

DANIELA VASCONCELOS DE AZEVEDO

A EXPERIÊNCIA DA PRÉ-ECLÂMPسيا VIVENCIADA POR
GESTANTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Natal - Rio Grande do Norte

2009

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

DANIELA VASCONCELOS DE AZEVEDO

A EXPERIÊNCIA DA PRÉ-ECLÂMPsia VIVENCIADA POR
GESTANTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Cristina Pinheiro
Fernandes de Araújo

Co-Orientadora: Prof^a. Dr^a. Íris do Céu Clara
Costa

Natal - Rio Grande do Norte

2009

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

COORDENADORA DO CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS
DA SAÚDE: Prof^ª.Dr^ª .TÉCIA MARIA DE OLIVEIRA MARANHÃO

Daniela Vasconcelos de Azevedo

A EXPERIÊNCIA DA PRÉ-ECLÂMPZIA VIVENCIADA POR
GESTANTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Presidente da Banca: Prof^a. Dr^a Ana Cristina Pinheiro Fernandes de Araújo

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dr^a. Simone da Nóbrega Tomaz Moreira

Prof^a.Dr^a. Eulália Maria Chaves Maia

Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Duarte Pereira

Prof^a.Dr^a. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro

Aprovada em: 06/10/2009

Agradecimentos

A todas as pessoas que direta ou indiretamente me ajudaram a desenvolver este trabalho e em especial:

A minha família, que sempre está ao meu lado;

A professora Doutora Ana Cristina Pinheiro Fernandes de Araújo, pela orientação e apoio durante todo o processo;

A professora Doutora Íris do Céu Clara Costa, pela co-orientação e apoio ao longo deste caminho;

A banca de professores que aceitaram participar da defesa e que contribuíram para aperfeiçoar o estudo;

Ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde/UFRN, através dos coordenadores, professores e secretárias, por me acolher e proporcionar a oportunidade desta qualificação acadêmica;

Aos colegas do programa com os quais compartilhei vitórias e dificuldades;

A todas as gestantes e profissionais de saúde que gentilmente aceitaram participar do estudo e que sem eles o mesmo não teria se concretizado;

A família amiga que me recebeu e hospedou, com tanto carinho durante todos os períodos que necessitei estar em Natal;

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)/ Programa de Qualificação Institucional (PQI), pela concessão de uma bolsa de estudos;

A Universidade Estadual do Ceará (UECE), que concedeu meu afastamento temporário para cursar esta pós-graduação, através da Coordenação do curso de Nutrição, Diretoria do Centro de Ciências da Saúde e Reitoria.

“A crítica se encontra em todo o pensamento verdadeiro; não existe pensamento sem a distância que se manifesta em toda atitude de questionamento. E não existe pergunta sem a consciência de que para qualquer pergunta existem diversas respostas.”

(Gadamer)

SUMÁRIO

LISTAS DE QUADROS, FIGURAS E TABELAS	10
RESUMO	
ABSTRACT	
1. INTRODUÇÃO	12
2. REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1. Aspectos psicossociais do ciclo gravídico-puerperal	16
2.2. Aspectos psicossociais da gravidez de risco	20
2.3. A pré-eclâmpsia como patologia de risco na gestação	22
2.3.1. Conceito, prevalência e etiologia	22
2.3.2. Fatores de risco	23
2.3.3. Sintomatologia e critérios diagnósticos	24
2.3.4. Prevenção	25
2.3.5. Complicações materno-fetais	26
3. PERCURSO METODOLÓGICO	28
3.1. Caracterização do estudo	28
3.2. O campo de estudo	29
3.3. Os participantes do estudo	29
3.4. Coleta dos dados: técnicas e instrumentos	32
3.5. Análise e apresentação dos resultados	36
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
4.1. Caracterização das gestantes e dos profissionais de saúde	46
4.2. Significados de gravidez e pré-eclâmpsia, segundo análise do TALP	53
4.2.1. Significados da gravidez	53
4.2.2. Significados da pré-eclâmpsia	56
4.3. Percepções e vivências da pré-eclâmpsia: gestantes	62
4.3.1. Experiência da doença	62
4.3.1.1. Concepções sobre a pré-eclâmpsia	62
4.3.1.2. Surgimento da pré-eclâmpsia e suas causas	68
4.3.1.3. Sentimentos em relação à pré-eclâmpsia	74
4.3.2. O tratamento da doença	78
4.3.2.1. Procura pelo tratamento da pré-eclâmpsia	78
4.3.2.2. Mudanças ocorridas após a pré-eclâmpsia	84

4.3.2.3. Expectativas quanto ao tratamento da pré-eclâmpsia	90
4.4. Percepções e vivências da pré-eclâmpsia: profissionais de saúde	97
4.4.1. Conhecimento dos profissionais sobre as gestantes	97
4.4.1.1. Características das gestantes	97
4.4.1.2. Mudanças na vida das mulheres devido à pré-eclâmpsia	101
4.4.1.3. Expectativas das mulheres sobre o serviço da MEJC	106
4.4.2. O atendimento de gestantes com pré-eclâmpsia	111
4.4.2.1. Significados atribuídos pelos profissionais ao atendimento de mulheres com pré-eclâmpsia.	111
4.4.2.2. Expectativas dos profissionais no atendimento de mulheres com pré-eclâmpsia	114
4.5. Relação profissional – paciente no atendimento da gravidez	119
4.5.1. Aproximações entre as percepções de gestantes e profissionais de saúde em relação à pré-eclâmpsia	119
4.5.2. Relação profissional – paciente no atendimento da gravidez com pré-eclâmpsia: relatos de observações	121
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	131
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	136
7. ANEXOS	146
Anexo I: Teste-piloto	147
Anexo II: Dados sócio-econômicos/demográficos	148
Anexo III: Dados de identificação dos profissionais de saúde	149
Anexo IV: TALP – gestantes e profissionais	150
Anexo V: Entrevista estruturada – gestantes	151
Anexo VI: Entrevista estruturada – profissionais	152
Anexo VII: Protocolo da aprovação CEP	153
Anexo VIII: Termo de consentimento livre e esclarecido	154
Anexo IX: Termo de consentimento livre e esclarecido	155

LISTAS DE QUADROS, FIGURAS E TABELAS

Quadro 1.Temas, categorias e subcategorias empíricas dos relatos de gestantes atendidas na MEJC. Natal-RN, 2007	43
Quadro 2.Temas, categorias e subcategorias empíricas dos relatos dos profissionais da MEJC. Natal-RN 2007	44
Quadro 3.Concepções sobre a pré-eclâmpsia, segundo as gestantes atendidas na MEJC. Natal - RN, 2007	64
Figura 1.Quadro de quatro casas	40
Figura 2.Quadro de quatro casas para o estímulo indutor <i>gravidez</i> segundo gestantes da MEJC. Natal-RN, 2007	54
Figura 3.Quadro de quatro casas para estímulo o indutor <i>gravidez</i> segundo profissionais da MEJC. Natal-RN, 2007	55
Figura 4.Quadro de quatro casas para o estímulo indutor <i>pré-eclâmpsia</i> segundo gestantes da MEJC. Natal-RN, 2007	58
Figura 5.Quadro de quatro casas para o estímulo indutor <i>pré-eclâmpsia</i> segundo profissionais da MEJC. Natal-RN, 2007	59
Tabela 1.Dados sócio-econômicos e demográficos de gestantes com pré-eclâmpsia atendidas na MEJC. Natal - RN, 2007	47
Tabela 2.Avaliação nutricional antes e durante a gravidez de gestantes com pré-eclâmpsia atendidas na MEJC. Natal-RN, 2007	48
Tabela 3.Idade, categoria profissional e local de trabalho dos profissionais da MEJC. Natal – RN 2007	51
Tabela 4.Freqüência das categorias evocadas por gestantes e profissionais de saúde - estímulo indutor <i>gravidez</i> . Natal-RN, 2007	56
Tabela 5.Freqüência das categorias evocadas por gestantes e profissionais de saúde - estímulo indutor <i>pré-eclâmpsia</i> . Natal-RN, 2007	60

RESUMO

O presente estudo objetivou compreender as percepções de gestantes e profissionais de saúde sobre a pré-eclâmpsia e a relação entre profissional e paciente. Optou-se por abordagem qualitativa, com entrevistas semi-estruturadas, observação participante e Teste de Associação Livre de Palavras (TALP). Os dados foram coletados entre fevereiro e junho de 2007, na Maternidade-Escola Januário Cicco (MEJC), Natal-RN, com 61 gestantes e 87 profissionais, dos quais 20 de cada grupo participaram das entrevistas. Utilizou-se uma perspectiva interpretativa e compreensiva aproximada à hermenêutica de Gadamer, com a construção de temas e categorias empíricas. As gestantes revelaram medo da pré-eclâmpsia e suas conseqüências e mostraram que sabiam pouco a respeito do tema e que gostariam de saber mais. As mudanças ocorridas, decorrentes, da doença foram mais de ordem emocional, do que relacionada à adoção de estilo de vida saudável. Observou-se despreparo das unidades básicas em atender e encaminhar as gestantes com pré-eclâmpsia para unidade de referência. Os profissionais conheciam características da clientela, sabiam do medo que sentiam e do pouco conhecimento sobre a doença, porém não as envolviam no tratamento. Na relação entre profissional e paciente observou-se ausência de diálogo sobre a doença e inabilidade, por parte dos primeiros em lidar com questões emocionais. Há necessidade de um novo olhar para a assistência à pré-eclâmpsia priorizando a construção coletiva de estratégias de abordagem e intervenção que inclua aspectos subjetivos, numa perspectiva hermenêutica da saúde.

Descritores: pré-eclâmpsia, cuidado pré-natal, gestantes, profissionais de saúde, emoções

ABSTRACT

The aim of this study is to understand the perceptions of pregnant women, mothers and health professional about preeclampsia and the relation between professional and patient. A qualitative approach was chosen, together with semi-structured interviews, participative observation and Test of Free Association of Words (TFAW). The data were collected in February and June 2007 at Maternidade-Escola Januário Cicco (MEJC), Natal, RN, Brazil with 61 pregnant women and 87 professionals, 20 of each group were interviewed. An interpretative and understanding perspective was used similar to that of Gadamer's hermeneutics and with the construction of themes and empirical categories. The pregnant women showed fear preeclampsia and its consequences, and to know very little about the subject and also a desire to know more. The changes that occurred with the illness were more related to the emotional order than to the healthy lifestyle they have adopted. Some lack of preparation of the basic units was observed, in order to meet and guide the pregnant women to the reference unit. Professionals knew the customers characteristics, about their fear and about their little knowledge on this illness. Nevertheless, they did not include them in the treatment. It was observed the absence of conversation over the illness between professionals and patients and also the inability of the former to deal with emotional issues. A new way of looking into the preeclampsia assistance is necessary. A way that focuses on the collective construction of intervention and approach strategies; one which includes subjective aspects in an hermeneutic perspective of health.

Key words: preeclampsia, pre-natal care, pregnant women, health professional, emotions.

1. INTRODUÇÃO

A gravidez é um momento ímpar na vida da mulher, onde significativas mudanças físicas e psicossociais tendem a acontecer influenciando não somente a própria gestante como também aqueles que convivem com ela¹.

Mesmo que a maioria das gestações e partos ocorra sem complicações, todas as gestações representam um risco. Em torno de 15% do total de mulheres grávidas manifestam algum tipo de complicação que requer atenção qualificada e intervenção obstétrica para garantir a sobrevivência do binômio mãe-filho². As mulheres nesta situação são caracterizadas como “gestantes de risco” e dependendo do agravo ao qual estão expostas deverão ser acompanhadas por equipe multidisciplinar no pré-natal considerado “de alto risco”, com protocolos específicos visando à prevenção de outras intercorrências prováveis³. Desta forma, qualquer intercorrência durante o ciclo gravídico-puerperal é encarada com apreensão por aqueles que estão envolvidos neste processo, em especial, a mulher e o profissional de saúde. Nesta situação de fragilidade as mulheres necessitam amplo apoio dos profissionais de saúde, não apenas no seu sentido físico, mas também psicológico, uma vez que a subjetividade que constitui a essência é esquecida em detrimento de todos os procedimentos biológicos que necessitarão ser desenvolvidos no cuidado clínico da gravidez e da doença.

A incidência de intercorrências que podem ocasionar morbidade obstétrica severa é de 1,2% de todos os partos. Um terço delas estão relacionados aos distúrbios hipertensivos, com maior destaque para a pré-eclâmpsia severa⁴.

Estudo realizado no Rio Grande do Norte constatou aumento no número de casos de pré-eclâmpsia grave incluindo eclâmpsia e síndrome HELLP (sigla que

deriva do inglês: *Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets Syndrome* e que significa hemólise, plaquetas abaixo de 100.000/mm³ e elevação de enzimas hepáticas)⁵.

A pré-eclâmpsia como uma das mais importantes patologias do ciclo gravídico-puerperal, responsável por 37% de todas as mortes maternas diretas no Brasil⁶ certamente merece atenção destacada dos especialistas, além do que diversos aspectos que dizem respeito à fisiopatologia, modelos de tratamento e prevenção ainda necessitam ser elucidados por meio de novos estudos^{7,8}. Porém, esta doença também está relacionada ao aumento de depressão e ansiedade tanto na gravidez quanto no puerpério^{9,10,11,12}, o que sugere um olhar ampliado que possa captar as várias dimensões deste fenômeno e não somente a dimensão clínica. Por conta disto e da crescente discussão entre excesso de tecnologia na medicina e a humanização no atendimento ao pré-natal¹³ é que se percebe a necessidade de se compreender melhor as percepções e os sentimentos presentes no cotidiano dos pacientes e profissionais de saúde envolvidos neste cuidado.

Infelizmente, a assistência à saúde no Brasil ainda baseada no modelo biomédico, com as ações centradas no profissional e ênfase na dimensão orgânica da enfermidade tem dispensado pouca ou nenhuma atenção aos sentimentos das pessoas doentes e sua relação com os profissionais de saúde. Os leigos são considerados acessórios e ficam submetidos à lógica dos profissionais de saúde, que os tratam por enfermos, pacientes, beneficiários, usuários ou mesmo clientes¹⁴.

Estas considerações aliada à minha experiência enquanto docente universitária e pesquisadora na área materno-infantil, sempre motivaram minha curiosidade em compreender como as mulheres grávidas se sentiam e percebiam sua gravidez e seu atendimento no pré-natal. Tal inquietação começou a ser trabalhada no

mestrado, quando estudei gestantes adolescentes e suas percepções e conhecimentos sobre a gravidez e aspectos relacionados à alimentação. Com a oportunidade de cursar doutorado na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, através do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde e de me inserir em um grupo de pesquisas sobre a pré-eclâmpsia, novas inquietações e curiosidades foram se somando dando origem a esta pesquisa que pretendeu compreender as vivências e percepções de gestantes e profissionais de saúde em relação à presença da pré-eclâmpsia em suas vidas, as aproximações entre estas percepções, bem como a relação entre profissional de saúde e gestante.

Para melhor compreender este fenômeno procurou-se, durante o estudo, responder três perguntas básicas que nortearam o cumprimento dos objetivos propostos:

- Como as gestantes percebem e se sentem em relação à pré-eclâmpsia?
- Como os profissionais percebem as gestantes com pré-eclâmpsia e como se sentem trabalhando com elas?
- Como ocorre a relação entre os profissionais e as gestantes, no tratamento da pré-eclâmpsia?

A melhor compreensão deste fenômeno poderá ajudar aos profissionais da atenção pré-natal na reflexão sobre a relação profissional de saúde-paciente, priorizando a dimensão subjetiva do tratamento no que diz respeito à escuta, diálogo e apoio às gestantes.

1.1. OBJETIVOS

1.1.1. Compreender as percepções, sentimentos e vivências de gestantes e profissionais de saúde sobre a pré-eclâmpsia.

1.1.2. Analisar a relação profissional de saúde - gestante no cuidado da pré-eclâmpsia.

2. REVISÃO DA LITERATURA

A obstetrícia moderna, ao longo dos anos vem exibindo resultados importantes para a redução da morbimortalidade materna e neonatal. No entanto, diante destes êxitos tecnológicos, a cultura do nascimento no ocidente tem se caracterizado pela ênfase exagerada nos aspectos fisiológicos em detrimento dos aspectos psicossociais da gestação. A tendência a medicalização do ciclo grávidico-puerperal torna a gravidez, parto e puerpério eventos exclusivamente médicos e transforma a gestante e a puérpera em pacientes dependentes e passivas^{15,16}.

Em praticamente todas as sociedades humanas eventos como gravidez e nascimento significam para as mulheres, bem mais do que simples eventos biológicos controlados pela biomedicina. Eles integram a importante transição da condição social de mulher para a de mãe¹⁶ e esta transição impõe adaptação e reorganização corporal, em termos hormonais e bioquímicos, familiar e social¹⁷, que faz deste período uma experiência única na vida da mulher.

2.1. Aspectos psicossociais do ciclo grávidico-puerperal

A gravidez é uma fase complexa que provoca mudanças não apenas fisiológicas, como também emocionais, sociais e econômicas na vida das gestantes^{1,17}. A maioria das mulheres passa por adaptações psicológicas, que são afetadas por suas crenças, desejos e cultura e que as ajudam a lidar com este novo momento¹⁸.

Mesmo que a gravidez seja desejada e planejada ocorrem sentimentos contraditórios. Situações vivenciadas pelas gestantes podem influenciar positiva ou negativamente este momento, entre elas a qualidade da relação com o

companheiro, suporte emocional, percepção da maternidade, experiência anterior de gravidez de risco, eventos obstétricos passados e seus desfechos, atuação médica na gravidez, crenças e experiências com amamentação e situação familiar^{1,18}.

Autores são unânimes em afirmar que estas situações propiciam o desencadeamento de desordens emocionais e transtornos psiquiátricos^{17,19,20}. Sinais de depressão na gravidez são comuns e sua ocorrência varia bastante podendo se apresentar em até 50% das gestações^{21,22,23,24,25,26}. Durante o puerpério, a depressão também costuma se manifestar podendo atingir 43% das puérperas^{2,21,23,27,28}.

No primeiro trimestre da gravidez estão presentes sentimentos de ambivalência, que fazem com que a gravidez seja ao mesmo tempo aceita e rejeitada; é o dilema entre o querer e o não querer estar grávida^{1,17}. Como o feto ainda não é concretamente sentido e as alterações corporais pouco perceptíveis, a confirmação da gravidez evoca sentimentos de alegria, apreensão e muitas vezes, rejeição¹.

O segundo trimestre é considerado o mais estável da gravidez, do ponto de vista emocional. A partir deste momento o feto começa a ser percebido separado da mãe, embora ainda totalmente dependente dela. Nesse período, as mulheres sentem mais necessidade de atenção, carinho e proteção¹.

No terceiro trimestre tende a aumentar a ansiedade devido à proximidade do parto e das mudanças com a chegada do bebê. A futura mãe experimenta sentimentos contraditórios; a vontade de ter o bebê e finalizar logo a gravidez, mas também a vontade de prolongá-la para adiar as mudanças. Os medos mais comuns desta fase se relacionam ao parto, à amamentação, ao não retorno ao corpo anterior e às alterações na rotina diária¹. Algumas mulheres se sentem incomodadas e até

envergonhadas com as mudanças corporais desencadeadas pelo ciclo gravídico-puerperal²⁹.

O parto é um momento crítico deste ciclo, pois se trata de um processo súbito, que interrompe a gravidez vivenciada lentamente pela gestante levando a separação concreta entre mãe e filho¹.

O puerpério também é marcado por emoções variadas. A primeira semana pós-parto tem como característica a labilidade emocional, com a euforia e a depressão se alternando rapidamente¹. Neste período, algumas mães manifestam medo do bebê morrer, principalmente de maneira súbita²⁹.

A depressão não é o único sintoma que surge após o parto, apesar de ser o mais evidente. Outras manifestações também ocorrem e não devem ser desprezados, como: sinais de esgotamento, irritabilidade, predisposição ao choro fácil, falta de motivação, transtorno do sono, cefaléia, perda da libido e do apetite, entre outros².

A psicose pós-parto afeta menos de 1% das mulheres e costuma ocorrer no momento do parto. A causa não é conhecida, embora se saiba que cerca da metade das mulheres com este problema, apresentava enfermidade mental anterior à gestação. Os sintomas característicos são: surgimento abrupto de delírios ou alucinações, insônia, preocupação excessiva com o bebê, depressão grave, impulsos suicidas ou infanticidas. O prognóstico de recuperação é bom, embora cerca de 50% das mulheres estejam suscetíveis a apresentar novamente em gestação futura².

Na assistência à mulher durante a gestação, os profissionais devem estar atentos à acolhida, com vistas à humanização da assistência pré-natal e puerperal. A mulher se sente acolhida nos serviços quando os profissionais a chamam pelo

nome, escutam suas queixas e dúvidas e explicam todos os procedimentos que serão realizados³⁰. Também é importante que a mulher, em qualquer momento da gravidez tenha a oportunidade de conversar, confidencialmente, sobre sua gravidez ou sobre assuntos pessoais, com ou sem a presença de seu companheiro³¹.

Conhecer as condições emocionais sob as quais aconteceu a gravidez, como a rede social de apoio desta mulher, a existência de problemas em gestações anteriores, a existência de outros filhos, se a gravidez foi desejada, entre outros aspectos ajudam na humanização desta assistência, pois estabelecem uma relação de confiança e respeito mútuos, que certamente repercutirá positivamente tanto para gestantes quanto para profissionais³⁰.

A triagem de mulheres que apresentam sintomatologia compatível com depressão e ansiedade deve fazer parte da rotina de atividades do pré-natal e puerpério, como forma de evitar o desenvolvimento ou agravamento desta condição^{17,18,23,24,28,32,33}. Para tal é necessário que os profissionais de saúde sejam capacitados a identificar tais sintomas^{25,26} e referenciar as mulheres com problemas mais graves para serviços ou profissionais especializados³¹.

No puerpério, devido à extrema vulnerabilidade emocional na qual a mulher se encontra, é necessário o retorno das mesmas ao serviço de saúde após o parto. Desta maneira, os profissionais poderiam perceber atitudes e comportamentos que fugissem ao que se considera “normal”, neste período³⁰.

Diante de sentimentos tão intensos presentes neste momento, a assistência pré-natal e puerperal se reveste da maior importância tanto pelos procedimentos de ordem física quanto pelo apoio emocional dispensados à mulher e sua família.

2.2. Aspectos psicossociais da gravidez de risco

Embora a maioria das gestações não apresente anormalidade, não se pode dizer que esta fase é isenta de complicações. Em algumas delas, a saúde ou a vida da mãe e ou do filho têm mais chances de sofrer algum dano, do que as da média da população referida, portanto são classificadas como gravidez de risco³.

Certamente em se tratando de gravidez de risco, aspectos emocionais e psicológicos estarão mais presentes do que em uma gravidez com baixo risco. Quando um fator de risco se instala na gravidez, a gestante tende inicialmente a negar tal situação para depois se culpar pelo que está ocorrendo e em seguida manifestar raiva contra os profissionais de saúde e contra si mesma, como se o aparecimento do agravo fosse resultado de seu próprio fracasso. Geralmente, sentimentos como depressão, perda da auto-estima, isolamento e desorientação surgem após o primeiro momento de surpresa da descoberta da doença². Quando a mulher já apresentava situação de risco anterior à gravidez pode perceber este momento como uma esperança de vencer a possibilidade da morte, porém ela pode também manifestar desequilíbrio emocional com reações diferentes das que ela comumente manifestava³.

Quando o agravo surge na forma de uma doença o nível de estresse varia de acordo com a intensidade desta doença. No caso de pré-eclâmpsia, por exemplo, os sintomas de estresse aumentaram significativamente com a progressão da patologia³⁴.

A gravidez de risco geralmente necessita de cuidados especializados, equipe multidisciplinar e nível secundário ou terciário de assistência, muito embora alguns casos possam ser assistidos apenas no nível primário³⁵.

De acordo com o modelo brasileiro de assistência ao pré-natal, o início do acompanhamento à gestante é feito nas unidades básicas de saúde. Quando a gravidez apresenta fatores que possam comprometer o bom andamento da mesma, a gestante deve receber todas as orientações acerca de qual serviço procurar em situações de emergência e no parto. As unidades básicas precisam continuar a assistência a esta gestante até o final da gravidez, embora ela tenha sido encaminhada a uma unidade especializada³⁶.

A gravidez pode se iniciar sem intercorrências aparentes e se tornar uma gestação de risco. Dessa forma, avaliação constante deve ser realizada desde o início para que o profissional identifique situações que possam agravar o curso da gestação³⁵. Estudos têm demonstrado que as consultas de pré-natal são muito rápidas, o que dificulta a percepção, por parte dos profissionais, de alterações que possam ocorrer. Além disso, as mulheres não se sentem à vontade para manifestar suas queixas e medos, comumente presentes neste tipo de gravidez³⁶. Gestantes de risco desejam receber mais apoio e informações durante o pré-natal e segundo elas, os profissionais deveriam dispensar mais tempo nas visitas para que pudessem tirar suas dúvidas^{37,38}.

Algumas habilidades são necessárias para reforçar a confiança das gestantes de risco nos profissionais e no serviço de saúde:

- falar de maneira tranqüila e assegurar à mulher que a conversa é confidencial;
- demonstrar sensibilidade às questões culturais e religiosas;
- demonstrar interesse e compreensão pelo que a mulher tem a dizer;
- responder diretamente as perguntas da mulher, de maneira tranqüila;
- explicar as medidas que deverão ser adotadas para lidar com a situação e suas possíveis complicações;

- solicitar que a mulher repita os pontos principais das orientações dadas, para ter certeza de que ela compreendeu;

- no caso de algum procedimento cirúrgico, explicar a natureza da cirurgia e seus possíveis riscos, ajudando a diminuir a ansiedade, considerando que quando as mulheres se encontram em estado de ansiedade elevado apresentam mais dificuldade durante uma cirurgia e o período de recuperação².

