento, por gestos e palavras. A existência é ambivalente, aflora no sujeito sentimentos em relação às coisas e ao mundo, os quais não consegue designar ou atribuir um significado por inteiro (de corpo e alma).

Oscarina atribui um sentido cultural ao sentimento de medo que está vivenciando na gravidez, ao associá-lo às experiências negativas, que lhe são contadas por outras mulheres, e que de certa forma lhe transmitem um certo temor.

[...] a gente fica muito preocupada [...] com medo [...] nervosa [...] vê muitas histórias negativas [...] pensa só besteira [...] porque é o nosso filho que está em risco [...] (**Oscarina**)

O que se percebe é que cada mulher tem uma história, com experiências diferentes, anseios únicos e, quase sempre, povoada por incertezas e medos, como bem referencia Montgomery (1997, p.152):

As fantasias de risco de morte durante o parto ou de deformidade do bebê, são tão reais para as mulheres de hoje quanto para as que viveram séculos atrás. Isso, com certeza, acontece porque em uma situação de perigo real ou imaginário o nosso instinto predomina sobre a nossa razão. Ou seja, o nosso psiquismo não acompanha com a mesma velocidade as modificações sociais, técnicas e científicas.

Este sentimento de aflição, característico da ansiedade, se intensifica diante da previsão real ou imaginária de uma situação desagradável, como o risco do bebê vir a ter algum problema ou deformidade. O medo da mulher toma assim uma dimensão muito maior, e ela passa a

viver momentos de dor e de angústia. Esse medo ocorre porque, por um lado, o profissional de saúde não pode lhe garantir que isso não ocorrerá e, por outro, só o parto poderá ou não confirmar este fato.

A compreensão de todo esse processo torna-se mais difícil e obscura para a mulher, quando se trata da primeira gravidez e, além disso, classificada de alto risco, como relatado nos discursos. Elas nunca imaginaram passar por esse momento. Portanto, as gestantes se sentem totalmente embaraçadas diante dessa situação duplamente nova ou inusitada, o que aumenta ainda mais sua insegurança:

[...] È complicado, porque é o primeiro [...] você não tem experiência nenhuma, não tem noção do que é tá grávida, o que é um menino mexer na sua barriga [...] não sabe nada [...] (**Irani**)

[...] é uma coisa nova para mim [...] eu nunca imaginei que pudesse ser uma gestante de alto risco [...] (**Maria de Jesus**)

[...] A gravidez tá complicada [...] não tá sendo fácil [...] ainda mais pra mim, que é o primeiro [...] (**Oscariana**)

A inexperiência da gestante é acentuada pelo próprio desconhecimento do corpo, como podemos perceber na fala de Irani: “[...] eu não sei o que é um bebê mexer na minha barriga [...]”. A meu ver, a gestante mostra receio em se entregar às novas sensações, advindas com as mudanças fisiológicas ocorridas no seu corpo devido a gravidez.

A dificuldade expressa pela gestante em perceber os movimentos do bebê e a não compreensão das funções e maleabilidade do seu corpo pode, talvez, levá-la a ter dificuldades em vivenciá-lo, ao exercer sua sexualidade e no momento do parto.

Por outro lado, ao mesmo tempo que afirma não se sentir grávida, percebe a gravidez como um incômodo. Devido à situação de risco, não consegue relaxar nem curtir a gravidez, ao contrário, a mesma torna-se um pesadelo em sua vida: “[...] eu não me sinto uma mulher grávida, eu me sinto incomodada [...] a minha barriga me incomoda dia e noite [...]”. A mulher parece não sentir seu corpo engajado no mundo, não percebe o corpo como seu e fica ansiosa para o tempo passar, para o bebê nascer logo, a espera pode se tornar angustiante.

O nosso corpo percebe as nossas intenções, ele diz muito dos nossos pensamentos, por meio das palavras, dos gestos ele nos permite vivenciar o tempo e torna real o espaço. Na gravidez, a percepção do corpo possibilita à mulher ir concebendo a existência do bebê, através dos movimentos fetais, das mudanças fisiológicas sentidas no seu corpo.

Ao mesmo tempo que a mulher sente medo e insegurança frente as mudanças no corpo e a possibilidade da perda do filho, a gestante consegue vislumbrar outras perspectivas com a gravidez, inclusive vir a ter uma expectativa positiva com relação a essa experiência. À medida que a gravidez avança, a mulher vai se acostumando com a situação de risco e vai ficando mais tranqüila. Todos os problemas advindos de uma situação de risco são recompensados pela oportunidade de ser mãe. Com isso, ela passa a aproveitar mais este momento, como mostrado nos fragmentos das falas:

[...] a vida da gente muda totalmente [...] só que o problema pra mim agora não é mais tão significante [...]. Apesar de ser uma gravidez de risco [...] tem a recompensa [...] **(Rose)**

[...] quando eu comecei a ter problema [...] foi muito difícil, agora eu vendo que não é aquela coisa que eu imaginava [...] tá sendo mais tranqüilo [...] eu tô tirando muito proveito desta experiência [...] aprendendo a sentir mais esta gravidez [...] **(Carmem)**

A percepção e o pensamento têm um sentido intrínseco para Merleau-Ponty. A percepção dos primeiros movimentos fetais, por exemplo, é um fenômeno muitas vezes responsável pela aceitação da gravidez. A mulher passa a sentir o feto como uma realidade efetiva, dentro de si, como um ser distinto dela e com vitalidade, mas que ao mesmo tempo necessita do seu corpo para lançar-se no mundo, para conseguir subsistir. O corpo da mãe passa a ser o seu ancoradouro no mundo.

O conhecimento ou habilidade obtido pela mulher ao vivenciar a experiência de uma gravidez de alto risco, como nos contam Rose e Carmem, pode vir a ser um exercício de crescimento e amadurecimento, representando neste momento a busca de novas estratégias e recursos adaptativos, os quais ela acredita que a tornarão apta a exercer o seu novo papel (o de mãe). A este trabalho de organização interna, a fim de que a mulher se acomode a algo novo, Morsch e Braga (2003) denominam de *elaboração*.

Rogers (1986, p.93) nos fala da existência de uma força vital dentro de nós mulheres, que nos ajuda a sobreviver ao pânico e que necessita ser despertada e resgatada por nós em alguns momentos difíceis que vivenciamos, e que pode nos parecer eternos: “[...] lembrar a você mesma que existe alguma perspectiva é importante, a idéia é ser benevolente e não punitiva para com você. Acredito que, se soubermos como viver em paz conosco mesmas, saberemos melhor como estar no mundo e em paz com os outros [...].” Outras vezes, a mulher pensa estar sendo castigada/punida com uma gravidez de alto risco, pelo fato de não ter planejado ser mãe por agora. Portanto, não se sente grávida, a gravidez, ao contrário, é tida como um incômodo para ela.

[...] eu penso assim [...] parece que vai ser um castigo [...] por não ter tido vontade de ter [...] eu não me sinto uma mulher grávida, eu me sinto incomodada [...] (**Maria das Dores**)

De acordo com Maldonado (2002), a livre expressão de sentimentos por parte da gestante pode ser terapêutica, pois nos permite controlar sentimentos básicos em relação a maternidade, tais como de insegurança, inferioridade e inadequação, e enfatiza o manejo da ambivalência afetiva, em suas várias expressões, com o objetivo de aliviar o sentimento de culpa e a crença na própria maldade interna, e na capacidade de destruição. E acredita poder ajudar a entender as dimensões polivalentes que compõem cada relação humana.

A instabilidade emocional e a fragilidade da gestante se deixam fluir através de palavras e de gestos, como demonstrou Oscarina durante sua entrevista. Com os olhos banhados em lágrimas e com a voz trêmula afirmou:

[...] Eu não sou essa manteiga, essa melança que eu tô [...] Eu sou uma pessoa alegre, extrovertida [...] forte [...] mas tem hora que a gente baqueia [...] a gestante fica tão sensível, tão boba, precisando de colo [...] (**Oscarina**).

Oscarina ao se sentir lábil e vulnerável frente ao diagnóstico de gravidez de alto risco, percebe que as transformações causadas pela gravidez vão além das mudanças no corpo físico, ela fala da carência afetiva que está vivenciando nesta fase da gestação e que, muitas vezes, se sente triste, desamparada, com medo de tudo e quando isso acontece, sente necessidade de conversar com alguém, “*sente necessidade de colo*”, como ela mesma relata.

Assim, este sujeito sai de si e passa a habitar um mundo de estranhamento, de incertezas, de fragilidades. O corpo outrora forte, seguro, alegre dá lugar a um corpo frágil, inseguro e triste, que necessita de amparo, carinho e proteção.

As mulheres falam de seus sentimentos quando se descobrem grávidas e na evolução da gravidez. No momento que sentem os movimentos do bebê em seu ventre, vivenciam um misto de prazer e tranquilidade, por outro lado sentem medo de perdê-lo.

[...] eu engravidei sem querer [...] fiquei muito triste [...] chocada [...] comecei com aquela depressão [...] eu falei [...] se eu perder no começo eu não importo não [...] enjoei muito, senti muita dor, não podia fazer nada [...] depois que o bebê foi mexendo [...] fui ficando mais tranqüila [...] porque é uma coisa que não foi desejada, mas que agora é muito desejada [...] aí veio o medo de perder [...]
(Maria das Dores)

[...] no começo eu não queria aceitar não [...] foi uma surpresa [...] porque [...] eu pus o DIU para não engravidar [...] mas depois que sabe [...] começa a ouvir o coraçõzinho [...] já passei a gostar [...] agora eu não quero é perder [...] porque a gente não quer perder, depois que tá a gente não quer perder [...]
(Maria José)

A concretização da gravidez ratificada pelos movimentos da criança provoca na mãe sensações de prazer, de amor, de propriedade. A rejeição presente anteriormente é substituída pelo amor materno que suplanta todas as dificuldades vivenciadas numa situação de alto risco. Assim, as mulheres buscam forças para dar continuidade à gravidez e ver realizar o grande sonho de ser mãe.

Soifer (1992) afirma que toda gravidez produz uma situação de maior ou menor conflito entre uma tentativa maternal e outra de rejeição (desejo e contra-desejo). O mecanismo de defesa mais útil para resolver o conflito é a negação.

A mulher, no processo de gestação, vivencia as mudanças para além do seu corpo físico e das suas expectativas. Num movimento único, de enraizamento e transcendência, que representa a ambigüidade, como descreve Merleau-Ponty (1971). Pode-se perceber que em alguns momentos a mulher sente medo de não se superar, experimenta uma sensação constante de tensão, que se alterna, se polariza e se mistura. Os medos lhe chegam através de imagens, movimentos que lhe trazem a percepção concreta do bebê. Por meio do toque, essas imagens podem ser sentidas e mesmo visíveis, como as imagens do ultra-som ou através de sonhos, sensações e pressentimentos, os quais, por não se poder percebê-los de modo mais concreto,

nem tocá-los, muitas vezes a gestante não consegue vislumbrar ou explicar tais medos e, por isso, lhes parecem ocultos. A este circuito, Madeira (1998, p.103) distingue como a vida de latência e a vida de manifestação.

Assim, o ser humano de acordo com Merleau-Ponty (2004), como ser situado é sempre um homem ambíguo, as coisas têm sempre mais de um sentido na sua compreensão, ele nunca está pronto e acabado em si mesmo e a sua existência nunca o excede, ele se faz na sua concretude. Para ele a ambigüidade faz parte da nossa existência. Experimentamos sentimentos ambíguos, que ora nos colocam em situações paralisantes, ora nos impulsionam na caminhada existencial.

A ambigüidade é, para este mesmo autor, um movimento unitário da existência humana, no sentido de ultrapassagem, porque o homem só se constitui sob laços de tensão, que unem e aproximam, ou que repelem e afastam. O homem em sua situação vivencial é capaz de achar bom, ruim, de sentir amor, ódio, prazer, desprazer, alegria e tristeza. Esses sentimentos existenciais podem, ao mesmo tempo, fechar o homem em seu existir ou abri-lo para novas perspectivas, segundo (MADEIRA,1998).

Os sentimentos vividos pela gestante de alto risco como, por exemplo, o medo, podem, ao mesmo tempo, impedir o conhecimento de si própria ou permitir que se embrenhe pelas sendas de seus medos, para ver o que está escondido lá e trazê-lo para fora, para a luz do sol. Não é fácil, porém, tal como os pesadelos, os medos se mostram diferentes à luz do dia. O desconhecido é sempre mais assustador do que o conhecido (ROGERS, 1986).

A solidão foi um outro sentimento que emergiu dos discursos dos sujeitos. As gestantes afirmam que as doenças afloradas durante a gravidez, tornando-a de alto risco, são provenientes dos conflitos familiares, da falta de diálogo, de se ter alguém para conversar, para lhes fazer companhia. Em especial, um companheiro. Buscam alternativas (substitutos) para preencher o vazio existencial.

[...] você não tem um carinho, não tem uma pessoa pra conversar [...] começa a ter um tipo de doença (diabetes gestacional), que você não entende [...] Eu acredito que eu tenho essa doença por causa [...] do conflito dentro de casa, brigas [...] problemas com o marido [...] eu não tenho a participação do meu marido [...] **(Inês)**

[...] Eu não tenho [...] um companheiro [...] uma pessoa que senta, conversa [...] então eu desconto a minha tristeza [...] a minha raiva é no cigarro [...]
(Oscarina)

Ao investigar a fonte do sentimento de solidão, Melaine Klein (1975) distingue o estar só (privado da companhia externa) do sentir-se só (estar só, mesmo cercado de gente) e acredita ser esse estado de solidão interna, resultado de um anseio, por uma disposição interna sempre perfeita e nunca atingível.

Corroborando, Merleau-Ponty (2004, p.50) afirma que não há vida em grupo que nos livre do peso de “nós mesmos”, que nos dispense de ter uma opinião, e não existe vida interior que não seja como uma experiência de nossas relações com o outro.

No seu significado simbólico, a gravidez muitas vezes pode representar para a mulher o preenchimento de um vazio como aparece no discurso de Marlene: “[...] *eu penso que a gravidez é o único remédio que vai fazer eu melhorar esta mágoa que eu sinto dentro de mim, esta tristeza né, de ser sozinha [...]*”. Para esta gestante o filho traz a chance de estabelecer uma relação amorosa com alguém, a demanda de cuidados do bebê aparece para Marlene, como a cura para esse sentimento de solidão que, no momento, ela vivencia. Portanto, o filho vem preencher um vazio existencial, dando sentido a sua vida.

Pode-se perceber na fala das gestantes que, algumas vezes, mesmo em companhia de alguém, mesmo recebendo atenção, se sentem sozinhas. Rogers (1986, p.68) diz que, “[...] a solidão não decorre do fato de não haver ninguém interessado em nós, mas da incapacidade de comunicar as coisas que nos parecem importantes [...]”.

O afeto pelo bebê e a capacidade de a mulher em abnegar-se de si mesma e de seus desejos em benefício do filho aparecem nos discursos como uma preocupação constante com o bem-estar e a saúde do mesmo, caracterizando assim o sentimento de superproteção e abnegação da mãe.

[...] eu tô preocupada é comigo [...] o que não podia ser, eu tenho que preocupar é com ela [...] é o papel de uma mãe [...]. **(Maria das Dores)**

[...] porque enquanto o problema é na gente [...] a gente não fica tão preocupada, mas na hora que fala que é seu filho [...] choro [...] o maior amor do mundo é o de mãe que dá e não quer nada em troca [...] **(Inês)**

Além da capacidade de desprendimento em prol do filho, como um sentimento materno intrínseco, a percepção das mulheres entrevistadas retrata, ainda que de forma velada, uma visão sobre a questão de gênero. Maria das Dores, quando fala “*que o papel de uma mãe é preocupar-se com o filho*” parece-me obedecer a um papel definido, ou seja, preestabelecido por nossa sociedade do que seja o papel da mulher na nossa cultura.

Segundo Vieira (2004, p.94), essa adequação ao papel do que é ser feminina, definida pelas mulheres como “ser mãe para ser inteira” tem uma força na subjetividade das mulheres, as quais, apesar de inseridas em uma sociedade que luta pela igualdade de poder entre homens e mulheres, na hora de mudarem do status de mulher para o de mãe, a posição de mãe tem um peso maior na hierarquia social, em detrimento do papel de mulher.

O sentimento de afeto expresso por estas mães em relação ao bebê e a manifestação de serem capazes de colocar as necessidades do filho acima de seus próprios interesses vem ao encontro das observações acerca do amor materno, descritas por Fromm (1995, p.65): “[...] por seu caráter altruísta e abnegado é que o amor de mãe tem sido considerado o mais sagrado de todos os laços emocionais [...] o amor materno é incondicional, tudo protege, tudo envolve [...]].”

Ao contrário do que Inês explicita, no seu depoimento, Badinter (1985) acredita que o amor materno é um comportamento aprendido socialmente, sendo, portanto, variável conforme a época e os costumes. E que por ser subordinado a diversas condições é um sentimento indeterminado que deixa dúvidas, é inconstante, débil e vulnerável e que, por essas características imprecisas, torna-se difícil de ser comprovado nas atitudes maternas.

A despeito de toda ansiedade e preocupações vivenciadas pelas mulheres entrevistadas, pude perceber, nos seus relatos, que a condição de alto risco não impede que a gestante tenha alegria e satisfação com a gravidez e nutre esperança de que a gravidez tenha uma evolução satisfatória e um final feliz.

[...] Apesar de ser uma gravidez de risco [...] não tem coisa melhor que está grávida não [...] **(Rose)**

[...] tá sendo uma peleja [...] mas tá bom, tá chegando no final. [...] eu não vou morrer na praia agora [...] eu não [...] nadei tanto pra morrer agora no final [...] **(Oscarina)**

[...] Se Deus quiser vai dar certinho [...] cada noite que eu acordo e vejo que tá tudo bem já é uma vitória [...]. Quando fiquei sabendo que é uma menina eu escolhi o nome de A.C. [...] ela tá vindo dar claridade pra mim [...] porque o que eu passei foi bem dizer uma escuridão [...] o medo pra mim é uma escuridão. [...] **(Maria José)**

Rose, Oscarina e Maria José conseguem materializar, através de suas falas, a capacidade da mulher de se remontar mentalmente, ou seja, de se conduzir de um lugar para outro, de ter um novo olhar sobre o mesmo fenômeno por ela vivenciado (a gravidez de alto risco). Essa habilidade do sujeito de se transpor é compreendida por Merleau-Ponty como a experiência perceptiva, onde há sempre uma abertura, uma infinidade de perspectivas diferentes, uma visão para mil olhares: “[...] a percepção pode ser feita de qualquer lugar, sem ser encerrada na sua perspectiva [...]” (MERLEAU-PONTY, 1971, p.82). E Maria José consegue fazer de uma forma simples, mas com extrema sensibilidade, essa transposição simbólica, quando diz ter conseguido se transportar da escuridão, da sombra do medo, para a claridade, para a luz, para a vida. Passando a ter esperança, com a percepção concreta da existência da filha em seu ventre materno. Portanto, vê na filha a luz para seus dias de trevas.