Um fator de estresse adicional no cuidado a gestantes de risco é a hospitalização que, na maioria das vezes, se faz necessária e afasta a gestante do convívio familiar, além de fazê-la perder autonomia sobre si mesma e sobre a gravidez³. A gestante que passou por um período anterior de hospitalização, parece perceber mais os riscos aos quais ela e o bebê estão expostos^{39,40}. O acompanhamento de gestantes que apresentaram pré-eclâmpsia grave deveria ser prolongado após o parto, pois observou-se persistência maior de sintomas como dor de cabeça, perda de concentração/memória e problemas mentais seis meses após o parto naquelas que passaram por internamento em UTI⁴¹.

2.3. A pré-eclâmpsia como patologia de risco na gestação.

Dentre as complicações que costumam ocorrer na gravidez, a pré-eclâmpsia é uma das mais importantes pela sua gravidade em termos de sintomas e repercussão sobre o binômio mãe-filho.

2.3.1. Conceito, prevalência e etiologia

A definição de pré-eclâmpsia é complexa, pois pouco se conhece sobre sua patogênese^{42,43}, o que leva, muitas vezes, a controvérsias em sua definição⁴⁴.

A pré-eclâmpsia faz parte das chamadas síndromes hipertensivas da gravidez e tem como principal característica uma resposta anormal à inserção do leito placentário que leva ao aumento da resistência vascular sistêmica, agregação plaquetária, ativação do sistema de coagulação e disfunção das células endoteliais⁴⁵.

Segundo a OMS, pelo menos uma mulher morre a cada sete minutos por complicações decorrentes de distúrbios hipertensivos⁴⁶. Na América Latina e Caribe, os distúrbios hipertensivos são responsáveis por 25,7% de todas as mortes⁴⁷.

As causas do surgimento da pré-eclâmpsia ainda permanecem desconhecidas, mas sabe-se que ela é potencialmente perigosa para mãe e filho^{7,42,43,45}. Muitos mecanismos foram sugeridos para tentar explicar o que leva ao desenvolvimento da pré-eclâmpsia, entre eles diferenciação trofoblástica prejudicada, invasão trofoblástica, diferenciação placentária e endotelial, má-adaptação imunológica aos antígenos do pai e resposta exagerada do sistema inflamatório⁴².

2.3.2.Fatores de risco

Algumas condições estão relacionadas à maior predisposição ao surgimento de pré-eclâmpsia, como: primeira gravidez, história anterior de pré-eclâmpsia, intervalo maior ou igual a 10 anos desde a última gestação, idade maior ou igual a 40 anos, IMC maior ou igual a 35, história familiar de pré-eclâmpsia (em mãe ou irmã), pressão diastólica maior ou igual a 80 mm Hg, proteinúria registrada (maior ou igual a 300mg/24h), gestação múltipla, pré-existência de hipertensão, doença renal, diabetes, anticorpos antifosfolipídico^{44,48,49}. A extensa revisão de estudos controlados sobre fatores de risco mostrou que a idade materna jovem não teve relação com o desenvolvimento de pré-eclâmpsia⁴⁸.

A obesidade se destaca como um importante fator de risco modificável para desenvolvimento de pré-eclâmpsia e outras complicações futuras^{44,46,50}. Mulheres com sobrepeso e obesidade deveriam ser encorajadas a atingir o peso ideal antes de engravidar e assim reduzir o risco de desenvolver pré-eclâmpsia em gravidez futura⁵⁰.

2.3.3. Sintomatologia e critérios diagnósticos

Hipertensão e proteinúria são as ocorrências mais comuns da pré-eclâmpsia e servem para definir a patologia. Porém outras ocorrências também importantes, embora não específicas da pré-clâmpsia estão relacionadas a ela e incluem manifestações visuais, como cintilações e escotomas, que refletem a ocorrência de isquemia occipital cortical; dor de cabeça persistente, que reflete isquemia cerebral ou edema; dor epigástrica ou no quadrante superior direito, que reflete irritação capsular secundária à necrose hepática e/ou hematoma e dispnéia e/ou dor no peito, que indica edema pulmonar⁴⁵.

A pré-eclâmpsia se caracteriza por achados clínicos e laboratoriais diversos que podem se manifestar como uma síndrome materna com associação de vários outros sintomas e podem também se manifestar como uma síndrome fetal, que conduz a restrição no crescimento⁷. Por não existir uma única entidade patológica que se relacione de forma causal com a pré-eclâmpsia, se justifica dizer que ela não é apenas uma doença e sim uma síndrome caracterizada por hipertensão materna e disfunção em múltiplos órgãos⁴⁶.

O agravamento de alguns sintomas pode levar também a síndrome HELLP, cujos principais sintomas são: dor epigástrica, náuseas e vômitos, conseqüências da distensão da cápsula de Glison, que pode evoluir para uma ruptura hepática. Ela

pode se manifestar antes do parto e no puerpério, mas na maioria das vezes ocorre antes da 36ª semana de gestação. Ocorre em cerca de 4 a 12% das gestantes com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia e é responsável por elevar a morbimortalidade materna e fetal⁴⁵.

Ainda não há critérios plenamente estabelecidos, em termos de diagnóstico, a despeito das inúmeras pesquisas sobre esta patologia⁴². A dificuldade aumenta quando a hipertensão e a proteinúria antecedem a pré-eclâmpsia^{42,46}. Os critérios atuais para diagnosticar pré-eclâmpsia e seus subtipos (moderada, severa e sobreposta) não são totalmente consistentes entre os estudos publicados. Mesmo assim, a classificação que divide a doença em: hipertensão crônica; pré-eclâmpsia – eclâmpsia; pré-eclâmpsia com hipertensão crônica sobreposta ou hipertensão gestacional (transitória e crônica), ainda é recomendada e utilizada⁴⁵.

2.3.4.Prevenção

As medidas de prevenção estão mais relacionadas às complicações inerentes a pré-eclâmpsia do que propriamente a prevenção da doença em si, uma vez que alguns aspectos ainda permanecem obscuros. Portanto, para mulheres com baixo risco de desenvolver pré-eclâmpsia as recomendações seriam a suplementação de cálcio, pelo menos 1g/dia, caso a dieta diária contenha menos de 600mg/dia e os conselhos gerais fornecidos a toda gestante, como: abstenção de álcool, tabaco, manutenção do peso ideal, consumo de complexo vitamínico que contenha folato, antes da gestação. Não se recomenda restrição de sal na dieta diária, restrição calórica para gestantes com peso excessivo, uso de baixas doses de aspirina, nem suplementação de vitaminas C e E, nem de diuréticos⁴⁴.

Mulheres com gravidez múltipla, pré-eclâmpsia prévia, hipertensão pré-existente e sensibilidade aumentada à angiotensina II são consideradas de risco elevado para desenvolver pré-eclâmpsia e, portanto deveriam observar as seguintes recomendações: utilização de 70 a 100mg/dia de aspirina, na hora de dormir se iniciando antes da gravidez ou até, pelo menos, a 16ª semana; suplementação de 1 g/dia de cálcio, caso a dieta seja deficiente neste mineral; abstenção de álcool e tabaco; manutenção do peso ideal mediante atividade física regular e uso anterior à gestação, de complexo vitamínico que contenha folato. Também pode ser útil o aconselhamento para se evitar o ganho de peso entre as gestações, aumentar o repouso no último trimestre, reduzir a carga de trabalho e de estresse diário⁴⁴.

O que se sabe até o presente, acerca da pré-eclâmpsia, aponta para a ausência de tratamento preventivo ou curativo⁵¹ sendo o parto a única possibilidade de cura^{44,51}.

2.3.5. Complicações materno-fetais

A pré-eclâmpsia é responsável por diversas complicações tanto agudas quanto de longo prazo, para a mãe e para o feto. Como complicações maternas agudas têm-se eclâmpsia, derrame, coagulação intravascular disseminada, ruptura de placenta, síndrome HELLP, hemorragia hepática, edema pulmonar, falência renal aguda e morte. Já as complicações maternas de longo prazo são: hipertensão crônica, diabetes, doença renal crônica, doença da artéria coronária, derrame e morte prematura. O feto ou o neonato podem sofrer com complicações agudas como retardo do crescimento intra-uterino, prematuridade, hipóxia/acidose e morte perinatal, bem como de longo prazo, como doença pulmonar crônica, retinopatia da

prematuridade, paralisia cerebral, retardo mental, doenças no adulto, como cardiovascular, pré-eclâmpsia e diabetes⁵⁰.

Mulheres que desenvolveram pré-eclâmpsia em gravidez anterior têm maiores chances de apresentar novamente a doença em uma próxima gravidez^{45,52}. A pré-eclâmpsia, principalmente de início precoce predispõe a mulher a desenvolver doença cardiovascular^{45,46,53}.

Diante do que foi exposto, pode-se dizer que a pré-eclâmpsia é uma síndrome que ainda necessita conhecimentos sobre aspectos fisiopatológicos, de tratamento e prevenção a despeito do grande número de pesquisas existentes nesta área. Porém sabe-se que se trata de um acontecimento extremamente grave para a saúde da mãe e do filho, com conseqüências adversas no futuro. De modo semelhante, pode-se dizer que os aspectos psicossociais desta doença também são pouco conhecidos, porém os estudos nesta área ainda são escassos.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1. Caracterização do estudo

Na presente pesquisa realizou-se estudo exploratório, descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa utilizando-se multimétodos, no sentido de aprofundar a compreensão do fenômeno estudado e conferir maior validade aos resultados.

A abordagem qualitativa de uma pesquisa procura conhecer e compreender o sentido que as pessoas atribuem às suas experiências no mundo e como elas compreendem este mundo. Os pesquisadores que utilizam essa abordagem buscam, portanto interpretar os fenômenos sociais a partir dos significados atribuídos pelos próprios indivíduos em seus ambientes naturais^{54,55}. Portanto a abordagem multimétodos busca dar mais consistência e validade aos dados coletados, não a validade estatística, que não é um pressuposto da abordagem qualitativa, porém validade no sentido da confirmabilidade. É como se os instrumentos se “validassem” entre si, um checando os achados do outro. Além do que, segundo Pope e Mays (2005)⁵⁴ ela estimula uma análise mais reflexiva do fenômeno estudado.

Nesta perspectiva, a saúde e a doença, fenômenos largamente estudados são importantes tanto pelos seus efeitos no corpo físico quanto no imaginário ou emocional dos indivíduos, por isso todas as ações voltadas para tratamento, prevenção e planejamento deveriam levar em conta os valores, atitudes e crenças destas pessoas⁵⁶.

3.2. O campo de estudo

O desenvolvimento do estudo se deu na Maternidade-Escola Januário Cicco (MEJC) localizada em Natal, Rio Grande do Norte sendo atualmente serviço de referência terciária do Sistema Único de Saúde (SUS) vinculada à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Os locais da maternidade onde a pesquisa se desenvolveu foram a enfermaria de gestação de alto risco e enfermaria de obstetrícia e ainda no pré-natal de alto risco. O atendimento no pré-natal é feito por, residentes e estagiários curriculares dos cursos da área da saúde. O pré-natal de alto risco possui três consultórios divididos nas especialidades de risco materno-fetal, diabetes e hipertensão. O atendimento às gestantes com pré-eclâmpsia ocorria no ambulatório de hipertensão, às terças-feiras, no período da manhã sendo destinadas 16 consultas para qualquer problema que envolvesse hipertensão na gravidez incluindo os casos de pré-eclâmpsia. Nas enfermarias da MEJC o atendimento ocorria diariamente, por praticamente todos os profissionais de saúde.

3.3. Os participantes do estudo

A pesquisa envolveu dois grupos de participantes, o primeiro formado por gestantes que apresentavam pré-eclâmpsia no momento da pesquisa e o segundo por profissionais de saúde e estudantes do último ano de medicina que atendiam diretamente estas mulheres. Com ambos os grupos foram utilizados Teste de Associação Livre de Palavras (TALP), entrevista semi-estruturada e observação participante, que serão detalhadas posteriormente.

Inicialmente determinou-se um número mínimo de 60 participantes, de cada grupo no TALP para que o dicionário de palavras a ser gerado por esta técnica não

fosse muito reduzido dificultando tanto a análise das freqüências e ordens das evocações das palavras, quanto a análise estatística a ser realizada. Levou-se em consideração também o número de profissionais que lidavam diretamente com as pacientes com pré-eclâmpsia, além da demanda de gestantes atendidas no ambulatório. Ao final da coleta de dados a amostra do TALP constituiu-se de 61 gestantes e 87 profissionais (25 técnicas e 05 auxiliares de enfermagem, 07 enfermeiras, 11 médicos obstetras, 07 nutricionistas, 06 assistentes sociais, 02 psicólogos e 23 alunos estagiários de medicina). Os alunos foram incluídos no grupo dos profissionais por realizarem atendimento no ambulatório e na unidade de internamento da referida maternidade tendo participação direta no tratamento das gestantes, portanto tal grupo será chamado apenas de profissionais de saúde.

Para se determinar a amostra que participaria das entrevistas semi-estruturadas preocupou-se em explorar o leque de pontos de vista e percepções referentes ao fenômeno estudado, ao invés de quantificar as opiniões dos participantes, pois as percepções sobre determinado evento ou fenômeno são relativamente limitadas quando se trata de um grupo de pessoas de um meio social específico⁵⁷. Desta forma, a preocupação não deveria recair sobre a quantidade e sim sobre a qualidade das informações e percepções geradas nas entrevistas⁵⁷. afirma que existe um limite máximo de entrevistas que se necessita realizar e que é possível de se interpretar; em torno de 15 a 25 entrevistas individuais. Mesmo assim, torna-se necessário lançar mão de um critério que auxilie no momento de decidir que o número de entrevistas já é suficiente. Para tal, utiliza-se o critério de saturação ou redundância, que é aquele momento no qual o pesquisador percebe que as respostas se tornam semelhantes e não há mais situações novas ou divergentes a serem captadas. A partir deste momento, não haverá mais

contribuições à compreensão do que se quer apreender, pois as respostas começam a se repetir^{57,58,59}.

Baseado nestes critérios, a amostra constituída para a entrevista contou com 20 participantes em cada grupo, ou seja, 20 gestantes e 20 profissionais de saúde. A seleção desta amostra ocorreu de maneira intencional em ambos os grupos procurando-se entrevistar dentre os participantes do TALP, aqueles que apresentavam maior facilidade de expressão e se mostravam mais receptivos, além do cuidado de representar todas as categorias profissionais que cuidavam das pacientes com pré-eclâmpsia.

Os critérios de inclusão de gestantes foram apresentar pré-eclâmpsia devidamente diagnosticada⁴⁵, ter conhecimento de que apresentava a doença, além de concordar em tomar parte do estudo. Os critérios de inclusão para os profissionais foram atender gestantes com pré-eclâmpsia e concordar em tomar parte do estudo.

As gestantes eram convidadas a participar da pesquisa no dia da consulta no ambulatório e durante o internamento na referida maternidade. Os profissionais eram convidados no momento que iam iniciar, ou no término das atividades no ambulatório e na enfermaria. Não houve recusa por parte dos profissionais, porém houve recusa por parte de duas gestantes que se encontravam emocionalmente abaladas; uma porque estava apresentando sinais de agravamento da doença e a outra porque o bebê estava internado na UTI pediátrica.

3.4. Coleta dos dados: técnicas e instrumentos

Inicialmente, um teste-piloto foi aplicado a cinco gestantes e seis profissionais de saúde em uma maternidade de Fortaleza, com as mesmas características da

MEJC, em termos de clientela e profissionais, com o objetivo de adequar os instrumentos a serem utilizados em campo. Poucas modificações foram necessárias a partir do resultado do teste-piloto (anexo 1)

A coleta dos dados teve início em outubro de 2006 prosseguindo entre fevereiro e junho de 2007. Durante o mês de outubro a pesquisadora visitou o ambulatório e a maternidade para manter contato com os funcionários e com as usuárias e conhecer a rotina do local onde aconteceria a pesquisa. Entre fevereiro e junho de 2007 ocorreu a coleta dos dados propriamente dita, as terças-feiras pela manhã no ambulatório e à tarde no internamento da maternidade. Em alguns momentos foi necessário estender o período de coleta dos dados para as quartas-feiras, no internamento. Todas as etapas da coleta dos dados foram executadas unicamente pela pesquisadora.

Os dados foram obtidos por meio da aplicação do TALP, entrevista semi-estruturada e observação participante. A coleta dos dados se iniciava pela aplicação do TALP seguida da entrevista semi-estruturada, para aqueles participantes que também fariam parte da etapa da entrevista. Algumas variáveis foram coletadas do prontuário e cartão das gestantes como: idade, escolaridade, renda familiar, ocupação, estado civil, número de filhos, altura, peso anterior à gestação e ganho de peso gestacional (anexo 2). As variáveis antropométricas foram utilizadas para análise do estado nutricional anterior e durante a gestação, mediante a utilização do IMC (Índice de Massa Corporal)³⁰. Dos profissionais foram coletados dados referentes à idade, sexo, categoria profissional e local de atendimento na maternidade (anexo 3), que juntamente com a observação e as entrevistas ajudaram na descrição de algumas características dos participantes de ambos os grupos.

O TALP é um teste projetivo que teve origem na psicologia clínica sendo depois adaptada para responder às questões postas pelas pesquisas sociais. Ele permite evidenciar universos semânticos e fazer surgir o repertório comum de palavras face aos diferentes estímulos e grupos de sujeitos⁶⁰. Diversos estudiosos têm utilizado esta técnica por possibilitar a apreensão das projeções mentais acerca de um determinado fenômeno, de forma espontânea e rápida revelando muitas vezes conteúdos latentes que não conseguiriam ser apreendidos nas produções discursivas convencionais⁶¹.

A técnica consiste em pedir que os sujeitos falem ou registrem, de forma rápida, palavras ou expressões que vêm imediatamente à memória a partir de um estímulo indutor que pode ser palavra escrita ou falada, gravura ou objeto⁶¹. O número de estímulo indutor utilizado e de evocações que os participantes deverão dizer vai depender dos objetivos da pesquisa e do fenômeno que se deseja compreender⁶⁰ embora alguns autores achem que o número de palavras não deva exceder seis⁶¹. As evocações são organizadas em um dicionário de palavras e podem ser processadas em *softwares* próprios para tal, que fornecerão inicialmente a frequência e a ordem de evocação das palavras ditas pelos participantes. No presente estudo utilizou-se um instrumento escrito (anexo 4) com os estímulos indutores *gravidez* e *pré-eclâmpsia* e pediu-se que os participantes citassem as três primeiras palavras que lhes eram evocadas, para cada estímulo. O *software* EVOC foi utilizado para processar os dados^{61,62,63}. A escolha de três palavras para cada estímulo levou em consideração a dificuldade que algumas pessoas apresentam em citar mais do que três palavras diminuindo com isso a rapidez das respostas a partir da terceira palavra⁶¹.

Apesar de se tratar de uma técnica fácil e rápida, alguns cuidados foram tomados em sua aplicação: o pesquisador ilustrou um exemplo semelhante ao que seria utilizado na pesquisa para que os participantes se familiarizassem com a técnica; explicou que não deveriam ser utilizadas frases longas nem expressões intelectualmente elaboradas e sim palavras ou pequenas expressões; orientou que as respostas deveriam ser rapidamente evocadas, pois quanto mais rápida a resposta, maior sua validade⁶⁰. Além disso, teve-se o cuidado em escolher um local tranqüilo e longe de ruídos e interferência de terceiros, pois a técnica exige concentração e respostas rápidas⁶¹.

Outra técnica de coleta de dados utilizada neste estudo foi a entrevista semi-estruturada, que fornece subsídios para a compreensão das relações existentes entre os participantes e sua situação. Seu maior objetivo é a compreensão aprofundada dos valores, crenças e experiências dos participantes⁵⁷. Sua estrutura em tópicos ou perguntas abertas permite certa liberdade ao pesquisado e pesquisador para aprofundar uma determinada idéia, sem ficar limitado a um número de perguntas fechadas⁵⁴. Por ela ter um roteiro pré-determinado ajuda aos pesquisadores, principalmente os menos experientes a perceber se todos os temas previstos para a pesquisa foram cobertos⁵⁶.

Para cada grupo foi elaborado um roteiro específico, com perguntas norteadoras (anexos 5 e 6) e as entrevistas foram gravadas em fita cassete, transcritas manualmente e posteriormente digitadas em computador.

Além das técnicas já descritas usou-se também a observação participante, cujos registros foram anotados em um diário de campo. No tocante a esta técnica, Victora et al (2000^b)⁶⁴ definem que em pesquisa qualitativa observar significa examinar com todos os sentidos um fenômeno, um grupo de pessoas ou mesmo um

indivíduo, com o objetivo de descrevê-lo. A importância da observação reside no fato de que muitos elementos e situações não podem ser percebidos e apreendidos somente por meio da fala ou da escrita, como por exemplo, o ambiente, comportamentos individuais, linguagem não verbal, entre outros. Segundo Minayo (2006)⁵⁶, as impressões e notas sobre as diferenciações entre as falas, comportamentos e relações que são apreendidas na fase de observação podem tornar mais verdadeira e complementar a pesquisa de campo.

A observação foi realizada ao longo de todo o período de coleta dos dados e no ambulatório abrangeu os seguintes ambientes: sala de espera, sala de monitoramento (onde as gestantes realizavam procedimentos de pesagem, aferição da altura, aferição da pressão arterial e monitoramento fetal), consultórios de pré-natal e reuniões de grupo de gestantes com a psicóloga. Na maternidade a observação ocorreu na unidade de alto risco/cuidados intermediários (AR/UCI) e na enfermaria obstétrica, em horários nos quais os profissionais realizavam suas rotinas de cuidado às pacientes, bem como no horário de visita dos familiares. Procurou-se observar a relação profissional-paciente enfatizando a presença de atitudes e condutas relacionadas à dimensão emocional e acolhida das gestantes. Também foi motivo de observação a maneira como a doença era abordada nas consultas e reuniões com as gestantes.

Como forma de diminuir o impacto da presença do pesquisador na atividade de observação de campo⁵⁴ procurou-se participar de algumas atividades, quando possível, como reuniões de grupos de gestantes com a psicóloga, sala de monitoramento auxiliando na distribuição dos prontuários no consultório de hipertensão, conversas informais com as gestantes, acompanhantes e profissionais, na sala de espera do ambulatório e no próprio internamento.

No ambulatório, tanto as entrevistas quanto o TALP foram realizadas individualmente em uma sala específica para este fim, garantindo o caráter sigiloso da entrevista e possibilitando que os participantes se sentissem mais à vontade para falar. Na maternidade as gestantes eram convidadas para uma sala ou outro espaço reservado, porém quando o deslocamento não era possível, a atividade ocorria no próprio leito.

O protocolo para realização deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (anexo 7) e todos os participantes de ambos os grupos leram, compreenderam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexos 8 e 9).

3.5. Análise e apresentação dos resultados

A análise dos dados buscou compreender e interpretar as experiências vivenciadas pelos participantes, com a pré-eclâmpsia. Para tanto, optou-se por uma perspectiva de análise aproximada à hermenêutica de Gadamer (2007)⁶⁵ e auxiliado por autores, como Fleming et al (2002)⁶⁶ e Phillips (2005)⁶⁷ que através da releitura dos escritos deste filósofo procuraram adaptar a perspectiva hermenêutica para a interpretação dos fenômenos relativos à saúde e doença.

Embora Gadamer não tenha desenvolvido propriamente um método para análise e interpretação de dados, sua filosofia tem ajudado pesquisadores qualitativos no desenvolvimento de uma compreensão mais aprofundada dos textos produzidos em suas pesquisas⁶⁶.

Gadamer (2007)⁶⁵ reconhece que a linguagem, a compreensão e a interpretação estão completamente interligadas e que toda compreensão é hermenêutica, embora ela não deva ser vista como algo mecânico e sim como arte.

Compreender significa, antes de tudo entender-se uns aos outros, o que pressupõe que o pesquisador necessita fazer parte de todo o processo da interpretação, ou seja, seu contexto histórico e social e seus preconceitos também se farão presentes. Para este filósofo, não existe uma interpretação totalmente livre de preconceitos, embora o pesquisador deva sempre procurar escapar deles se colocando abertamente para deixar que o texto lhe diga alguma coisa, sem que isto signifique neutralidade nem um anular-se a si mesmo.

Por isso, Fleming et al (2002)⁶⁶ orientam que o pesquisador deve ter o cuidado de manter um constante diálogo com o texto, incluindo neste processo, suas pré-compreensões e sua própria história, para que possa realizar uma compreensão compartilhada do fenômeno. Desta forma, não é interessante que o pesquisador tente compreender um fenômeno se colocando de lado, ou de fora do mesmo, pois assim ele não terá uma visão aprofundada do que pretende compreender.

Dois postulados – o círculo hermenêutico e a fusão de horizontes – fazem parte da filosofia de Gadamer e devem ser praticados por quem deseja realizar uma compreensão de um texto. Com relação ao primeiro, o autor coloca como essencial que, diante do material que se pretende compreender, o pesquisador inicie sua leitura e interpretação de todo material indo depois para as partes e também partindo das partes para o todo, sempre num movimento de raciocínio circular de compreensão, uma vez que o todo que se quer compreender não pode ser atingido se não pelo seu individual e vice-versa. Já o horizonte é tudo que se pode ver a partir de um determinado campo de visão. Na filosofia, este termo vai mais além e diz respeito à não limitação ao que está próximo, pois ter horizontes significa ver com visão ampliada sempre mais a frente, valorizar o significado de todas as coisas que pertencem ao horizonte histórico. Desta forma, para que ocorra uma verdadeira

compreensão é necessário o deslocamento ao horizonte do outro, ou seja, é necessário se colocar no lugar do outro e permitir a fusão destes horizontes. O autor ainda defende que na hermenêutica deve-se compreender um autor melhor do que ele próprio se compreendeu⁶⁵.

A compreensão da prática da hermenêutica baseada nos pressupostos de Gadamer é bastante profunda e por isso mesmo não se pretendeu explicá-la, nem tampouco esgotá-la e sim utilizar suas idéias como um norte na compreensão da presença da pré-eclâmpsia no dia-a-dia de gestantes e profissionais de saúde.

Na tentativa de trazer para a prática da pesquisa em saúde algumas idéias de Gadamer, Fleming et al (2002)⁶⁶ identificaram cinco estágios importantes e que devem ser observados, desde o momento que se pretende iniciar uma pesquisa.

1. Decidindo sobre a questão da pesquisa

A área de interesse deve estar de acordo com os objetivos da hermenêutica, a fim de que os achados e as conclusões estejam adequados e possam ser úteis. A pergunta correta é de fundamental importância para elaboração de uma situação hermenêutica.

2. Identificando as pré-compreensões

A reflexão sobre suas próprias compreensões leva o pesquisador a compreender o fenômeno estudado e a transcender seus próprios horizontes. Importante perceber que elas tendem a se modificar entre as fases de coleta e interpretação dos dados e que se tornam mais claras quando ocorre o confronto entre diferentes crenças e opiniões de outros pesquisadores e autores.

3. Obtendo compreensão mediante o diálogo com os participantes da pesquisa

O diálogo entre o pesquisador e os pesquisados permite a imersão dentro do fenômeno que se quer estudar e isto se dará mediante a fusão dos horizontes de

ambos. O pesquisador deve tentar se colocar no lugar do pesquisado para compreender como este percebe o fenômeno e como se comporta diante dele.

4. Obtendo compreensão através do diálogo com o texto

O texto aqui diz respeito não somente às transcrições de entrevista, mas também falas, comentários linguagem não verbal, observações. A análise deste material deve obedecer à regra hermenêutica do movimento circular do todo pelas partes e depois de volta para o todo.

5. Estabelecendo fidedignidade e confiança

Como em qualquer pesquisa científica, os pesquisadores que seguem uma aproximação Gadameriana são responsáveis por estabelecer fidedignidade em seus achados e veracidade em suas análises. O uso de citações textuais retirados dos relatos dos participantes ajuda o leitor a compreender e julgar a interpretação do fenômeno feito pelo pesquisador. A responsabilidade do pesquisador que pretende se apropriar da perspectiva hermenêutica de Gadamer é providenciar detalhes suficientes do fenômeno e dos achados da pesquisa.

Iniciando a análise dos dados pelos resultados do TALP, o mesmo foi realizado com o auxílio do software EVOC 2000⁶³ e as palavras evocadas foram organizadas mediante um processo de classificação que agrupou as palavras idênticas ou similares por aproximação dos sentidos semânticos e por relação de implicação que mantinham entre si, com a finalidade de estabelecer categorias de análise para posterior descrição e análise das evocações. Tais categorias foram formadas no sentido de facilitar a visualização dos significados de *gravidez* e *pré-eclâmpsia* para ambos os segmentos, pois elas mostram a estrutura de ligação entre elas, de forma mais clara do que se tivesse sido trabalhadas as palavras individual e isoladamente. Na análise utilizou-se a técnica de construção do quadro de quatro casas, a partir

das categorias trabalhadas pelo EVOC 2000 que leva em consideração a frequência média (Fr) e a ordem média das evocações (OME), ou seja, respectivamente o número de vezes que cada evocação apareceu e a ordem na qual ela foi evocada; se em primeiro, segundo ou terceiro lugar⁶¹ (fig.1).

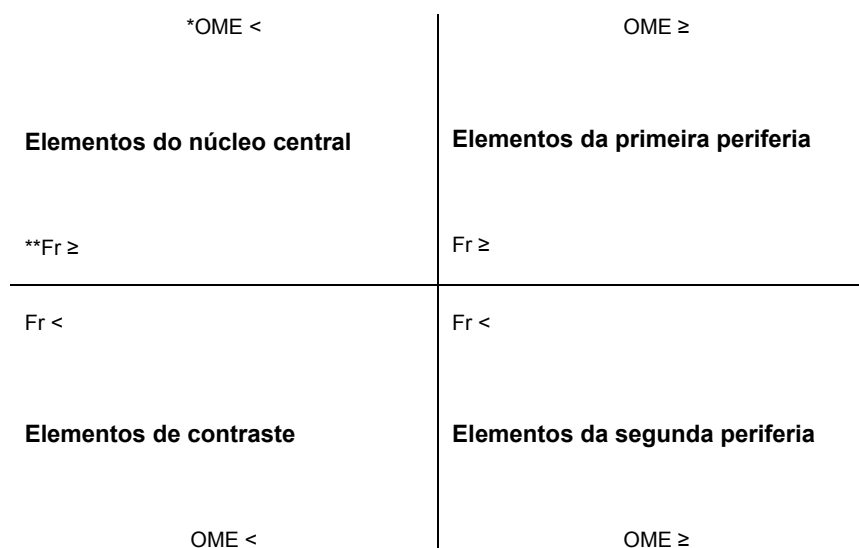


Figura 1. Quadro de quatro casas. (extraído de Moreira et al. 2005)
 * ordem média de evocação ** frequência média de evocação

Foi estabelecida a frequência mínima de um (01) para que todas as palavras evocadas fossem incluídas. O EVOC estabelece o valor da ordem média de evocação para cada estímulo indutor utilizado. A frequência média é estabelecida por meio da divisão do número de palavras evocadas, em cada categoria, pelo número de categorias utilizadas, para cada estímulo indutor. Após esta etapa, as categorias são inseridas no quadro de quatro casas, de acordo com o valor da frequência e da ordem média de evocação (fig. 1).

No quadrante superior esquerdo do quadro de quatro casas se localizam aquelas categorias que foram mais prontamente evocadas, ou seja, que apresentam maior frequência e menor ordem de evocação e por esta razão são consideradas como aquelas de maior valor significativo e que mais representam o fenômeno

estudado para aquele grupo específico sendo chamado de elementos do núcleo central. No quadrante superior direito estão os elementos chamados de primeira periferia, que são os elementos periféricos mais importantes, pois possuem uma elevada frequência. Os chamados elementos de contraste se localizam no quadrante inferior esquerdo e embora tenham baixa frequência podem conter elementos que reforçam a primeira periferia e são considerados importantes pelos participantes podendo inclusive formar uma categoria que tem significado para um grupo menor de participantes. No último quadrante, o inferior direito se localiza elementos menos importantes por terem menor frequência e maior ordem de evocação e são chamados de elementos de segunda periferia⁶² (fig. 1).

Complementando a análise dos dados gerados pelo TALP realizou-se também análise estatística por meio do teste qui-quadrado, com nível de significância de 5%, aplicado às categorias que foram comuns aos dois grupos com o objetivo de verificar a existência de associação entre as proporções destas categorias. No estímulo indutor gravidez, as categorias comuns aos dois grupos foram: *bebê, amor, felicidade, cuidado, responsabilidade, risco e medo* e no estímulo indutor pré-eclâmpsia as categorias foram *medo, risco e cuidado*.

Quanto ao material resultante das entrevistas e observação participante, com base nos postulados de Gadamer (2007)⁶⁵ e nos cinco estágios descritos anteriormente por Fleming et al (2002)⁶⁶ procedeu-se a análise deste material. Após leitura exaustiva, que primeiramente se fez com uma visão superficial do texto para depois se tornar aprofundada⁶⁸ (Geanellos, 2002) definiram-se temas para cada grupo de participantes, de acordo com os objetivos da pesquisa e posteriormente identificaram-se as categorias e subcategorias empíricas relacionadas a cada tema, que emergiram das entrevistas⁵⁶.

Os temas definidos para análise do material dos grupos de gestantes e dos profissionais seguidos de suas respectivas categorias e subcategorias empíricas estão descritos nos Quadros 1 e 2, respectivamente.

Quadro 1. Temas, categorias e subcategorias empíricas dos relatos de gestantes atendidas na MEJC. Natal-RN, 2007.

Temas	Categorias empíricas	Subcategorias empíricas
A experiência da doença	Concepções sobre a pré-eclâmpsia	Baseadas em sinais e sintomas Baseadas em conceitos e saberes Baseadas na percepção de risco
	Surgimento da pré-eclâmpsia e suas causas	Hereditariedade Fatores emocionais ou psicológicos Pressão alta Falta de cuidados gerais e com alimentação
	Sentimentos em relação à pré-eclâmpsia	Medo de morrer Medo de perder o bebê Medo de ter a doença novamente Medo do desconhecido
O tratamento da doença	A procura pelo tratamento da pré-eclâmpsia	Busca espontânea Encaminhamento por profissionais
	Mudanças ocorridas após a pré-eclâmpsia	Mudança emocional Mudança comportamental Sem mudanças
	Expectativas do tratamento na MEJC	Cuidado adequado com a doença Parto bem sucedido Maiores explicações sobre a doença

Quadro 2. Temas, categorias e subcategorias empíricas dos relatos dos profissionais da MEJC. Natal, 2007.

Temas	Categorias empíricas	Subcategorias empíricas
Conhecimento dos profissionais sobre sua clientela	Características das gestantes	Características emocionais Características sócio-econômicas e de saúde
	Mudanças na vida das mulheres devido à pré-eclâmpsia	Mudanças emocionais Mudanças comportamentais
	Expectativas das mulheres em relação ao serviço da MEJC	Esperança de cura Ser bem atendida Obter segurança
Atendimento de gestantes com pré-eclâmpsia	Significados atribuídos pelos profissionais ao atendimento de mulheres com pré-eclâmpsia	Maior responsabilidade Maior atenção e cuidado
	Expectativas dos profissionais no atendimento de mulheres com pré-eclâmpsia	Ações de apoio emocional e orientação Melhoria na estrutura física e de pessoal Ações de apoio emocional e Melhoria na estrutura física e de pessoal

O conteúdo das falas das gestantes e dos profissionais foi comparado com a finalidade de captar pontos convergentes entre eles e assim perceber onde as compreensões de gestantes e profissionais a respeito da pré-eclâmpsia se aproximavam. Além dos temas já descritos foram estabelecidos mais dois temas comuns aos dois grupos, o primeiro foi *aproximações entre as percepções de gestantes e profissionais de saúde em relação à pré-eclâmpsia* e o segundo, *relação profissional – gestante no atendimento da gravidez com pré-eclâmpsia: relatos de observações*. O objetivo deste tema foi identificar a presença de atitudes e ações que promovessem os aspectos subjetivos da acolhida e atendimento de gestantes com pré-eclâmpsia.

O material analisado foi apresentado por meio de algumas tabelas, figuras e quadros, bem como de maneira discursiva adicionado de citações textuais dos participantes, não somente com o objetivo de ilustrar a compreensão, mas principalmente para conferir maior fidedignidade aos achados.

Resta dizer que, embora os resultados sejam apresentados como o final de um trabalho de pesquisa, não podem ser considerados acabados, uma vez que não existe uma única análise ou uma única compreensão; tudo depende de quem tente compreender os fenômenos apresentados. Como bem declarou Geanellos (2000)⁶⁸ o sentido escolhido para representar o texto depende de quem o interpreta, de sua orientação acerca do fenômeno, de suas pré-compreensões. Na análise final, o leitor é quem decide se aceita, modifica ou rejeita a construção do pesquisador. Toda interpretação é uma aproximação e a busca por uma interpretação única e correta é contrária à compreensão hermenêutica da pluralidade e multiplicidade textual.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor compreensão do fenômeno estudado, a apresentação dos resultados foi dividida em cinco seções: 4.1. Caracterização dos participantes: gestantes e profissionais de saúde; 4.2. Significados da gravidez e da pré-eclâmpsia para gestantes e profissionais de saúde, segundo análise do TALP; 4.3. Percepções e vivências da pré-eclâmpsia: gestantes; 4.4. Percepções e vivências da pré-eclâmpsia: profissionais de saúde; 4.5. Relação profissional – paciente no atendimento da gravidez.

4.1. Caracterização das gestantes e dos profissionais de saúde

As principais características sócio-econômicas e demográficas das gestantes estão apresentadas na Tabela 1.

A média de idade encontrada foi de $26,83 \pm 6,5$ anos e apenas duas gestantes se encontravam na faixa etária de 40 ou mais anos considerada de risco para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia⁴⁹.

As gestantes possuíam baixa renda, com significativo percentual (83,64%) apresentando renda familiar entre um e três salários mínimos.

Com relação à escolaridade 49,18% conseguiu chegar ao ensino médio, porém a maioria não conseguiu completá-lo e somente 6,56% chegou ao ensino superior.

No tocante ao estado civil, menos da metade das mulheres era casada (45,9%), contudo a maioria vivia em união estável com seu companheiro. Estudo sobre depressão na gravidez encontrou percentual mais elevado de gestantes solteiras e que não moravam com o pai da criança¹¹.

Tabela 1. Dados sócio-econômicos e demográficos de gestantes com pré-eclâmpsia atendidas na MEJC. Natal - RN, 2007.

Variáveis	Nº	%
<i>Faixa etária (em anos)</i>		
≤19	11	18,03
20 – 29	31	50,82
30 – 39	16	26,23
> 39	03	4,92
Total	61	100,0
		0
<i>Renda familiar (em salários mínimos)</i>		
<1	04	7,27
1-3	46	83,64
>3	05	9,09
Tota	55	100,0
I	1	0
<i>Escolaridade</i>		
Ensino Fundamental	27	44,26
Ensino Médio	30	49,18
Ensino superior	04	6,56
Total	61	100,0
		0
<i>Estado civil</i>		
Casada	28	45,90
Solteira com companheiro	23	37,70
Solteira sem companheiro	10	16,40
<i>Trabalho remunerado</i>		
Sim	29	47,50
Não	32	52,50
Total	61	100,00
<i>Número de filhos</i>		
0	25	40,98
1 – 3	35	57,38
4 – 6	01	1,64
Total	61	100,0
		0

¹ Seis (06) gestantes não souberam informar a renda familiar mensal e este dado não consta no prontuário

A maioria das mulheres não estava trabalhando no momento da pesquisa.

Dentre aquelas que se encontravam trabalhando, as profissões citadas

refletiam diretamente a baixa renda e a baixa escolaridade das participantes, como empregada doméstica, vendedora (em loja, ambulante, balconista), agricultora e auxiliar de serviços gerais. As mulheres com curso superior exerciam a profissão de professora ou de secretária. Gestantes com precárias condições sócio-econômicas, como as do presente estudo, têm maior tendência a manifestar sintomas de depressão e ansiedade^{22,26,69}.

Quase metade das mulheres (40,98%) estava na primeira gravidez e segundo Milne et al. (2005)⁴⁹ este é um fator predisponente para o surgimento de pré-eclâmpsia. Além disso, estas mulheres não possuíam experiência de maternidade, o que contribuía para aumentar a ansiedade e o temor.

De acordo com a avaliação antropométrica as participantes apresentaram tendência ao sobrepeso e obesidade anteriores à gestação (tabela 2).

Tabela 2. Avaliação nutricional antes e durante a gravidez de gestantes com pré-eclâmpsia atendidas na MEJC. Natal, 2007.

Variáveis	Nº	%
<i>Índice de Massa Corporal pré-gravídico (IMC)</i>		
Desnutrição (IMC < 19,8)	02	4,44
Eutrofia (IMC entre 19,8 e 26,0)	16	35,56
Sobrepeso (IMC > 26,0 até 29,0)	11	24,44
Obesidade (IMC > 29,0)	16	35,56
Total	45 ^a	100,00
<i>Acompanhamento nutricional durante a gestação (IMC)^b</i>		
Baixo peso	-	-
Adequado	07	18,92
Sobrepeso	15	40,54
Obesidade	15	40,54
Total	37 ^c	100,00

^a Dezesesseis (16) gestantes não sabiam seus pesos pré-gravídicos e os mesmos não constavam nos cartões de pré-natal

^b Segundo recomendação do Ministério da Saúde.

^c Vinte e quatro (24) gestantes não possuíam dados de peso correspondente à idade gestacional em seus cartões de pré-natal.

As médias de altura e peso pré-gravídico foram de $1,58 \pm 0,06$ cm e $70,55 \pm 16,11$ kg respectivamente, o que representou elevada média de IMC de $28,33 \pm 6,12$. Mais da metade das gestantes (60,00%) iniciou a gravidez com o peso acima do esperado para sua altura, conforme IMC⁷⁰, sendo 35,56% destas diagnosticadas como obesas (tabela 2).

Os Estados Unidos consideram a obesidade em mulheres na idade reprodutiva um problema de saúde pública⁷¹, por estar relacionada a várias complicações na gravidez e parto^{72,73}, dentre elas a própria pré-eclâmpsia⁷⁴. O IMC elevado é o principal fator de risco para o desenvolvimento desta patologia⁴⁶. Mulheres com sobrepeso ou obesidade deveriam ser encorajadas a atingir o peso ideal antes de engravidar, como medida para reduzir o risco de apresentar pré-eclâmpsia⁵⁰.

Segundo o gráfico de acompanhamento nutricional de gestantes recomendado pelo Ministério da Saúde³⁰ mais de 80% das gestantes estavam ganhando peso em excesso, durante a gravidez. (tabela 2). A preocupação com o estado nutricional de gestantes não se limita ao período que antecede à gravidez devendo se estender ao longo da mesma, pois há grande possibilidade de que estas mulheres continuem engordando acima do necessário para a manutenção de uma gravidez saudável. Este fato pode ser comprovado em outros países, como no caso do Canadá, onde foi observado um aumento de 3,2% para 10,2% na obesidade em gestantes, entre os anos de 1998 e 2002⁷⁵.

Embora o edema esteja presente em casos de pré-eclâmpsia, não foi o único responsável pelo aumento excessivo de peso das gestantes deste estudo, pois mais da metade delas iniciaram a gravidez com o peso acima do

que seria esperado para a sua altura, o que supõe que a tendência à obesidade já se apresentava antes da gravidez. Além disso, o aumento excessivo de peso continuou ao longo de toda a gravidez e não apenas após a segunda metade da mesma, quando a pré-eclâmpsia é diagnosticada e o edema costuma aparecer. Estes aspectos mostram a obesidade como um fato real na vida destas gestantes, provavelmente relacionado a hábitos de vida pouco saudáveis, como sedentarismo e alimentação inadequada, que certamente se agravou com a gravidez.

A falha encontrada no preenchimento do peso pré-gravídico e ganho ponderal por semana gestacional de alguns cartões de pré-natal inviabilizou a avaliação do estado nutricional anterior à gravidez de 16 gestantes e a avaliação do ganho de peso gestacional de 24 delas. Este fato é grave não apenas por inviabilizar dados para pesquisas, mas principalmente porque impossibilita que os profissionais conheçam o estado nutricional de suas pacientes e assim possam orientar mudanças no estilo de vida relacionadas principalmente à alimentação e prática de atividade física. Esta falha ocorreu mais na atenção primária, pois estas mulheres iniciavam a assistência pré-natal nas unidades básicas de saúde e somente eram encaminhadas para a MEJC após a segunda metade da gestação, período em que se costuma diagnosticar a doença.

As mulheres deste estudo apresentaram variáveis que as colocavam em situação de vulnerabilidade social (baixa renda, baixa escolaridade, desemprego) e de saúde (sobrepeso e obesidade antes e durante a gestação).

Com relação aos profissionais, algumas características estão descritas na tabela 3. A média de idade dos profissionais foi de $32,12 \pm 10,63$ anos mostrando que se tratava de uma equipe jovem.

O fato de 27,60% serem estudantes ajudou a tornar esta média mais baixa, no entanto não foi suficiente para determiná-la, pois com a exclusão dos estudantes do cálculo da média de idade, a mesma foi de 35,50 anos, o que ainda os caracterizava como pessoas jovens.

Tabela 3. Idade, categoria profissional e local de trabalho dos profissionais da MEJC. Natal - RN 2007.

<i>Variáveis</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
<i>Faixa etária (em anos)</i>		
< 20	01	1,14
20 – 30	54	62,06
31 – 40	10	11,50
41 – 50	18	20,70
> 50	04	4,60
Total	87	100,0
<i>Categoria profissional</i>		
Técnico em Enfermagem	25	28,73
Estudante ¹	24	27,60
Médico	11	12,64
Enfermeira	07	8,04
Nutricionista	07	8,04
Assistente Social	06	6,90
Auxiliar de Enfermagem	05	5,74
Psicólogo	02	2,30
Total	87	100,0
<i>Local de trabalho na MEJC</i>		
Ambulatório	32	36,8
AR/UCI ²	28	32,2
Enfermaria de Obstetrícia	13	14,9
UCI/AR e Enfermaria de Obstetrícia	14	16,1
Total	87	100,0

¹ Estudante de medicina do último ano

² Alto Risco/Unidade de Cuidados Intermediários

A categoria profissional de técnica em enfermagem e os estudantes contaram com maior número de representantes. A participação feminina foi expressiva, com 67,00% da amostra composta por mulheres. Nas profissões de nutrição, serviço social, enfermagem e técnico em enfermagem não houve a presença de profissional do sexo masculino.

Os profissionais assistiam às gestantes no ambulatório e no internamento da maternidade e todos tinham mais de dois anos de experiência neste serviço.

Neste grupo de participantes não houve recusa em participar do estudo e todos se mostraram bastante receptivos. Eles também deixaram claro a preocupação e o cuidado que dispensavam com as gestantes, principalmente no que dizia respeito à possibilidade de agravamento da pré-eclâmpsia.

4.2. Significados de gravidez e pré-eclâmpsia para gestantes, segundo análise do TALP.

Os significados da gravidez e da pré-eclâmpsia para gestantes e profissionais obtidos pelo TALP iniciaram o caminho percorrido para a compreensão da presença da pré-eclâmpsia na vida dos participantes e esta compreensão ia se aprofundando e se confirmando na medida em que se iam analisando os resultados das entrevistas e observação participante.

4.2.1. Significados da gravidez

Para o estímulo indutor gravidez, as gestantes evocaram um total de 162 palavras sendo 76 diferentes e os profissionais evocaram 245 palavras, com 95 diferentes.

As categorias *bebê*, *amor*, *cuidado*, *felicidade*, *risco*, *medo* e *responsabilidade* foram comuns tanto às gestantes quanto aos profissionais. *Mãe* e *parto* foram categorias formadas apenas pelos profissionais (figuras 2 e 3).

Para as gestantes, a categoria *bebê* ocupou o quadrante superior esquerdo do quadro de quatro casas sendo o elemento mais importante, pois foi o mais freqüente e o mais prontamente evocado. Em seguida, *felicidade*, *cuidado* e *medo* foram as categorias periféricas de maior importância. *Amor* formou uma categoria que provavelmente foi significativa para um pequeno número de gestantes, pois se localizou no quadrante dos elementos de contraste. Já *responsabilidade* e *risco* se localizaram no quadrante de menor

significado, por ser menos freqüente e com maior ordem de evocação (figura 2).



Figura 2. Quadro de quatro casas para o estímulo indutor *gravidez* segundo gestantes da MEJC. Natal-RN, 2007.

*Ordem Média de Evocação ** Freqüência Média de Evocação

Observou-se que embora para as gestantes o *bebê* fosse o mais significativo quando elas pensavam na gravidez, a *felicidade* dividiu espaço com o *cuidado* e o *medo*, provavelmente demonstrando que a doença que elas apresentavam influenciou, de alguma maneira os significados de se estar esperando um filho. O mesmo aconteceu com a categoria *amor*, que surgiu como um elemento de contraste para este grupo. Talvez se este teste fosse aplicado às gestantes que não apresentassem situação de risco, a categoria *medo* não tivesse tanto destaque, ou nem mesmo chegasse a ser evocada abrindo espaço para sentimentos mais positivos como felicidade e amor.

A categoria *risco* citada pelas gestantes se apresentou de uma forma um tanto abstrata e composta de evocações do tipo “complicações”, “alto-risco”,

“complicado” sem especificar qual era realmente o tipo de risco, provavelmente devido ao pouco conhecimento que elas demonstravam ter sobre a doença.

Para os profissionais o significado maior da gravidez também foi *bebê*, como o produto final de todo o período gestacional (figura 3).

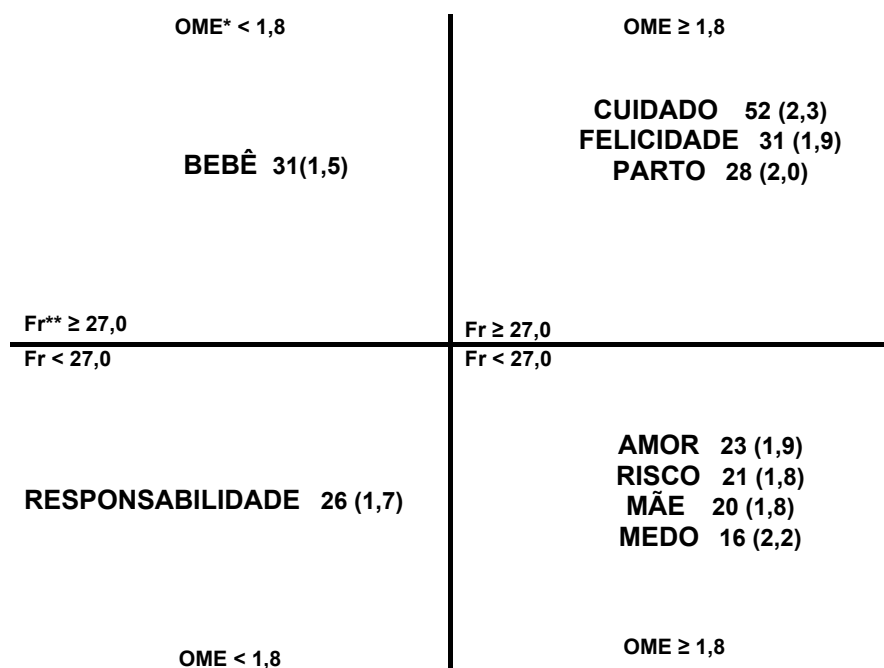


Figura 3. Quadro de quatro casas para o estímulo indutor *gravidez* segundo profissionais da MEJC. Natal-RN, 2007.