A esperança parece ser reforçada pela confiança em Deus, como se pode perceber na fala da gestante “*se Deus quiser vai dar certinho*”. A mulher demonstra acreditar num amor supremo, onipotente. A fé aparece neste momento, como um princípio orientador do pensamento e da ação. De início, a gestante manifesta uma idéia aparentemente imatura de “Deus como uma força exterior”, depositando, muitas vezes, seu destino nas mãos Dele, talvez por se sentir desamparada e fragilizada.

No entanto, mais tarde quando se refere às suas perspectivas positivas com relação a gravidez, parece avançar, no sentido de incorporar para si mesma, os princípios de amor e de justiça. Por se sentir mais segura, é capaz de desenvolver um sentimento de competência e maturidade, como descreve Fromm (1995): “[...] a mãe deve ter fé na vida, não ficando

portanto, excessivamente ansiosa [...] passando a se referir a Deus, num sentido mais poético e simbólico.

A experiência de Maria José nos ensina que, para a mulher conseguir superar o medo, ela precisa de tempo. É aos poucos que o escuro se torna claro, como afirma sabiamente Guimarães Rosa (1978).

Assim, o enovelado da gravidez de alto risco vai se desfazendo e anunciando o desfecho final, também povoado de sentimentos que se imiscuem entre a luz e a escuridão.

4.2 Vivenciando as expectativas do parto: entre a luz e a escuridão

Esta categoria mostra as expectativas da mulher com a proximidade do parto e com o desfecho da gravidez. Em meio à incerteza e diante de uma situação permeada pelo medo e ansiedade, que se fazem sentir de forma veemente neste momento, a gestante vivencia um período de instabilidade. Aparece explícito na sua fala o desconhecimento de como será o parto, como será o bebê, o temor consciente ou não à morte no parto, o medo da dor, o receio da prematuridade, e o medo de que o bebê venha a nascer com alguma deformidade, caracterizando assim os temas de análise que compõem esta categoria.

Ao caminhar na direção da compreensão das mulheres que vivenciam uma gravidez de alto risco, o que pude perceber durante as entrevistas e o que aparece bem visível na fala das gestantes é que as mudanças que acontecem na gravidez se manifestam de uma forma impetuosa e inconstante e tendem a aumentar o medo, a ansiedade e as dúvidas da gestante com a proximidade do parto.

A gestante fica na expectativa, aguardando o desfecho da gravidez, numa espera quase sempre angustiante, fundada em suposições, probabilidades, promessas e esperanças. A mulher vivencia nessa fase, uma situação constante de tensão, se sente vulnerável, e embora tenda a esperar pelo que deseja, sente medo do inesperado, como nos dizem Carmem e Irani nos seus discursos:

[...] chegando no último mês [...] cê já fica com a cabeça a mil [...] ansiosa [...] insegura se o neném tá bem [...] porque a gente acha que tudo vai dar certo [...] e não é bem assim [...] **(Carmem)**

[...] agora que tá ficando perto deu ganhar, né, eu fico mais ansiosa [...] contando os minutos no dedo, os dias [...] a gente fica tensa [...] com medo de alguma coisa dar errado, né [...] **(Irani)**

Os sentimentos experimentados pela gestante transformam o tempo (cronológico) que falta para o desfecho final da gravidez em uma espera infundável. É o que Merleau-Ponty chama de *temporalidade existencial*, ou seja, passado e futuro se fundem no presente, e este é vivido intensamente pelos sentimentos que rondam a existência do homem. Por isso, as gestantes contam os dias, as horas, os minutos até a chegada do parto.

Segundo Santos e Silva (2007), o parto é um processo abrupto que rapidamente introduz mudanças intensas e sofre a influência de diversos fatores, concomitantemente como: história pessoal, contexto sociocultural, nível de informação a respeito do parto, características da personalidade, assim como a maneira pela qual o bebê e a gravidez são simbolizados pela mãe e a qualidade da assistência na vivência da gravidez e do parto. Estas mesmas autoras consideram o parto como um verdadeiro processo capaz de converter toda a experiência vivida pela mulher até então, expressando-a no corpo, neste momento, e por isso o parto tem características multideterminadas.

Como já se sabe e é bem lembrado na fala de Carmem, “*com a chegada do último mês*”, ou seja, no terceiro trimestre da gestação, intensificam-se as modificações fisiológicas no corpo da mulher grávida: o feto tende a ganhar peso e a desenvolver-se de forma mais acentuada, as contrações fisiológicas aumentam e o corpo da mulher tem que se adaptar a estas mudanças para manter seu equilíbrio e estabilidade.

Soifer (1992), ao pesquisar a origem do medo na percepção da gestante, com suas projeções e distorções, observa que este é um sentimento comum a todas as mulheres, e que se encontra situado, em grande parte, no temor ao filho em si. Para esta autora, o bebê aparece para a gestante como um desconhecido, cujas características e forma são uma incógnita, e que agora, na segunda metade da gravidez, com o útero já desenvolvido, a presença do bebê se torna mais visível e adquire características de fato, concretas.

Num mundo aparentemente obscuro para a mãe, que é o espaço intra-uterino, o que se observa é que o desconhecimento parece aflorar a imaginação da mulher. A impressão causada pela percepção dos primeiros movimentos do bebê e o ventre crescido facultam-lhe a capacidade de imaginar como é o bebê e o que ele sente, ao vivenciar uma situação de alto risco.

Maria das Dores e Rosa retratam, por meio de suas falas, a concepção de que mãe e filho é uma coisa só, supõem que o feto reage e sente tudo, exatamente como elas sentem. Mãe e filho se doam em um encontro intersubjetivo. A mãe passa a se policiar o tempo todo, caso tenha uma atitude considerada por ela como errada, poderá prejudicar a saúde do filho. Assim, vive em constante vigília em relação a seus hábitos de vida. Vive intencionalmente para o filho, já que como está inserido em seu útero, tem o dever e a obrigação de zelar por ele, como ratificado nos fragmentos das falas:

[...] eu penso assim, se igual pra mim, tá doendo, se dói pra criança, se ela sente igual eu sinto [...] tudo que você sente, que você faz é pensando no bebê [...] eu não sei se vai prejudicar o neném [...] não sei se ele tá bem lá dentro [...] qualquer atitude que a gente toma aqui fora reflete nele [...] depende muito da gente [...] **(Maria das Dores)**

[...] cuidar dele porque tá dentro da gente [...] **(Rosa)**

Depois de adentrar na fala destas mães, posso dizer que a gestante percebe o corpo do filho como imbricado ao seu corpo próprio. Processo este que se dá de forma incessante, enlaçando um ao outro. Estas três unidades aparentemente distintas entre si (corpo próprio - corpo do outro - mundo percebido) se constituem num único elemento mais complexo que é o corpo existencial, segundo Merleau-Ponty (1971).

Maldonado (2002, p.94) exemplifica, através do relato de uma mãe, a dificuldade da mulher em reconhecer o filho como diferenciado de si mesma: “[...] dá a impressão de que ele e eu somos uma coisa só, às vezes sinto que eu sou ele, reajo como ele, e às vezes que ele é eu, sente tudo exatamente como eu sinto [...]”. A esta relação estreita entre a mãe e o bebê, a mesma autora denomina de *ligação simbiótica*.

Essa ligação simbiótica acontece porque meu corpo percebe o corpo do outro como uma continuidade dos meus propósitos e desejos. Ao conviver com o filho, de uma forma tão

próxima e tão íntima, como na relação mãe/filho/mundo, as partes do seu corpo e do corpo do outro (neste caso do feto) estão dispostas como o interior e o exterior de um elemento único, de um todo, do qual fica difícil separar as partes, segundo Merleau-Ponty (1971, p.357). E é assim, nesta dualidade corpo a corpo, que se inicia a relação mãe/filho, estruturada sobre elementos da realidade e das fantasias da mulher, vivenciadas antes e após o desenvolvimento. Esse relacionamento adquirido é denominado por Nóbrega (2005) como *apego materno ao feto*, e é representativo no processo de adaptação da mãe ao seu bebê.

Para Nóbrega (2005, p.47), “[...] antes e durante a gestação, já estão presentes as fantasias em relação ao bebê e a si mesma como mãe. Podemos compreender o nascimento como o momento em que ocorre a relação com o bebê real e não mais com o bebê imaginário existente antes [...]”.

Segundo Vachod e Santos (1996), a gestante de alto risco percebe o feto de várias maneiras: como vida, possibilidade de morte, amor, dificuldades e como algo estranho (que representa o medo do desconhecido).

Nesta relação mãe/filho o papel do corpo é possibilitar esta metamorfose, ele transforma as idéias concebidas na imaginação em coisas. Assim a mãe exprime sentimentos com relação ao feto de acordo com as características que são próprias ao bebê real e imaginário. Esta capacidade de atribuir idéias de personificação do bebê transparece na fala de Rose quando ela diz:

[...] agora eu só penso no nascimento dele [...] fico imaginando como é que ele vai ser [...] gordinho [...] pequenininho [...]. Agora é só esperar a vinda do neném [...]. **(Rose)**

Na concepção de Merleau-Ponty (2004), o corpo pode simbolizar a própria existência, ou seja, como ele assevera, o corpo é a possibilidade para a existência sair de si mesma, de se fazer obscura e inerte e sujeita a experimentar sensações e emoções. Quando Rose representa na sua imaginação como será o bebê, ela experimenta uma sensação que lhe é bem peculiar, seu corpo é, neste instante, o lugar onde subsiste a própria existência.

Por meio de gestos e atitudes demonstrados pela gestante durante as entrevistas e nos grupos, pude perceber que essas sensações e percepções sobre o bebê parecem favorecer respostas

maternas positivas, como: conversar com o bebê, brincar, tocar a barriga. Esses momentos de intimidade da mãe com o feto estreitam a relação entre eles e permite que a mãe comece a identificar o filho como um ser independente dela.

Pode-se observar uma semelhança entre essas reações maternas e a experiência do corpo, que é explicada por Merleau-Ponty como a capacidade do corpo de se perceber e refletir, “ver e sentir”, por meio de uma experiência sensível e não simplesmente através da consciência (GONÇALVES, 1994, p.68).

Quando a gestante se refere ao parto, percebe-se, nas entrelinhas do seu discurso, que mais uma vez o imaginário coloca-se defronte o real, na sua concepção. As mulheres demonstram nas suas falas ter diversas razões para tomarem como incerta a vivência do momento do parto, este ainda lhes aparece como uma incógnita. Quase todas as mulheres entrevistadas relatam sentimentos de medo em relação ao parto e de insegurança quanto à vitalidade do bebê.

[...] eu tenho medo [...] de dar algum problema [...] na hora do parto é o xis [...] a gente não sabe o que pode acontecer [...] se o neném [...] vai nascer perfeitoinho [...] (**Carmem**)

[...] a gente fica na expectativa [...] medo do bebê não nascer [...] (**Rosa**)

Quando Carmem diz “*o parto é o xis*”, ela faz uma reflexão subjetiva acerca da situação vivenciada por ela, representando por meio de simbologia a incógnita que o momento do parto pode lhe evocar. Este símbolo por ela utilizado pode indicar tanto oposição, antítese, quanto eliminação, cancelamento ou anulação de algo. Ela parece retratar com a letra x (xis) o que lhe é desconhecido e, por não saber, pode se tornar neste momento um problema, com uma dimensão tão grande que pode vir a anular seus desejos e perspectivas.

Mesmo tendo-se evidências de que muitas mulheres de alto risco têm um curso normal na evolução do parto, e que algumas gestantes, tidas como de risco habitual, podem passar gradualmente para o alto risco, o que se observa é que há uma tendência da gestante ver o parto sempre como uma situação de vulnerabilidade e perigo. Daí se faz necessário, quase obrigatoriamente, o uso de tecnologias, de medicamentos e de intervenção que pode chegar a ser trágica como: ter que decidir entre a vida da mãe e a do bebê. E é o que podemos ratificar nos discursos de Maria de Jesus e Oscarina:

[...] a gente fica com medo de estar correndo risco [...] tendo de escolher durante o parto ou o bebê ou a gestante [...] (**Maria de Jesus**)

[...] eu tenho medo de acontecer alguma coisa [...] alguma complicação no parto [...] ter de escolher entre eu e ela [...] (**Oscarina**)

Brüggemann (2001) acredita que o medo, a ansiedade e as expectativas têm origem nas experiências vividas anteriormente pela mulher e nas informações recebidas. De modo que, ao entrar na maternidade, a mulher já tem uma idéia preconcebida de como desencadeia o processo do parto e de como será atendida e quais as dificuldades que terá que enfrentar.

Ao manifestar a forma como vê e deseja o parto, em algumas falas aparece de forma explícita a preocupação com a via do parto, mostrada nos fragmentos dos discursos:

[...] Eu fico pensando [...] que vai chegando na hora de ganhar [...] não sabe se vai ser normal [...] se vai ser cesárea [...] (**Mercedes**)

[...] Eu não sei [...] se o meu parto vai [...] ser [...] normal, se vai ter que ser uma cesárea [...] (**Elizete**)

Outras vezes, aparece implícito na fala da gestante, como podemos perceber nos discursos de Mercedes e Elizete, a convicção de que o diagnóstico de gravidez de alto risco possa vir a interferir ou ser um determinante na escolha da via de parto. Já é fato bastante conhecido e estudado que os níveis de cesariana não se relacionam efetivamente com a prevalência de condições patológicas na população de risco, as quais poderiam explicar sua indicação. A prevalência de cesárea está muito mais relacionada ao nível de renda da mulher, que a situação patológica propriamente dita (BRASIL, 2001).

Segundo Tedesco *et al.* (2004), a escolha da via de parto motiva grande discussão clínica, só que de maneira geral a gestante não participa dessa discussão, sendo, quando muito, informada sobre a decisão médica. O que se observa é que na rotina dos serviços de saúde não se dá a devida importância à opinião da mulher sobre a conduta a ser adotada, nem se tem estudos representativos que associem a sua aceitação sobre a via de parto aos resultados perinatais obtidos.

Na maioria das instituições, o que se observa são normas e rotinas pouco flexíveis, onde a autonomia e a liberdade de escolha da mulher, na prática, acabam sendo tolhidas. A gestante é levada a pensar e a agir como convém ao sistema vigente e recebe, o tempo todo, informações sobre os riscos que envolvem a gravidez e o parto, o que, conseqüentemente, leva a mulher a ficar com medo e acuada.

Para Hotimsky et al.(2002), a aparente liberdade de escolha outorgada a mulher, como por exemplo, na cesárea a pedido, é muitas vezes, acompanhada da falta de informações sobre os riscos envolvidos nos procedimentos relacionados ao parto e nascimento

Sendo assim, não nos surpreende, que as mulheres introjetem a cesárea como a melhor forma de dar à luz, buscando parto sem medo, sem risco e sem dor. Essa modalidade de parto se tornou hoje um signo de segurança para a mulher, que na tentativa de garantir o alívio da dor, entrega-se a intervenções sugeridas pelo médico e assume incondicional e passivamente o papel de doente (RATTNER e TRENCH, 2005).

Irani e Vera deixam emergir nos seus discursos, além da preocupação com o desfecho do parto, um elemento substancial, aquele que independentemente das circunstâncias sempre estará presente, mesmo que de forma invisível, embora sensível e latente na vivência do parto, que é reconhecido por Machado (2005) como “o medo da despedida” que o parto estabelece, a distância física que ele inaugura, permitindo, assim, a mãe ver o filho enquanto outro.

[...] não sei se eu vou conseguir ter o filho [...] eu tô com medo na hora que o menino nascer [...] (**Irani**)

[...] eu tô com medo [...] de na hora do parto [...] entrar em depressão e meu filho ficar no hospital [...] de não poder amamentar [...] e é a coisa que eu mais queria [...] (**Vera**)

Conforme ainda Machado (2005), o parto e nascimento de um filho proporcionam simultaneamente um encontro e uma despedida. Esta separação é para a mãe como uma dor antiga que lateja, de perda, de morte. Vera retrata essa dor quando diz: “*e meu filho ficar no hospital*”. Ficar na percepção desta mãe significa: “fora de mim”, “longe”, deixando uma sensação de vazio, de corte existencial.

É como se o parto fizesse reaparecer todo o medo e a ansiedade latentes, e com a perda do estado grávidico desaparecessem fantasias e sonhos a respeito do bebê, o medo da perda do filho, a sensação de esvaziamento, o sentimento de aprisionamento, o medo de não conseguir amamentar, de não ser boa mãe, tudo isso é revivido no momento do nascimento do filho e mobiliza a mulher em toda a sua subjetividade.

Outra preocupação que é inerente a qualquer gestação, e que se acentua no final da gravidez com a proximidade do parto é a ansiedade em relação à presença de alguma deformidade no bebê, segundo as gestantes. O momento do parto, por trazer consigo o desconhecido, o incontrolável e permitir que a mulher se depare com o bebê real, parece ser conclusivo, para que a mãe confirme ou não as suas suposições e expectativas em relação ao bebê. Esse medo é desvelado nos discursos de Maria de Jesus, Mercedes e Carmem:

[...] a gente fica com medo do bebê ficar imperfeito ou de estar correndo risco
[...] **(Maria de Jesus)**

[...] tenho medo do bebê sofrer alguma coisa [...] não desenvolver direito
(Mercedes)

[...] a gente fica insegura se o neném tá bem [...] se vai nascer perfeitinho [...]
(Carmem)

Segundo Maldonado (2002), o medo de ter um filho com alguma deficiência é comum a todas as mulheres. E essa ansiedade de estar carregando um bebê não saudável é manifestada por meio de fantasias conscientes ou não em relação ao bebê e a si própria, e comumente pode representar o temor de que a hostilidade e a agressividade componentes da ambivalência destrua o feto.

Durante a consulta de pré-natal ou nas vivências em grupo com as gestantes, dificilmente a mulher ou o companheiro expressam nas suas falas sobre o temor à malformação. Ávila (1999) relata que, muitas vezes, a mulher esconde este sentimento negativo em relação à gravidez, por acreditar que falar do medo da deformidade do bebê seria pior e poderia atrair coisas negativas ou opta por calar-se por não encontrar espaço ou permissão para dizer livremente o que a aflige, tendo que fingir que não sente medo.