*Ordem Média de Evocação ** Freqüência Média de Evocação

Como era de se esperar o *cuidado* e o *parto* foram categorias de relativa importância, pois fazem parte do cotidiano destes profissionais. Também neste quadrante se localizou *felicidade* mostrando que não somente as gestantes ficam felizes com este momento, como também os profissionais que dele participam. A categoria *responsabilidade* que surgiu como elemento de contraste foi importante para um grupo não tão pequeno de profissionais e provavelmente reforçou as categorias da primeira periferia, no quadrante superior direito (figura 3).

Amor, risco, mãe e medo fizeram parte das categorias de menor importância para este grupo. Mesmo assim, vale ressaltar que a categoria *risco*, ao contrário do encontrado no grupo das gestantes, foi formada por palavras diretamente relacionadas à pré-eclâmpsia, como *hipertensão, eclâmpsia, pré-eclâmpsia* demonstrando também a presença da doença nos significados de gravidez, para os profissionais.

A análise estatística realizada entre as categorias igualmente evocadas pelos dois grupos mostrou que os significados da gravidez foram proporcionalmente semelhantes entre eles, não havendo diferença estatisticamente significativa (tabela 4).

Tabela 4. Frequência das categorias evocadas por gestantes e profissionais de saúde - estímulo indutor *gravidez*. Natal-RN, 2007

Categorias	Gestantes (n= 162)		Profissionais (n=245)		Qui ²	P
	N	%	N	%		
Bebê	24	14,81	31	12,65	0,48	<0,634
Amor	14	8,64	23	9,38	0,08	<0,938
Felicidade	31	19,13	31	12,65	1,65	<0,100
Cuidado	31	19,13	52	21,22	0,39	<0,699
Medo	25	15,43	16	6,53	2,75	<0,006
Risco	21	12,96	21	8,57	1,26	<0,208
Responsabilidade	16	9,87	26	10,61	0,07	<0,941

Desta forma, pode-se dizer que o significado maior da gravidez para as gestantes e profissionais de saúde incluídos no presente estudo foi o bebê e que este era um evento que causava felicidade e que também demandava cuidados.

4.2.2. Significados da pré-eclâmpsia

Para o estímulo indutor pré-eclâmpsia, um total de 165 evocações foi reproduzido pelas gestantes sendo 87 diferentes. Os profissionais reproduziram 241 evocações, com 99 diferentes.

As categorias *medo*, *risco* e *cuidado* foram comuns tanto às gestantes quanto aos profissionais (figuras 4 e 5). Somente os profissionais utilizaram os principais sintomas da pré-eclâmpsia (*pressão-alta*, *proteinúria* e *edema*) para representá-la e as gestantes, mesmo com baixa frequência chamaram a atenção para a *falta-de-informação* acerca da doença.

Para as gestantes a pré-eclâmpsia foi fortemente representada pelo *medo* principalmente o medo de morrer, que foi até mais freqüente do que o medo de perder o bebê. Algumas palavras evocadas, como “pavor”, “agonia”, “pânico”, “trauma”, “loucura” e “apavorada” mostraram a força deste medo. Tal sentimento foi tão intenso que provavelmente deslocou uma categoria tão importante quanto *cuidado* para o quadrante inferior direito onde se localizam as evocações menos freqüentes e conseqüentemente menos importantes (figura 4).

Como era de se esperar o *cuidado* e o *parto* foram categorias de relativa importância, pois fazem parte do cotidiano destes profissionais. Também neste quadrante se localizou *felicidade* mostrando que não somente as gestantes ficam felizes com este momento, como também os profissionais que dele participam. A categoria *responsabilidade* que surgiu como elemento de contraste foi importante para um grupo não tão pequeno de profissionais e provavelmente reforçou as categorias da primeira periferia, no quadrante superior direito (figura 4).

O *risco* de que algo pudesse acontecer com elas e com o bebê também foi significativo. Só que desta vez, o *risco* estava diretamente relacionado às conseqüências da doença, que segundo a percepção das mulheres poderia recair sobre a mãe (“ficar-deficiente”, “ficar-doente”, “eclâmpsia”, “pressão”) e sobre o bebê (“criança-ficar-deficiente”, “criança-ter-problema”, “nascer-com-defeito”).

	OME < 1,9	OME ≥ 1,9
	MEDO 70 (1,8)	RISCO 64 (1,9)
Fr ≥ 41,0 Fr < 41,0		
	FALTA-INFORMAÇÃO 08 (1,6)	CUIDADO 23 (2,4)
	OME < 1,9	OME ≥ 1,9

Figura 4. Quadro de quatro casas para o estímulo indutor *pré-eclâmpsia* segundo gestantes da MEJC. Natal-RN, 2007.

*Ordem Média de Evocação ** Freqüência Média de Evocação

Os profissionais representaram a *pré-eclâmpsia* por seu principal sintoma, que é a *pressão-alta* (figura 5). Com uma freqüência menor, embora também importantes surgiram outras categorias como o *cuidado* que se deve ter com a doença, o *risco* que ela traz para a gestante e seu filho e o *medo* que as mulheres apresentavam quando eram vítimas desta doença. Os profissionais perceberam o quanto as gestantes ficavam amedrontadas diante da doença e

isto poderá contribuir para que a dimensão emocional presente no processo de saúde e doença seja mais explorada durante a assistência pré-natal.

A categoria *risco* apresentou uma estreita relação com a sintomatologia da doença (“epigastralgia”, “cefaléia”, “sinais-de-iminência”, “convulsão”), com as conseqüências para o bebê (“prematuridade”, “sofrimento fetal”, “morte fetal”) e também com a própria morte (“risco-de-morte”, “mortalidade-materna”).

OME < 1,9		OME ≥ 1,9	
PRESSÃO-ALTA 40 (1,6)		CUIDADO 73 (2,1) MEDO 41 (1,9)	
Fr ≥ 40,0 Fr < 40,0		Fr ≥ 40,0 Fr < 40,0	
PROTEINÚRIA 07 (1,8)		EDEMA 10 (1,9) RISCO 31 (1,9)	
OME < 1,9		OME ≥ 1,9	

Figura 5. Quadro de quatro casas para o estímulo *pré-eclâmpsia* segundo profissionais da MEJC. Natal-RN, 2007.

*Ordem Média de Evocação ** Freqüência Média de Evocação

Além da pressão alta, os outros dois sintomas relacionados à pré-eclâmpsia – *proteinúria* e *edema* – formaram categorias, mesmo que com baixa freqüência mostrando a forte presença da dimensão orgânica da doença nas representações dos profissionais.

De acordo com análise estatística realizada apenas com as categorias *medo*, *cuidado* e *risco* presentes em ambos os grupos observou-se que os

significados da pré-eclâmpsia foram proporcionalmente diferentes entre gestantes e profissionais, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p < 0,005$). Para o primeiro grupo, o *medo* e o *risco* foram as categorias que mais se destacaram, já para o segundo, a categoria mais marcante foi *cuidado* (tabela 5).

Tabela 5. Frequência das categorias evocadas por gestantes e profissionais de saúde - estímulo indutor *pré-eclâmpsia*. Natal-RN, 2007

Categorias	Gestantes (n= 165)		Profissionais (n = 241)		Qui ²	P
	N	%	N	%		
Medo	70	42,42	41	17,01	31,84	<0,001
Cuidado	23	13,94	73	30,29	14,5	<0,001
Risco	65	39,39	31	12,86	38,19	<0,001

O resultado do teste de associação livre de palavras demonstrou que os significados da *gravidez* foram bem semelhantes entre os dois segmentos, principalmente no tocante à categoria *bebê* que teve maior frequência e menor ordem de evocação.

Com relação aos significados da *pré-eclâmpsia* observou-se claramente que o maior significado da pré-eclâmpsia naquele momento de suas vidas era o *medo*, principalmente de morrer e de não saber o que poderia acontecer com elas e com os bebês.

Já os profissionais, por terem o domínio do conhecimento científico, por serem os responsáveis pelo tratamento e cura das pacientes e pela sua formação biomédica percebiam a doença pelos seus aspectos fisiopatológicos,

sintomas e sinais físicos. A *pressão-alta* foi a expressão maior do significado da pré-eclâmpsia.

O TALP ajudou na construção de duas questões importantes e que poderão ser percebidas ao longo da análise dos próximos dados da pesquisa. A primeira, que as mulheres se preocupavam com a doença devido ao grande medo que sentiam colocando em segundo lugar o cuidado que poderiam ter com sua saúde e a segunda, que os profissionais se preocupavam mais com os sintomas e sinais de complicação da doença e pouco investiam na dimensão emocional e psicológica da doença.

Desta maneira pode-se dizer que os significados da pré-eclâmpsia diferiam entre as mulheres que sofriam com a doença e os profissionais responsáveis pelos seus cuidados havendo, portanto, a necessidade de um ponto de interseção entre estas duas formas de percepção do mesmo fenômeno, para que o tratamento da pré-eclâmpsia possa ocorrer de forma integral abrangendo todas as dimensões associadas a esta doença.

4.3. Percepções e vivências da pré-eclâmpsia: gestantes

4.3.1. Experiência da doença

A “experiência de enfermidade” enquanto categoria é um termo que se refere aos meios pelos quais os indivíduos e grupos sociais encontram respostas para sua doença⁷⁶. A cultura local determina o modo como se deve compreender e tratar a doença. A narrativa do doente demonstra o quanto os significados sociais e culturais configuram sua experiência e identidade enquanto uma pessoa doente^{77,78}. Hydén (1997)⁷⁹ afirma que a narrativa é um importante meio pelo qual o indivíduo percebe, experimenta e julga o valor de suas experiências ao longo da vida. A narrativa do paciente dá voz ao sofrimento de uma forma que ultrapassa o domínio da medicina, vista sob a perspectiva do modelo biomédico.

4.3.1.1. Concepções sobre a pré-eclâmpsia

“[...] pressão alta, eu não tinha, depois de... da... minha gestação é que veio aparecer essa...essa doença. Eu nem sabia que tinha...aí foi se desenvolvendo e toda vida que eu engravidado, sempre na gravidez, depois não [...]”

As gestantes expressaram o que conheciam acerca da pré-eclâmpsia através de suas próprias experiências ou ainda através daquilo que escutaram dos profissionais de saúde e de pessoas próximas que já haviam apresentado pré-eclâmpsia. Isto costuma acontecer porque a compreensão de uma enfermidade é confrontada por diversos diagnósticos construídos exatamente

pelo conhecimento e experiências de pessoas que, de alguma forma, vivenciaram o mesmo problema⁷⁶. Kleinmen (1988)⁷⁷ também coloca que a experiência da doença é alterada em diferentes situações sociais e de acordo com a rede de relacionamentos do próprio doente. A expectativa de como a pessoa enferma enfrenta este problema difere também de acordo com o seu modo particular de vida. Mesmo que a experiência da doença tenha vários significados ela é individual.

Para Helman (2006^b)⁸⁰ as concepções sobre a doença elaboradas pelo doente são chamadas de teorias leigas sobre as enfermidades. Tais teorias se baseiam em crenças sobre o funcionamento e a estrutura do corpo humano e servem para explicar como esse corpo pode funcionar mal. As teorias leigas são cada vez mais influenciadas pelos meios de comunicação, internet e pelo modelo médico, nos países industrializados. De uma forma geral, estas teorias localizam a causa das doenças dentro do indivíduo, no mundo natural, no mundo social ou no mundo sobrenatural e é a maneira pelo qual o doente tenta explicar e entender sua doença.

No presente estudo, as mulheres construíram suas concepções sobre a pré-eclâmpsia de maneira que foi possível agrupá-las em: sinais e sintomas, conceitos ou saberes e percepções de risco (quadro 3).

Em relação aos sinais e sintomas, as gestantes identificaram aquilo que elas sentiam fisicamente ou percebiam como algo diferente do funcionamento normal de seu organismo, tal como explicou Helman (2006^b)⁸⁰. Elas utilizavam expressões como: pressão alta, “inchaço” dor de cabeça, tontura, vômitos, falta de ar, visão “de estrelinhas” (referência aos escotomas), dor no peito e desmaios.

“Eu acho que foi “modo” da pressão, subiu e eu fiquei muito inchada, aí ela falou que era pré-eclâmpsia, a médica, foi [...] a dor de cabeça, eu sentia também, via aquelas “estrelinhas”, que é começo de pré-eclâmpsia, né?”.

Quadro 3. Concepções sobre a pré-eclâmpsia, segundo as gestantes atendidas na MEJC. Natal - RN, 2007.

Concepções sobre a pré-eclâmpsia		
Concepções baseadas em sinais e sintomas	Concepções baseadas em conceitos e saberes	Concepções baseadas na percepção de risco
Pressão alta / hipertensa / descontrole da pressão	Na hora de ganhar nenê, deu pré-eclâmpsia	Nascer doente/ com defeito/ com mal-formação
Inchaço/ muito inchada	Só aparece na gravidez	Morrer a mãe
Dor de cabeça	É perigo	Morrer o bebê
Dor abaixo do seio/ dor no peito	Aconteceu mais no final da gravidez	Problemas no coração
Tontura	Acontece de repente	Bebê ter pressão alta
“Apagar a vista”	O começo foi lá pelos cinco meses	Nascer prematuro/ operar antes da hora
Vômitos	Ficar de gravidez de risco aos sete meses	Problemas respiratórios
Edemas	Nos nove meses começou a pressão alta	Pode acontecer algo
“Ver estrelinhas”	Gravidez de alto risco	Ter falta de oxigênio
Calor	Perto dos oito meses, ela atacou	Gestante pode ficar cega
Agonia	Não sei explicar	Gestante pode ficar parálitica
Passar mal	Não faço a menor idéia	Conseqüências psicológicas para a mãe
Falta de ar/ desmaios		Não tem conseqüências

Dentre as queixas físicas relacionadas à pré-eclâmpsia a dor de cabeça foi uma das mais citadas pelas gestantes^{12,17,41} em alguns casos, este sintoma persistiu após o parto^{12,41}.

Em alguns momentos, o “passar mal” presente nas falas das gestantes surgiu de forma subjetiva e diferente dos sintomas mais concretos e

conhecidos pela medicina. No entanto, é preciso considerar a percepção da doença ligada a vários sentidos e muitos destes sentidos são ambíguos e difíceis de serem explicados^{76,77}.

“Ela (pré-eclâmpsia) apareceu quando eu vim descobrir eu já tava com quase oito meses, aí meu menino, uns dias que completou oito meses, aí meu menino, eu ...deu em mim uma agonia, uma vontade de... de... desesperar, aquele ‘fogo’ [...]”

No tocante aos conceitos e saberes, a pré-eclâmpsia era percebida como uma doença perigosa, de alto risco, embora pouco conhecida pela maioria delas, que surgia subitamente, em geral na segunda metade da gravidez.

O desconhecimento da doença foi um fato marcante e levou a crer que os profissionais conversavam pouco sobre a pré-eclâmpsia e seu tratamento, durante as consultas. A gestante que deu o depoimento a seguir estava apresentando pré-eclâmpsia pela segunda vez.

“[...] até então eu tava com a pressão super alta, no entanto eu não sei não, eu não consigo muito deduzir esta palavra ‘pré-eclâmpsi’, porque eu não sei se a mulher fica tremendo em cima duma cama, se a mulher sente alguma coisa, assim, eu não sei [...]”

A maioria das gestantes internadas na maternidade não associava este internamento diretamente à pré-eclâmpsia. Para elas, o fato de estarem internadas era por conta da hipertensão ou por terem passado mal. O mesmo ocorreu no ambulatório, com um número bem mais reduzido de gestantes. As mulheres sabiam que estavam enfrentando uma gravidez de risco, embora não

soubessem ao certo a quais riscos estavam expostas e isso poderia fazer com que elas apresentassem medo e ansiedade frente ao desconhecido. O destaque dado à hipertensão foi percebido nos resultados do TALP, em relação aos profissionais e isto, de alguma maneira pode ter influenciado as gestantes a perceberem mais a hipertensão do que a própria doença.

Por ser uma enfermidade restrita ao sexo feminino, a uma determinada faixa etária e condição fisiológica, a pré-eclâmpsia pode aparentar ser menos importante e necessitar menos divulgação na mídia, quando comparada a outras doenças amplamente presentes na população, como a hipertensão e o diabetes. No entanto, a pré-eclâmpsia é a doença que mais contribui para a mortalidade materna em países em desenvolvimento⁴⁷ e isto deveria ser motivo suficiente para sua ampla divulgação nos meios de comunicação e na assistência pré-natal. Um maior conhecimento sobre a pré-eclâmpsia ajudaria as gestantes a terem maiores cuidados, especialmente com alimentação, consultas e medicação. Além disso, elas se sentiriam mais seguras para tirar possíveis dúvidas durante as consultas.

As mulheres percebiam que a pré-eclâmpsia poderia ter conseqüências graves para elas, para os bebês ou mesmo para ambos. Alguns destes riscos eram conhecidos, já outros eram mais difíceis de explicar. Os riscos citados pelas mulheres se assemelham com as palavras evocadas na categoria risco, do TALP.

Entre as mulheres que conheciam os riscos da pré-eclâmpsia, dois aspectos foram marcantes, primeiro o risco de morte e segundo o risco de apresentar complicações decorrentes da doença. As participantes se manifestaram sobre o risco de morte do bebê, da mãe e do risco do bebê

nascer com algum problema, uma vez que elas percebiam a estreita ligação entre a mãe e o bebê durante a vida intra-uterina; se algo acontecesse com a mãe, poderia também atingir o bebê. Em estudo realizado com gestantes de alto risco, também foi observado que as participantes percebiam riscos relacionados à morte e doença do bebê e de morte da mãe⁴⁰.

No presente estudo, as mulheres não perceberam apenas os riscos físicos relacionados à pré-eclâmpsia, perceberam também que problemas emocionais sofridos por elas como estresse, raiva, medo poderiam repercutir na saúde do bebê. Um estudo americano mostrou que mais de 70% das mulheres entrevistadas acreditavam que problemas emocionais poderiam afetar a gestação⁸¹.

“[...] porque eu acho que o bebê é muito ligado à mãe, pois se eu choro, ou tenho raiva, alguma coisa assim, eu sinto ele mexer, eu acho que isso mexe com ele também, né [...]?”

“Eu não sei não, eu acho que ele fica muito agitado quando a gente sente que está com a pressão alta, quando a gente tá com aquele sistema, assim, eu, o meu mesmo fica assim muito agitado, ele não fica calmo, ele mexe muito [...]”

Apenas uma gestante identificou diretamente a prematuridade como uma consequência da pré-eclâmpsia e outra fez alusão indireta ao fato quando expressou o temor de que o médico pudesse operá-la antes da hora. Vale ressaltar que algumas gestantes já haviam passado por experiência anterior de parto prematuro e outras estavam vivenciando a possibilidade desta situação. Além disso, a prematuridade é uma das principais consequências da pré-eclâmpsia para o recém-nascido⁵⁰. Estudo anterior realizado na mesma

maternidade também detectou que as puérperas desconheciam a relação entre pré-eclâmpsia e prematuridade⁸². Tais reflexões levam a crer que as mulheres deste estudo não estão recebendo orientações suficientes sobre as possíveis conseqüências desta doença.

Apenas três gestantes não identificaram conseqüências da pré-eclâmpsia para o bebê e uma delas justificou que se a gestante se cuidasse e tivesse acompanhamento médico mensal, nada deveria acontecer. Porém, ao mesmo tempo em que fez esta afirmação, ela também achava que “por ironia do destino” poderia vir a levar à morte da mãe ou do bebê, pois ouviu falar disso.

Embora com poucas informações acerca da pré-eclâmpsia, as mulheres deste estudo conseguiram unir suas próprias experiências, com experiências de pessoas de seu convívio social e também com conversas mantidas com profissionais, para assim construir a história da enfermidade em suas vidas.

4.3.1.2. Surgimento da pré-eclâmpsia e suas causas

“Ah!, ela surgiu do nada, que eu não tinha isso...foi, apareceu de última hora...”

A maneira como as gestantes se expressaram em relação ao surgimento da enfermidade revelou o quanto elas foram envolvidas de modo inesperado pela doença: “surgiu do nada”, “foi assim de uma hora para outra, menos esperei, de repente...”, “foi uma coisa muito rápida...” demonstrando uma ocorrência súbita e um sentimento de surpresa, de algo imprevisível. A pré-eclâmpsia geralmente se inicia sem apresentar sintomas aparentes e após a vigésima semana gestacional se manifesta associada à hipertensão, sintoma

que mais a caracteriza⁴⁵. Ocorre que a hipertensão não é necessariamente acompanhada de queixas, de modo que nem sempre a pré-eclâmpsia é sentida, como algo concreto, pelas gestantes.

Segundo as participantes, a pré-eclâmpsia poderia surgir devido hereditariedade, fatores emocionais ou psicológicos, pressão alta ou falta de cuidados gerais e com alimentação.

A ocorrência de pré-eclâmpsia em algum membro da família ajudou na construção de um diagnóstico baseado no fator hereditariedade como pode ser visto na seguinte fala:

“Eu acho que através da minha família porque minha mãe já teve pré-eclâmpsia da primeira gravidez dela, passou muito mal, minha irmã já teve começo também, na primeira gravidez e eu tive na primeira gravidez e também tô tendo agora, também...”

A percepção de que as chances de ter pré-eclâmpsia poderiam aumentar quando uma parenta próximo já tivesse apresentado a doença pareceu tornar o surgimento da mesma um evento quase natural, como algo determinado a acontecer, em situações como esta.

Raiva, preocupação e estresse foram citados como problemas emocionais e psicológicos causadores da doença, como no caso relatado por uma gestante onde a grande raiva sofrida fez com que ela tivesse muita dor de cabeça e com isso desencadeou a pré-eclâmpsia.

“Por uma raiva que eu tive, começou na dor de cabeça e findou nisso, né?, na pré-eclâmpsia...dor de cabeça, dor de cabeça e quando cheguei aqui era pressão alta foi, encaminharam pra urgência [...]”.

O depoimento de uma gestante mostrou que embora ela tivesse relacionado o aumento da pressão à ingestão excessiva de sal percebeu-se ao longo da narrativa que para ela, a causa mais significativa foi a raiva sentida no dia em que a doença se agravou e ela apresentou convulsão.

“Olha, foi assim, subiu mais porque na noite em que eu tive... comecei a... a... vomitar, quase, tipo a convulsionar, né? aí eu tinha comido lagosta e coloquei bastante sal, aí depois dessa lagosta, eu não bebi nem água, nem nada, nem fui dormir, aí eu tive uma raiva bem grande e fiquei, comecei a chorar [...] daí a pressão começou a subir [...] Aí eu acho que foi devido mais a raiva, foi raiva, com certeza”.

Entre as causas emocionais e psicológicas destacaram-se problemas no relacionamento com o marido ou companheiro. Em suas falas, as gestantes utilizavam frases como: “aborrecimento como o marido”, ou “desavenças no meu casamento”, em alusão à influência que o pai da criança poderia ter no surgimento da doença. Falta de apoio do marido ou companheiro parece ser comum na gravidez e contribui para aumentar os níveis de depressão e ansiedade das gestantes^{21,25,26,32}. O depoimento que se segue expõe a histórica submissão da mulher ao homem que muitas vezes se traduz em violência física:

“Eu sofri assim na época da minha gravidez, assim, é...tive muitos problemas com relação ao meu parceiro, ele me bateu algumas vezes, né? então, assim, ali começou a alterar meu sistema, eu vivia muito nervosa [...]”

O mais grave é que esta mulher passou pela mesma violência física, com outro companheiro, também durante a gravidez. Provavelmente, gestantes como esta passam todo o pré-natal sendo maltratadas, de forma física ou psicológica e sofrendo silenciosamente sem qualquer tipo de ajuda do serviço de saúde, uma vez que não é comum o diálogo entre profissional e paciente, no sentido de conhecer os aspectos subjetivos que envolvem uma gestação. Estudo realizado com gestantes sobre as experiências da maternidade mostrou que as mulheres tendem a sofrer sozinhas as preocupações da gravidez como forma de manter sua dignidade e também porque a sociedade ocidental idealiza para a mulher o papel de mãe exemplar. Se esta mulher não recebe apoio durante esta fase ela continuará sofrendo até depois do parto⁸³.

No Brasil, 36,9% das mulheres que participaram de um estudo multicêntrico realizado pela OMS sofriam algum tipo de violência física e ou sexual, por parte de seu companheiro. Outros estudos realizados em países desenvolvidos encontraram resultados semelhantes⁸⁴. Infelizmente, a violência contra a mulher é um fenômeno presente em todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas e representa uma das mais antigas e inaceitáveis expressões da violência de gênero. O pré-natal é um importante momento para se identificar algum tipo de violência e se tentar romper o ciclo, uma vez que durante a gravidez e o puerpério, lamentavelmente a mulher continua sendo vítima deste fenômeno³⁰.

Nem sempre os fatores emocionais ou psicológicos eram relatados como únicos responsáveis pelo surgimento da doença. Em algumas situações eles apareciam acompanhados de outras causas como alimentação inadequada e

pressão alta demonstrando que de alguma maneira, as mulheres percebiam a multicausalidade da pré-eclâmpsia.

“Ao aumento de peso, a pressão alta, má alimentação é, acho que o ‘psico’ da pessoa também, assim, um pouco de depressão, acho que... que tá tudo assim...junto é! “

O aumento da pressão arterial também foi apontado como responsável pelo aparecimento da doença e sua presença foi comentada em praticamente todas as narrativas chegando mesmo a ser confundido com a própria pré-eclâmpsia. Assim, a presença de hipertensão era bastante significativa no curso da doença, pois a preocupação das mulheres estava mais voltada para o aumento da pressão do que propriamente para a pré-eclâmpsia. Talvez isto tenha ocorrido porque a hipertensão era muito valorizada pelos próprios profissionais, conforme foi observado nos resultados do TALP, nas entrevistas e observações de consultas, além do que havia também desconhecimento da doença, por parte das gestantes.

O aparecimento da pré-eclâmpsia também foi vinculado à falta de cuidados gerais e com a alimentação. Em algumas falas pareceu que as mulheres assumiam a culpa pelo surgimento da doença, como se suas atitudes tivessem desencadeado a pré-eclâmpsia. A falta de cuidado se relacionava principalmente à realização de pré-natal incompleto ou procura tardia por assistência pré-natal. A falta de cuidados com alimentação dizia respeito à “excesso de sal”, “excesso de gordura”, “muita fritura”, “comida salgada”, “excesso de massa”, “excesso de comida” e foram fatores determinantes para o surgimento da pré-eclâmpsia, na percepção de algumas mulheres. O

consumo excessivo de sal esteve bem presente nas narrativas e mostrando que as gestantes realmente tinham tendência a consumi-lo em excesso.

“Não sei, primeira vez que eu fui no médico e falaram que era porque eu gostava muito de comer salgado; tudo era sal demais, sal demais, talvez tenha sido isso [...]”.

O excesso de gordura, massas e de calorias que as mulheres afirmaram consumir, certamente contribuiu para o estado nutricional das mesmas. Elas perceberam que o excesso de calorias resultava em problemas para a saúde, algumas até o relacionavam ao excesso de peso, mas este conhecimento não se traduziu em atitudes práticas, uma vez que mais da metade delas iniciou a gestação com algum grau de sobrepeso ou mesmo obesidade que persistiu ao longo da gravidez.

Segundo a literatura, fatores relacionados à alimentação, semelhantes aos citados neste estudo não são considerados fatores predisponentes para pré-eclâmpsia, a não ser que contribuam para elevar o IMC a valores superiores a 35, que é considerado fator de risco para pré-eclâmpsia^{48,49}. Porém, uma gestante obesa tem probabilidade aumentada de apresentar hipertensão crônica ou diabetes insulino-dependente⁵⁰. Para as gestantes deste estudo que já haviam iniciado a gravidez com sobrepeso e obesidade, a discussão sobre alimentação deveria ser priorizada nas consultas tanto pelo risco adicional que confere à pré-eclâmpsia, quanto pelo fato da adoção de hábitos alimentares saudáveis serem importantes em qualquer fase da vida e se tornando ainda mais especial numa fase como a gestação, onde uma vida depende tanto da outra.

Nem sempre as mulheres conseguiram encontrar uma explicação para o surgimento da enfermidade e utilizaram expressões como “não sei explicar...”, “não tenho a menor idéia...”, “não sei bem dizer como foi que apareceu...”. Uma gestante que freqüentou regularmente as consultas de pré-natal estava em sua segunda gravidez com pré-eclâmpsia e mesmo assim continuava sem saber sobre a doença e ansiosa por conhecer mais, ao ponto de querer “ter um estudo mais aprofundado...”, quando ela poderia obter estas respostas nas consultas de pré-natal.

“Na verdade, que eu não tenho até hoje conhecimento, né? do que é pré-eclâmpsia e eu não sei se isso é...é...vem... é...é hereditário ou acontece por acaso, não sei, não tenho ainda...quero até realmente ter um estudo mais aprofundado desse assunto.”

Muitas gestantes internadas na maternidade não sabiam que apresentavam pré-eclâmpsia, porém todas sabiam que tinham hipertensão e este era o principal motivo citado por elas para o internamento de urgência. Parece que durante as consultas os profissionais falavam apenas sobre hipertensão ao invés de falarem também sobre pré-eclâmpsia. Como esperar que estas mulheres tivessem determinados cuidados em relação à saúde durante e após a gravidez, se nem ao menos sabiam o que estava se passando com elas?.

4.3.1.3. Sentimentos em relação à pré-eclâmpsia

“A gente espera nove meses e de repente não conseguir ver o rosto do bebê, a gente fica com medo”.

A doença não é apenas a observação de uma disfunção, mas é também a angústia pelo desconhecido, a vulnerabilidade em relação às seqüelas permanentes e muitas vezes, o temor pela proximidade da morte⁸⁵. Por ser um evento que ameaça e modifica muitas vezes de forma irremediável a vida das pessoas e, portanto o equilíbrio coletivo, sua interpretação é complexa e exige envolvimento não apenas individual e familiar, mas também da sociedade^{86,87}. Desta forma, a doença é mais do que uma questão médico-biológica. Ela deve ser compreendida como um processo histórico de vida e um processo social, pois com a perda da saúde o doente perde sua liberdade, o que o leva a ansiar pela sua recuperação, como forma de restabelecer o equilíbrio perdido⁸⁸.

O medo foi o sentimento que predominou nas narrativas das gestantes, bem como foi a categoria mais significativa no TALP. Medo que variou de intensidade e forma dependendo se havia ou não experiência anterior de pré-eclâmpsia. Quando relatado por mulheres que estavam vivenciando a doença pela primeira vez sem apresentar manifestações de gravidade, o medo se relacionava com preocupação e angústia, principalmente em relação ao que elas não conheciam.

“Eu não gostei muito não! eu senti assim como uma angústia dentro de mim porque eu nunca tive, né? isso e de ‘repentemente’ apareceu isso [...]”

As dúvidas sobre o que poderia acontecer deixaram claro o medo do desconhecido que se revelou em falas como: “pouco de medo com o que possa acontecer”, “fiquei preocupada porque ouvi dizer que é um risco que levava a morte”.

Para as gestantes que manifestaram a doença em gravidez anterior ou mesmo na atual, em sua forma mais grave, o medo se manifestou como trauma e desespero que levava ao choro descontrolado. Para estas mulheres, o medo estava relacionado com a própria morte, com a perda do bebê e com o fato da doença poder surgir novamente. O medo de morrer também se relacionava ao fato de que deixariam órfãos os filhos que porventura já tivessem.

“Me senti traumatizada, até hoje sou traumatizada, não tiro da minha cabeça, choro por qualquer coisa [...]”.

“Vixe!, eu fiquei desesperada, pra mim, parecia que o mundo tinha acabado e eu só vivia chorando, desesperada, que é assim, eu pensei assim, não, eu vou morrer [...] quando eu imaginei que tava grávida, pra mim ali, o mundo tinha se acabado!”

Estudo mostrou que gestantes com pré-eclâmpsia e evolução desfavorável da doença eram mais estressadas e percebiam mais os sintomas físicos que ocorriam quando comparadas com aquelas que se mantinham estáveis em seu quadro³⁴.

Como havia o medo que a doença retornasse, muitas mulheres não queriam engravidar novamente e aquelas que engravidaram disseram que não paravam de pensar na doença. Dois estudos realizados na Holanda mostraram que as mulheres que já haviam apresentado pré-eclâmpsia tinham medo de engravidar novamente e também tinham medo que a doença tornasse a aparecer em outra gravidez^{12,41}.

Sousa et al. (2007)⁸² observaram que pelo fato de ser comum na pré-eclâmpsia a hospitalização de emergência e o iminente parto prematuro as puérperas também manifestaram medo de morrer ou de perder o bebê.

Algumas mulheres revelaram medo de que na hora do parto ocorresse algum problema grave e que por conta disso os profissionais tivessem que optar por salvar a vida da mãe ou da criança. Esta situação não esteve presente apenas do imaginário destas mulheres, ela foi real, pois houve relatos de participantes que escutaram de profissionais que seria realizada uma cesárea de urgência para tentar salvar a vida da mãe ou da criança, ou mesmo de profissionais que disseram que o pai da criança havia escolhido salvar a mãe, pois não seria possível salvar a mãe e o bebê. Situações como estas angustiam e aumentam ainda mais o medo presente nesta doença.

“Eu fiquei muito preocupada porque eu ouvi dizer que é um risco que levava a morte, é um risco que tava ocorrendo, fiquei muito, bastante muito medo...de morrer mesmo!, de minha pressão subir na hora do parto e ter que escolher entre o nenê e eu [...]”.

Dentre as participantes, apenas uma se mostrou aparentemente tranqüila como se não demonstrasse preocupação com o fato de estar apresentando pré-eclâmpsia, mesmo sendo primípara aos 38 anos tendo apresentado dificuldades para engravidar, além de ter convivido com parentes que apresentaram a doença. Esta aparente tranqüilidade poderia ser uma maneira inconsciente de negar o fato de ter uma doença grave com risco para a própria vida e a do bebê. Algumas vezes o doente não consegue encarar sua enfermidade e prefere ignorá-la. Isto acontece devido ao comportamento

inteligente utilizado pelo paciente como forma de auto-ilusão, como uma maneira perspicaz de não querer saber sobre a doença, pois a mesma significa sempre um tipo de exclusão da vida, uma forma de perder a liberdade⁸⁸.

Vinaccia et al (2006)¹¹ observaram este mesmo tipo de comportamento em gestantes com pré-eclâmpsia, as quais apresentaram tendência a negar os problemas relacionados com a doença.

Mais uma vez a pressão alta se destacou nas percepções das gestantes sobre a pré-eclâmpsia. Ela apareceu como a mensageira do perigo iminente, para aquelas gestantes que haviam apresentado pré-eclâmpsia em gravidez anterior. Quando as gestantes engravidavam novamente e tomavam conhecimento que a pressão estava elevada, já se sentiam amedrontadas e angustiadas com a possibilidade de virem a apresentar a doença novamente.

“Eu tenho medo, tenho medo de ter de novo...é porque depois da gravidez eu não tive problema de pressão alta, aí agora na minha segunda gravidez tô tendo de novo (pressão alta) [...]”

“[...] Mas eu tenho medo dela (pré-eclâmpsia) me atacar de novo, que já teve três ataques de pressão alta [...]”

Mesmo que a gravidez seja considerada um momento de maior vulnerabilidade física e emocional¹, não deixa de ser um momento de expectativa positiva vivenciado com alegria pela maioria das mulheres². Contudo, para as mulheres deste estudo, infelizmente o sentimento mais forte foi o medo da morte e o medo de que poderia ocorrer tudo novamente e este medo acabou ocupando o espaço que deveria ser de sentimentos positivos como alegria e realização pela chegada do bebê.

4.3.2. O tratamento da doença

As complicações da pré-eclâmpsia podem causar resultados adversos, tanto para a mãe quanto para o filho. O investimento no diagnóstico precoce e no manejo adequado de cada caso ajudaria a evitar o tratamento inadequado, que muitas vezes ocorre².

4.3.2.1. Procura pelo tratamento da pré-eclâmpsia

“Quando eu tive ‘o pré-eclâmpsia’ lá onde eu moro, aí me mandaram pra cá, porque lá não tem assistência para atender, pré-eclâmpsia [...]”

A MEJC, por ser referência em gravidez de alto risco recebe encaminhamentos de gestantes com complicações de todo o estado do Rio Grande do Norte e também da capital. Geralmente as gestantes deste estudo iniciavam o acompanhamento pré-natal em unidades básicas de saúde, no interior ou na capital e na presença de intercorrências, dependendo da gravidade da situação, eram encaminhadas ao ambulatório de alto risco ou à emergência da maternidade, de onde eram levadas à Unidade de Alto Risco ou diretamente para a sala de parto.

De acordo com as narrativas foi possível perceber que as gestantes não sabiam ao certo por que eram encaminhadas das unidades básicas para a maternidade a fim de continuar o atendimento pré-natal. Elas somente sabiam que algo grave havia acontecido e fez com que ela necessitasse de outro tipo de assistência. A maioria deixou a casa, às vezes a cidade onde morava, para

se internar em unidade hospitalar chamada de “alto risco”, ou para continuar o pré-natal em ambulatório de alto risco sabendo que isto significava perigo, porém sem saber realmente o que estava acontecendo. Desta forma, era difícil para a gestante se manter tranqüila durante a gravidez.

“Eu tava na Serra do Mel, aí o médico disse que eu tinha que vir pra cá pra Natal ter ela, se demorasse mais ela ia morrer dentro da minha barriga [...] não, falou não, só fez encaminhar. [...] só fez me botar ali no alto risco, foi, passei dois dias. Aí vai pra lá quem ta com arriscado, né? [...]”

Em algumas situações pode-se observar que as gestantes procuraram espontaneamente ou por intermédio de uma pessoa próxima, o atendimento na MEJC, mesmo sendo atendida em unidade básica de saúde. Na realidade elas desempenharam o papel que caberia à atenção primária de referenciar gestantes de risco para unidades de maior complexidade³⁰.

Nas duas situações relatadas a seguir as gestantes narraram a busca de solução para seus problemas, quando perceberam falta de resolutividade das unidades básicas onde eram atendidas. Na primeira, a gestante se encontrava na 36ª semana de gestação, apresentou pré-eclâmpsia em gravidez anterior, estava obesa e com pressão arterial elevada e mesmo assim permanecia no atendimento na unidade básica. Diante desta situação, a própria gestante solicitou o encaminhamento para a MEJC. No ambulatório de alto risco da referida maternidade, o profissional comentou: “o posto deveria ter mandado você mais cedo pra cá”, ao que a gestante retrucou: “e só mandou agora porque eu pedi!”.

Na segunda situação, a gestante era assistida por uma unidade básica e procurou a emergência da MEJC, por insistência de uma amiga, que percebeu sinais de edema. Ao chegar, a gestante foi imediatamente internada na unidade de alto risco.

Os dois casos relatados eram situações de emergência obstétrica e caso as gestantes não tivessem se antecipado poderia ter ocorrido óbito da mãe, do bebê, ou mesmo de ambos.

Situações como estas demonstram a deficiência no encaminhamento das gestantes de risco, das unidades básicas para os serviços de referência. Algumas gestantes, mesmo apresentando pré-eclâmpsia em gravidez anterior, até em mais de uma gravidez, não eram encaminhadas ao pré-natal de alto risco.

Estudos brasileiros que avaliaram a qualidade dos serviços de pré-natal, na rede básica de saúde demonstraram que apesar da alta cobertura ficou evidente a baixa adequação destes^{89,90,91}. Isto prova que quantidade não substitui qualidade, em termos de assistência à saúde.

Quando se tratava de pré-eclâmpsia grave, as gestantes procuravam a emergência do hospital mais próximo, e o profissional responsável dava o encaminhamento necessário. Algumas vezes, elas procuravam diretamente a emergência da MEJC.

Muitas gestantes chegavam à emergência em meio a uma crise convulsiva. As histórias destas mulheres eram narradas com muito sofrimento e demonstravam sentimentos e expressões difíceis de serem compreendidos sob o ponto de vista da clínica médica.

“Você pensa, eu só fui pra maternidade porque eu não agüentava a agonia, aquela agonia me “arroxando” [...] aí a médica disse: ‘aqui não tem como a gente, não tem como atender, tem que ir pra Januário Cicco que é urgente’. Eu vim no carro da SAMU toda “coisada”, quase morta, toda furada, com uns ‘negócios’ agoniado [...].”

A trajetória percorrida por elas até chegar à MEJC incluía, muitas vezes, a passagem por mais de um hospital, em outra cidade e com a doença em estágio avançado.

“[...] eu fui encaminhada pra Canguaretama, quando chegou lá em Canguaretama não tinha todos os recursos, lá, aí como lá não tinha oxigênio, lá em Baía Formosa eles colocaram no oxigênio e transferiram pra cá (MEJC), [...] eu não sei quantos dias eu passei desacordada [...] e quando eu me acordei eu tava com falta bastante de oxigênio, eu pedi oxigênio [...].”

Como dito anteriormente, nem sempre a MEJC era o primeiro local procurado ou encaminhado, nos casos de pré-eclâmpsia grave. Quando a procura por tratamento ocorreu na emergência de algum hospital observou-se que não havia padronização nas condutas de atendimento aos casos graves. Mediante as narrativas das gestantes foi possível observar três condutas distintas empregadas pelos profissionais: na primeira conduta a doença era diagnosticada e a gestante referenciada para um serviço de maior complexidade, na segunda, a gestante era imediatamente referenciada para um serviço de maior complexidade, sem diagnóstico e sem realização dos

primeiros procedimentos de atendimento e por último, a gestante era mandada de volta para casa, sem diagnóstico e sem encaminhamento. Em nenhuma das três condutas o profissional que realizou o atendimento explicou à gestante o que estava acontecendo.

A primeira conduta foi realmente a mais indicada em casos graves, pois em hospital de maior complexidade o tratamento pode ocorrer de maneira adequada e segura³⁶. A remoção da gestante com pré-eclâmpsia para serviço de atenção terciária e a administração de sulfato de magnésio são medidas de evidência cientificamente comprovadas para redução da mortalidade materna⁹².

No segundo procedimento, a primeira medida tomada pelo profissional era rapidamente referenciar a gestante para outro serviço, como se desejasse “passar o problema adiante”, sem ao menos diagnosticar e prestar os primeiros cuidados. A identificação tardia de complicações faz com que se perca a oportunidade de intervenção em momento ainda possível de salvar a vida da mãe. Portanto, é imprescindível o pronto atendimento e a avaliação precisa da situação e das alternativas existentes no serviço. A desvalorização da queixa da gestante e a ansiedade do encaminhamento para hospitais de referência, sem que sejam tomadas as primeiras medidas de cuidado são atitudes que comprometem a correta assistência à gestante de alto risco³⁶.

O relato de uma gestante ilustra esta situação, pois embora o profissional soubesse que se tratava de pré-clâmpsia não a encaminhou à MEJC.

“Foi assim, eu fui pra Potengi, lá pro hospital [...] ele disse: “olhe, qualquer coisa leve ela pra Januário (MEJC)”. [...] cheguei em casa, não deu meia hora, comecei de novo, senti minhas pernas tremendo, mal-estar, tontura, aí pronto,

comecei a ... assim, tipo apagar a vista, sabe, tava ruim mesmo [...]"

No último tipo de procedimento ficou evidente que a não valorização das queixas relatadas pelas gestantes pode comprometer gravemente o tratamento e a vida da mãe e do bebê. Esta desvalorização, na maioria das vezes ocorre devido à dificuldade sentida pelos profissionais de saúde em escutar o doente⁹³, em trabalhar as questões subjetivas da doença, pois além da dimensão biológica do funcionamento do corpo há também expectativas, medos e ansiedades presentes em situações como esta^{94,95}. Nem sempre o doente consegue expressar o que está sentindo de forma clara, nem tampouco relata os sintomas da maneira como os profissionais estão habituados a ver nos livros⁸⁰. Cabe, portanto ao profissional exercitar a escuta atenta e não ficar preocupado apenas com aquilo que ele acha relevante saber e sim com aspectos que o paciente acha importante que ambos saibam, a fim de se disponibilizar todos os recursos a serviço do tratamento⁹⁶.

Além dos aspectos já levantados, parece haver certo despreparo das equipes das unidades básicas e dos hospitais de pequeno porte em relação ao tratamento de emergências obstétricas e isto também pode influenciar o tipo de conduta adotada quando a gestante procura atendimento. Mesmo as gestantes apresentando sinais de agravamento da doença não eram encaminhadas para unidade de maior complexidade.

"[...] eu vomitei bastante, minha mãe levou eu pro hospital, né? e quando chegou lá, ela não olhou minha pressão direito, mandou eu tomar uma coisa [...] quando cheguei em casa piorou mais ainda, aí eu comecei a vomitar novamente, voltei lá [...] me disseram: volte pra casa e descanse, foi. Aí eu sentei

no sofá, quando minha mãe chegou perto de mim eu já tava desmaiada [...]

“Foi assim, eu me internei [...] me mandaram pra casa aí eu passei o sábado e o domingo aí o meu bebê se estremeceu na minha barriga todinho e parou de mexer. [...] Quando cheguei aqui que fiz a “ultra”, o bebê tava morto [...]” (gestante estava com nove meses de gestação)

Percebe-se que a mesma fragilidade observada nas unidades básicas foi também observada nas emergências dos hospitais, no tocante ao diagnóstico e atendimento precoces dos casos de pré-eclâmpsia.

4.3.2.2. Mudanças ocorridas após a pré-eclâmpsia

“Não, não, não mudou nada não. Só quando eu tô gestante eu tenho mais cuidado, porque quando eu não tô eu não tenho, já é ao contrário, ela é baixa (pressão arterial) [...]”

As mudanças relatadas pelas mulheres foram de ordem emocional e comportamental. Algumas referiram mudanças apenas durante a gestação e outras referiam não ter experimentado mudança alguma.

Em relação às mudanças de ordem emocional, mais uma vez o medo surgiu nas narrativas. Mesmo após a doença ter sido superada, as mulheres diziam que o medo de ter novamente a doença modificou suas vidas. Estas foram as mudanças mais presentes nas falas das mulheres podendo-se dizer, inclusive que foram as que concretamente aconteceram em suas vidas.

“[...] Eu tenho medo até hoje de que aconteça alguma coisa comigo, muito grave, [...] eu acho que vou morrer muito antes, por isso, por conta do que eu tive a trombose venosa, a pré-eclâmpsia, tudo isso; eu tenho medo realmente, muito, muito, muito”.

O medo se manifestou como trauma quando a doença teve como consequência a morte do bebê e também influenciou nas decisões reprodutivas fazendo com que as mulheres rejeitassem a possibilidade de engravidar novamente, fato também observado em outros estudos^{12,41}.

“Mudou, pra mim eu não superei até hoje a ‘perca’ do meu filho. Eu já tava esperando, assim, e tudo né? [...] nessa gravidez eu só faltei... aí eu faço tratamento com a psicóloga”.

Eu pensava em não engravidar mais [...] eu sempre pensava: ‘não, eu não quero engravidar’ amo criança, adoro, sempre tive vontade de ter outro bebê, mas não estava planejando, com medo [...]”

Para algumas pessoas, vivenciar uma situação grave, que coloca em risco a própria vida faz com que passem a rever suas próprias atitudes e o modo de encarar a vida, como um exame de consciência, que geralmente vem associado às questões religiosas. No depoimento a seguir, uma gestante mostrou como o trauma a fez modificar, com ajuda da religião, seu modo de ser em relação às outras pessoas.

“Modificou, meu modo de pensar, meu modo de agir com as pessoas, [...] não pensava nem o que ia falar, se ia lhe magoar, mas agora não, aí eu acho que porque sou da igreja [...] às vezes eu tô muito brava com uma pessoa aí eu digo: ‘não, não vou fazer isso, porque pode ser que amanhã eu não esteja mais aqui, não vou magoar’ [...]”

A religiosidade ajuda as gestantes a terem coragem para enfrentar a gestação e o momento do parto e principalmente a terem esperanças de que tudo sairá bem para elas e para o bebê^{97,98}. Este apego religioso é positivo, pois ajuda a diminuir os níveis de ansiedade materna⁹⁹.

A pré-eclâmpsia mudou a vida de algumas mulheres porque deixou como consequência alguns problemas psicológicos. Transtornos psiquiátricos na gravidez e puerpério ocorrem com uma frequência relativamente elevada e tendem a ser subdiagnosticados²⁰.

Estudos encontraram, entre os sinais e sintomas apresentados por gestantes com pré-eclâmpsia, problemas de concentração^{9,12}, e perda de memória^{9,23}.

“[...] eu vim decorar o calendário esses tempos, que eu tava olhando direto porque eu não sabia data nem dia, nem o mês. [...] aí as minhas colegas vieram aí começaram a falar de escola, essas coisas, sabe? da matéria, aí eu disse pras minhas colegas assim: ‘eu não sei de nada’ [...] eu não lembro, apagou da minha cabeça, geral! Apagou, eu não lembro, eu não lembro! [...]”

“Tive uma irmã que teve pré-eclâmpsia foi internada e nenhum tratamento médico deu resultado. O que salvou minha irmã foi um rezador, que até hoje é quem atende ela e passa o medicamento [...]. A minha irmã é normal, só que às vezes tem crises e fica muito agitada, fala rápido e gasta muito dinheiro, compra presente pra todo mundo e ‘estoura’ todos os cartões de crédito”.

A pré-eclâmpsia é considerada uma patologia psicologicamente estressante⁹ e seu desfecho mais grave, a eclâmpsia é responsável por 5% de

todas as psicoses puerperais admitidas em hospitais psiquiátricos¹⁰⁰. Apesar disso ainda existe controvérsia entre os pesquisadores no que diz respeito a imputar diretamente à pré-eclâmpsia a responsabilidade pelos transtornos mentais apresentados por mulheres que tiveram tal doença^{12,41}.