Quase na mesma proporção que o medo do bebê disforme, a mulher sente medo de o bebê nascer prematuramente, ou seja, antes dos nove meses, como é explicitado na fala de Rosa e Geni, ambos os medos, simultaneamente, afligem duplamente a mulher:

[...] a gente fica com medo [...] do bebê ter alguma deformidade [...] não chegar aos nove meses [...] **(Rosa)**

[...] a gente fica com medo de alguma coisa dar errada, né [...] do neném vir com problema [...] de tirar antes dos 9 meses [...] **(Geni)**

Martinez (2006), no seu estudo sobre o vínculo entre pais e bebês prematuros, constata que normalmente a mãe, ao conversar com a enfermeira, refere sentimento de culpa por ter tido infecção durante a gestação e por ter um filho nascido prematuro. Isso se deve ao fato de que a mãe imagina sempre ter um filho perfeito, saudável, a termo e poder estar com seu filho em casa, em seguida ao seu nascimento. E continua expondo as suas considerações acerca desta interação mãe/filho, dizendo que a mãe sente medo do bebê prematuro, por este ser muito pequeno e por isso tem medo de tocá-lo, acreditando que ele pode “romper”, além do que demanda muito mais cuidados.

Para Merleau-Ponty (1971, p.94), “[...] o fato de recusarmos a mutilação ou a deficiência, é porque somos seres engajados num certo mundo físico e inter-humano, portanto negamos de forma implícita o que é contrário ao nosso desejo ou se opõe ao movimento natural das coisas no mundo [...]”. Ao transpor esse pressuposto teórico para a vivência da gestante de alto risco, o que se evidencia é que a gestante se vê tão empenhada nesta experiência que a idéia de um bebê não saudável ou de um corpo doente lhe é totalmente avessa à sua inerência, ou seja, ela está por natureza inseparavelmente ligada ao seu bebê e por isso lhe é difícil conviver com a patologia e com a possibilidade de perda.

Quando a mulher vivencia uma relação mútua com o outro, como no momento da gravidez e do parto, ela vive esta situação num mundo onde estão suas lembranças, seus projetos, seus desejos. Nesse instante, ela pode estender-se para além do seu corpo, pode lançar-se num prazer ou numa dor e reservar para si o que tem de mais íntimo e o que muitas vezes não pode revelar. (MERLEAU-PONTY, 1971)

Acredito que a mulher, ao vislumbrar o parto, o faz de corpo e alma, por inteiro, não há limites exteriores nesse instante, como nos quis dizer este mesmo teórico anteriormente citado: “[...] a forma e o conteúdo, o que se diz e a maneira pela qual se diz não podem existir separadamente [...]” (MERLEAU-PONTY, 2004, p.63). Ela está totalmente grávida, cheia de dúvidas e expectativas, por isso é preciso compreender, respeitar e cuidar deste momento.

4.3 Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de alto risco

Na busca da compreensão do fenômeno em estudo, esta categoria procura retratar como se dá a relação entre os profissionais de saúde e as gestantes; como a mulher recebe o diagnóstico de gravidez de alto risco, tendo muitas vezes que aderir ao tratamento prescrito e aos novos hábitos de vida advindos da sua condição de risco; quais são suas reais necessidades, e como concebe as orientações e os cuidados disponibilizados por uma equipe multiprofissional, na atenção ao pré-natal de alto risco.

Para adentrar nesta vivência complexa, em que as gestantes e a equipe convivem com as dificuldades do dia-a-dia dos serviços de saúde, fazendo o que lhes é possível para alcançar seus objetivos e contornar os problemas que aparecem, torna-se necessário conhecer como se dá a interação gestante/equipe interdisciplinar.

Desvendar o real na assistência às gestantes em todo o seu contexto não é uma tarefa fácil, de acordo com Silva (2002) e esta dificuldade se deve a escassez de literatura específica referente ao tema comunicação entre os membros da equipe de saúde e as gestantes, e ao número limitado de locais onde a assistência à gestante seja desenvolvida por uma equipe multiprofissional.

Como é sabido, normalmente o primeiro contato da gestante com a equipe de saúde acontece no momento da confirmação da gravidez. E segundo preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), o diagnóstico de gravidez e a captação da gestante para a primeira consulta devem ser feitos o mais precoce possível, preferencialmente antes da mulher completar as primeiras doze semanas de gestação.

O que se pode perceber, por meio das falas das mulheres, é que, frente a um diagnóstico de gravidez de alto risco, a maioria delas expressa sentimento de ambivalência em relação à gravidez. Muitas gestantes dizem que não planejavam uma gravidez agora, outras não desejavam nem mesmo ter filhos e outras se vêm despreparadas, ou se sentem envergonhadas por causa da idade avançada, na percepção delas. Em geral, todas as mulheres se dizem surpresas com o diagnóstico e, ao mesmo tempo, assombradas com a detecção de risco gestacional.

Marlene exprime, no seu discurso, sentimento de rejeição e sofrimento, ao saber do diagnóstico de risco. Só passou a acreditar que estava grávida após observar os movimentos do filho através da ultrassonografia.

[...] no começo, quando eu fiquei sabendo [...] que eu tava grávida [...] e que era de risco [...] eu fiquei muito transtornada [...] me senti muito isolada [...] eu sofri muito [...] falava que eu não queria [...] minha ficha não caía [...] Enquanto eu não fiz o primeiro ultra-som e vi ela mexendo eu não acreditei [...] **(Marlene)**

Já Vera relata a dificuldade inicial em acreditar no diagnóstico de gravidez, se diz surpresa por causa da idade e se vê correndo risco por causa do uso de medicamentos.

[...] na hora que eu fiz o exame [...] deu positivo [...] eu não quis acreditar pela minha idade [...] depois de 15 anos [...] ainda tomando [...] esses remédios [...] **(Vera)**

Maria se mostra surpresa com a gravidez gemelar. Achou que seria tudo normal como das outras vezes. Ao saber do diagnóstico de alto risco, sentiu-se revoltada, sem perspectivas, arrependeu-se de ter engravidado. Por outro lado, Irani ao tomar conhecimento da sua situação, e da impossibilidade de ser acompanhada em sua cidade, sente-se sem rumo na vida, e é obrigada a interromper seus projetos de vida.

[...] me surpreendeu por ser dois [...] eu fiquei meio chocada, né, porque com as outras correu tudo bem [...] então eu achei que ia ser normal [...] chorava muito [...] fiquei sem rumo [...] revoltada [...] arrependi de ter engravidado **(Maria)**

[...] de repente o médico fala assim, sua gravidez é de alto risco [...] a gente não pode tratar de você aqui [...] bate aquela coisa [...] tive que sair do meu serviço [...] larguei tudo [...] **(Irani)**

Segundo Montgomery (1997), mesmo quando desejada a gravidez, ainda é um sacrifício, se for indesejada torna-se um horror, um sacrifício complicado, acompanhado quase sempre de sofrimento, como explicita Marlene em seu discurso: “*eu sofri muito*”.

Como no primeiro trimestre da gravidez o feto ainda não é concretamente percebido e as mudanças no corpo são ainda sutis, os sentimentos que aparecem são os de dúvida e ambivalência entre estar ou não grávida. Segundo Maldonado (2002), mesmo após a confirmação clínica, os sentimentos trazidos à tona com uma afirmativa positiva se mesclam, ora são de alegria, prazer, ora de apreensão, irrealidade ou mesmo rejeição.

Na atenção à gestante, a equipe de saúde também deve participar dessa ambigüidade. As orientações educativas devem visar à mulher como ela é e como deve ser, com uma visão de sujeito concreta, existencial e histórica. Sem esta percepção, as práticas educativas se tornam um formalismo vazio e carente de sentido prático. Nessa perspectiva transformadora o reconhecimento da sensibilidade é fundamental no ato educativo, pois dela é que emerge a força que impulsiona a ação humana, segundo (GONÇALVES,1994).

A educação é, na percepção de Zampiere (2001), um dos principais componentes do cuidado com a gestante e parturiente em todas as suas instâncias. Representa, segundo a autora, a promoção da saúde e a prevenção de doenças. É o suporte para a compreensão do processo de gestação e dos riscos, podendo ser um instrumento de capacitação e de socialização dos conhecimentos.

Segundo o Grupo de Estudos sobre Nascimento e Parto (GENP), no Brasil a assistência que vem sendo prestada à gestação, ao parto e ao nascimento inspirou-se no paradigma americano. E seguindo este modelo, vem sendo incorporada há aproximadamente 35 anos, a concepção de risco obstétrico à assistência. A partir de então as gestações passaram a ser classificadas em alto, médio e baixo risco e, conseqüentemente, na atualidade, não há gestação sem risco (RATTNER e TRENCH, 2005).

O que se observa é que esta ênfase, que tem sido dada ao risco na gravidez, repercute na gestante, como podemos ver na fala de Gabriela: “[...] *era assustador [...] palavra alto risco assusta [...] fiquei muito nervosa [...]*”. Se pensarmos na variedade de sentidos (até mesmo em um sentido pejorativo) que podem ser atribuídos à palavra risco (complicação, alteração, anormalidade, evolução desfavorável), se torna mais fácil compreender o medo de Gabriela e a ambigüidade de sentimentos que o diagnóstico de risco pode evocar na mulher.

Na verdade, os adjetivos utilizados, associados à palavra risco dão conotação de verticalidade, alto/baixo risco. Estes, segundo Castiel (2004), se baseiam no conceito metafórico mais/menos, em cima/embaixo, uma representação apenas visual e quantitativa do risco, dando a idéia de um empilhamento.

O próprio Ministério da Saúde vem concebendo os fatores de risco, numa maior amplitude, de modo que a ausência de assistência pré-natal, por si mesma, já deve ser considerada um fator de risco para a gestante e o bebê (BRASIL, 2006).

Obviamente, a eminência de risco de vida é o principal objetivo da atenção da equipe de saúde. No entanto, compreender a situação de crise da cliente (gestante) como algo que se estende para além do físico, psicológico e social, de acordo com Simões *et al.* (2007), possibilita, sem dúvidas, recursos mais interativos à equipe, o que otimizará o trabalho e permitirá que a cliente se sinta parte integrante de um processo saúde-doença humanizado.

Gabriela, Maria de Jesus e Maria iniciam seus depoimentos se queixando da falta de orientação. Segundo estas gestantes, as informações recebidas na unidade de saúde de origem são escassas, contraditórias e pouco esclarecedoras, sendo referenciadas para o pré-natal de alto risco, sem conhecerem o real motivo deste encaminhamento. Por outro lado, ao serem admitidas e atendidas na unidade de referência para alto risco, a primeira impressão causada pelo diagnóstico de risco é atenuada com as informações recebidas pelos profissionais de saúde, as quais conseguem minimizar a ansiedade e o medo causados pelo impacto do diagnóstico de alto risco.

[...] ninguém explicou direito [...] tive que vir pro lado de cá, pro alto risco [...] aqui conversei com a assistente social [...] aí que ela me explicou [...] já fiquei mais tranqüila, né, porque alto risco assim, a gente pensa um monte de coisa [...] (Maria)

[...] o médico não esclareceu muito quais os riscos [...] aí depois que eu comecei a vir aqui, foi esclarecendo [...] (**Gabriela**)

[...] eu tive de sair de um lugar onde todas as mulheres estavam fazendo o pré-natal [...] porque a médica do posto disse [...] você não tem condições para ficar fazendo pré-natal normal [...] requer um pouco mais de cuidado de dedicação, mais seriedade nos exames [...] (**Maria de Jesus**)

Quando Maria fala “*ninguém explicou direito*”, ela quer dizer que nenhum profissional de saúde consegue realmente prestar-lhe o cuidado na sua plenitude, embora tenham lhe orientado, ficaram muitas dúvidas e, conseqüentemente, medo da situação.

O que se pode perceber nas falas das mulheres é que, por um lado as gestantes chegam ao pré-natal de alto risco sem informações adequadas acerca da gravidez e de sua condição de risco e, por outro lado idéias pré-concebidas do risco fazem parte do imaginário feminino, que, muitas vezes, considera o risco como uma coisa grave, trágica, associado quase sempre a coisa ruim, negativa, e que pode tomar proporções enormes, como aparece explícito nos seus discursos:

[...] Eu não tenho nem palavras pra falar [...] tem hora que eu penso [...] risco só vem coisa ruim [...] negativa [...] na minha cabeça [...] É um bicho de sete cabeças [...] (**Marlene**)

[...] Eu imaginava que [...] risco seria uma coisa baseada mais ou menos em tragédia [...] que numa gravidez de risco você ou seu bebê tem um problema grave [...] (**Maria de Jesus**)

Oosterbaan e Costa (1995), em um estudo antropológico sobre o que as mulheres sabem sobre risco, enfatizam a importância de incluir nas práticas educativas os valores culturais e crenças religiosas de uma comunidade, no que diz respeito ao acompanhamento pré-natal e aos cuidados no parto que tendem a se sobreporem aos preconceitos e conhecimentos errôneos que podem ser, em larga escala, prejudiciais à mulher e seu bebê.

Segundo Delfino *et al.* (2004), as ações de saúde não propiciam um acolhimento às ansiedades, às queixas e temores associados culturalmente à gestação. Dessa forma, a gestação é conduzida pelos profissionais de saúde de modo intervencionista, tornando a assistência e as atividades educativas fragmentadas, sem que a realidade da mulher gestante seja tratada na sua individualidade.

Ao adentrar os discursos das mulheres, pude perceber que a gestante de alto risco demonstra, por meio de sua fala, conhecer as complicações que podem se suceder em consequência ao não cumprimento das recomendações da equipe de saúde. Mas, encontram dificuldades de seguir as orientações e restrições que lhes são impostas, como mesmo afirmam, “*seguir regras*”. Regras normalmente são ditadas e transmitidas de uma forma verticalizada. Talvez seja por isso que elas resistem em aceitá-las.

[...] tem que ter todos aqueles cuidados [...] não posso engordar [...] tenho que tomar remédio [...] minha pressão não pode aumentar [...] não posso pegar peso e eu tô pegando [...] (**Irani**)

[...] antes [...] tudo que o médico me indicava pra não fazer eu fazia [...] agora o que eu mais quero é chegar até o final desta gravidez e minha filha com saúde [...] eu sigo a risca o que o médico fala [...] fico com medo de tá perdendo líquido [...] e de ficar internada [...] eu tô fazendo o que tenho [...] de fazer de tudo pra segurar este neném [...] (**Maria das Dores**)

[...] eu não era de seguir regras [...] de ir ao médico [...] não era de tomar remédio direito [...] (**Maria**)

As gestantes afirmam encontrar dificuldades em efetivar, na sua rotina diária, os cuidados e orientações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Irani diz: “*não posso pegar peso e eu tô pegando*”. Já Maria das Dores cumpre com rigor todas as recomendações médicas e diz acreditar que essa mudança de comportamento e atitudes é devido ao medo da hospitalização e principalmente ao temor da perda do bebê.

Pode-se perceber, por meio de suas falas, e mesmo nas conversas informais durante as atividades em grupo, que o dia-a-dia destas mulheres é vivido com muitas dificuldades e limitações. Faltam-lhes atividades de lazer, suas condições sócio-econômicas são deficitárias, o que justifica de certa forma que a mulher tenha que se dedicar às tarefas domésticas, cuidando dos outros filhos e do marido, não encontrando tempo para cuidar de si.

Como nos mostra Vanchod e Santos (1996), num estudo com gestantes de risco, as autoras concluíram que as mulheres, preferencialmente as de nível sócio-econômico mais baixo, assumem muitas responsabilidades (casa, filhos, escola, trabalho) que são normalmente impostas pela sociedade e, com isso, dispensam reduzido tempo para cuidarem de si mesmas implicando, conseqüentemente, em participação reduzida no tratamento.

Ao se referir à consulta de pré-natal, a gestante demonstra uma preocupação com o exame clínico, diz se sentir envergonhada em expor o corpo e teme os achados clínicos durante a consulta, deseja monitorar a gravidez o tempo todo.

[...] exame de toque [...] falar em parto [...] fico morrendo de vergonha [...]
[...] sempre é uma luta para escutar o coração saio daqui quase doida, fazendo
ultra-som [...] **(Irani)**

[...] o médico [...] sentiu um carocinho aqui [...] Tô preocupada em fazer um
novo ultra-som pra mim saber como que tá [...] **(Mercedes)**

A consulta de pré-natal representa uma alternativa para a gestante saber sobre as condições de saúde dela e da vitalidade do bebê, possibilitando-lhe dispensar um cuidado com o seu próprio corpo e com o corpo do outro (o feto). Neste instante, a preocupação com o bem-estar do bebê lhe absorve de tal forma, que a mulher esquece da vergonha e do medo do “*exame de toque*”, como diz Irani, e se deixa submeter aos cuidados necessários durante a consulta.

Para Irani e Mercedes, o momento da consulta causa alívio e traz segurança para a mulher, porque é uma maneira de certificar-se de que o bebê está bem. Segundo Maldonado (2002), o avanço da tecnologia e o uso da propedêutica de imagem, como o sonar e o exame de ultra-som, às vezes, conseguem tranquilizar a gestante, na medida em que se descortinam uma imagem auditiva e visual do feto.

As mulheres, de uma maneira geral, lidam com seus ciclos biológicos como algo que faz parte da sua intimidade e como motivo de vergonha. E quase sempre o desconhecimento sobre o próprio corpo, os preconceitos, os tabus e os medos são fatores que interferem no momento da consulta, dificultando a expressão de problemas e dúvidas (DOMINGOS, 2004).

Ao se referirem ao cuidado oferecido por uma equipe multiprofissional, como a do PNAR, a gestante quase sempre avalia esta “estratégia” como positiva, o fato de ter o acompanhamento de vários profissionais, o que a deixa mais segura e confiante, como bem afirma Rosa em seu discurso: “*eu fico cercada de gente*”. Outro ponto que é avaliado como benéfico pela usuária é a questão da resolutividade do serviço e o apoio da equipe.

[...] o acompanhamento que a gente tem aqui [...] por ser alto risco parece que é uma atenção mais voltada pra gente e pro bebê [...] tem acompanhamento da

psicóloga, nutricionista [...] fica cercada de gente [...] então a gente fica mais tranqüila, né [...] Porque lá no SUS tem acompanhamento, mas não é tão assim [...] **(Rosa)**

[...] aqui na policlínica [...] o problema está sendo resolvido [...] tô tendo um tratamento melhor [...] eu tô recebendo muito apoio [...] podendo contar com muitos profissionais [...] pra mim poder ficar mais informada [...]**(Carmem)**

Para Merleau-Ponty (2004), é na relação com o outro e com o mundo, e na ação expressiva que o corpo é percebido através do laço e do encontro. A interação com o profissional de saúde e com toda equipe permite, por meio da expressão do gesto, do toque, do saber ouvir atentamente, que a gestante encontre a sua verdadeira essência humana.

Segundo este mesmo teórico: “[...] Não há um só movimento em um corpo vivo que seja um acaso absoluto em relação às intenções psíquicas [...]” (MERLEAU-PONTY, 1999, p.130). Assim, o ser-no-mundo interage com os outros que com ele com-vivem, desvelando sua subjetividade através da unidade entre corpo e mente que se direciona ao mundo.

Heidegger (2001) reafirma que *ser-aí-com* é a maneira como algo se torna presente, manifesto, entendido e conhecido para o ser humano. É uma característica essencial do ser, sem a qual a vida não teria sentido para nós, é uma maneira de se relacionar e de viver que significa ser junto, na presença do outro. A descrição de Rosa sobre a forma como se relaciona e interage com a equipe do PNAR, “*cercada de gente*”, é vista por ela como uma possibilidade de compartilhar, de *ser-com-os-outros* (seus semelhantes) e de ser consigo mesma. É o que Heidegger denomina de *circumundaneidade*.

Para Heidegger (2001), o cuidar é o modo como o ser (*ser-aí-humano*) se relaciona com o outro. É este zelar que define o *ser-aí*, sendo o cuidado a sua essência. Ou seja, o cuidado é ontológico, nós somos o cuidado e para compreendermos o ser humano, em todas as suas dimensões, devemos nos entregar aos cuidados do outro. Rosa descreve esse cuidado “*como uma atenção voltada pra gente e pro bebê e que a deixa tranqüila*”.

O risco, segundo Caponi (2004), se mede pela correlação de critérios associados: alguns são critérios médicos, outros sociais. Sendo assim, quando na convergência de diversos fatores se denomina uma “*mãe de risco*”, se faz necessária a intervenção de diferentes olhares: médico,

enfermeira, psicólogo, assistente social, agente comunitário, dentre outros. Este tipo de ação, eficaz ou não, possibilita no mínimo a separação dos fatores de risco determinantes ou não na história individual e coletiva desta mãe, cercando de cuidados a díade mãe/bebê.

Em síntese, a experiência de risco participa da reprodução de diversos conceitos com identidades específicas e da formação de subjetividades, suscetíveis a diferentes interpretações. O conceito de risco, por exemplo, na ótica de uma das gestantes, acabou caracterizando-se como idiosincrasia, contrário à visão das demais mulheres entrevistadas. Rose prefere não se enquadrar nessa classificação, a ficar sofrendo. Segue as recomendações médicas de forma mais tranqüila:

[...] A vida é um risco [...] independente do que você vai fazer é um risco [...] todo mundo corre [...] mas é contornável, não é uma coisa sem solução [...] Eu procuro não me por nesta condição de risco [...] porque [...] é muito torturante [...] Eu [...] nunca fui de ficar pensando muito nos problemas [...] o que eu tenho que fazer eu faço [...] **(Rose)**

Há uma semelhança entre a concepção de risco explicitada na fala de Rose e a posição construcionista de autores foucaultianos: “[...] nada é um risco em si - o que entendemos como sendo um risco, perigo, ameaça, é produto de ‘modos de olhar’ historicamente, socialmente e politicamente contingentes [...]” (CASTIEL, 2004, p.84).

Segundo o conceito construcionista de risco, o ser humano tem a capacidade e a oportunidade para vir a fazer determinadas escolhas. Quer dizer, sofrer ou aprender a lidar com a situação, tirando dela um aprendizado. Na vida está sempre tendo que decidir por algo, se sujeitando, muitas vezes, às conseqüências de suas atitudes, correndo riscos. Para o homem viver e fazer suas próprias escolhas não teria um real sentido se não fosse a possibilidade eminente de perigo. (MARTINS E BICUDO, 1989).

Ao arriscar-se, a mulher está exercitando a sua liberdade de escolha, porque segundo Merleau-Ponty (1999, p.611): “[...] só posso deixar a liberdade escapar se procuro ultrapassar minha situação natural e social recusando-me em primeiro lugar em assumi-la, em vez de, através dela encontrar o mundo natural e humano [...]”

Corroborando os achados deste trabalho, Vieira (2004) também, ao fazer uma justaposição de crença e conhecimento, sugere que o pouco conhecimento quanto à origem de uma patologia, não tem a mesma força da crença, pois as mulheres por ele entrevistadas, assim como os sujeitos desta pesquisa, acreditam que Deus lhes dá a força necessária para superar o desafio da doença, da gravidez e da condição de ser mãe.

Algumas gestantes manifestaram nos seus discursos a crença em Deus e a confiança na sua capacidade de sobreviver ao risco, sem entrar em desespero, como Inês que deposita seu destino nas mãos de Deus: “[...] *eu não tenho uma gravidez tranqüila [...] mas, eu acho que Deus sabe o que faz [...] o que tem que ser vai ser [...] não é nada que vai me deixar em pânico [...] eu sei que eu não vou desabar por causa disso [...]*”.

Em linhas gerais, o que podemos observar nos fragmentos dos discursos das gestantes entrevistadas é que o fato de a mulher experienciar preocupações, ansiedades e expectativas durante o período gestacional, pode ajudá-la a aceitar melhor a gravidez e obter mudanças nas suas atitudes. A gestante de risco não deve ser rotulada, tratada de forma generalizada. Seus medos, dúvidas e limitações devem ser respeitados.

Estes mesmos relatos nos indicam, ainda, que quando a atuação profissional é realizada de maneira humanizada, ou seja, com respeito, dedicação e sensibilidade, os resultados alcançados tendem a ser duradouros e significativos.

Heidegger (2001) nos diz que o cuidar do outro tem o sentido de libertá-lo para si mesmo. Quando a pessoa faz, se propõe a fazer algo em comum, como cuidar e permitir ser cuidado, ela se torna ligada ao outro de forma autêntica. Nos dois movimentos que orientam o desvelo (se visto para trás, que é a consideração, e se visto para frente, que é a paciência), o outro se revela ao cuidador e se mostra livre para si mesmo, para fazer o que deve ser feito.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar o capítulo “A Construção dos Resultados”, que pretendia compreender/interpretar os significados para a mãe em gerar um filho na sua condição de alto risco, empenhei-me em retomar algumas peculiaridades que a mim pareceram essenciais no desvelamento do fenômeno estudado.

Por diversas vezes mencionei no trabalho a dificuldade vivenciada como enfermeira obstetra em lidar com o risco na gravidez, uma vez que considero tênue a linha que separa o pré-natal de risco habitual do pré-natal de alto risco.

Essa situação por mim vivenciada é ratificada na fala das mulheres, quando conceituam o risco na gravidez como um “*bicho de sete-cabeças*”; ou ao expressarem sentimentos de medo, ansiedade e sofrimento ao serem rotuladas como gestantes de risco. A palavra alto risco as atemorizam e é apreendido como algo muito grave e complexo, sobre o qual normalmente não têm nenhum controle.

Um aspecto que acredito ter sido fundamental na realização deste trabalho foi a adequação do método de pesquisa, na abordagem fenomenológica, ao objeto de estudo. A fenomenologia, a meu ver, reúne qualidades concebíveis para compreender o enovelado de sentimentos que afloraram nos discursos das gestantes e a especificidade de cada sujeito desta pesquisa, possibilitando um real encontro *com-o-outro* e o verdadeiro conhecimento do que representa o risco na gravidez para a mulher que o vivencia.

Meu desejo em compreender melhor o universo de significados que a gestação de risco tem para estas mulheres que a experienciam manteve-me segura e confiante no meu intento, por acreditar que só podemos contribuir para o bem-estar do outro e ajudá-lo na tomada de decisões importantes à medida que o conhecemos e nos inteiramos de suas reais necessidades de vida.

A gravidez de risco é considerada um problema relevante de saúde pública, por estar diretamente relacionada a uma maior morbimortalidade materna e perinatal, e uma maior incidência de parto pré-termo e de baixo peso ao nascer.

Embora alguns estudos demonstrem que a gestante de risco tenha dificuldades em aderir ao tratamento e às restrições impostas pela própria condição de risco, protelando o início das consultas de pré-natal, o estudo revelou que há uma preocupação por parte das gestantes em se cuidarem. A maioria delas vislumbra um final feliz no desfecho da gravidez.

Os sentimentos das gestantes que emergem da experiência de gerar um filho numa situação de alto risco são ambíguos, contraditórios entre si e quase sempre se mesclam entre o prazer da percepção dos movimentos do filho e a dor advinda das restrições impostas pela condição de risco.

Esse sentimento de ambigüidade também pode ser percebido quando a mulher tem a confirmação do diagnóstico de gravidez, e se confronta entre o querer e o não querer ser mãe neste momento.

Convenço-me de que o tema, ao qual me propus desenvolver neste trabalho, extrapola os limites do que aqui foi exposto, e parece-me inconclusivo. Imbuída desta sensação de inacabamento, percebo que a busca da compreensão dos significados vividos pelos sujeitos da pesquisa não extenua por agora. Ao contrário, o fenômeno estudado está repleto de possibilidades, sendo um convite a outros olhares, conforme a intencionalidade de cada um que o inquirir.

A despeito de todo o empreendimento, na tentativa de emitir juízo ou opinião sobre sentimentos, próprios da mulher que os vivencia, no âmago do seu ser, ocorreu-me que estes sentimentos como o medo e a ansiedade, podem ser amenizados quando a gestante é bem informada sobre os motivos de sua transferência para o pré-natal de alto risco e sobre o diagnóstico de risco na gravidez.

A gestante, muitas vezes, se sente culpada pelo diagnóstico de risco, cabendo, portanto, ao profissional de saúde confortá-la e orientá-la sobre os fatores determinantes da gravidez de alto risco.

Outro aspecto significativo que deve ser do conhecimento do profissional de saúde é a interação mãe-filho. Este deve procurar estabelecer com a mãe uma relação empática, entendendo que ela se vê tão ligada ao feto que tem dificuldades de reconhecê-lo como um

ser diferente dela. Sendo assim, o profissional não pode perder de vista o binômio, compreendendo a necessidade da mãe em monitorar e superproteger o bebê. É preciso tempo para que a gestante apreenda as orientações fornecidas e passe a perceber o bebê como um ser diferenciado do seu corpo e ir se preparando para o desligamento por ocasião do parto.

No mais, preciso reconhecer que a fenomenologia mostrou-me perspectivas para a compreensão dos sentimentos mais íntimos do ser humano, ajudando-me de forma significativa no meu crescimento pessoal e profissional. Só consigo compreender o outro quando sou capaz de perceber minhas próprias intenções e o sentido que as coisas têm para mim mesma. Na situação de investigadora, quando permito abstrair do meu lugar e ir ao encontro do outro.

Espero que esta pesquisa possa contribuir para uma assistência de enfermagem centrada nas reais necessidades do binômio mãe/filho e possibilite o desenvolvimento de atividades educativas efetivas, tendo como norte a promoção da saúde e a prevenção de agravos.

Por último, desejo que este trabalho sirva de reflexão para os profissionais de saúde e educação, preferencialmente os enfermeiros, acerca da prática do cuidado e da atenção dispensada à gestante de alto risco. Que entendam que a gestante de alto risco é um ser humano que tem sentimentos, desejos e sonhos. E como tal, carece de uma assistência de enfermagem mais humanizada, coerente com os preceitos ditados pelos programas atuais direcionados à saúde materna, onde a integralidade é apontada como a grande aliada na qualidade da assistência prestada, tanto ao nível hospitalar quanto à atenção básica.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira, 2000. 202p.

AMATUZZI, M.M. **Apontamentos acerca da pesquisa fenomenológica**: estudos de psicologia. V.1-13, n.1.5-10, 1996.

ARAÚJO, D.M.R; PEREIRA, N.L.; .K.A.C, G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. V.23, n.4, abril, p.747-56. 2007.

ÀVILA, A.A. **Socorro doutor!:** atrás da barriga tem gente! São Paulo: Atheneu, 1999 .216p.

AYRES *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões e tendências. 2. reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. 76p.

BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. 4.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 370p.

BARRETO, E.A.J; MOREIRA, O.V.R. **A decisão de saturno**: filosofia, teorias de enfermagem e cuidado humano. Fortaleza: UFC; Casa José de Alencar, 2000. 240p (Programa Editorial).

BARRÓN, L.M.A; RODRIGUES, V.E. Violência intrafamiliar como factor de riesgo em mujeres embarazadas. **Dessarollo de La Enfermaria**. Espana. V.14, n.3, p.77-80, abr. 2006.

BICUDO, M.A.V.; ESPÓSITO, V.H.C. **Pesquisa qualitativa em educação**. Piracicaba: Unimep, p.15-79, 1994.

BICUDO, M.A.V. Sobre a Fenomenologia. In BICUDO, M.A.; ESPOSITO, V. **Pesquisa qualitativa em educação**: um enfoque fenomenológico. Piracicaba: Unimep, 1994.

BOWLBY, J. **Apego**: a natureza do vínculo. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002. 493p. (Apego e perda; v.1)

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n.196/96, de 10 de outubro de 1996 **sobre as diretrizes de normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. 24 p

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 3.ed. Brasília: MS, 2000. 164 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. 3.ed. Brasília: MS, 2006. 160p.

BRASIL. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília:MS, 2001. 199 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal**. Brasília: MS, 2005. 60p.

BRASIL. DATASUS: Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. **Óbitos maternos – Brasil**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi>. Acesso em: 15 jan. 2008.

BRÜGGEMAM, O.M. Conhecendo as percepções da mulher sobre a assistência recebida na maternidade. In: OLIVEIRA, M.E.; ZAMPIERI, M.F.M; BRÜGGEMAM, O.M. **A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento**. Florianópolis: Cidade Futura, 2001. 131p.

CAPALBO, C. A fenomenologia a partir de Edmund Husserl e sua repercussão na área da saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.415-419, dez.1998.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. 2. reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. 76p.

CASTIEL, L.D. Dédalo e os dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. 2. reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. 76p.

CORRÊA, A.K. Fenomenologia: uma alternativa para pesquisa em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.5, n.1, p.83-88, jan.1997.

COSTA, I.G. As percepções da gravidez de risco para a gestante e as implicações familiares. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, v.23, n.1, p.30-46, jan.2002.

DELFINO, M.R.R. *et al.* O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.4, 2004.

DERRIDA, J. **A voz e o fenômeno: introdução ao problema do signo na fenomenologia de Husserl**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1994. 117p.

DIVINÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Comitê municipal de prevenção da mortalidade materna e infantil do Município de Divinópolis**. Carta Aberta à Comunidade. (Domínio Público). 2007.

DOMINGOS, S.R.F; MADEIRA, A.M.F. A consulta ginecológica sob a ótica de adolescentes: uma análise compreensiva. **Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte, v.8, n.4, out/dez., p.442-48, 2004.

FERREIRA, S.L. A mulher e os serviços públicos de saúde. In: ALMEIDA, M.C.P; ROCHA, S.M.M. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, p.175-207, 1997.

FINI, M. I. Sobre a pesquisa qualitativa em educação, que tem a fenomenologia como suporte. In BICUDO, M.A.; ESPOSITO, V. **Pesquisa qualitativa em educação: um enfoque fenomenológico**. Piracicaba: Unimep, 1994.

FORGHIERI, C.Y. **Psicologia fenomenológica: fundamentos, método e pesquisas**. São Paulo: Pioneira, 2001. 81p.

FROMM, E. **A arte de amar**. Belo Horizonte: Itatiaia, 1995. 160p.

GAMA, S.G.N. *et al.* Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, v.20, n.1, p.101-111, 2004.

GOMES, R. *et al.* Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 9(4): 62-7. jul. 2001.

GONCALVES, M.A.S. **Sentir, pensar, agir: corporeidade e educação**. 3.ed. Papirus: São Paulo, 1994. 196p. (Corpo e motricidade).

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 10.ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 1325p.

HOTIMSKY, S.M. *et al.* O parto como eu vejo ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.5, set/oct. 2002.

KEEN, E. **Introdução à psicologia fenomenológica**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979. 144p.

KLAUS, M.H.; KLAUS, P.H. **Seu surpreendente recém-nascido**. Porto Alegre: Artmed, 2001. 111p.

KLEIN, M. **O sentimento de solidão**. Rio de Janeiro: Imago. 1975. 176p.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Rio Grande do Sul: Pallotti, 2001.

MACHADO, O. V. M. Pesquisa qualitativa: modalidade fenômeno situado. In: BICUDO, M.A.V.; ESPÓSITO, V.H.C **Pesquisa qualitativa em educação: pesquisa qualitativa modalidade fenômeno situado**. São Paulo: Unimep, 1994.

MACHADO, S.A.P. Tempo e despedida: substâncias da humanização. In: RATTNER, TRENCH, B. D.; (Org.). **Humanizando nascimentos e partos**. São Paulo: Senac. p.45-63. 2005.

MADEIRA, A.M.F. **Crescer com o filho: a singularidade do adolescer-mãe**. 1998. 197 f. enc. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

MALDONADO, M.T.P. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 16.ed. São Paulo: Saraiva, 2002. 229p.

MARTINEZ, J.G. Neonato prematuro em riesgo de deterioro de vínculo padres-hijo: coping. **Desarrollo de La Enfermaria**. Espanã: Granada. V.14, n.3, p.99-104, abr.2006.

MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Moraes, 1989.

MARTINS, J. *et al.* A fenomenologia como alternativa metodológica para a pesquisa: algumas considerações. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 24(1): 139-147, abr. 1990.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. Rio de Janeiro: Freitas Bastos. 1971. 465p.

MERLEAU-PONTY, M. Organização de Stéphanie Ménasé. **Conversas – 1948**. São Paulo: Martins Fontes, 2004. 85p.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 662p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Atenção ao pré-natal e puerpério**. Belo Horizonte: SAS/SES, 2003. 95p. (Programa Viva Vida)

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado da Saúde. **Manual de orientações para comitês de prevenção do óbito fetal e infantil**. Belo Horizonte: SAS/SES. 2004. (Programa Viva Vida).

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado da Saúde. **Análise da mortalidade infantil e materna no Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte: SAS/SES. 2004. (Programa Viva Vida).

MONTGOMERY, M. **Mulher: uma visão científica e humana do universo feminino**. São Paulo: Gente, 1997. 230p.

MOREIRA, A.D. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thonson Learning, 2002. 152p.

MORSCH D. S.; BRAGA, N.A.A. Depressão na gestação e na UTI neonatal. In: MOREIRA, M.E.L.; BRAGA, N.A.; MORSCH, D.S. (Org.). **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 187p.