Questões emocionais e psicológicas incomodam e assustam as gestantes e podem se transformar em problema grave merecendo, portanto, ser investigadas durante o pré-natal e pós-parto. Apoio profissional com intervenções educativas são ações importantes para detecção precoce de alterações psicológicas em gestantes com pré-eclâmpsia, no atendimento ambulatorial e internamento^{9,12,17,41}. Estudo realizado na Colômbia, com o objetivo de detectar níveis de depressão em gestantes com pré-eclâmpsia sugeriu que os programas de intervenção psicossocial trabalhem as informações sobre a doença e seus possíveis riscos e forneçam apoio psicológico, entre outras ações¹¹. Na MEJC há espaço para esta prática nas reuniões semanais realizadas pelos psicólogos com as gestantes de risco no ambulatório e internamento.

Com relação às mudanças comportamentais, as mulheres destacaram principalmente a importância de modificações na alimentação, como diminuição no consumo de sal, para controle da pressão arterial e diminuição no consumo de calorias, para evitar ganho de peso em excesso. Porém, as falas evasivas e reticentes das participantes, revelaram que esta não era realmente uma prática usual. Elas sabiam o que deveriam fazer, porém havia um distanciamento entre este conhecimento e o que era praticado por elas. Novamente, pode-se observar que a análise do TALP mostrou resultado semelhante, pois a

categoria *cuidado* teve menor frequência e maior ordem de evocação e por isso foi considerada menos significativa para as gestantes.

“Pior que acho que se modificou, eu não aprendi, sabe? Continuei engordando, engravidei e estou engordando de novo [...] Sou gulosa, gosto de comer o que não devo. Ultimamente, passo mal que é uma beleza! [...] mas mesmo assim, não aprendi não, viu? Sou ‘sem-vergonha!’”

Outras formas de auto-cuidado que teriam relação com a saúde destas mulheres, como a prática de atividade física e de alimentação saudável, uso correto da medicação e maior frequência às consultas de pré-natal, praticamente não foram abordadas por elas. Mais uma vez a hipertensão foi o grande destaque e praticamente o único motivador de supostas mudanças no estilo de vida destas mulheres.

A percepção, por parte das mulheres, de que a pré-eclâmpsia era passageira, que só ocorria durante a gravidez deu um caráter menos importante, ou menos grave à doença fazendo com que algumas gestantes acreditassem que as mudanças de hábitos deveriam ocorrer apenas durante a gestação, ou nem precisariam acontecer. Na realidade, as mudanças citadas tinham mais um caráter imediatista do que propriamente preventivo. Era como se terminada a gravidez não houvesse mais motivos para preocupação. Isto provavelmente diminuiu o esforço destas mulheres em seguir as orientações, em aderir ao tratamento, pois elas mesmas relatavam que esta doença só ocorria durante a gravidez.

“[...] durante a gravidez...é porque... porque... a gente tem que fazer, né? mas a gente é teimosa, né? aí sai um pouquinho da ...mas tem que fazer, se não tiver cuidado no sal, eu não posso comer [...]”.

Estudo realizado com pacientes hipertensos mostrou que quando eles não percebiam a hipertensão como uma doença crônica havia dificuldade na adesão ao tratamento¹⁰¹.

Os pacientes precisam conhecer a doença e os riscos inerentes a ela, para se sentirem envolvidos no tratamento^{2,102}. Infelizmente, os profissionais de saúde não reconhecem a capacidade do paciente em assumir a responsabilidade com o cuidado de sua própria saúde e também não desenvolvem a autonomia e participação destes pacientes, no processo de adesão ao tratamento¹⁰³. Estudo americano também evidenciou que gestantes de baixa renda tinham pouca disposição em seguir as orientações no pré-natal quando o profissional mantinha uma comunicação inadequada, que foi descrita por elas como sonegação de informações sobre a doença, pouca disposição em escutá-las e pouco tempo gasto nas consultas¹⁰⁴. Quando os profissionais se propunham a conversar e orientar sobre comportamentos saudáveis e mudanças no estilo de vida durante o pré-natal e puerpério, pode-se observar um efeito positivo na adoção de comportamentos saudáveis, por parte das mulheres^{105,106,107,108}.

Embora o pré-natal seja considerado um momento importante para iniciar e manter estilo de vida saudável, que pode se estender ao longo da vida^{104,108}, a adoção de novos comportamentos nem sempre é fácil de ser seguida, pois as práticas de saúde não possuem apenas uma dimensão técnica, mas também sociais, econômicas, culturais e principalmente ideológicas¹⁰⁹. Mathole

et al (2004)¹¹⁰, em pesquisa realizada em uma zona rural do Zimbabwe observaram que as crenças culturais têm uma forte influência na maneira como as gestantes se comportam durante o pré-natal.

A adoção de novos comportamentos durante o pré-natal necessita ser negociada entre a paciente e o profissional de saúde. Não adianta a mulher ser apenas alertada, de forma prescritiva, de que precisa adotar novos comportamentos, ela precisa compreender tal mudança para querer mudar e precisa também ter condições para tal.

A preocupação em modificar hábitos somente durante o período gestacional evidenciou que, provavelmente, as orientações fornecidas às gestantes foram fragmentadas e a abordagem educativa trabalhou apenas a gravidez. A educação em saúde concebida e executada de maneira vertical que leva em conta apenas a doença e desconsidera a história de vida, crenças, valores e a própria subjetividade do sujeito, não leva a reflexão e conseqüentemente a mudanças¹¹¹.

Orientação em relação aos riscos da pré-eclâmpsia, aconselhamento sobre mudanças no estilo de vida e aconselhamento sobre uma futura gestação deveriam ser realizados em todos os serviços de assistência pré-natal.

4.3.2.3. Expectativas do tratamento da pré-eclâmpsia na MEJC

“Ah! Que cuide de mim, né? porque a gente espera em Deus primeiramente e depois no serviço de pré-natal.”

As expectativas das gestantes quanto ao tratamento da pré-eclâmpsia se relacionaram principalmente ao cuidado adequado da doença, ao parto bem sucedido e a necessidade de explicações sobre a doença.

Algumas mulheres demonstravam mais preocupação com os filhos do que com elas próprias, conforme também observado em um estudo, no qual as mulheres focavam mais a segurança de seus filhos do que delas próprias, quando se encontravam em situação de risco gestacional¹¹².

A expectativa de um parto bem sucedido foi percebida nas entrevistas, mediante expressões como “parto feliz”, “parto sossegado” ou mesmo “controle da pressão na hora do parto”.

“Ah!, que me dê a cura, que faça com que meu filho nasça com saúde... tudo pro meu filho nascer com saúde e que pelo menos controle essa pressão pra na hora do parto, ser um parto feliz [...]”

Praticamente todas as gestantes demonstraram ter expectativa positiva em relação ao atendimento no ambulatório e no internamento da MEJC. Esta expectativa era positiva tanto para quem já havia utilizado tais serviços anteriormente, quanto para quem não conhecia este atendimento, contudo tinha recebido boas referências por parte de parentes e amigos. Provavelmente, o fato de ser a MEJC referência para gestação de alto risco fez com que as mulheres conhecessem tal serviço, mesmo sem nunca ter passado por ele.

“Eu espero que seja como eu estou pensando e como as pessoas me contaram, que o atendimento aqui é muito bom,

os profissionais são excelentes [...] porque aqui é uma maternidade de alto risco [...]

“Tudo que tiver ao alcance dele, como na outra vez, eu agradeço demais porque me salvaram a vida, realmente, fui muito bem assistida, muito bem atendida, não tenho o que dizer da maternidade, nem de ninguém que me atendeu, desde o faxineiro até o alto escalão. E agora eu acho que, com certeza, também será a mesma coisa [...]”

Embora não seja objetivo do presente estudo avaliar o atendimento prestado por este serviço, não se pode deixar de destacar que devido as gestantes terem enfrentado sérias dificuldades em outros locais e serem salvas pelos profissionais da maternidade; qualquer deficiência encontrada neste atendimento poderia ser considerada irrelevante e nem ser comentada por elas. Mesmo assim, o reconhecimento do bom serviço prestado pela maternidade ajudou as gestantes a terem confiança nos profissionais, o que é fundamental para o sucesso do tratamento.

As gestantes comparavam os serviços anteriormente utilizados por elas com os serviços prestados pela MEJC e esta última era referida como um serviço de melhor qualidade em termos de atenção, tipos de procedimentos e equipe de profissionais. Duas gestantes afirmaram que esperavam receber mais informações sobre a doença, no atendimento da MEJC devido às experiências negativas anteriormente vivenciadas por elas.

“Ah! Eu espero um atendimento assim, melhor, assim, mais informações, é porque [...] a médica que fazia o pré-natal passava informações, mas nunca eu saía satisfeita de lá, por exemplo, nessa última gravidez eu... a gente veio tudo pro médico fazer a ligadura, tudo e na hora ele não fez, aí foi uma decepção, assim, muito grande, eu queria que ele tivesse dito

logo, no começo: “olhe eu não vou fazer” aí né? [...] Espero que aqui (MEJC) seja uma realidade totalmente diferente do que as que eu já vi.”

Esta gestante contou que após o parto o procedimento foi remarcado diversas vezes, todavia, não foi realizado. Neste caso, caberia ao profissional informar claramente a gestante se ela teria ou não direito ao referido procedimento baseado na legislação que o regulamenta¹¹³.

O desejo de realizar laqueadura tubária foi manifestado por expressivo número de gestantes durante conversas, entrevistas e consultas de pré-natal, inclusive por gestantes menores de vinte anos. Isto evidencia a lacuna existente na atenção básica em relação ao planejamento familiar. Os profissionais da MEJC deveriam ficar atentos para fornecer as informações corretas às mulheres que solicitam tal procedimento.

A outra gestante se sentiu excluída no atendimento pré-natal iniciado na atenção básica, porque a médica não conversava sobre a doença com ela e sim com seu esposo, o que caracterizou descumprimento do direito da mulher ser informada sobre sua doença e os procedimentos que serão realizados com ela³⁰.

“Eu espero que eles cuidem bem, né? que é...assim... quando eles constatarem alguma coisa eles me avisem logo, porque a minha médica, assim, quando tinha alguma coisa que ela via que tava sério ela não me avisava, não conversava comigo, só contava pro meu esposo, então quer dizer, não é ele quem está se tratando, quem está se tratando sou eu [...] era tudo no escuro, eu não sabia de nada, as vezes nem que minha pressão tava alta, eu não sabia.”

Como esta gestante poderia cuidar de sua própria saúde se nem ao menos sabia o que estava acontecendo com ela? Como ela poderia ajudar no controle de sua pressão arterial se não sabia quando a mesma estava elevada?

O direito de ser informado sobre a doença precisa ser discutido entre os pacientes, pois também faz parte da autonomia dele decidir se quer ou não saber sobre a doença. Os pacientes são heterogêneos no modo de pensar e provavelmente nem todo doente queira saber de tudo, todo tempo¹¹⁴. Portanto, somente conversando com eles é que o profissional saberá a maneira mais adequada de agir em cada caso.

As expectativas das gestantes se basearam praticamente nos aspectos físicos do cuidado. A necessidade de diálogo com profissional a respeito da doença somente aconteceu espontaneamente nas falas das duas gestantes anteriormente citadas. No TALP a categoria falta de informação também foi apenas para um pequeno número de gestantes. Provavelmente é reflexo do modelo hegemônico de atendimento em saúde centrado no tratamento dos sintomas físicos da doença e que praticamente não abre espaço aos sentimentos do doente¹¹⁵. As mulheres não costumam discutir suas emoções e sentimentos nas consultas de pré-natal¹¹⁶ (Sleatha et al. 2005), recebem poucas informações durante as mesmas e não sentem abertura para expressar suas ansiedades³⁸. O tratamento dos sintomas físicos é essencial, mas não é tudo. O doente precisa falar e ser escutado e necessita principalmente se sentir parte do tratamento. Como as gestantes estão habituadas ao modelo de atenção à saúde que prioriza aspectos biológicos, não questionaram a falta de diálogo e de maiores explicações sobre a doença. Pesquisa mundial realizada

no final de década de 1990 e nos anos de 2000 e 2001 demonstrou que entre as atividades mais comuns no pré-natal, a menos citada foi orientação sobre os sinais de perigo da gravidez e como agir nestes casos¹¹⁷.

Todavia, quando perguntado diretamente às participantes se o conhecimento que possuíam sobre a pré-eclâmpsia era suficiente ou se gostariam de saber mais sobre este assunto, o inverso aconteceu, pois praticamente todas se disseram desinformadas e gostariam de receber mais informações sobre a doença. Apenas duas gestantes disseram que o conhecimento recebido foi suficiente. Talvez a pergunta direta sobre o assunto as tenham estimulado a externar a grande vontade em conhecer mais sobre a pré-eclâmpsia.

“Não, eu acho que não sei quase nada, acho que ...eu precisava saber mais coisas, assim, as vezes eu fico procurando: o que gera, porque a gente tem, é... como é que ocorre..., porque uma pessoa diz uma coisa, outra diz outra,[...] porque aí a gente... eu me cuidava mais [...]”.

Gestantes de baixa renda do Canadá afirmaram que gostariam de ter mais conhecimentos, em relação à saúde, para poderem fazer as escolhas certas e também deixaram claro que gostavam quando os profissionais reservavam um tempo para ouvir seus questionamentos¹⁰⁷.

Nas conversas com as participantes sobre o conhecimento da doença pode-se perceber angústia e sensação de impotência, pois eram muitas as perguntas e as dúvidas. As mulheres gostariam de saber o que é pré-eclâmpsia, quais as causas desta doença, quais conseqüências podem ocorrer e como poderiam evitá-la. Nem sempre as gestantes conseguiam explicar

claramente o que gostariam de saber sobre a doença, talvez por serem tantas as dúvidas elas se limitavam a dizer “saber muito mais”, “eu não sei quase nada”, “quero entender um pouco”.

Em algumas situações, somente saber da existência de alguns fatores de risco não foi suficiente e não tranquilizou as gestantes, elas necessitavam saber mais.

“Não, eu queria saber mais porque eu não tenho todo o conhecimento dessa eclâmpsia, eu só sei essa parte que eu falei de pressão, raiva, essas coisas [...] ‘meu Deus, eu tenho certeza que não vem só de pressão e raiva’ eu acho que vem de outra coisa que eu não sei, assim de peso, de engordar [...], aí eu queria saber... saber mais, ter mais conhecimento”

As mulheres também afirmaram que conhecer a doença ajudaria no tratamento e minimizaria o medo. As gestantes tinham a percepção de que a pré-eclâmpsia poderia ser evitada com algumas medidas que elas não sabiam quais eram. Este aspecto necessitaria ser discutido no atendimento, porque não há, até o momento como se prevenir a pré-eclâmpsia⁹², porém, com um monitoramento adequado durante o pré-natal e adoção de estilo de vida saudável é possível diminuir os riscos evitando assim, seu agravamento.

O medo da pré-eclâmpsia era tão grande que às vezes as gestantes tinham dúvidas se era melhor conhecer ou não a doença.

“Preciso saber mais, ninguém explicou. Devia evitar ter filho, pois tive pré-eclâmpsia. Preciso saber mais, pois quase morri. Saber como é que é a doença; nem sabia, nem sei ainda! Deveria saber para ficar mais esperta. Estou com medo! Acho que aumenta o medo saber, ao mesmo tempo interessa e ao mesmo tempo não interessa!”

Em praticamente todas as falas foi possível identificar que a expectativa do tratamento da pré-eclâmpsia girava em torno da finalização deste período delicado, no qual mãe e filho corriam riscos. As falas demonstravam ansiedade e angústia, algumas vezes por não saber o que poderia acontecer, e outras justamente por já terem passado pelo problema, as mulheres sabiam exatamente o que poderia acontecer e não queriam sofrer novamente. O fato é que estas mulheres necessitavam de apoio e de alguém que conversasse com elas sobre a doença e ouvisse suas dúvidas.

4.4. Percepções e vivências da pré-eclâmpsia: profissionais de saúde

4.4.1. Conhecimento dos profissionais sobre as gestantes

Profissionais e enfermos vêem os problemas de saúde de maneira distinta. Eles empregam diferentes sistemas de percepção da doença e de modos de avaliação da eficácia do tratamento. A perspectiva médica de lidar com a doença não inclui as dimensões sociais, culturais e psicológicas dos problemas de saúde, nem o contexto da enfermidade para o doente e seus familiares. Personalidade, padrão sócio-econômico e crença religiosa, frequentemente são desconsideradas na realização do diagnóstico e na prescrição do tratamento, na medicina ocidental que valoriza mais as dimensões físicas da doença⁸⁰.

4.4.1.1. Características das gestantes

“São pacientes mais inseguras porque têm muito mais dúvidas têm mais muito mais medo quanto ao dia de amanhã, na gestação e requer mais cuidados, de perto.”

No início das entrevistas foi solicitado que os profissionais descrevessem como percebiam a clientela que atendiam. Para eles, as gestantes possuíam características emocionais, sócio-econômicas e de saúde que as diferenciavam das demais gestantes.

Os profissionais percebiam que elas tinham medo, eram ansiosas, preocupadas com os riscos que corriam e desinformadas sobre a doença. O medo foi o aspecto mais destacado e segundo os profissionais era relacionado ao medo de morrer, de perder o bebê, de engravidar novamente ou medo a respeito do que poderia acontecer até o final da gravidez. Provavelmente em decorrência deste medo, as mulheres também eram preocupadas como os riscos que corriam juntamente com os bebês, uma vez que, segundo a opinião dos próprios profissionais, mesmo que elas não soubessem que estavam com pré-eclâmpsia, elas tinham consciência que corriam riscos.

“[...] elas chegam assim até um pouco assim, atordoadas, elas têm aquela preocupação, mas que elas sabem que ali é uma coisa que tá arriscando a vida [...] tem uma característica marcante, que eu acho que é essa preocupação delas a maioria delas sabem que é uma coisa grave e podem nem saber o que é mas sabem que é grave [...]”

A desinformação também foi bem comentada pelos profissionais. As gestantes desconheciam sua própria doença e não tinham informações suficientes sobre as condutas que seriam tomadas para o tratamento da mesma, o que gerava segundo os profissionais mais ansiedade e medo.

“Muito inseguras e preocupadas com o desconhecido, medo do que vai acontecer com elas, né? [...] são pessoas realmente que... tem umas que não sabe nem o que é eclâmpsia”.

“Pacientes que chegam e nem sabem se tem o problema não tem a mínima percepção do problema. Normalmente as que já tem conhecimento chegam bem mais ansiosas [...]”

As gestantes eram vistas como carentes tanto do ponto de vista emocional, por não terem muita assistência e apoio, quanto social, por serem pessoas com situação financeira precárias. O estresse na gravidez pode vir tanto da falta de suporte emocional, que faz com que a gestante se sinta pouco amada e amparada, quanto da falta de condições financeiras favoráveis²¹.

“[...] em termos emocionais são muito carentes, geralmente são pessoas assim, que não têm um fator financeiro bom, são dependentes muito da família, assim, eu vejo muito isso... são muito carentes, em termos gerais”.

As precárias condições sócio-econômicas foram citadas como um fator que dificultava tanto a compreensão, por parte das mulheres, do que estava ocorrendo com elas, quanto o andamento do tratamento, pois era mais difícil o acesso a determinados procedimentos, pela questão financeira e até mesmo pela distância, pois muitas vinham de cidades distantes da capital.

“Condição social desfavorável, não tem acesso aos exames que a gente precisa, dificuldades de entender o que se passa, por uma má informação nossa e por uma falta de compreensão delas; e persistente, são muito persistentes. [...] apreensão; são mais ansiosas, intranquílias”.

A deficiência da assistência pré-natal na rede básica foi levantada por muitos profissionais, principalmente em relação à inadequação do diagnóstico e encaminhamento dos casos para a MEJC.

“[...] Com um acompanhamento no serviço básico um pouco precário, isso a gente vê bastante, deixa passar muita... muitas

coisas durante a gestação, principalmente nas pacientes hipertensas e pré-eclâmpsia”.

Serruya et al. (2004)¹¹⁸ evidenciaram baixa qualidade na atenção pré-natal básica segundo critérios mínimos de atendimento. Se estes serviços não estão conseguindo atender a contento nem os procedimentos mínimos do pré-natal de baixo risco, como esperar eficiência no diagnóstico e referência correta dos casos de gravidez de alto risco?

“[...] O pior é quando elas vêm com diagnóstico e não se fez nada [...] sabe o que é, vem convulsionando e não fizeram a medicação da onde veio até aqui. É que você mandou pra cá referenciou pra cá é porque sabe você sabe que tem alguma coisa de...de...errado”.

Os profissionais percebiam estas falhas e muitas vezes recebiam as gestantes no ambulatório ou no internamento com sinais de agravamento da doença e tinham que lidar com situações emergenciais que aumentam tanto o estresse de quem está doente quanto de quem está atendendo. Embora não esteja em discussão a qualidade da atenção básica, vale destacar que boa parte dos profissionais que atende na MEJC também atende em unidades básicas de saúde, da capital e do interior do estado, portanto esta percepção pode servir para uma auto-reflexão.

O edema e a obesidade foram mencionados por alguns profissionais como características típicas das gestantes com pré-eclâmpsia. Excesso de peso foi um problema realmente detectado em mais da metade das gestantes deste estudo. Tal situação requer uma intervenção mais direta e dinâmica e

não apenas pontual, como a que acontece rotineiramente neste serviço, onde o profissional nutricionista espera que o médico encaminhe as gestantes com excesso de peso ao seu consultório. Caso o profissional não encaminhe, a gestante provavelmente ficará sem orientação.

Segundo uma profissional as mulheres comiam em excesso para fugir dos problemas pessoais que as afligiam.

“São obesas, naturalmente, é impressionante porque elas me chegam aqui acima de 100 quilos [...] Então elas são emotivas, elas tem muito medo, porque na verdade a gente sabe que elas usam a comida como uma fuga [...] às vezes briga com o marido, às vezes até a própria vida que elas levam não é satisfatória e a comida é o escape delas”.

Os profissionais percebiam que as gestantes atendidas na MEJC reuniam características que as colocavam em situação de vulnerabilidade social e emocional, que aumentava ainda mais o risco que elas já apresentavam devido à pré-eclâmpsia.

4.4.1.2. Mudanças na vida das mulheres devido à pré-eclâmpsia

“Eu acho que sim, eu acho que só quem passa por isso é que dá valor, assim, ao bebê, [...] acho que muda muito, acho que elas viram até mais humanas”.

Na percepção dos profissionais, o medo, a ansiedade e a preocupação modificaram a vida das gestantes, sob o ponto de vista emocional, assim como o maior número de consultas e exames e o uso continuado de medicação

influenciou na rotina de vida destas mulheres fazendo com que elas adotassem novos comportamentos.

Mesmo conhecendo as mudanças emocionais devido ao medo sentido pelas mulheres, os profissionais não comentaram se faziam algo para tentar amenizar tal situação, com exceção de uma profissional que falou abertamente de sua preocupação em ouvir e apoiar as gestantes em suas queixas.

“Porque na hora que elas já passaram pela situação, a próxima gravidez dela é uma gravidez angustiante [...] a gente tem que estar muito perto dessa paciente [...] e às vezes eu paro tudo o que tô fazendo pra sentar com essa gestante e fazer a parte psicológica que é conversar, apesar de ter uma psicóloga [...] aí a gente tem que ter toda uma tranquilidade para conversar com elas”.

A disponibilidade demonstrada por esta profissional para escutar as queixas e dúvidas das mulheres poderia ser praticada também pelos outros profissionais, pois de que adianta saber que a clientela é angustiada, preocupada, se não for para tentar fazer algo em relação a isso? Ter consciência desta situação é apenas o primeiro passo para tentar superá-la. Ações concretas de maior diálogo e fortalecimento da relação entre os profissionais de saúde e as mulheres precisariam ser pensadas. Um estudo avaliou a satisfação de um serviço de pré-natal onde as enfermeiras desempenhavam ações diferenciadas de acompanhamento das mulheres no pré-natal e puerpério e revelou maior nível de satisfação por parte das gestantes, com o conteúdo das informações e com o apoio emocional, quando comparado ao modelo tradicional de assistência¹⁰⁶.

A adoção de novos comportamentos estava relacionada a cuidados gerais e cuidados com a alimentação. Os profissionais percebiam a existência de situações relativas à doença que deveriam levar as gestantes a adquirirem novos hábitos.

“Com certeza! socialmente, desde seus hábitos alimentares, seus hábitos de vida, a... os seus cuidados no dia-a-dia, elas requerem mais cuidados [...] tem que ir ao posto de saúde mais vezes, então isso altera a rotina de uma gestante normal, completamente, né? os cuidados com a alimentação, cuidados com exercícios físicos, cuidados com a medicação [...].”

Expressões presentes nas falas dos profissionais, como: “eu acho que muda...”, “deveria mudar”, “mudam, têm que mudar!”, “talvez, eu creio, né?” levantaram a hipótese de que estes profissionais não estavam seguros se a experiência traumática que as mulheres passaram foi capaz de fazê-las modificar o comportamento. Provavelmente porque práticas educativas abordando comportamentos saudáveis não faziam parte da rotina destes profissionais.

“É uma gestação que como merece maiores cuidados, ela percebe que já vem pro pré-natal de alto risco, então isso já muda a cabeça da pessoa [...] é mais uma percepção, porque até como você teve oportunidade de ver, o fluxo de pacientes é muito grande, né? A gente só tenta focar mais nos primeiros sintomas, sinais que a gente possa ver naquela paciente, e aí não dá muito pra ficar investigando essa parte, [...].”

Na realidade, as mudanças comportamentais, com adoção de hábitos saudáveis relatadas pelos profissionais diziam respeito àquilo que eles achavam que as mulheres deveriam fazer, ou seja, aquilo que segundo os conhecimentos científicos atuais seria o mais correto e não mudanças que eles realmente observavam em suas rotinas de atendimento. O depoimento a seguir ilustra bem o desejo do profissional de que a gestante adotasse novos hábitos de saúde.