NÓBREGA, F.J.C. **Distúrbios nutricionais e fraco vínculo mãe/filho**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. 173p.

OOSTERBAAN, M.M.; COSTA, B.C. **Guinea-Bissau: what women know about the risks-na anthropological study**. Statist. sanit.mond., 48 (1995). Rapp. World Health Statistics Annual (Who) [(iah) PAHO id: 50211]

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Gravidez, parto, pós-parto e cuidados com o recém-nascido: guia para a prática fundamental**. São Paulo: Roca, 2007.

- PACHECO, Z.M.L. **Vivenciando o parto humanizado**: um estudo compreensivo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. 2001. 145p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte, 2001.
- PORTO, D. **Programa comissão perinatal de Belo Horizonte**: 20 experiências programa de gestão pública e cidadania. Belo Horizonte: Líria Okoda. 2003.
- RATTNER, D; TRENCH, B. (Org.). **Humanizando nascimentos e partos**. São Paulo: Senac, 2005. 198p.
- ROGERS, N. **A mulher emergente**. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1986. 193 p.
- ROSA, G. **Grande sertão: veredas**. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1978.
- SANTOS, P.A.N.; SILVA, S.R. O trabalho do PSF no incentivo ao parto normal através do uso de método psicossomático de alívio da dor – Relato de Caso. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.11, n.1, p. 36-40. jan/mar. 2007.
- SILVA, V.W. **A comunicação interpessoal entre os profissionais de saúde e gestantes na assistência pré-natal**. São Paulo: Manole. 2002. 155p.
- SILVA, L.; SANTOS, R.C.; PARADA, C.M.G.L. Compreendendo o significado da gestação para grávidas diabéticas. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.12, n.6, p.889-904, nov/dez.2004.
- SIMÕES, A.L.A. *et al.* A humanização do atendimento no contexto atual de saúde: uma reflexão. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.11, n.1, p.81-85. jan/mar. 2007.
- SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 6.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 124p.
- TEDESCO, J.J. **A grávida suas indagações e as dúvidas do obstetra**. São Paulo: Atheneu, 2002. 463p.
- TEDESCO, R.P. *et al.* Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.26, n.10, 2004
- VACHOD, L.; SANTOS, R. Montando o quebra-cabeça das representações sociais: um estudo com gestantes de risco. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro: Extra, p.23-3. 1996.
- VASQUES, P.A.F. **Pré-natal**: um enfoque multiprofissional. Rio de Janeiro: Rubio. 2006. 118p.
- VIEIRA, R.J.S. **Câncer de mama e gravidez subsequente: um olhar sociocultural**. 2004. 108f. (Tese de Doutorado) - Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2004.
- VIEIRA, E.M.A. **Medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2002. 81p.

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, jan. 2001.

ANEXO I – Parecer - Comitê de Ética

UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP
------	------------------------------------------------------------------------------------


Parecer nº. ETIC 019/07

Interessado(a): Profa. Anézia Moreira Faria Madeira
Depto. Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem-UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 28 de maio de 2007, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**A interação mãe-filho na gestão de risco**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Presidente do COEP-UFMG

ANEXO II– Autorização para Coleta de Dados
Carta à Secretária Municipal de Saúde de Divinópolis/MG – SEMUSA

Divinópolis, 12 de março de 2007.

Ilmo. Sr Secretário

Vanir Alves de Andrade

Solicito sua autorização para entrevistar as gestantes, usuárias do serviço de saúde da rede básica do município de Divinópolis/MG, pertencentes ao grupo de alto risco, que realizam as consultas de pré-natal, na unidade de Obstetrícia da Policlínica Municipal de Divinópolis e Região Centro-Oeste, referenciadas pelas unidades básicas de saúde e pelo Programa de Saúde da Família do município.

Os dados coletados durante a entrevista serão utilizados na pesquisa: **A INTERAÇÃO MÃE-FILHO NA GESTAÇÃO DE RISCO**, que estou desenvolvendo como mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, sob a orientação da Professora Doutora Anézia Moreira Faria Madeira.

Venho informar-lhe que sou enfermeira obstetra, e supervisora docente do Curso de Graduação em Enfermagem da FUNEDI.

Os sujeitos deste estudo serão as gestantes avaliadas em situação de alto risco, com idade gestacional igual ou superior a 20 semanas, e que, segundo classificação do Ministério da Saúde apresentam alguma intercorrência clínica como: (hipertensão arterial, cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias, epilepsia, doenças infecciosas, doenças auto-imunes e ginecopatias).

Às gestantes que aceitarem participar da pesquisa, será apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para utilizar suas falas, o qual deverá ser lido e assinado previamente e onde constarão proposições para esta investigação, como a assunção de minha parte de preservação do sigilo quanto ao nome das participantes, bem como o restrito uso das informações para a pesquisa e divulgação dos resultados em trabalhos de cunho científico.

O objetivo desta pesquisa é compreender o que significa para a mulher gerar um filho em situação de risco.

Para a realização desta pesquisa optei por uma abordagem metodológica fenomenológica. O material de estudo utilizado será o relato pormenorizado de cada sujeito (gestante) sobre sua vivência de gerar um bebê numa situação de risco.

Após o aceite do convite em participar da pesquisa as gestantes serão questionadas com a seguinte interrogação: O que é para você gerar um filho na sua condição de risco?

A narrativa das gestantes que se segue a esta pergunta, específica da entrevista aberta, estabelecida como instrumento de coleta de dados utilizada nesta investigação, será gravada e em seguida transcrita e lida com o objetivo de identificar e interpretar as idéias principais e posteriormente categorizá-las. Para preservar a identidade dos sujeitos seus nomes serão omitidos.

Coloco-me à disposição de V. S^a para quaisquer esclarecimentos. Antecipo meus agradecimentos, certa de poder contar com sua colaboração

Atenciosamente,

Virgínia Junqueira Oliveira

Contato com a pesquisadora:

Rua Mendes Mourão, nº 1.281, apto. 301, Bairro Sidil, Divinópolis – Minas Gerais

Telefones: (37) 3212-6830/99871915

e-mail: viyu@funedi.edu.br

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG: (31) 3499-4592

Unidade Administrativa II

2º andar sala 2005 - Campus Pampulha – Av. Antônio Carlos, 6627 - CEP. 31270-920 –

UFMG

ANEXO III– Autorização da Secretaria Municipal de Saúde

Ofício nº 126/2007
Parecer do Comitê de Ética da Secretária Municipal
De Saúde de Divinópolis.

Divinópolis, 17 de maio de 2007

Ilma Sra Virgínia Junqueira Oliveira
Pesquisadora responsável pela pesquisa
A Interação mãe-filho na gestação de risco

Primeiramente, em atendimento, a requisição de Vossa Senhoria em realizar a pesquisa intitulada "A Interação Mãe-Filho na Gestação de Risco" com as usuárias (gestantes) do Serviço da Rede Municipal de saúde de Divinópolis, que estarão, vivenciando uma gravidez de risco, sendo no entanto, referenciadas através das Unidades Básicas de Saúde – UBS ou das Equipes do Programa Saúde da Família - PSF, para a Unidade de Obstetrícia da Policlínica Municipal, unidade organizada para atender de forma sistematizada e com conhecimento técnico-científico , ao serviço de pré-natal de alto risco , sendo portanto o cenário onde o fenômeno estudado, se encontra situado,

Vimos através deste, comunicar-lhe, que, de acordo com a análise do projeto encaminhado a este Comitê julgamos procedente o estudo , tendo em vista que o mesmo atende as salvaguardas éticas estabelecidas pela Resolução CNS nº196/96 –Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos .

Consideramos que o tema é de grande relevância por tentar entender o que pensa uma gestante quando diante de uma gestação de risco e que não existem riscos para as mulheres e que pode instigar os profissionais de saúde que cuidam das gestantes de risco a repensarem , a assistência ao binômio mãe-filho, implicando em mudanças significativas na atenção à mulher e a criança.

Solicitamos somente que após finalizado o estudo que o mesmo seja divulgado na Rede de Saúde de Divinópolis , tendo em vista a importância do Tema e que seja remetido a este comitê uma cópia final do trabalho.

Na oportunidade, ressaltamos que quaisquer dúvidas e outras disposições poderão ser encaminhadas para o Comitê Municipal de Saúde de Divinópolis, o qual tem por objetivo a manutenção da ética e da ciência junto ao Sistema Único de Saúde de Divinópolis.

Sem mais para o momento.



Vanir Alves de Andrade

Secretário Municipal de Saúde do Município de Divinópolis


Richardson Miranda Machado

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhora,

Venho solicitar sua autorização para participar neste trabalho intitulado “**A interação mãe-filho na gestação de risco**”, que tem como objetivo compreender o que significa para mulher gerar um filho em situação de risco. Sabemos que, apesar da gestação ser um fenômeno fisiológico, existem gestantes que desenvolvem patologias associadas à gestação, podendo ou não trazer complicações para si e o bebê. Espero que a realização desta pesquisa possa contribuir para uma melhor assistência à mãe e ao bebê.

A sua participação é voluntária e é muito importante para o desenvolvimento deste estudo. Ao aceitar colaborar com a pesquisa, você irá falar sobre a sua vivência como gestante e mulher respondendo à seguinte pergunta: “**O que é para você gerar um filho na sua condição de gravidez de alto risco?**”. Caso consinta sua fala será gravada e transcrita, sendo as informações obtidas através da gravação em fita cassete, utilizadas apenas para esta pesquisa. As fitas gravadas ficarão arquivadas em poder da pesquisadora principal, por um período de 3 anos, sendo posteriormente destruídas. Sua identidade e privacidade serão mantidas sob sigilo para sua proteção.

Caso concorde em participar, a qualquer momento que desejar se retirar da pesquisa, ou que suas falas não sejam aqui utilizadas, sua vontade será respeitada sem prejuízos para você e seu bebê, não comprometendo a continuidade do seu tratamento nesta instituição. Podendo entrar em contato com a pesquisadora quando necessitar de informações e esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa.

CONSENTIMENTO

Eu, como entrevistada, afirmo que fui devidamente orientada sobre o objetivo e a finalidade desta pesquisa, bem como da utilização dos dados apenas para fins científicos e sua posterior divulgação, sendo garantido pela pesquisadora que meu nome será mantido em sigilo.

Nome da entrevistada: _____

Data: ____/____/____

Assinatura ou impressão digital: _____

Pesquisadora: Virgínia Junqueira Oliveira

Rua Mendes Mourão, nº 1.281, apto 301, Bairro Sidil - Divinópolis – Minas Gerais

Telefones: (37) 3212-6830/99871915

e-mail: viju@funedi.edu.br

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG: (31) 3499-4592

Unidade Administrativa II

2º andar, sala 2005

Campus Pampulha – Avenida Antônio Carlos, 6627

CEP: 31270-920 – UFMG

ANEXO V– Entrevistas

ENTREVISTA 1 - Gabriela

Idade: 39 anos
Escolaridade: 2º grau completo
Profissão: do lar
Estado civil: Casada
HO: G2P1A0
Diagnóstico: Hipertireoidismo

- *O que é, para você, gerar um filho na sua condição de gravidez de alto risco?*

No início eu tive medo, eu pensava será que sou eu, será que é ele que está correndo risco? Será que ele vai nascer com problema?¹ Aí depois que eu comecei a vir aqui² aí foi esclarecendo, aí o medo sumiu² Assim não tem mais aquele medo², eu já ouvi, né, então não tô correndo risco, ele não tá², nem eu, era só mesmo fazer o tratamento,² que era só mesmo pra dar mais atenção² que nó posto, porque aqui têm mais pessoas, para dar atenção.

- *Fale-me mais sobre este medo.*

Era, como diz, assustador¹, só falar pré-natal de alto risco, palavra alto risco assusta,¹ né, porque o médico³ passou, mas assim...só mandou, mas não esclareceu muito, quais os riscos³, aí depois que eu cheguei aqui, que eu vi que não era tão perigoso assim, né, com os cuidados que estava tendo, mas eu fiquei muito nervosa¹, falei pronto, agora já tenho depressão, agora que vai piorar, até que eu vim aqui! Aí depois que eu fui acalmando².

- *Mais alguma coisa?*

Não.

- *Então, obrigada pela entrevista.*

DISCURSO DO SUJEITO (Gabriela)	DISCURSO ARTICULADO
I- No início eu tive medo, eu pensava será que sou eu, será que é ele que está correndo risco, será que ele vai nascer com problema [...] era assustador [...] palavra alto risco assusta [...] fiquei muito nervosa [...]	Relata ter medo do bebê nascer com alguma deficiência e se sentir ansiosa pela incerteza e assustada com o diagnóstico de alto risco.
II- [...] Aí depois que eu comecei a vir aqui, foi esclarecendo, aí o medo sumiu. Assim não tem mais aquele medo [...] não tô correndo risco, ele não tá [...] era só mesmo fazer o tratamento [...] dar mais atenção [...] fui acalmando [...]	Sente-se mais tranqüila depois que recebeu as orientações no PNAR.
III- [...] o médico não esclareceu muito quais os riscos [...]	Necessidade de explicações e esclarecimentos.

ENTREVISTA 2 – Rosa

C.A.F.R

Idade: 23 anos.

Profissão: do lar

Escolaridade: Ensino fundamental completo - 8ª série.

Estado civil: Reside com o companheiro há 2 anos

Idade gestacional: 36 anos

Diagnóstico: HP de HPV

- *O que é, para você, gerar um filho na sua condição de gravidez de alto risco?*

Complicado heim! Passa tanta coisa na cabeça. A primeira coisa que passa é o medo, você não saber o que está acontecendo dentro da barriga, né. Não sabe se ele tá bem. Vai ver ele tá bem agora, não sabe se ele vai estar bem depois.¹ Se ele já é de risco¹, alto risco, você ainda fica mais preocupada, né, fica querendo, se pudesse monitorar 24 horas¹, né, mas não tem como. Eu ficaria mais tranqüila¹. Geralmente vem no médico, uma ou duas vezes no mês. Aí enquanto não vem você fica na expectativa¹, mexeu, não mexeu... fica ligado no movimento¹. Tudo que você sente³, se já começa não vou fazer um pouquinho devagar, porque eu não sei se vai prejudicar o neném³. Então tudo que você faz é pensando³, vou fazer assim, pensando no bebê³, não vou esforçar demais, porque eu não sei se ele tá bem lá dentro³. Porque depende muito da gente, né,³ também. Como se diz, cuidar dele³, porque tá dentro da gente³. Qualquer atitude que a gente toma aqui fora reflete nele³ né. Então é isso. É preocupação demais.¹

- *Quando você fala que o primeiro sentimento que teve foi o medo, fale pra mim, como que era este medo?*

Ai ...Há um medo assim (pausa). Se eu não souber explicar...É um medo¹ que você tem do neném não nascer,¹ tipo assim, tipo com alguma deformidade² que a gente, igual no caso do meu problema eu pensava nisso, igual o negócio tá lá no útero vai que na hora da formação lá...deu algum problema, a gente fica com medo de nascer faltando alguma coisa, maior parte é este medo, faltando alguma coisa, não chegar nos 9 meses¹, porque neném prematuro é meio complicado. Então o medo¹ que teve é este, de não nascer perfeito e de antecipar demais¹ Nascer de 6, 7 meses, igual a gente vê na televisão. E o natural é 9 meses, a gente quer que chegue nos 9, certinho, em tempo. Este foi o medo que eu tive (pausa)

- *Você quer falar mais alguma coisa Rosa, sobre a sua vivência como gestante?*

Não, acho que a única coisa que eu queria falar, que como se diz com o acompanhamento que a gente tem aqui², no alto risco, a gente fica mais tranqüila², né, porque lá no SUS tem acompanhamento, mas não é tão assim, por ser alto risco parece que é uma atenção maior voltada pra gente e pro bebê.² E lá a gente não tem. Lá como se diz, uma consulta dura 15, 20 minutos. Aqui já dura mais tempo. Tem acompanhamento da psicóloga, nutricionista,² então a gente fica cercada de gente², como se diz especializada no assunto, então a gente fica mais segura né². É uma das vantagens.

- *Mais alguma coisa?*

Não.

- *Obrigada.*

ENTREVISTA 3 – Mercedes

Idade: 28 anos
Escolaridade: 2º grau completo
Profissão: Oficial de bolsas
Estado civil: Casada
HO: G1P0A0
Diagnóstico: Mioma segmentar

- *O que, para você, gerar um filho na sua condição de gravidez de alto risco?*

Tá sendo assim, muito preocupante¹, muito preocupada, né, um pouco nervosa¹ O mioma tá um pouco grande que é 7cm, então, cada mês que passa¹ assim, eu fico contente e um pouco preocupada¹, na hora que vai chegando mais a hora de ganhar¹, então eu fico¹ assim pensando¹, que não sabe se vai ser normal¹, não sabe se vai ser cesária¹ por causa da situação do mioma. Aí isso, tá me preocupando mais por isso. Tô preocupada.

- *O que mais?*

Assim, sei lá, da criança, sofrer alguma coisa¹ com a criança, tô mais preocupada com a criança (pausa) preocupada é isso. Tô preocupada em fazer um novo ultrassom pra mim saber como que tá², o médico² tá achando que tem mais um mioma, eu fico mais preocupada ainda. Ele tá achando que tem, sentiu um carocinho aqui² e tá achando que é mais um, aí que eu fico mais preocupada ainda. Tenho medo do bebê não desenvolver direito¹ por causa do mioma, aí vem um monte de coisa na cabeça da gente.¹

- *Tem mais alguma coisa que gostaria de falar?*

Não.

- *Então, muito obrigada.*

ENTREVISTA 4 – Irani

Idade: 23 anos
Escolaridade: 2º grau completo.
Profissão: Do lar
Estado Civil: Casada
Primigesta
Diagnóstico: Hipertensão e Obesidade

- *O que é, para você, gerar um filho na sua condição de gravidez de alto risco?*

É complicado, porque¹ assim é o primeiro¹. Aí você vai no médico, de repente o médico fala assim, sua gravidez é de alto risco². A gente não pode tratar de você aqui.² Ai cê bate aquela coisa². Fala assim, nó! Não sei se eu vou conseguir ter o filho.¹ É muito complicado. Aí eu trabalhava, tive que sair do meu serviço², pressão tava 18, ainda veio a obesidade que

atrapalhou demais. Aí cê pára pra pensar, igual eu e meu marido. Não vamo optar, larguei tudo². Fiz o repouso que o médico pediu e vim pra cá pra policlínica². É complicado, porque você não tem experiência nenhuma¹. Você não tem noção do que é tá grávida. O que é um menino mexer na sua barriga¹. Do que é você passar mal. Você não sabe nada¹. E de repente a sua ainda é de alto risco. Aí cê chega aqui² muita mulher que, tem uma até que o filho estava sendo gerado sem cérebro, aí cê imagina, nó, será que vai ser o meu? Será que vai acontecer alguma coisa? E muita doença². Que ocê não sabe, que você não imagina² e cada um comenta². Aí meu filho teve isso. Aí o meu nasceu prematuro. Ah, minha pressão tava alta, teve que tirá, porque me deu eclampse. Não sei que, aí cê fica meio conturbada¹. Será que o meu vai ser igual, será que não vai ser. É muito difícil¹. Eu acho assim, depois ce vê todo mundo ganhando e ocê ficando². Porque não tá na hora, aí te dá mais ansiedade ainda. Eu acho que, nó é difícil demais. Por isso, que eu falo que vai ser a primeira e a última. Porque se quase tem dia parece que ocê até pira¹. Parece que dá depressão¹, você chora atoa¹, cê fica muito nervosa¹, pelo menos eu tô ficando muito nervosa, muito ansiosa¹.

- *Como assim?*

Primeiro, porque eu não posso pegar peso e eu tô pegando². Eu não posso engordar². Outro, que, oh, minha pressão agora normalizou, tá 13 por 9, não abaixa, nem aumenta. Mas eu tô tomando remédio. E por tá tomando remédio ela ainda é alta. Então, eu acho assim. É cê vem cá no médico² de 15 em 15 dias, escutar as mesmas coisas². Igual pela primeira vez hoje ele escutou o coração de primeira. Porque sempre é uma luta pra ele escutar o coração². Aí eu sempre saio daqui quase doida², fazendo ultrassom². Então assim é complicado, a gente chegar aqui e achar que é uma coisa e não ser². Agora não, meus exames agora tá dando certinho. Eu não vou fazer mais, meus exames tão todos ótimos. Mas não deixa de ser uma gravidez de risco. Ainda vai ter todos aqueles cuidados². Não posso pegar peso. Eu tenho que tomar remédio. Minha pressão não pode aumentar². Prá mim de todo o jeito é complicado. Assim porque eu também não tenho muita experiência. Tô com 23 anos e é o meu primeiro filho. Então assim eu casei, com uma semana que eu tava casada eu descobri que eu tava grávida. Então foi muito, uma coisa perto da outra!

- *Você quer falar mais?*

Olha é igual mexer com a psicóloga, eu não queria, até hoje ela me pegou, eu vou ter que vir, eu não sei assim falar, é como se diz uma coisa que a gente sente e que a gente não tem às vezes como explicar¹, é um medo tá dentro da gente¹, não tem como falar, assim eu tô com medo por causa disso. Eu tô com medo por causa de tudo¹, eu não sei nada. Eu tô com medo na hora que o menino nascer¹, porque eu não sei dá banho, eu não sei fazer nada não. Eu sei olhar menino depois de 5 meses. Que eu olhei minha prima até os 3 anos, então depois de 5 meses eu sei, antes eu não sei. Então assim eu tô passando por todos, tudo quanto é medo que tem pra mulher eu tô sentindo¹. Principalmente falar em parto. Exame de toque¹. Eu quase fico morrendo de vergonha¹. Eu não dô conta não, então assim eu não sei o que é a palavra medo, é uma coisa que eu sinto, eu não dô conta de explicar entendeu (pausa).

Mais alguma pergunta? É porque tem que perguntar pra gente saber falar.

- *Não, a pergunta é só essa mesma.*

- *Quer falar mais?*

Não.

- *Então muito obrigada pela colaboração.*

ENTREVISTA 5 – Maria

Idade: 28 anos

Escolaridade: 4ª série do 1º grau

Profissão: Do lar

Estado civil: Amasiada

HO: G5P4A1

Diagnóstico: Hipertensão e Obesidade

Gravidez gemelar

- *O que é, para você, gerar um filho na sua condição de gravidez de alto risco?*

Nas minhas condições, tipo assim, eu fiquei meio chocada né. Porque com as outras correu tudo bem.¹ Mas desta assim acho que mexeu mais. Teve que vir pró lado de cá, pro alto risco², mesmo que das outras foi normal, então eu achei que ia ser normal¹ né. No princípio comecei a chorar, chorava muito.¹ É ficava pensativa, sabe, fiquei sem rumo¹, né, não sabia o que pensar, o que fazer, achei que eu ia morrer.¹ Então pra mim é, ah foi desse jeito.

- *Como assim, pensativa?*

Ah, eu pensava que se eu morresse eu ia deixar minhas 4 filhas¹, como que ia ficar, sabe. Porque acho que passa um monte de coisa né. Mas principal eu pensei foi mais nais pequenas¹, assim vai que vai até os 9 meses, mas chega lá na hora eu morro. Que que vai ser das minhas filhas. Tudo pequeno. Tá certo têm o pai, mas pai não é mãe, uai. Sabe minha tristeza era mais era isso. Arrependi de ter engravidado¹, tudo porque pensava assim, se eu não tivesse grávida eu não iria passar por isso¹. Sabe fiquei assim vamo dizer, assim meio revoltada¹, porque ninguém explicou direito², né. Porque depois que eu vim aqui conversei com a² como que ela chama? A (...)? É aí que ela foi me explicou, aí eu já fiquei mais tranqüila², né, porque alto risco assim a gente pensa um monte de coisa², aí eu vim cá conversei com ela, aí ela já me tranqüilizou, me deixou mais tranqüila, vi que era normal.

(Pausa)

- *Você quer falar mais?*

Assim me surpreendeu por ser dois¹, né (risos). Foi uma surpresa a mais, eu não esperava. Porque depois de 4 meninas assim, cada ano uma, então de vir dois, então chocou mais, né. Ficou mais preocupativo. É o que mais pesa. Até eu rezo muito, peço a Deus, sabe. Eu não era² assim muito de seguir regras², assim de ir em médico², esses aqui eu tô seguindo direitinho², não era de tomar remédio direito², esses aqui eu tô tomando, sabe. Tô entrando na linha direito, sabe, faço as dietas², coisa que eu não fazia², eu tô comendo verdura, forçada, mas tô. Tudo que eu não fazia, agora como é mais² perigoso², então eu tô fazendo direitinho², sabe, neste ponto assim acho que foi bom, porque tô tomando o remédio da pressão certinho, no horário certo, não brinco, se eu esqueço eu vou lá e tomo, mesmo assim, sabe, isso (risos).

- *Mais alguma coisa?*

Não.

- *Muito obrigada.*

ENTREVISTA 6 - Maria das Dores

Idade: 28 anos

Escolaridade: 2º grau completo

Estado civil: Casada

Profissão: Do lar

HO: G3P2A0 - 2PN

IG: 36 sem.

Diagnóstico: Hipertensão na gravidez

- *O que é, para você, gerar um filho na sua condição de gravidez de alto risco?*

Pra mim eu me sinto assim capaz de ter uma gravidez normal sem prejudicar o meu neném¹. Eu penso assim, tem tanta mãe que tá grávida, não passa o que eu passo, sabe, que não sente o que eu sinto, porque eu sinto muita dor. Aí eu penso, do mesmo modo que eu sinto a dor, a criança também tá sentindo³, aí se eu puder passar pra ela uma gestação assim tranqüila, sem medo. Eu nesta gravidez, eu não queria, eu engravidei sem querer¹, aí eu fiquei muito triste¹, fiquei chocada¹, eu comecei com aquela depressão¹, mas aí depois que o bebê foi mexendo¹, aí eu fui ficando mais tranqüila¹. Aí veio o medo¹, que aí eu falei assim, eu não quis, agora eu tô pagando por não ter tido vontade de ter¹. Eu penso assim, às vezes parece que vai ser um castigo¹, porque das outras vezes a minha gravidez não foi de alto risco, mas eu tive neném prematuro. Agora desta vez eu passei por piores condições nesta gravidez, enjoei muito, senti muita dor, não podia fazer nada¹, até hoje não posso. Aí eu me sinto assim, eu vejo assim minha cunhada, eu tô com uma cunhada que mora perto de mim grávida, ela não sente nada. Ela faz as coisas normais: arruma a casa, não tem preocupação nenhuma com a barriga. A minha barriga, ela me incomoda dia e noite¹. Eu não me sinto¹ assim, uma mulher grávida, eu me sinto incomodada¹. Mas no fundo, no fundo, o que eu mais quero² agora é chegar até no final desta gravidez e minha filha com saúde². E o que eu puder, antes² eu nem fazia o médico² falava, não faz isso, não faz aquilo, tava eu lá, fazendo, tudo que ele me indicava pra não fazer, eu fazia². É varrer casa, arrumar casa, lavar roupa, eu fazia. Aí agora não, agora² eu quero é o melhor pra mim e pra minha menina. Então, eu preocupo agora em não fazer, escutar o que o médico me fala², o que o Dr.(...) fala comigo, hoje eu sigo a risca², e antes eu não seguia. Aí, as vezes, o que eu pensava, ah muitas colegas minhas, via as minhas primas, via que eu tava assim, numa tristeza, no começo da gravidez. Quando eu fui pegar o exame, a moça que me entregou o exame viu na minha expressão do rosto aquela tristeza, porque uma coisa quando ela é planejada você curte mais. Eu não tava curtindo aquilo, tava numa depressão danada. Aí um dia, eu tava assim meio triste, ela falou assim: Ah não fica assim não, se não depois você acaba perdendo. Aí eu falei¹ com ela assim, se eu perder no começo, eu não importo não¹. Mas, hoje eu arrependo de ter falado isso com ela, porque tem hora que me vem aquele medo de perder¹, de castigo pra mim¹, porque é uma coisa que não foi desejada, mas agora é muito desejada¹. Mas, o que eu puder fazer pra ter essa menina aqui saudável, com saúde, eu vou fazer. Eu tô seguindo a risca tudo o que o Dr.(...) me fala. Mas, assim mesmo fica o medo, eu fico preocupada, eu tava muito preocupada. Agora eu tô preocupada,

por caso que eu tava pensando que eu tava perdendo líquido, ele falou comigo que não tô, que vai fazer o ultra-som agora, e o que eu tô perdendo um líquidozinho, tipo um catarrinho, sabe?

- *Como assim?*

É, aí eu fico preocupada, eu fico com medo de tá perdendo líquido², de depois acaba tendo que interná, porque meu maior medo também é de ficar internada², que é meu, que já não podia ser, eu tenho que preocupar é com ela³. Eu tô preocupada é comigo³, eu tô preocupada é com a minha menina, que eu vou deixar em casa. Mas se Deus quiser agora eu tô fazendo o que eu tenho que fazer². É o papel de uma mãe³, eu tô seguindo a risca. Eu tô fazendo de tudo pra segurar este neném². Eu acho que se fosse há outro tempo atrás, ela já tinha nascido, mas agora não, eu tô fazendo de tudo pra segurar. Aí eu até brinco, eu tô cruzando as pernas pra ela não nascer². Mas é difícil essa gravidez minha, tá muito difícil. Eu fico com inveja assim, da minha cunhada, de ver ela lavar roupa, ela tá lavando a casa. Ela anda normal. Eu falo assim: nada te incomoda não? Não, ela fala assim: mesma coisa que não há nada. Eu sei que eu tô grávida, na hora que o neném mexe, que eu tô enjoando. É uma gravidez boa, não é uma gravidez que incomoda. Agora a minha não, a minha já, eu não sei o que, que é uma gravidez boa mesmo, tranqüila, por isso é que eu não quero engravidar mais, eu quero ligá¹. Mas pra fazer uma ligadura é muito difícil, só depois. Mas eu tô decidida a não ter mais filho. Porque é uma gravidez que não é boa pra mim¹. Mas vamo ver até onde eu vó. Tô tentando ir até as 38 sem.

- *Você quer falar mais alguma coisa?*

Não, porque como eu tô te falando, essa gravidez tá sendo mais dolorida¹. Aí eu penso assim, se igual pra mim tá doendo, se dói pra criança³, se ela sente igual eu sinto³, porque é uma dor que me incomoda dia e noite. Eu vou deitar de um lado, a barriga endurece e dói, eu viro pro outro, a barriga endurece e dói. Eu ando um pouquinho a minha barriga dói. A dor parece que não me deixa mais não. Aí eu brinco. A minha tia fala assim, melhorou? Eu falo assim, acho que eu vou melhorar mesmo só na hora que o neném nascer¹, que o meu incomodo da barriga vai sair¹. Mas vamo ver.

(Pausa)

- *Obrigada.*

ENTREVISTA 7 - Geni

Idade: 31 anos

Escolaridade: 5ª série do 1º grau

Estado Civil: Casada

Profissão: Bordadeira

H0: G3P2A0 – 2PC

IG: 32 semanas

Diagnóstico: Hipertensão e Hipotireoidismo

- *O que é, para você, gerar um filho na sua condição de gravidez de alto risco?*

È uma situação assim, que a gente fica tensa¹, né. É uma gravidez toda tensa mesmo, igual quando eu vou medir pressão, medo da pressão alterar¹ e medo do neném vim com problema¹, por causa do problema de saúde da gente. É uma situação que cê passa os nove meses assim¹, não dá pra ficar tranqüila. Eu perco o sono, fico pensando, porque eu tô ansiosa pra ver se ela vai vim bem. No ultra-som deu que tá tudo bem, mas a gente fica assim com medo, de alguma coisa dar errado¹, né, a gente fica tensa, a gravidez toda tensa. Mas, eu não tô ficando tranqüila. A minha pressão tá controlada, o exame de diabetes que eu tô fazendo tá controlado, mas eu não tô tranqüila. Enquanto eu não ver o rostinho dela, vê que ela tá bem, passar não dá pra ficar tranqüila.¹ E aí qualquer coisinha que eu sinto, eu sinto muita dor de cabeça, tem dia que eu tô bem, tem dia que eu não tô¹, sinto assim alguma coisa. E aí eu já preocupo pensando que é a pressão que tá alterando, né. Nó deve ser a pressão que tá subindo! Aí já vou logo pro posto de saúde pra tá olhando a pressão, fico preocupada com medo de acontecer alguma coisa. Então assim, eu não sei ficar tranqüila, tanto faz eu como meu marido, ele também fica, tá muito preocupado, até que passa é complicado. Eu não tô conseguindo ficar tranqüila, to ansiosa, to contando os minutos no dedo, os dia¹, minha mãe, todo mundo assim preocupado, tá indo normal, mas eu quero pedir pra tá olhando toda semana, igual a pressão tá controlada, mas é bom tá olhando. Tem semana que eu sinto que a minha pressão subiu começo sentir mal. Eu não posso, é duas vezes na semana olhar a pressão. É preocupação mesmo de tá alterando, de tá acontecendo alguma coisa. Eu fico assim de E até Divinópolis é longe, até eu saí daqui, chegar lá, se a pressão subir, é demora né, aí eu fico assim nessa ansiedade. Tô muito ansiosa, eu não tô tranqüila. O medo da pressão subir. Aí as pessoas falam, é geralmente no final a pressão costuma subir, aí que eu fico mais ansiosa¹, agora já tá ficando perto deu ganhá né¹. Aí eu já tô mais ansiosa ainda, medo da pressão subir, te que tirar antes dos 9 meses,¹ sabe essa preocupação. O que me preocupa é só mesmo, o problema de pressão.

- *Que mais?*

Há é muito bom, eu sonhava em ter mais um filho, né. É só que por causa do problema de saúde eu tinha medo de engravidar e o médico sempre falava que era uma gravidez de alto risco, quando eu engravidei eu sabia que caso eu visse a engravidar que seria de alto risco. Mas é muito bom, ser mãe é maravilhoso, então eu curto, curto muito, adoro ficar sentindo ela mexer, fico assim preparando as coisinhas pra ela, tô sonhando, tô adorando tá grávida. É muito bom mas... tirando a ansiedade né. Mas eu curto muito, tá muito bom, a minha menina fica apaixonada, fica o tempo todo querendo sentir ela mexê. Quando ela mexe assim é muito bom. Adoro sentir ela mexer. Sempre sonhei em ter mais um filho. É... e Deus me deu, graças a Deus tá indo tudo bem. Então tô muito feliz.

- *Quer falar mais alguma coisa?*

Não.

- *Então, obrigada pela entrevista.*

ENTREVISTA 8 - Inês

Idade: 36 anos
Escolaridade: 2º grau completo
Estado Civil: Casada
Profissão: Auxiliar de escritório
HO: G3P2A0 – 2PC
Diagnóstico: Diabetes Gestacional

- O que é, para você, gerar um filho na sua condição de gravidez de alto risco?

Então quando eu fiquei², que o Dr (...) me passou, falou assim: - Vou te passar pro Dr (...), ele é o médico de gestação de alto risco. Nossa ali eu já fiquei. Porque (choro) o que que a gente pensa (pausa). Então aí quando ele me falou, logo fiquei assim apavorada né. Porque até então eu não sabia é o porque, aí ele me explicou que a gestação de alto risco não quer dizer que é uma coisa assim..., porque a gente pensa que¹ a gente vai morrer¹. Nossa eu vou morrer ou o meu filho vai morrer¹. Aí o que aconteceu, quando eu conversei com a (...) ela já me orientou o que que era então, eu já fiquei mais calma, agora conversando com o Dr (...) ele me falou, foi outra coisa assim, que eu já saí dali meio assim... com medo¹, né, porque enquanto³ a gente pensa que o problema é na gente, a gente não fica tão preocupada³. Mas hora que se fala que é seu filho, cê já muda³ né. Choro (pausa). E aí o que ele³ me falou³: ele falou que as vezes pode acontecer da mãe continuar tendo a diabetes, pode ser também que paralisa³. Mas aí que a criança pode nascer até com problema³, assim com deformação³. Aí quando ele falou assim, eu já fiquei doida³. Assim, a gente fica preocupada, né, como que vai ser. Agora¹, a partir de agora vai ser assim, será que vai nascer perfeito, se não vai¹? Mas ele falou que isso depende de mim³, né. Que eu tenho que fazer a dieta, tudo direitinho, pra não ter este tipo de problema, que a criança pode nascer com hipoglicemia, mas que ela, na hora já é resolvido, não vai ser uma coisa pra vida toda. Mas que eu posso ter essa continuidade da doença, né, da diabetes, se eu não fizer a dieta, então, eu penso assim: que a gente que é mãe, a gente só pensa no filho³ (choro) (pausa).

-Você quer falar mais?