“Eu vejo que até assim, porque assim, pela experiência que elas vão passando, né? [...] na próxima gravidez ela vai ter mais cuidado, né? se ela come sal, vai deixar de comer, numa próxima gravidez vai ter mais cuidado com a alimentação, né? mais cuidado de realmente fazer um pré-natal bem acompanhado, né? eu creio que muda alguma coisa, né? agora a gente não pode determinar, né [...]?”

Os profissionais também chegaram a dizer, em várias ocasiões, que pelo menos durante a gravidez as gestantes procuravam adotar novos hábitos de saúde ou que pelo menos durante o período no qual estavam internadas elas cumpriam as orientações dos profissionais. Mudanças temporárias e principalmente durante o internamento, provavelmente não levam a mudanças concretas.

Nem todos os profissionais perceberam mudanças nestas mulheres, alguns afirmaram que elas não adotavam mudanças em suas vidas principalmente porque não tinham consciência ou conhecimento dos problemas relacionados à pré-eclâmpsia, ou seja, sem conhecer a doença e sem saber

das possíveis conseqüências que a doença poderia trazer, não haveria motivo para mudanças

“Não necessariamente, porque nem sempre elas têm consciência do problema [...] modificar hábitos de vida pela pré-eclâmpsia, não me chama atenção”.

“[...] eu acho que elas sabendo que tem pré-eclâmpsia elas tem um cuidado maior, maior freqüência também a consulta pré-natal”.

Na percepção dos profissionais, algumas mulheres faziam da medicação para hipertensão a única solução para a doença. Como já discutido anteriormente, as gestantes percebiam a pré-eclâmpsia através de seu sintoma mais perceptível, que é a hipertensão e desta forma o tratamento se resumia a tomar medicação.

“Elas são orientadas a fazer, agora a gente vê que algumas delas não tomam os devidos cuidados elas acham que tomar o remédio vai resolver e fica por isso mesmo. [...] que a maioria delas não leva muito a sério, acha que tomar remédio vai baixar a pressão e tudo vai ficar tranquilo”.

Talvez fosse necessário se refletir sobre a maneira como esta orientação está acontecendo, pois se as pacientes são orientadas e mesmo assim acham que somente a medicação será suficiente para seu tratamento é porque esta orientação não está satisfazendo as expectativas e está acontecendo de maneira normativa e prescritiva, que não leva a reflexão das questões que envolvem a adoção de novas práticas de saúde. Será que os profissionais estão escutando o que as mulheres têm a dizer? Será que eles estão

conversando com elas sobre o tratamento? Muitas vezes, a ansiedade e insatisfação destas mulheres são frutos da falta de explicação sobre a patologia e os procedimentos adotados no tratamento^{37,38}. Neste caso, vale lembrar também que de acordo com o TALP, para os profissionais a pressão alta foi a categoria de maior significado, ou seja, o que mais representava a pré-eclâmpsia para eles era a hipertensão. É provável que isto esteja influenciando a maneira como as gestantes percebem sua doença.

A percepção dos profissionais de que o medo, a ansiedade e a preocupação poderiam marcar de forma negativa a vida das mulheres que tiveram pré-eclâmpsia, bem como a incerteza quanto ao fato destas pacientes estarem realmente adotando hábitos de vida saudáveis evidenciou que há necessidade de maior interação entre ambos, durante o tratamento.

4.4.1.3. Expectativas das mulheres sobre o serviço da MEJC

“Elas esperam assim, ter... ter... ter uma assistência adequada, né? esperam ter uma gravidez...ter... sair com bebê vivo, né? [...]”

Em relação ao atendimento na maternidade, segundo os profissionais, as gestantes tinham a expectativa de cura ou “de solução do problema”, de serem bem atendidas e de se sentirem seguras.

A principal expectativa destas mulheres era de ficar curada e esta cura estava se centrava na esperança de um parto sem complicações e o nascimento de um bebê saudável. Para alguns profissionais, as gestantes se preocupavam muito mais com o bebê do que com elas próprias. Provavelmente

o desconhecimento sobre a doença contribuiu para que elas não percebessem o real risco que corriam. Daí porque a expectativa de cura se relacionava praticamente ao bebê.

Alguns profissionais perceberam que as gestantes queriam ser atendidas no momento em que chegavam à emergência, por achar que tudo se resolveria imediatamente, o que comprova mais uma vez a desinformação sobre a doença.

“[...] às vezes eu creio que elas acham que vai ser solucionado de imediato, né? elas não sabem que vai ter que ficar internada [...] elas vêm, acho que elas vêm assim pensando: ‘vou lá pra medicar e vou me liberar [...] elas não sabem realmente que vai ficar internada, que é uma coisa mais séria, né?’”

A vontade manifestada por algumas gestantes de ter o problema imediatamente solucionado foi criticada pelos profissionais, porque segundo eles, nem sempre a doença representava uma emergência e em muitos casos poderia se esperar a realização de um exame ou de outro procedimento não sendo, portanto necessário o atendimento de maneira imediata. No entanto, ao fazer tal crítica eles esqueceram de se colocar no lugar da gestante, esqueceram que a percepção de quem adoece, certamente não é igual a de quem cuida. Há, portanto, uma diferença potencial entre a visão que o profissional tem da doença e a experiência vivenciada pelo doente⁷⁷.

Uma gestante que chega à emergência sofrendo e com medo acha que seu caso é o mais grave de todos e quer ser atendida rapidamente. Em situações como esta, é de extrema importância que os profissionais se sensibilizem com a gestante e mesmo que ela não seja prontamente atendida,

que pelo menos tenha um acolhimento adequado, com alguém para explicar calmamente a situação. Para Kleinman e Benson (2004)¹¹⁹, apesar das instituições de saúde terem o papel de promover a cura e restabelecer a saúde dos indivíduos são em si mesmas produtoras de sentimentos de desamparo e ameaça, uma vez que em nome de práticas clínicas rápidas e diagnósticos precisos não valorizam a dor e o sofrimento do paciente.

Todavia, a realidade dos serviços de saúde no Brasil é complexa e há diversos determinantes envolvidos, como a formação dos profissionais e a própria estrutura do serviço com sua lógica organizacional e mercantilista, que não prioriza o bem-estar dos funcionários e usuários¹²⁰. O depoimento a seguir mostra a inquietação do profissional com relação a querer oferecer o melhor e mais adequado atendimento à gestante, no entanto este atendimento esbarrava em questões que estavam além das possibilidades do profissional de saúde.

“[...] Elas querem assistência imediata,... imediata, imediata, imediata né? e nem sempre é assim, o que é...o caso delas é de uma assistência de emergência [...] é um momento de muita angústia pra família, mas a gente, enquanto funcionário a gente fica angustiado também [...] e a gente vai explicar uma condição que nós não somos culpados por esse processo, tem toda uma estrutura, de serviço de saúde, de serviço público, que faz essas implicações no atendimento, não é?”.

A expectativa de um atendimento adequado percebido apenas pela perspectiva biológica do tratamento também foi relatada pelos profissionais,

como se um pré-natal sem intercorrências clínicas para mãe e filho atendesse plenamente todas as expectativas das gestantes da MEJC.

“Que elas sejam bem atendidas, que elas tenham, é...é... no caso sua doença controlada até o parto, pra que tanto ela não tenha problemas, que a principal causa de mortalidade materna é a pré-eclâmpsia, aqui no Brasil e nem seu filho sofra as conseqüências, o sofrimento fetal”.

Este modo de perceber o atendimento a mulheres com pré-eclâmpsia reflete a tradição da medicina ocidental que se pauta no objetivismo e materialismo reduzindo o tratamento ao corpo físico e a doença⁷⁸. Aspectos subjetivos importantes numa gravidez de risco como acolhida, escuta e diálogo, amplamente discutidos neste estudo não foram priorizados.

Os profissionais também reconheciam que as mulheres não queriam apenas ser atendidas de imediato, queriam também sentir segurança neste atendimento.

“Acho que elas esperam principalmente que elas tenham um apoio, né? que elas se sintam seguras, tenham confiança nas pessoas que são os profissionais, né?”

Esta segurança estava fortemente vinculada à percepção das pacientes de que a MEJC é um hospital de referência onde se encontram os profissionais mais adequados para tratar de situações graves como as que elas apresentavam. Na realidade, a questão da segurança foi colocada muito mais como uma constatação do que como uma expectativa, pois segundo os profissionais era como se as mulheres, por reconhecerem a MEJC como

hospital de referência, já se sentissem seguras neste serviço. O fato dos profissionais saberem que as mulheres reconheciam a importância do atendimento da MEJC provavelmente fez com que eles se sentissem cada vez mais comprometidos com a qualidade de seu trabalho, o que é um fator positivo para o serviço.

“Ah! Falar que está fazendo pré-natal na MEJC pra elas é o “céu”! [...] é como assim: ‘Ah! Eu sei que tenho uma doença séria, mas tô fazendo o pré-natal num lugar que eu sei que se tiver alguma coisa eu vou ser socorrida, amparada”.

“Segurança, né? o serviço ... é um serviço já de referência, já conhecido pelas próprias pacientes, quanto ao acompanhamento, é ... quanto à informação da patologia, do que ela tem, do que ela precisa fazer [...] acho que é assim mais importante pra elas é a segurança que tem a dar o acompanhamento pré-natal na MEJC [...]”

A afirmativa de que o serviço da MEJC era conhecido pelas mulheres também por informar sobre a doença e seu tratamento, não condiz com a realidade encontrada, como já foi amplamente discutida no decorrer deste estudo.

Alguns profissionais demonstraram uma percepção reducionista de sua clientela, quando colocaram que estas mulheres já se sentiam satisfeitas e até agradecidas pelo atendimento prestado na MEJC e realmente não tinham mais nenhuma expectativa acerca do atendimento. Nesta visão é como se as gestantes não tivessem vontade própria e se colocassem inteiramente aos cuidados do profissional de saúde sem refletir se o atendimento prestado estava satisfazendo ou não às suas necessidades. Parece que ser atendida

por bons profissionais, em local de referência e ainda gratuitamente seriam motivos suficientes para não se questionar nem esperar nada além do que já era oferecido.

“Olha, elas são tão desprovidas, né? de assistência, certo? São tão carentes, que o mínimo que a gente faça é muito pra elas, né?, entendeu? Então é assim; expectativa talvez algumas nem tenham, sabe? Realmente elas nem tenham. Então, o mínimo do mínimo que a gente faça é o máximo pra elas, né? [...]”

Este tipo de visão que é característico de profissionais que vêem os pacientes como pessoas conformadas com um serviço de baixa qualidade por ser destinado a pessoas carentes, ou seja, “é do SUS”. Desta forma, parece que os profissionais estão fazendo um favor aos doentes e com isso o atendimento pode ser realizado de qualquer maneira¹⁰⁹.

Certamente que salvar a vida da mãe e do bebê é o mais importante nos casos de pré-eclâmpsia, mas não é o suficiente, pois medo e dúvida estão presentes e necessitam ser trabalhados no sentido de melhorar a saúde mental destas mulheres para que elas possam se sentir felizes e tranquilas com a gravidez.

A despeito de todo o trabalho técnico bem desenvolvido, uma profissional afirmou que ainda faltava avançar em questões mais abrangentes e que diziam respeito à vida das mulheres atendidas, para que elas fossem vistas integralmente em seu atendimento aliando os aspectos emocionais aos aspectos biológicos já trabalhados. O depoimento desta profissional poderia nortear a atuação dos profissionais no atendimento de gestantes.

“Elas esperam muito mais do que a gente pode dar. [...] então quer dizer, ela não nos traz fatores da gravidez; ela nos traz fatores da vida social dela [...] então assim, às vezes eu sinto que companheiros nossos não têm preparo para essa abordagem, né? porque, infelizmente, isso a gente não aprende em faculdade, nem em curso; isso a gente aprende é... prestando atenção ao que as pessoas precisam [...] perceber que a outra precisa de ajuda, eu... a gente ainda está muito aquém do que elas precisam.”

4.4.2. O atendimento de gestantes com pré-eclâmpsia

Os profissionais que atendem gestantes de alto risco necessitam conhecer as expectativas e preferências das mulheres em relação ao envolvimento com o tratamento, para juntos buscarem alternativas que melhorem a saúde física e mental, numa próxima gestação¹¹².

4.4.2.1. Significados atribuídos pelos profissionais ao atendimento de mulheres com pré-eclâmpsia.

“Pra mim, assim, é gratificante porque a gente sabe que é uma gestante, mas que requer mais cuidado [...] eu gosto, eu me sinto bem, aquela adrenalina, dá aquela adrenalina na pessoa, é bom!”

O atendimento e tratamento da pré-eclâmpsia mostrou ser uma tarefa de grande responsabilidade que exigia maior atenção e cuidado, por parte dos profissionais quando comparado ao atendimento a gestantes de baixo risco. Esta atenção e este cuidado estavam direcionados para a dimensão biológica

do tratamento conforme observado em algumas falas: “atenção mais especial devido à pressão”, “são potencialmente mais graves e podem apresentar complicações”, e “atenção dobrada em relação a uma gravidez comum devido ao risco da patologia”. A gravidez de risco, em especial a pré-eclâmpsia requer maior atenção e cuidado com a possibilidade de agravamento dos sintomas e suas conseqüências. Por conta disso, os profissionais se colocavam numa atitude de constante vigilância.

“Significa uma gestação que merece maiores cuidados, né?, maior atenção, uma vigilância mais rigorosa, em termos de vigilância clínica [...]”.

“Significa é, trabalhar com um grupo de gestantes que tem um risco maior e por isso tem que ter uma atenção mais focada na atenção especial, no atendimento a essas pacientes”.

Mesmo reconhecendo que estas mulheres reuniam características como medo e ansiedade que as colocavam em situação de vulnerabilidade emocional, poucos profissionais destacaram a importância de cuidar dos aspectos emocionais da pré-eclâmpsia, como evidenciado na seguinte fala:

“Significa que você tá... você é responsável, sim, assim, pela insegurança que as pessoas têm que vão estar nesta fase, né? aí geralmente nessa... nessa fase ela precisa de conforto, apoio [...]”

Muitas vezes, as gestantes estavam visivelmente apavoradas com um internamento de urgência que não se davam conta do que realmente estava acontecendo e naquele momento a presença do profissional de saúde era de extrema importância.

“Pré-eclâmpsia ...é a questão do medo, da preocupação, né? [...] acho que é uma coisa importante é tentar desmistificar ou tirar alguns significados, algumas fantasias [...] medo de que ela pode morrer, ou que ela...perder o filho, entendeu?, como é que vai acontecer, elas não estão muito seguras disso, então ficam preocupadas”.

A fala de uma profissional do internamento mostrou a importância da atenção para a dimensão biológica e emocional do tratamento evidenciando que a visão integral da saúde é possível de ser conseguida.

“Significa uma gestação que merece maiores cuidados, né?, maior atenção, uma vigilância mais rigorosa, em termos de vigilância clínica e um apoio psicológico maior para essas pacientes que, geralmente elas são muito ansiosas e a gente sabe que a pressão tem influência com o estado emocional também”.

Alguns profissionais expressaram sentimentos pessoais que interferiram positivamente no tratamento mostrando como se sentiam bem ao trabalhar com mulheres que apresentavam pré-eclâmpsia. Para eles era “um sentimento nobre”, “sensação de cumprir um dever, um papel social”, “um prazer”, “gratificante”.

A assistência às mulheres com pré-eclâmpsia é uma situação de estresse devido à gravidade da doença e por conta disso, a preocupação dos profissionais estava centrada no atendimento clínico, o que contribuiu para a pouca exploração da dimensão emocional.

4.4.2.2 Expectativas dos profissionais no atendimento de mulheres com pré-eclâmpsia

“Acho que muito mais do que ele vem fazendo, né? ... dar mais atenção, né?, eu acho que a gente ainda faz muito pouco pra elas ... é, como pessoa, né? como ser humano”.

Todos os profissionais demonstraram vontade de melhorar o atendimento às gestantes. Alguns demonstraram maior sensibilidade em relação à dimensão emocional da assistência e esperavam que o serviço se aproximasse mais de sua clientela e desenvolvesse ações voltadas para acolhida e escuta, sem manifestar, no entanto, preocupação com a dimensão organizacional do serviço. Já outros, com uma visão mais biológica da assistência tiveram suas expectativas voltadas para aquisição de equipamentos e contratação de profissionais, com o intuito de melhorar o tratamento da pré-eclâmpsia e garantir a sobrevivência da mãe e do feto, sem a preocupação com os aspectos subjetivos do tratamento. Porém, havia também um pequeno grupo de profissionais com uma visão mais abrangente da saúde que esperava avanços tanto nos aspectos emocionais quanto biológicos contemplando assim, a saúde em sua totalidade e se aproximando mais da real humanização da assistência, que requer a articulação entre os avanços tecnológicos e o acolhimento reforçando o caráter holístico do processo saúde-doença⁹⁴ (Ministério da Saúde, 2004) e rompendo com a dicotomia entre tecnologia das ciências médicas e humanização no cuidado^{121,122}.

A preocupação com a melhoria no atendimento da clientela pode ser encarada como um fator positivo, pois demonstra que os profissionais não

estão acomodados à sua rotina de trabalho a ponto de achar que tudo está ocorrendo da melhor forma possível, até porque a realidade da saúde no Brasil dificilmente não demandaria mudanças.

A expectativa de um atendimento mais humanizado foi demonstrada em algumas falas ao longo das entrevistas: “mais atenção como ser humano”, “ver a saúde em sua totalidade”, “maior apoio psicológico”, “mais sentimento”, “mais acolhimento”, “mais escuta”, “explicação dos direitos da paciente”, “maior esclarecimento sobre a doença”, entre outras. Porém, poucos profissionais falaram concretamente de humanização enquanto política de saúde a ser implantada na MEJC¹²⁰.

“Com essa luta desse serviço de humanização, da política de humanização [...] porque muitas vezes pode até faltar aquele tratamento específico, mas quando você é bem assistido, é bem atendido, é bem escutado, é bem orientado, aí você sabe como caminhar, você sabe onde buscar, você sabe como se acalmar [...]”

“[...] tanto a maternidade quanto outros hospitais do SUS que tenham um maior, um sentimento, a coisa do acolhimento, da humanização, né? tem médico que trata o paciente com uma certa indiferença, não chama pelo nome do paciente, [...] acho que o fato da humanização dá mais... dá menos temor, né? menos temor até para a gravidez, pra tranquilidade dela [...]”

A humanização é uma questão complexa que demanda atitudes concretas em termos de uma gestão compartilhada entre direção, profissionais e usuários do serviço não sendo, portanto apenas uma questão de sensibilidade de um ou outro profissional^{123,124}. As ações de humanização na assistência pré-natal ainda são muito pontuais e pessoais não se configurando, portanto em uma

política plenamente estabelecida, pois ainda prevalecem entraves burocráticos, materiais e pessoais dificultando seu completo desenvolvimento¹²³. A fala que se segue mostra justamente a preocupação de um profissional com a burocracia do serviço e também com a falta de condições físicas e materiais do local que obriga as pacientes a recorrer a outros serviços para completar seu tratamento.

“ [...] não tá melhor porque a gente bate um pouquinho de frente com a questão da burocracia, então muitas delas são jogadas de um lado pro outro, tanto pra fazer exame ou pra ser atendida e elas acham que a gente tá atendendo de qualquer maneira [...] mas na verdade é a questão da burocracia. Questão organizacional.”

Tratar a doença numa perspectiva apenas biológica não atendia as expectativas de alguns profissionais que achavam necessário investir em atividades educativas.

“Olha, eu, eu gostaria que realmente além do tratamento, né? que elas saíssem daqui esclarecidas [...] se realmente ela é atendida e educada prá que numa próxima gravidez ela tenha cuidado pra não chegar até essa pré-eclâmpsia, é a questão da educação, do esclarecimento”.

Esta orientação deveria ser realizada também depois da gestação, como bem colocou outra profissional, pois assim o serviço além de cumprir com seu papel na prevenção de doenças e na educação para a saúde, não deixaria a mulher desamparada após o parto, como é comum acontecer na atenção básica, também em outros países¹⁰⁷.

“[...] eu acho que esse serviço pode não só dar um bom suporte durante a gestação, mas no seguimento que elas têm que voltar depois; tentar ver se consegue fazer com que essa paciente possa entender que ela vai ter que mudar hábitos de vida [...] tentar melhorar o prognóstico aí futuro dessas pacientes[...]”

No tocante a estrutura física, os profissionais mostraram a necessidade da aquisição de novos equipamentos e melhorar os já existentes, melhorar espaço e a estrutura organizacional do serviço, sempre com o objetivo de melhor servir a clientela.

“Ah! Eu espero que esse serviço melhore bastante com relação ao atendimento à gestante, o atendimento, embora seja referência, ainda é muito precário. Quanto a organização de marcação de consultas, de referência, contra-referência, quanto a necessidade de vários profissionais [...]”

Tais reivindicações são percebidas pelos profissionais que no dia-a-dia se deparam com situações difíceis de serem resolvidas e que não permitem que o atendimento tenha a resolutividade que se espera. Infelizmente, estes problemas não podem ser resolvidos somente pelos profissionais, pois dependem de decisões políticas em nível de gestão destes serviços. Mesmo assim, estes profissionais podem e devem reivindicar melhores condições de trabalho.

Duas profissionais se mostraram preocupadas com o ambiente de atendimento. Uma do ambulatório explicou que deveria haver um mínimo de conforto para que as gestantes se sentissem bem-vindas ao serviço, como bancos mais confortáveis na sala de espera, a oferta de um lanche, pois as gestantes chegavam muito cedo e permaneciam durante toda a manhã no

ambulatório. E a outra do internamento se referiu ao setor de alto risco como sendo um local improvisado parecendo um corredor, onde as mulheres ficavam “umas por cima das outras”, sem privacidade.

A expectativa em termos de pessoal estava praticamente voltada para o aumento do número de profissionais, não sendo mencionada uma questão importante que é a capacitação para o melhor atendimento das necessidades físicas e emocionais desta clientela especial. Dessa forma, a preocupação com a quantidade de profissionais para atuar no serviço foi maior do que a preocupação com a qualidade. Além disso, a expectativa era de aumento do número de médicos (especialistas, plantonistas e cirurgião geral), não sendo comentado a necessidade de aumento, ou mesmo a inclusão de nenhum outro profissional que compõe a equipe de saúde.

Poucos profissionais esperavam que ações voltadas para melhoria da estrutura física e de pessoal acontecessem em conjunto com melhorias na acolhida, apoio e orientação da clientela. Mesmo com as dificuldades encontradas na saúde, a esperança era poder atender as mulheres de forma integral cobrindo todos os aspectos do tratamento.

“Não, eu espero que cubra todas, assim, as carências que elas têm, tanto em termos da saúde como no emocional, como tudo que ela precisa, eu espero isso, a gente, pelo menos da equipe, faz o possível, [...] nem sempre é possível, mais em todo canto, né?, mas a gente tenta fazer o possível”.

Todos profissionais manifestaram vontade de oferecer uma assistência de qualidade no pré-natal, parto e puerpério, independente da percepção que cada um tivesse sobre o que seria um cuidado ideal.

4.5. Relação profissional – paciente no atendimento da gravidez

Procurou-se nesta seção identificar primeiramente em quais aspectos as percepções sobre pré-eclâmpsia e seu tratamento, das gestantes e profissionais eram semelhantes. Além disso, observou-se também se os profissionais conheciam características importantes relacionadas a esta clientela.

Em um segundo momento procurou-se compreender, principalmente mediante as observações realizadas ao longo da pesquisa, como a doença era abordada e como ocorria a relação entre os profissionais e as gestantes, na perspectiva da humanização do atendimento em saúde.

4.5.1. Aproximações entre as percepções de gestantes e profissionais de saúde em relação à pré-eclâmpsia.

Sentimentos negativos como medo, ansiedade e preocupação relatados pelas gestantes foram percebidos pelos profissionais como características destas mulheres. Os profissionais também perceberam que a pré-eclâmpsia deixava marcas no estado emocional das gestantes que dificilmente seriam esquecidas e fazia com que muitas delas não desejassem engravidar novamente.

As gestantes relataram dificuldades na assistência pré-natal realizada na atenção básica e este fato era conhecido pelos profissionais. Esta percepção pode ajudar na discussão em torno da qualidade da assistência na atenção básica.

A desinformação acerca da doença foi constatada ao longo de toda a pesquisa, afirmada pelas pacientes e percebida pelos profissionais. As mulheres não tinham informações sobre a pré-eclâmpsia porque os profissionais não conversavam com elas sobre a doença e as orientações não eram suficientes. Esta falta de diálogo no pré-natal é uma constante nas pesquisas sobre este assunto^{37,38,125}.

Mudanças no estilo da vida com o objetivo de prevenir futuros problemas decorrentes da pré-eclâmpsia não foram vivenciadas de maneira concreta pelas gestantes, no entanto os profissionais achavam que elas praticavam tais mudanças. Os profissionais sabiam, por suas experiências de atendimento, que a rotina de um pré-natal de alto risco é diferente da rotina de um pré-natal baixo risco em termos de cuidados, orientações e desfecho. Desta maneira, as mudanças citadas pelos profissionais pareceu ser fruto deste conhecimento científico e do desejo de que as gestantes adquirissem hábitos de vida saudáveis e seguissem corretamente suas prescrições, e não do que eles realmente constatavam em suas rotinas de atendimento. Os profissionais precisam investigar se as orientações realizadas ao longo do pré-natal e puerpério estão ajudando as mulheres na adoção de um estilo de vida saudável. Compreender as necessidades das gestantes mediante a perspectiva da própria gestante ajuda os profissionais a melhorar a qualidade de seu atendimento³⁷.