Então eu fico triste¹, só que não é nada¹, que eu sei que eu não vou desabar por causa disso¹ não. Porque eu acho que o trabalho ajuda muito, então enquanto eu tô trabalhando eu não tô pensando nisso não. Lógico que eu tô procurando seguir a dieta que a nutricionista me passou, mas nada que vai me deixar em pânico. Porque eu acho que o que tem que ser, vai ser¹. Eu acho que a gente tem este tipo de problema, a gente não deve desesperar, porque eu choro, pra te falar a verdade é a primeira vez. (choro). Mas o problema é que junta tudo², problema em casa uma pessoa já me falou, que as vezes a gente tem uma doença até por causa da vida dentro de casa. A gente passa aperto numa doença, por causa da convivência dentro de casa², problema com marido, com filho, com mãe. Eu acredito que eu tenho essa doença por causa² disso, porque eu nunca tive isso nas outras². Porque que eu vim a ter agora². Sempre fiz exame² de sangue, tudo, nunca deu nada². A gente tem uma gravidez meia², como se diz, tumultuada², né, a gente começa ter um tipo de doença, que você não entende². Você parar pra pensar só pode ser. Você não tem um carinho, não tem uma pessoa pra conversar², que quando eu vou conversar, é assim, acha que é manha, sabe que a gente num tá preocupada

atoa, você tá preocupada atoa, não tem nada disso. Igual esse final de semana eu fui falar umas coisas lá, ele falou se também tá achando que vai ser tudo assim do jeito que você pensa, uai a gente pensa, é a gente que tá carregando, você que tá sentindo as dores, você tá vendo que não tá igual as outras. Então não tem aquela preocupação, sabe. Não tem aquele companheiro do seu lado. Pra tá com você ali, nas horas difíceis, ou então chegar pro cê e falar assim como que é, que que está acontecendo, preocupar, acho isso muito importante, sabe, o marido preocupar. Não é aquela coisa exagerada, porque tem mulher que é doente por causa de doença, eu tenho isso, tenho aquilo. Não mais é uma coisa que a gente tem que preocupar, precisava mais de ter o companheirismo do marido pra ajudar a gente até nessas horas. Mesmo que ele ache assim: - Não tenha nada disso, mas pelo menos pra mim ajudar ela. Eu não tenho essa participação do meu marido², na minha vida, assim, então eu acho que isso tudo que eu tô passando hoje, acho que deve a isso, sabe, a conflito dentro de casa, brigas,² eu não tenho uma gravidez tranqüila¹, porque carinho que eu tenho, pra te falar a verdade é no meu trabalho, o pessoal de lá adora, vem pergunta, não deixa eu abaixar, tem um rapaz que trabalha comigo ele fala: - não abaixa que eu vou pegar pra você. Sabe, aquela preocupação, se vê que eles tem carinho com você, tá perto do cê .E dos meus dois meninos, fora a minha família né, também participa bastante da minha vida, assim, nesse sentido. Mas dentro de casa a pessoa que você mais espera, é a pessoa que menos te dá², então você fica muito triste com isso, chega a hora de falar isso pro meu marido, é como entrar num ouvido e sair no outro, entendeu, e não é isso que eu queria. Eu queria que ele sentasse e falasse, mas o que que ele falou? Que que pode acontecer? É uma pessoa muito seca. Eu mais ele, a gente não vive muito bem, por causa de bebida dele, então, eu não gosto que ele bebe, tal e a gente chega em casa, eu fico chateada, brigo com ele. Então quando chega as vezes tá bem dá carinho, tudo, aquele carinho pra sexo, sabe, só. Aí não é a mesma coisa. Eu acho que eu fui criada assim com muito carinho sabe. Então eu casei com um homem muito seco. Que igual eu já ouvi falar e eu acho que é a pura verdade “a gente só sabe dar aquilo que a gente recebeu”. O maior amor do mundo é o de mãe que dá e não quer nada em troca³. E é verdade, então é por isso que eu te falo, mexeu com o filho da gente, mexe mesmo com a mãe. E o marido não a gente dá e quer receber. Então hoje por causa desta gestação eu tô assim, tô triste, chateada, mas eu acho que Deus¹ sabe o que faz.¹ Nada que eu vou me abalar até chegar o dia, que eu não vou ficar pensando será que ela vai nascer assim, que eu nunca fui assim, eu não sou de ficar pensando no futuro. Eu vou esperar, aguardar, seja o que Deus quiser. Nesse momento é isso nada de pensar negativamente, pensar sempre positivo.

- *Mais alguma coisa?*

Não.

- *Então, muito obrigada por sua fala.*

ENTREVISTA 9 – Carmem

Idade: 22 anos

Escolaridade: 2º grau completo

Profissão: Secretária (no momento não está trabalhando)

Estado civil: Casada

HO: G2P1A0 - 1PN

IG: 36/37 sem.

Diagnóstico: Hipertensão

- *O que é, para você, gerar um filho na sua condição de gravidez de alto risco?*

No começo foi muito difícil¹, quando falou assim já era de alto risco² pra mim foi difícil, mas agora¹ assim, eu vendo que o meu tratamento não é aquela coisa que eu imaginava¹ que seria, agora, pra mim tá sendo mais tranquilo¹, porque a minha pressão tá abaixando, eu tô recebendo muito apoio². Aí pra mim agora tá mais tranquilo, parece que no começo quando eu¹ tive, comecei a ter problema¹, pra mim¹ foi difícil, agora tá mais tranquilo, tanto pra mim quanto até pro meu bebê.

- *O que foi mais difícil, Carmem?*

O mais difícil foi quando eu descobri que tava com este problema e não tava resolvendo, aí foi até quando eu vim aqui pra policlínica², que o problema já está sendo resolvido² e o tratamento que me passou está tendo resultado. Aí agora no momento foi difícil pra mim, que eu cheguei aqui e vi que tava tudo errado o que alguns médicos tinham passado pra mim, agora eu aqui tô tendo um tratamento melhor². A parte mais difícil foi essa, e o mal que eu tava passando demais que a minha pressão não abaixava.

- *Você quer falar mais alguma coisa sobre essa sua experiência?*

Há, uma experiência, assim, boa. Porque, assim eu tô tirando muito proveito desta experiência¹ na minha gravidez, porque a gente¹ acha que a gente é tão assim, como que eu posso falar, que acha que tudo pra gente vai dar certo e não é assim¹. Não é porque a gente tá querendo que dá tudo certo, que vai dar certo com a gravidez. Mas agora eu tô aprendendo mais a sentir mais esta gravidez¹. Porque agora eu tenho que ficar mais de repouso¹. Tem que ficar mais em casa. Tô curtindo mais, porque a minha primeira eu não tive isso, a minha primeira gravidez, que eu trabalhava, ficava agitada o dia inteiro. Agora essa não, eu tô podendo ficar mais calma¹, mais tranquila, podendo contar com muitos profissionais², psicóloga, nutricionista, pra mim poder ficar mais informada², pra mim tá sendo uma experiência muito boa. Só que¹ eu tenho medo. Ao mesmo tempo¹ que eu tô tranquila, eu tenho medo¹. Questão assim na hora do parto a gente fica muito insegura¹, como que vai ser se o neném tá bem¹, nestas partes a gente tem medo, mas em outras coisas não, quando você fica mais tranquila, parece que pro cê tá tudo tranquilo, mas agora quando cê fica nervosa, meio assim mais agitada, cê já fica com a cabeça a mil¹, principalmente quando tá chegando no último mês¹, que aí a gente já vê que tá chegando e a gente fica meio ansiosa¹. Aí pra mim é isso.

- *Quer falar mais?*

O medo eu acho que toda mulher passa por isso. Que é medo na hora do parto mesmo é o x¹. Eu acho que é o x, que a gente não sabe o que pode acontecer¹, se vai nascer¹ perfeitinho¹. A gente ainda não sabe, pelo ultra-som¹ parece, mas. Eu não é 100% que a gente pode ficar confiando², às vezes na hora também pode acontecer alguma coisa, acho que é o medo que toda gestante tem que é na hora do parto. Igual o meu problema de hipertensão, tem medo da minha pressão aumentar, dar algum problema¹. A gente fica meio assim, com medo. Mais é isso.

- *Tá bom, obrigada então.*

ENTREVISTA 10 - Vera

Idade: 38 anos
Escolaridade: 5ª série do 1º grau
Profissão: Doméstica
Estado Civil: Amigada
HO: G2P2A0 - 2PN
Diagnóstico: Depressão

- *O que é, para você gerar um filho na sua condição de gravidez de alto risco?*

No começo eu não quis acreditar¹ não, entendeu. Isso parece que tava ni mim. Na hora que eu fiz exame ¹de sangue, que deu positivo¹. Eu comecei a chorar¹. Aí eu, ai meu Deus do céu, pela idade minha¹, falei meu Deus eu ainda ¹com esses remédios ¹e eu já tava tomando ¹eles, antes já tinha um ano e dois meses que eu tava tomando eles. Aí eu falei assim meu Deus do céu. Aí eu fui fazer o exame já tava de um mês grávida. Aí fiquei com aquilo na cabeça². Falei meu Deus será que não atingiu o bebê?² Fiquei com aquele pensamento assim, ruim na cabeça. Aí falei: - meus Deus, e se nascer com depressão?² Até passei pela psicóloga, perguntei ela se tem algum problema assim se nascer. Eu tô com¹ medo¹, agora também de entrar na sala de parto e eu entrar em depressão e meu filho¹ ficar, no hospital ¹e eu interná lá ¹no (...) de novo. Eu tô com este trem agora na cabeça. Assim que ganhá .Eu tô com este pressentimento ainda na cabeça. D'eu passar mal, d'eu entrar em depressão de novo na hora do parto¹.

- *Fale um pouquinho mais sobre esse medo.*

Pois então. È assim, porque eu tava tomando, era mais remédio, né. Aí conforme ele já vai crescendo, aí ele tá diminuindo. O Dr (...) tá diminuindo os remédio. Aí eu fico assim, tem vez que eu fico com a cabeça voando¹, com aqueles pensamento ruim¹, dá de chorar, choro assim sem mais sem menos¹, me dá aquele abafamento¹, aquele trem ruim. Eu não gosto de ficar sozinha¹. Se eu vou tomar banho a porta do banheiro tem que ficar aberta. Se eu vou dormir, meu quarto tem que ficar aberto, não agüento ver fechado, mais depois que eu internei, eu não agüento ficar nada fechado¹. Não gosto de ficar sozinha também não. Sempre tem que ter uma pessoa assim pra conversar comigo. Senão, assim eu entro em choro, sem mais, sem menos. E eu não entendo o que foi essa depressão pra mim. O que atingiu, agora dizem que eles conversaram com o meu marido lá no dia que me deu alta, eles falaram que era recarga d'eu ter passado. Aí recarga de uma vez. Aí qualquer coisinha agora, eu não fico sem os remédios, se eu deitar, às vezes eu já tô deitada, aí eu lembro, nó vou tomar meus remédios .Porque eu tenho medo de dar aquilo de novo¹. Porque eu fiquei muito assim oprimida da vida, assim eles me amarraram, me amarraram 2 vezes. Passei duas noites amarrada .Eu fui pra lá fora de si, não sabia como que eu tava não. Aí depois que eu fui melhorando por si. Agora qualquer coisinha eu fico com medo. Assusto a toa. Olha meus dois partos foi assim, não foi encomendado, porque eu fui mãe solteira do meu primeiro com 19 pra 20 anos, mas fui muito feliz na hora do parto, a minha menina também. Assim como experiência de mãe eu tenho demais², agora depois de 15 anos¹ que eu engravidei de novo eu fico com esse pensamento, como que é tudo de novo. Eu fico perguntando é minhas cunhadas, que elas têm menino pequeno, perguntando o que tem de comprar, o que tem que fazer, assim, eu esqueci muncado muitas coisas agora. Aí elas que tão me lembrando, se tem que comprar isso, aquilo prô bebê. E vamos ver que o médico falou que eu não posso amamentar e é a coisa que eu mais queria né², amamentar, porque eu amamentei² a minha filha até um ano e 7

meses, e eu não vou poder amamentar este (choro)² tá difícil, o outro² foi até com 2 anos² amamentei ele. Porque que eu não vou poder?²

- *Tem mais alguma coisa que você gostaria de falar?*

Não.

- *Então, obrigada.*

ENTREVISTA 11 – Maria de Jesus

Idade: 28 anos

Escolaridade: 2º grau completo

Profissão: Acessora de Cobrança BV Financeira

Estado civil: Casada

HO: G2P1A0 - 1PC

IG: 34 sem.

Diagnóstico: Litíase Renal e Nódulo Tireóide alterado durante a gravidez

- *O que é, para você, gerar um filho na sua condição de gravidez de alto risco?*

Essa é a minha segunda gravidez, e como todo mundo fala a gravidez nenhuma é igual a outra, a minha primeira gravidez, ela foi uma gravidez tranqüila, é claro que a gente tem os contratemplos, mas não foi considerada uma gravidez de alto risco, então, quando eu fiquei sabendo que a minha gravidez era alto risco¹ e que eu fui transferida de um médico pra outro, é no começo eu fiquei assustada,¹ não tava comendo direito, mas depois o médico foi me explicando², me auxiliando, me mostrando que numa gravidez de alto risco, se eu tivesse qualquer problema mais grave², pra fazer um exame², qualquer coisa de urgência², seria mais fácil², mais rápido², conforme realmente tá sendo² e agora eu já me tranqüilizei¹ eu tô no final da minha gravidez, falta só 2 meses pro bebê nascer e agora eu tô me sentindo melhor¹, mas mesmo assim o meu psicológico tá um pouco abalado¹, mas agora eu tô me sentindo assim mais tranqüila, mesmo assim eu tô me sentindo mais tranqüila, porque eu tô vendo que a minha gravidez tá correndo bem¹, não está tendo transtorno nenhum, apesar da bateria de exames que eu tenho feito, e é uma coisa nova pra mim¹, ser uma gestante de alto risco eu nunca imaginei que eu pudesse ser uma gestante de alto risco¹, porque a minha primeira gravidez não teve nada disso e agora eu tô tendo. Mas mesmo assim eu tô feliz, porque eu vou ter meu filho¹ e eu só peço a Deus que ele venha com saúde¹ e essas complicações que eu tô tendo não afete ele durante essa gestação,¹ que eu creio que Deus vai estar iluminando, me iluminando pra eu chegar até o final da gravidez com tranqüilidade e o meu bebê nascer perfeito com saúde igual o meu primeiro.

- *Maria de Jesus e quando você fala que ficou assustada, o que você sentia? Fale um pouquinho mais desse seu sentimento.*

È porque, a médica do posto², uai, você vai estar sendo transferida pra um médico especializado, porque você não tem condições de ficar fazendo um pré-natal normal² como as outras mulheres, que este pré-natal normal é um pré-natal de uma gestante que está tendo ao decorrer da sua gravidez mais tranqüilo normal e o seu requer um pouco mais de cuidado de dedicação², requer mais seriedade mais exames², mais dedicação, então você vai estar sendo

transferida para um médico especializado, você vai ter palestra, você vai ter entendimento do que está acontecendo com você, então eu achei estranho¹ por causa disso, porque eu tava saindo de um lugar onde todas as mulheres estavam², todas as gestantes estavam fazendo pré-natal² e eu teria que ser transferida pra um lugar diferente¹, então a gente fica com medo do bebê ficar imperfeito¹, ou da gente estar correndo risco¹ de estar tendo que escolher durante o parto ou o bebê ou a gestante¹, essa série de coisas que passa na cabeça da gente.

- *O que é risco pra você?*

É eu imaginava que³ a palavra risco seria uma coisa assim baseada mais ou menos em tragédia³, você tá com uma gravidez de alto risco³, você tá com um problema ou o seu bebê³ ou você tem um problema grave³. Ao mesmo tempo eu ficava pensando o problema que não tem condições de ser resolvido. E hoje não, hoje³ eu acredito que denominar a palavra risco como uma tragédia não é o certo, acho que eu denominaria³ hoje a palavra risco como um cuidado especial³. A mulher, a gestante hoje que se denomina, que está com uma gravidez de alto risco ela na verdade tá precisando de um pré-natal³, com melhores cuidados com maiores atenções e uma gravidez diferenciada³ das outras. É eu acho que hoje eu denominaria alto risco isso.

- *Quer falar mais alguma coisa?*

Não.

- *Então muito obrigada pela entrevista.*

ENTREVISTA 12 – Elizete

Idade: 29 anos

Escolaridade: 1º grau completo

Estado Civil: Casada

Profissão: Bordadeira

HO: G2P1A0 - 1PN

IG 36 sem.

Diagnóstico: Diabetes Gestacional e Obesidade

- *O que é, para você, gerar um filho na sua condição de gravidez de alto risco?*

Uai pra mim¹ assim foi difícil¹, porque o meu primeiro filho foi tudo normal, até metade mesmo dessa gravidez deu tudo certo. Aí do 8º mês pra cá na hora que eu entrei pro oitavo mês deu alteração de glicose, aí a médica pediu pra fazer os exames, aí que deu que tava com diabetes mesmo. Aí eu fico pensando, mas porque o primeiro foi¹ normal¹ e o dessa vez vai dar tanto problema?¹ Eu penso, porque eu fico com medo dela nascer com algum problema¹, mas como se diz depois a gente já pensa tem tantas¹ pessoas que já tem algum problema e os filhos nascem perfeitos¹, porque que vai acontecer?¹ E assim é difícil, mas como se diz, tudo na vida tem uma explicação, tem um porque, se tá acontecendo tem um sentido porque está acontecendo.

- *E aí, que mais?*

O risco eu entendo assim se tem o risco¹ é porque tem alguma coisa¹ que não tá normal¹, que se tivesse tudo normal não estaria numa situação de risco. Eu penso assim que o risco pode acontecer alguma coisa tanto comigo quanto com o neném¹, quando for nascer. Eu achei assim que por essa diabetes gestacional que poderia, eu não sei se¹ pode nascer com alguma seqüela¹, como que vai ser se o meu parto vai poder ser um¹ parto normal se vai ter que ser uma cesária.¹

- *Tem mais alguma coisa?*

Não.

- *Então, obrigada.*

ENTREVISTA 13 – Maria José

Idade: 29 anos

Escolaridade: 5ª série do 1º grau

Profissão: Doméstica

Estado Civil: Casada

HO: G3P2A0 – 2PC

Diagnóstico: Hemorragia na primeira metade da gravidez e engravidou com o DIU.

- *O que é, para você, gerar um filho na sua condição de gravidez de alto risco?*

Ah é muita ansiedade¹, porque, igual no meu caso eu pus o DIU para não engravidar¹, né, foi o método que eu achei que poderia ser mais fácil só que eu engravidei¹ com o DIU no lugar, então assim foi uma surpresa¹, que no começo eu não¹ queria aceitar não¹, porque eu falava assim: gente não pode, não tem como, né, só depois que¹ eu fiz o ultra-som, os exames, que deu, que eu falei, ai meu Deus então tá mesmo, aí já gostei, já passei a gostar¹, meu marido já era doido pra mim ter mais um, tirar o DIU e arrumar outro e agora eu não quero é perder¹, igual eu tive um princípio de aborto fiquei uns 15 a 18 dias sangrando, ia para o hospital, voltava,¹ fazendo ultra-som toda semana e aquela peleja¹ e chorando, aquele sofrimento¹, porque não queria, mas¹ desde quando se já sabe¹ que já tá você, não quer perder também, né, então o meu ponto de vista é esse, então nossa eu tô fazendo de tudo pra não perder¹, igual o médico falou que ainda corre um pouco de risco, pra ficar mais de repouso mas ai eu tô fazendo tudo que ele pediu, pra mim não perder, ainda mais ontem, desde quando se já começa a ouvir o coraçãozinho¹ que eu acho que o 4º ultra-som que eu fiz já deu pra ouvir o coraçãozinho do neném que eu fiz, nossa senhora eu abri a boca a chorar, fiz promessa¹, meu marido fez promessa pra não perder o neném sabe, a gente fez promessa porque a gente ia doar todo o enxoval do neném, o berço, o carrinho, porque eu vou comprar tudo, porque já não tem mais nada, porque a caçula já tem 10 anos, então assim, as coisas que o neném não tiver usando eu vou doar para uma mãe que esteja realmente precisando sabe, que não tenha condições mesmo, eu fiz essa promessa sabe e ele também fez, o meu marido. Aí eu espero que vai dar tudo certo, se Deus quiser, tá dando até agora, eu quero que continua, ontem eu fiquei sabendo que é mulher de novo (risos) aí foi outra emoção, porque a gente fica naquela expectativa, é homem ou mulher? Então tô adorando, sabe, mais se Deus quiser vai dar certo¹.

- *Fale pra mim mais sobre sua ansiedade.*

Esse medo de perder ou não, me deixa ainda ansiosa. Aí é terrível¹, porque cê não dorme¹, cê não quer comer¹, cê acha que tem um negócio te enforcando¹, a ansiedade toma conta, sabe, cada noite, eu já passei duas, três noites assim, sem dormir, chorando com medo de perder, com princípio de aborto, que eu tive um princípio, né. Então, sabe assim cada noite que eu acordo e vejo que tá tudo bem, aí já é uma vitória¹, entendeu? Porque a gente não quer perder, depois que tá a gente não quer perder¹. Igual tem tanta mãe aí que tira, igual teve uma pessoa que já teve 6 abortos, né. Então eu paro e penso: - Essas mães que faz aborto, que provoca o aborto, que dá o filho pros outros, põe o filho na calçada, eu acho um absurdo. Então, eu não quero perder. o medo, eu tô com ele até hoje até o dia que o médico falar comigo que não tem risco mais¹, aí eu vou ficar tranqüila, mais até agora eu não tô tranqüila¹ totalmente, fico muito ansiosa, nervosa, sabe naquela ansiedade, vai dar certo ou não, né? Como que vai ser, então, cê pensa tudo, cê pensa o que vai acontecer se você perder, o que não vai acontecer se seguir a gravidez, então o medo ele está comigo até hoje. Ontem quando¹ eu fiquei sabendo que ela é menina¹, aí eu escolhi A. C.¹, porque o que eu passei foi¹ bem dizer uma escuridão¹, porque você fica com medo, é uma escuridão, o medo pra mim é uma escuridão¹, então A. C. tá vindo dá claridade pra mim¹, entendeu, eu penso assim, tá vindo da magia, então, por isso eu escolhi A. C.

- *Quer falar mais?*

Não, tá bom.

- *Então muito obrigada.*

ENTREVISTA 14 - Marlene

M.S.R.

Idade: 22 anos

Estado civil: Amigada

Escolaridade: 5ª série do 1º grau

HO: G1P0A0

IG: 28 sem.

Diagnóstico: Dependência química (cocaína, craque, maconha)

- *O que é, para você, gerar um filho na sua condição de gravidez de alto risco?*

Bem, no começo, quando eu fiquei sabendo¹ que eu era hipertensa, aí eu ficava muito assim, fiquei muito transtornada¹, porque desde pequena eu sempre sofri. Desde os meus 5 anos, perdi pai, mãe. E há dois anos atrás eu perdi um irmão. Então eu já tava bem revoltada. Aí eu já fiquei sabendo que eu tava grávida¹, já falaram que o meu já era de risco¹, já me deixaram doida, falando que pressão não era coisa de brincadeira. Aí conforme o tempo foi passando, sabe, acho que Deus não ia me dá uma cruz, que eu não ia conseguir carregar. Foi aí que eu fui conformando, sabe. As pessoas foram conversando comigo, eu fui conversando com as pessoas. Procurei saber. Achei que era uma coisa assim, um bicho de sete cabeças.² Aí sabe, sei lá, eu entreguei pra Deus,¹ falei assim, seja o que Deus quiser, se tiver que eu tê essa menina, eu vou ter, e graças a Deus eu tô com 7 meses e tá correndo tudo bem.

- *E o que é risco pra você?*

Eu não tenho nem palavras pra falar², é complicado, risco, na hora que eu penso² esta palavra², só vem coisa ruim na minha cabeça,² só coisa negativa.²

- *O que você pensa?*

Ai tudo! Falou em risco eu já penso: será que eu posso perder essa menina,² sei lá. Risco pra mim é só coisa negativa, não penso nada positivo.²

- *O que mais você quer falar sobre essa sua experiência?*

Como é que eu posso falar, é minha primeira gravidez, eu sofri muito¹, sabe na gravidez, porque foi assim, quando eu fiquei sabendo que eu tava grávida, eu tava assim, eu não tenho muita convivência com a minha família, né, então mais é só eu e meu marido. E eu me senti muito isolada¹ e eu tenho depressão, eu tenho depressão fortíssima, sabe eu comecei a rejeitar, falava que eu não queria¹. Por que que eu fui engravidar? Sabe foi difícil. No começo foi uma gravidez difícil, minha ficha não caía,¹ enquanto eu não fiz o primeiro ultra-som e vi ela mexendo eu não acreditei¹ que eu tava grávida. Aí então eu falei conforme o tempo foi passando¹, eu fui acostumando com a história. Porque eu acho assim, se Deus tirou uma pessoa querida na minha vida. Porque a marca da minha época é dia 17 de outubro e é uma data que o meu irmão morreu, dia 17 de outubro de 2 anos atrás. Aí eu fui comecei pensar positivo,¹ comecei a pensar por outro lado¹ como se Deus tira uma pessoa nesta data, Deus tava me dando outra, tirando um e pondo outro no lugar. Eu fui comecei a aceitar a gravidez¹ e hoje eu acho, quase morro. Eu acho que é o único remédio, que vai fazer, sei lá, eu melhorar esta mágoa que eu sinto dentro de mim, esta tristeza né, de ser sozinha¹, eu penso¹ assim.

- *Você quer falar mais alguma coisa?*

Não.

- *Então obrigada, heim.*

ENTREVISTA 15 - Oscarina

A.P.D.T.

Idade: 23 anos

Escolaridade 8ª série do 1º grau.

Estado civil: Solteira

Profissão: Babá (atualmente está desempregada)

HO: G1P0A0 - IG: 38 sem

Diagnóstico: Hipertensão

Obs: Tabagista crônica

- *O que é, para você, gerar um filho na sua condição de gravidez de alto risco?*

Uai, é meio complicado, porque a gente sempre pensa que vai ser uma coisa assim perfeitinha, sem nenhum obstáculo, e de repente a gente assusta,¹ depara que a gente tem que ter um cuidado maior, porque¹ as vezes até por isso, o nosso filho está em risco,¹ então a gente

fica meio preocupada¹ é meio chato. Ainda mais pra mim que é o primeiro¹, isto me constrangeu muito.

- *Você quer falar mais sobre isto?*

Medo¹, medo, muito medo de acontecer alguma coisa, tanto comigo, quanto com a minha filha¹, acho que é besteira, mas sei lá, eu fico bem nervosa,¹ bem medrosa mesmo, choro, porque igual a minha mãe teve gêmeos e por ela ter o mesmo problema que eu, que é pressão alta e ela também tinha problema de coração deu que os meninos morreram, com uma semana de nascido eles não sobreviveram, então a gente vê muito¹ estas histórias,¹ infelizmente a que mais marca é as negativas.¹ E eu fico com isto na cabeça, a minha pressão cada dia que passa sobe mais, e eu tenho medo de acontecer¹ alguma coisa, tanto comigo quanto com¹ ela, alguma complicação no parto,¹ sei lá! Eu já falei se tiver que escolher entre ela e eu, escolhe ela, que eu já vivi o que eu tinha de viver.¹ A gente pensa só besteira,¹ eu não sei porque? Não sei. Eu² sei, que sou uma² pessoa alegre, extrovertida,² eu tento passar por cima, mas tem hora que a gente² baqueia², isso tá sendo muito difícil pra mim. A gravidez tá complicada,¹ o final piorou, passa muita raiva, fica muito nervosa. Eu tô tentando controlar, mas não tá sendo¹ fácil não.¹ Não tá. Mas tá bom, tá chegando o final,² eu não vou morrer na praia agora² no final, não. Nadei tanto pra morrer agora, no final!² Eu sou tão forte,² eu não sou essa² manteiga,² essa melança que eu tô.²

- *Mais alguma coisa?*

Eu tô tentando largar de fumar,² fugir do cigarro, mais é difícil, eu fujo todo o tempo do cigarro, mas toda hora eu tô com vontade, eu não consigo, não pegar, não acender. Eu tento fumar só um pouco e apagar, mas quando eu vejo eu tô com ele de novo na boca, qualquer raiva que eu passo, eu vou lá e acendo, qualquer coisa que eu como, eu vou lá e acendo, o que eu tenho pra despejar a minha raiva, a minha ansiedade é o cigarro,² porque eu não tenho uma pessoa que senta conversa, meu pai gosta muito de mim, mas ele é muito seco. Ele não é daquelas pessoas que sabe sentar e conversar. Porque eu acho que a gestante², ela fica tão sensível, tão boba, precisando tanto de um colo,² de um companheiro,² de uma pessoa, que senta, conversa.² Isso eu não tenho². Então ²é ali que eu² desconto, a minha tristeza², a minha ansiedade, é no cigarro. Cada dia que passa o cigarro tá aumentando mais, e isso tá fazendo mal pra mim, na minha pressão, mais eu não consigo² por isso na minha cabeça, tá difícil. Tá muito difícil, nossa tá sendo uma peleja.²

ENTREVISTA 16 – Rose

M.R.B

Idade: 30 anos

Escolaridade: 3º grau incompleto

Estado civil: Casada há um ano

Profissão: Cabelereira

IG: 26 sem.

HO: G2P0A1 (1 abortamento com 4 sem.)

Diagnóstico: Hipertensão, obesidade, bronquite

- O que é para você gerar um filho na sua condição de gravidez de alto risco?

Silêncio. Fácil não é, porém é muito gratificante¹. Porque ¹você tem problema,¹ como no meu caso¹ eu tenho pressão alta¹, no começo da gravidez, tive problema de bronquite¹. Eu passei muito mal. Coisa que eu não tinha há mais de 6 anos, que começou depois. É obesidade¹, então isso pra mim não é tão significante¹ agora, agora que o neném tá mexendo¹, que eu tô sentindo¹, que eu ponho a mão na barriga, o neném dá aqueles chutinho. Mas, no começo eu passei muito medo¹. E a vida da gente muda totalmente,¹ tipo assim, em todos os aspectos, tudo, tudo.... O lado emocional, qualquer coisinha você chora,¹ coisa que eu não fazia antes. É tipo assim em termos de marido e mulher é complicado ter relação¹, principalmente agora, com quase 7 meses, é difícil, é dolorido¹, entendeu? E tudo é complicado,¹ pra você ir trabalhar¹, pegar um ônibus¹, tudo, tudo é difícil! Só que recompensa¹, tipo assim, se vê que, se põe a mão na barriga, se sente que o neném mexeu, isso supera todas as dificuldades¹. Então pra mim é, porque eu sempre sonhei, desde pequena é casar e ter filho. E casei, só faltava eu ter filho, então pra mim, foi muito gratificante. Principalmente agora, tipo assim, às vezes, chega a minha mãe, meu pai e põe a mão na barriga, o neném mexe, a gente vê na carinha deles a alegria entendeu? Então é muito bom, nó! Não tem coisa melhor não! Apesar de ser uma gravidez de risco¹. Que até o mês passado, eu tinha medo¹, porque se o médico falasse assim vamos tirar, porque complicou, não dá pra ficar, não tirar. Resumindo, eu ia perder o neném¹. Porém agora, de agora pra frente se falar assim vão tirar, ele tem uma chance a mais. Antes não tinha. Então pra mim agora, eu tô ficando mais tranqüila, aquela ansiedade de antes pensar assim, nossa eu posso tá perdendo, aquela coisa assim, acabou, entendeu? Então, agora eu penso só no nascimento dele¹. Eu não penso mais que eu possa perder ou não. Isso nem passa pela minha cabeça. Eu penso mais só no nascimento mesmo! Agora na parte sentimental, se muda completamente, se pensa assim, os grandes amores da minha vida são pai, mãe, marido, quando o neném tá na sua barriga, ou quando, eu imagino que quando nascer isso não é assim mais, quem é o grande amor da sua vida é seu filho, não é mãe, pai, marido mais. Porque eu sempre fiz isso, meus dois amores eram, meu pai e minha mãe e em segundo vinha meu marido. Porque se fosse pra mim optar entre pai, mãe e marido, eu ficava com o pai e a mãe. Agora hoje se você me perguntar quem você escolheria, eu escolheria o meu filho¹. Como se diz eles já estão grandes, criados, então já não precisam, agora o filho é diferente. E antes, muitas mães falavam pra mim, na hora que você tiver o seu primeiro, você vai ver que amor de mãe é diferente de tudo¹, que você já viveu. E isso eu posso falar hoje, que é completamente diferente. Quando você pega as ropinhas, você fica ali imaginando¹, como é que vai ser¹, se ele vai ser gordinho¹, se ele vai ser pequeninho¹, tudo é muito gratificante, muito. Sinceramente, não tem coisa melhor do que está grávida não¹. Nunca passei por uma experiência tão boa! É verdade que quando eu casei foi muito bom, foi. Só que a experiência de tá grávida, o bichinho tá mexendo aqui dentro é melhor ainda (risos), muito bom, nó! Agora já este problema que deu¹, ué, a gente contorna né¹. Vai tomando um remedinho, vai contornando até ele nascer. Igual remédio pra pressão alta, eu não tinha a pressão alta. E quando apareceu eu achei estranho, porque eu nunca tive pressão alta. E os sintomas da minha pressão alta é o mesmo sintoma de pressão baixa. Eu não sinto nada de diferente¹. Aí, às vezes, você mede a pressão, você tá com sintoma de pressão baixa, você mede a pressão tá alta. Então, eu nunca sei se ela tá alta, se ela tá baixa, então pra mim, não tem diferença, todo mundo fala, ai eu tenho dor de cabeça, tenho isso, eu não tenho nada disso! Agora na minha família, meu pai e minha mãe, eles já são hipertensos, os dois têm diabetes, os dois têm problema de tireóide, e eu graças a Deus todos os exames que eu faço, eu não tenho nada. A única coisa é obesidade e a pressão alta. O resto tá tudo tranqüilo graças a Deus. E mais, o principal é tá grávida, tá bom demais! É muito bom, não tem coisa melhor

não, todo mundo fica ali em volta do vc,¹ todo mundo te mimando¹, ai é bom demais. E quando você ganha alguma coisinha assim de neném, nossa é melhor que se tivesse dando pra você, entendeu, você ganhar uma ropinha pro neném é melhor que você ganhar uma roupa pra você mesma. É mil vezes melhor, não tem nem como comparar. É, igual a gente fala a mãe prefere dar pro filho que pra ela mesma, realmente é isso mesmo.

- *É e o que você entende por risco?*

Risco, eu acho que tipo assim, isso eu aprendi muito com a minha mãe, independente do que você vai fazer é um risco². A vida é um risco². Então, o risco igual no meu caso o meu risco é a pressão alta, tem pessoas que, às vezes, não é a pressão alta, é o diabetes, é um problema de tireóide, sabe cada um tem um problema. Então, se você for analisar, risco todo mundo corre². Então, eu procuro não me por nesta condição de uma gravidez de risco², totalmente assim, aquela coisa que não deixa respira. Eu me ponho assim, todo mundo corre um risco, porém o meu é um pouquinho maior. Mas é contornável², não é uma coisa², tipo assim, sem solução², então, eu acho por isso, eu procuro não por isso na minha cabeça, que eu viva realmente com a gravidez de risco, que a qualquer momento eu posso perder o neném, ou sei lá acontecer alguma coisa comigo. Porque isso é, eu posso tá grávida ou não que pode acontecer, do nada se morre. Então, eu procuro não pensar em gravidez de risco. Aí eu brinco, alguém chega, fala, você faz pré-natal na policlínica? Faço. Aí a pessoa fala: nossa, então sua gravidez é de risco. Não é, mas o Dr. contorna tudo, então eu fico brincando pra não me por nesta condição de gravidez de risco. Porque¹se você por isso na cabeça acho que é muito torturante². Você tá se torturando, nó só tem momento ruim, não acho que pelo menos pra mim esta fase de gravidez de risco, essa idéia assim muito fechada, pra mim passou, então eu não penso muito assim mais não. No começo sim, no começo eu tinha muito medo, porque como eu já tinha perdido um de um mês, então eu tinha muito medo de perder este. Mas, agora é mais tranquilo, mas agora eu não ponho na cabeça mesmo de gravidez de risco, aquela coisa, não ponho. Porque resumindo, eu fico nervosa, a pressão vai subir, aí vai complicando, então, eu procuro nem pensar muito sobre isso, porque eu acho que a pessoa começa a pensar demais, você tá causando problema pra você mesmo, então você lá de vez em quando, você deitar e pensar, tudo bem, mas você ficar ali naquela paranóia, todo dia pensando, não. Eu nunca fui assim, nunca fui de ficar pensando muito nos problemas², eu sou mais de impulso. O que eu tenho que fazer, eu faço². Pronto, acabou então, eu não sou de ficar pensando não.

- *Quer falar mais alguma coisa?*

Ué. (silêncio) Não, acho que não, só espera a vinda do F.¹, né! (risos)

- *Então obrigada, heim*

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](#)