Tanto as gestantes quanto os profissionais reconheciam a MEJC como uma unidade de referência para o tratamento da pré-eclâmpsia. Este reconhecimento fazia com que as mulheres se sentissem mais confiantes e seguras e os profissionais mais estimulados e com maior responsabilidade no

atendimento. De uma forma geral, os profissionais acreditavam que a clientela assistida tinha as expectativas satisfeitas com um atendimento que cumprisse todos os procedimentos médicos que garantisse a vida da mãe e o nascimento do bebê. De fato, o principal desejo das mulheres foi de ficarem curadas e terem bebês saudáveis. Porém não é possível afirmar que este fosse, de fato, o único desejo destas mulheres. As gestantes não manifestaram abertamente a vontade de receber mais informações e maior participação no tratamento, porém quando perguntadas sobre o conhecimento que tinham da pré-eclâmpsia mostraram realmente uma grande vontade de saber mais sobre a doença e seu tratamento.

Algumas características, sentimentos e expectativas das gestantes foram percebidas pelos profissionais, o que demonstrou sintonia entre eles e isto poderia ser mais bem explorado mediante estratégias que aproximasse mais os profissionais e as gestantes. Neste sentido, trabalhar o atendimento pré-natal numa perspectiva hermenêutica poderia ser uma opção, pois implicaria em assumir que a atenção às gestantes não deveria ser baseada apenas no conhecimento científico e tecnológico dos profissionais sobre estas mulheres vistas como usuárias passivas do serviço. Gestantes e profissionais de saúde, conjuntamente precisariam buscar soluções para os problemas relacionados à prevenção, tratamento e recuperação da saúde, cada um de acordo com seu ponto de vista. Desta maneira, não se excluiria o saber técnico e científico nem a subjetividade dos sujeitos e todos seriam protagonistas das ações de saúde, com seus saberes e experiências próprias⁹⁶.

4.5.2. Relação profissional – paciente no atendimento da gravidez com pré-eclâmpsia: relatos de observações

Os encontros entre as gestantes e os diversos profissionais de saúde ocorriam tanto no ambulatório, quanto no internamento da MEJC. Mediante diversas situações de observação desses encontros foi possível se compreender parte da delicada relação que ocorre entre pessoas com visões de mundo diferentes, com situações de vida também diferentes, porém que partilhavam o mesmo fenômeno – uma gravidez com pré-eclâmpsia – em posições totalmente diferentes, pois as gestantes conviviam com esta situação em suas próprias vidas e os profissionais as ajudavam a enfrentar e superar esta situação.

Mesmo que profissionais e pacientes tenham a mesma origem social e cultural, eles percebem os problemas de saúde distintamente, pois a maneira como enfrentam o fenômeno também é diferente⁸⁰. Para Kleinmam (1988)⁷⁷ a doença é chamada de *illness* quando percebida de modo subjetivo e de *disease* quando é percebida pelo lado biológico, orgânico. Embora tais percepções sejam diferentes necessitam se encontrar em algum momento para que possa ocorrer o tratamento. O diálogo é uma parte importante deste tratamento, pois promove a humanização desta relação difícil e bastante desigual, que é a relação entre o profissional e o paciente⁸⁸.

Nas observações realizadas no ambulatório e internamento verificou-se a falta de diálogo entre os profissionais e as pacientes a respeito da patologia, de como enfrentá-la e de como estas mulheres se sentiam ao conviver com esta doença. As consultas ambulatoriais, na maioria das vezes se limitavam à investigação do uso de medicação, monitoramento da pressão arterial e a

observação dos resultados dos exames, semelhante ao que foi encontrado em pesquisa realizada com pacientes hipertensos, em dois municípios da Bahia¹⁰¹. Isto não significa dizer que as pacientes não eram bem tratadas pelos profissionais, pois em nenhum momento do estudo se presenciou qualquer queixa das pacientes em relação à maneira como eram tratadas pelos profissionais. Eles sempre foram elogiados pelas gestantes, com relação ao tratamento da doença, ao cuidado com o parto e com o bebê. A questão aqui levantada diz respeito, principalmente à ausência de acolhida e atendimento compatíveis com uma assistência que leve em conta o atendimento integral permitindo que a mulher seja ouvida e participe de seu tratamento.

No atendimento ambulatorial, mesmo que as mulheres se apresentassem visivelmente ansiosas com o desenrolar de sua doença, não encontravam espaço para conversar sobre tais questões. Este fato foi observado diversas vezes e em uma delas, a gestante estava ansiosa para falar, porém era constantemente interrompida pelas perguntas de rotina do profissional. Certamente, se fosse concedido espaço para que a gestante colocasse suas dúvidas ela se tranquilizaria para melhor aproveitar a consulta. Esta gestante procurou outro profissional para conversar, após a consulta demonstrando que não ficou satisfeita com o atendimento recebido. Observou-se que a prática de seguir rigidamente a anamnese tradicional não abria espaço para o profissional ouvir o que as mulheres tinham a dizer. Talvez porque alguns profissionais ainda percebiam a gestante como pessoa incapaz de cuidar da saúde e da gravidez^{38,123}.

Um fato que contribui para esta postura dos profissionais diz respeito à formação médica e porque não dizer a formação dos profissionais de saúde

que concentra todo o seu fazer nos aspectos biológicos do diagnóstico e tratamento das doenças. Para tal, os alunos são treinados em anatomia, fisiopatologia, farmacologia e dessa forma, a habilidade de ouvir com sensibilidade a história dos pacientes e familiares não é enfatizada¹²⁶. Em uma determinada consulta, a gestante respondia às perguntas rotineiras da anamnese quando o profissional a abordou sobre o bebê que ela havia perdido na gravidez anterior. Neste momento percebeu-se que a gestante abaixou a cabeça e chorou disfarçadamente, por se tratar de um assunto doloroso. Um fato tão significativo quanto este não foi percebido pelo profissional, ou ele preferiu ignorar o ocorrido, talvez por não se sentir preparado para enfrentar situações desta natureza, que não faziam parte de sua rotina de atendimento.

Os profissionais demonstraram pouca habilidade para lidar com os casos em que havia indicação de internação por agravamento da pré-eclâmpsia. Para os profissionais que lidavam diariamente com estas situações, uma gestante com indicação de internação imediata era visto como mais uma rotina dentro do serviço, porém para a própria gestante era algo estressante e que causava apreensão e medo.

Em consulta de ambulatório, uma gestante de 40 anos com a pressão arterial elevada escutou da profissional que precisaria se internar na MEJC. O caso estava sendo discutido por duas profissionais na frente da paciente sem que a mesma fosse inserida no assunto, dando a impressão de que nada daquilo dizia respeito a ela. As profissionais utilizavam termos que poderiam causar medo na paciente, como “risco de pico hipertensivo”, “internação imediata”, “gravidade”, “exames alterados” e a gestante se mostrava realmente apreensiva. Muitos papéis eram preenchidos e nada era explicado a ela.

Quando uma das profissionais, talvez percebendo a angústia da gestante explicou que ela poderia ir em casa ou poderia avisar algum familiar antes da internação, a gestante se mostrou bem mais aliviada. Sword (2003)¹⁰⁷ também observou que as gestantes se sentem ansiosas quando os profissionais utilizam termos técnicos, que não lhes são familiares e as excluem do tratamento.

O modelo tradicional de assistência à saúde não permite que a relação entre profissional e paciente aconteça de maneira horizontal, pois ela é tipicamente hierárquica; o profissional detém o saber e o paciente está submisso a ele^{96,123,127}. Esta situação é ainda mais difícil para a gestante, pois envolve relações de gênero que expõe a posição marginalizada da mulher nesta sociedade extremamente patriarcal^{107,128}.

A gestante conhece, de fato, o seu direito de ser informada sobre a doença e os procedimentos para tratá-la? Será que ela não está acostumada ao modelo tradicional de cuidado no qual o doente transfere ao profissional, principalmente o médico, toda a decisão e conduta do tratamento concordando com todos os procedimentos realizados⁷⁸?

A permanência das gestantes na sala de monitoramento e as reuniões que ocorriam semanalmente entre a psicóloga e as gestantes foram identificadas como momentos nos quais as mulheres podiam conversar mais abertamente sobre a gravidez e a pré-eclâmpsia. Na sala de monitoramento ocorria a acolhida da gestante ao serviço, com a entrega dos cartões de pré-natal, verificação do peso, pressão arterial, glicemia e monitoramento dos batimentos cardíaco-fetais. A profissional responsável por este setor se mostrava bem acolhedora e procurava tratar as gestantes pelo nome, sempre com um

elogio para cada uma delas, mas também com uma palavra de conforto quando percebia alguma gestante angustiada. Quando esta profissional, por algum motivo era substituída por outra, este acolhimento era mais impessoal seguindo o modelo tradicional. Desta maneira, o acolhimento caloroso descrito anteriormente não era uma rotina do serviço e sim uma habilidade pessoal de uma profissional.

Nas reuniões com a psicóloga, que acontecia antes do início das consultas médicas, a profissional trazia algum tema para iniciar a conversa, porém a condução da reunião era flexível e ocorria de acordo com os assuntos que as gestantes iam conversando ou perguntando. Nestes encontros as gestantes falavam sobre si mesmas, como estavam se sentindo e tiravam algumas dúvidas. Estes momentos poderiam ser mais bem aproveitados se não fossem interrompidos cada vez que uma gestante era chamada para a consulta. Isto demonstrou a hegemonia da consulta médica sobre qualquer outro procedimento de saúde. O ideal seria um horário específico para que esta atividade ocorresse sem atropelos ou preocupação, por parte das gestantes, pois elas ficavam receosas de “perder a vez na consulta médica”, porque outra pessoa poderia “passar na sua frente na consulta”.

Com relação ao internamento, a ausência de diálogo não era diferente do ambulatório, porém era mais preocupante, pois as pacientes internadas tinham que lidar com situações de agravamento da doença e a possibilidade de morte, o que abalava ainda mais o estado emocional. A ansiedade destas mulheres por alguém a quem pudessem pedir algumas explicações era visível, pois sempre que a pesquisadora se aproximava para convidá-las a participar da pesquisa, elas perguntavam sobre o tratamento, quanto poderiam voltar para

casa, quando o bebê sairia da UTI, entre outras questões que deveriam ser esclarecidos pelos profissionais que as acompanhavam. Esta necessidade de conversar com qualquer pessoa que se aproximasse delas mostrou que a visita realizada pelos profissionais não estava ajudando a paciente a diminuir o estresse da situação vivenciada. A referida visita acabava centrada apenas a evolução do prontuário.

Alguns profissionais que conviviam diretamente com as pacientes internadas mantinham uma relação de maior aproximação com explicações sobre os procedimentos adotados e ajuda nas tarefas do dia-a-dia. No entanto, também foram observadas situações nas quais os profissionais tratavam as mulheres com distanciamento, impaciência, ou mesmo rispidez comprometendo a relação entre eles.

O relato a seguir evidencia a posição hierárquica que, muitas vezes, os profissionais insistem em exercer sobre os pacientes não facilitando o diálogo³⁸. Tal situação aconteceu na unidade de internamento de alto risco, no momento em que duas profissionais estavam evoluindo os prontuários. Uma paciente se aproximou e disse: “é que eu estou de alta desde ontem e queria saber se poderiam me dizer qual é o remédio que vou ter que tomar em casa”. A profissional que estava segurando o prontuário desta paciente respondeu de forma autoritária, com se a mesma não tivesse direito de abordar o profissional: “Como está de alta deste ontem, não estou vendo nada aqui e eu estou prescrevendo seu prontuário agora!” A outra profissional olhou também o prontuário e virando-se para a paciente disse: “realmente você está de alta, aguarde que serão dadas orientações de alta e vou pedir para a assistente social ligar para sua família”. A profissional se colocou de forma tão autoritária

que nem ao menos olhou com cuidado o que estava escrito no prontuário. Se ela tivesse escutado a paciente teria se poupado do constrangimento.

A mesma falta de habilidade em lidar com questões de ordem pessoal observada durante as consultas ocorreu também no internamento. Um senhor que visitava a esposa internada aproximou-se da profissional, juntamente com uma criança e disse: “olhe meu filho, essa aí foi quem te trouxe ao mundo” e olhando para a profissional completou: “esta criança é filha da paciente do leito 3 e foi a senhora quem fez o parto e ele queria conhecer a senhora”. Provavelmente, pai e filho esperavam uma reação amigável da profissional que não conseguiu demonstrar empatia diante desta situação de ordem pessoal, foi educada, porém manteve distância. Certamente se a abordagem tivesse sido em relação aos aspectos biomédicos do tratamento a profissional teria se sentido mais confortável para conversar. Este fato ilustra uma questão complexa que diz respeito à formação do profissional de saúde que subestima aspectos subjetivos, antropológicos e sociais do doente e não o prepara para lidar com situações na quais ele terá que se desvencilhar de seus preconceitos de gênero, classe social e raça incorporados em seu convívio social e familiar¹²⁹. Para aquela profissional, provavelmente a criança era apenas mais uma em sua lista de partos já realizados, contudo para aquela família, o acontecimento foi único.

A fragilidade percebida na relação profissional-paciente que não facilitava o diálogo contribuiu para o desconhecimento sobre a pré-eclâmpsia e para a baixa adesão ao tratamento, no tocante à adoção de estilo de vida saudável.

Durante os cinco meses de coleta dos dados, o número de gestantes que desconhecia sua patologia foi tão significativo que quase inviabilizou a

realização do estudo, uma vez que para participar do mesmo, as mulheres precisavam saber que apresentavam pré-eclâmpsia. No internamento, durante os quatro meses de coleta dos dados 70 mulheres não puderam participar por desconhecerem que tinham ou tiveram esta pré-eclâmpsia. No ambulatório, somente três entre as gestantes abordadas não sabiam que estavam apresentando pré-eclâmpsia. No entanto, é necessário destacar que o problema existe antes da mulher chegar à MEJC, pois o pré-natal se inicia na atenção básica e de lá estas mulheres são encaminhadas para o ambulatório ou o internamento, já apresentando pré-eclâmpsia. Uma doença que pode por em risco a vida da mãe e do filho, deixar seqüelas e surgir novamente em outra gestação deveria ser bem explicada a todas as gestantes.

As explicações sobre a doença fornecidas por alguns profissionais e observadas, principalmente no ambulatório foram superficiais e até questionáveis. Um profissional disse que “eclâmpsia é quando tem convulsão e a pré-eclâmpsia é só a pressão alta”. Quando o profissional utilizou a expressão “é só a pressão alta” banalizou a doença e supervalorizou o sintoma mais comum que é a hipertensão. Além disso, ele também demonstrou uma visão reducionista do problema contribuindo para que a gestante também só enxergasse a doença desta forma e não valorizasse outros sintomas que poderiam ter relação com o agravamento da doença. Em outra consulta, uma gestante perguntou o que era pré-eclâmpsia e o profissional respondeu: “*pré* significa antes... é o que acontece antes da eclâmpsia e a eclâmpsia é o coma”. Mais uma vez a explicação do profissional não acrescentou muito para a gestante, além de não ter fundamento científico.

Com relação à baixa adesão das participantes ao tratamento, em termos de autocuidado e adoção de estilo de vida saudável observou-se que por conhecerem pouco sobre a doença e por existir um distanciamento entre elas e os profissionais de saúde, provavelmente estas mulheres não conseguiram conquistar autonomia e independência necessárias para cuidarem de sua saúde¹⁰⁹. Infelizmente a busca por conhecimento, por parte da paciente não é valorizada pelos profissionais, que se encontram pouco preparados para responder as indagações e dúvidas, a não ser com respostas superficiais e com termos técnicos, muitas vezes incompreensíveis para o leigo^{104,127}. Uma gestante que havia perdido o filho na gravidez anterior, devido à eclâmpsia se mostrava ansiosa e preocupada em saber como estava a gravidez atual. Dois profissionais conversavam sobre os valores encontrados nos exames laboratoriais, porém nada era dito à gestante que indagou se estava tudo bem, ao que um profissional respondeu: “os exames de sangue, sim, só umas enzimas que estão alteradas...”. Mesmo com a visível ansiedade e com a história trágica anteriormente vivenciada por ela percebeu-se que não foi dispensada a devida atenção que a gestante insistentemente solicitou, além do que a resposta “enzimas alteradas”, nada quer dizer para um leigo e até mesmo um profissional necessitaria de maiores explicações para compreender a situação.

O desconhecimento da doença, por parte das pacientes foi uma importante questão percebida neste estudo, que mostrou o quanto a MEJC necessita avançar. Este problema já foi apontado em recente estudo realizado na própria maternidade MEJC⁸², não se tratando, portanto, de uma situação nova. Outro fato que comprovou que este problema era conhecido pelos

profissionais foi que alguns deles disseram abertamente que as gestantes não eram informadas sobre a doença.

A análise das entrevistas e observações levou a crer que havia preocupação dos profissionais em atender prontamente aos aspectos biológicos da doença, porém a acolhida mais humana não era priorizada pelo serviço, pois poucas falas e ações isoladas de alguns profissionais demonstraram sensibilidade para a humanização na atenção pré-natal.

O tratamento realizado de forma compartilhada somente ocorrerá se houver diálogo entre profissionais e gestantes, para que estas se sintam responsáveis por sua cura^{109,119}. Este diálogo permite se estabelecer uma relação de confiança entre ambos, o que certamente contribuirá para uma maior adesão ao tratamento. Porém, não há como se pensar em autonomia e responsabilidade quando as mulheres nem ao menos sabiam o que estava ocorrendo com elas ou porque estavam internadas. Muitas somente se deram conta de que tiveram pré-eclâmpsia na hora do parto, ou mesmo após este e algumas ainda tinham dúvidas se realmente apresentaram esta doença.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados encontrados, as gestantes participantes deste estudo apresentaram algumas características como gravidez não planejada, fraco apoio do companheiro, baixa escolaridade, baixa renda familiar e risco nutricional devido ao sobrepeso e a obesidade que as colocavam em situação de vulnerabilidade biopsicossocial.

O diagnóstico de pré-eclâmpsia despertou surpresa e choque nas pacientes, além de revelar medo e ansiedade em relação à doença e suas conseqüências. A percepção da gravidade da pré-eclâmpsia aumentou o medo que acompanhou estas mulheres ao longo da gravidez, parto, puerpério e em alguns casos, este medo ultrapassou o período puerperal. A pouca informação recebida durante o pré-natal e internamento hospitalar fez com que elas percebessem a doença apenas como um aumento na pressão arterial. Este fato, provavelmente influenciou a pouca percepção da necessidade de mudanças no estilo de vida, com o objetivo de adquirir hábitos saudáveis, principalmente em relação à alimentação, atividade física, uso de medicação e procura por atendimento nas unidades de saúde.

Os relatos sobre a busca por tratamento demonstraram o despreparo das unidades básicas de saúde em acolher, diagnosticar, realizar os primeiros procedimentos e posteriormente referenciar as gestantes para uma unidade de maior complexidade. Este despreparo causou angústia e agravamento da doença, com sérias conseqüências para a saúde física e mental da mãe.

As expectativas das gestantes com a assistência pré-natal na MEJC se basearam praticamente nos aspectos físicos do cuidado, como os procedimentos de rotina que diminuíam os riscos e promoviam a cura. A

dimensão subjetiva do tratamento como a escuta, o diálogo, a explicação sobre o curso da doença e a participação no tratamento praticamente não foram comentados por elas. Isto refletiu o modelo biomédico de saúde que não abre espaço para o diálogo e trata a doença apenas como manifestação física. Apesar disso, quando perguntadas diretamente sobre o conhecimento em relação à pré-eclâmpsia, as mulheres demonstraram grande vontade de saber mais sobre esta doença, como ocorria e como seria possível evitá-la. Entretanto, pouco espaço foi encontrado, no ambulatório e internamento da MEJC, para que as gestantes pudessem trabalhar os medos, aliviar o sofrimento, esclarecer dúvidas e participar do tratamento.

Os profissionais demonstraram conhecer as pacientes que assistiam destacando o medo, a ansiedade, a grande desinformação sobre a pré-eclâmpsia e o precário atendimento na rede básica de saúde, como as características mais marcantes desta clientela. Mesmo assim, não demonstraram trabalhar tais questões durante o tratamento.

Os profissionais não demonstraram convicção de que as pacientes mudavam o estilo de vida ou adotavam novos comportamentos durante ou após ter a doença, pois falaram de mudanças que queriam que as pacientes adotassem e não mudanças realmente adotadas por elas. Isto certamente mostrou a lacuna existente entre a teoria dos profissionais e a prática das pacientes.

A expectativa das pacientes em relação ao tratamento foi percebida pelos profissionais como a vontade de obter um atendimento adequado, imediato e conseqüentemente obter a cura. Os profissionais também demonstraram que as ações realizadas eram praticamente voltadas para o tratamento físico.

Tanto as pacientes quanto os profissionais reconheceram a qualidade dos serviços prestados pela MEJC. No caso das pacientes, este reconhecimento se estendeu aos profissionais, que segundo elas eram os mais qualificados para atender gestantes de risco. Já os profissionais tinham presente em seus discursos o fato de trabalharem em na unidade de saúde referência em gravidez de risco, para todo o estado do Rio Grande do Norte.

Mesmo identificando as gestantes como vulneráveis socialmente, ansiosas e com muito medo, além de desinformadas acerca da doença, os profissionais não demonstraram nenhuma perspectiva de mudança na maneira de atendê-las, principalmente no tocante a dimensão emocional deste atendimento.

Na relação profissional de saúde-paciente observou-se ausência de diálogo sobre a doença e suas conseqüências e inabilidade, por parte dos primeiros em lidar com questões emocionais envolvidas neste processo. As consultas eram pautadas em orientações normativas, sem espaço para que as mulheres colocassem suas queixas. As orientações, quando realizadas eram superficiais e algumas vezes até questionáveis, sob o ponto de vista científico. A visão reducionista da pré-eclâmpsia, quase sempre presente nos discursos dos profissionais contribuiu ainda mais para a pouca compreensão da clientela acerca da doença e suas possíveis conseqüências.

Diante do quadro apresentado há necessidade de um novo olhar para a assistência ao pré-natal de alto risco, em especial para a pré-eclâmpsia, no que diz respeito à escuta, acolhida, apoio e orientação.

Baseado no que foi observado e discutido sobre a assistência à gestante com pré-eclâmpsia, tanto no ambulatório quanto no internamento da MEJC são

sugeridas algumas estratégias como forma de aperfeiçoar as atividades realizadas pelos profissionais que atendem esta clientela, na perspectiva da humanização desta assistência. Desta forma, encontros com os profissionais e as pacientes poderiam ser realizados com o objetivo de construir coletivamente estratégias de abordagem e intervenção que incluíssem os aspectos subjetivos da acolhida e tratamento, numa perspectiva hermenêutica da saúde.

1. Encontros entre as gestantes – sugere-se que sejam trabalhados trechos das entrevistas das gestantes e a partir disso abre-se uma discussão sobre como elas se sentem, quais as principais dúvidas em relação à doença, como se comportam diante do fato de terem pré-eclâmpsia, como ocorre a participação da família, entre outras questões que surgirão de acordo com as necessidades do grupo. Um próximo encontro focaria o tratamento recebido na MEJC, as principais dificuldades encontradas no decorrer do atendimento e as sugestões apontadas por elas para que estas dificuldades possam ser mais bem trabalhadas pela equipe de saúde.

2. Encontro de conhecimento entre os profissionais de saúde - através de rodas de conversa cada profissional passaria a conhecer melhor como o outro trabalha, quais as dificuldades encontradas e as estratégias utilizadas no dia-a-dia. Na ocasião, também seriam apresentados trechos das entrevistas realizadas no estudo. Desta maneira, eles poderiam partilhar o atendimento realizado em equipe.

3. Encontro de capacitação dos profissionais de saúde – neste momento seria trabalhado o atendimento integral da gestante, com a atenção voltada para os aspectos emocionais e psicológicos deste atendimento, como: acolhida, escuta e diálogo nos encontros entre os profissionais e as pacientes.

Além disso, também seriam discutidas as principais características da pré-eclâmpsia (sintomatologia, repercussões futuras, tratamento, orientações gerais), de forma simples e fácil de ser compreendida pela clientela, para que qualquer membro da equipe de saúde possa falar a mesma linguagem e possa orientar e esclarecer as dúvidas mais freqüentes das pacientes.

4. Encontro para a construção de um guia de atendimento humanizado entre profissionais de saúde, representantes das pacientes, da direção da maternidade e do ambulatório – baseado no que foi discutido e nas sugestões dos encontros anteriores das gestantes e dos profissionais, bem como nos resultados da pesquisa.

O número de encontros para elaboração do guia, bem como de encontros subseqüentes para avaliação e aperfeiçoamento da proposta dependerá das necessidades do grupo e será determinado pelos próprios participantes.

Desta forma, espera-se que a assistência às mulheres com pré-eclâmpsia, no pré-natal, parto e puerpério possa realmente se desenvolver mediante uma parceria entre pacientes, profissionais de saúde e gestores do serviço. As gestantes não devem ser vistas apenas como mais um caso de pré-eclâmpsia a constar nas estatísticas do serviço. Elas precisam e merecem ser vistas e ouvidas como mulheres que possuem sentimentos fortes e porque não dizer contraditórios, em alguns momentos. Elas precisam também se sentir acolhidas no serviço, seguras, confiantes e co-responsáveis em relação ao tratamento.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.Maldonado MT. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. São Paulo: Saraiva; 1997. 229p.
- 2.OMS; FNUAP; UNICEF; Banco Mundial; Departamento Salud Reproductiva e investigaciones conexas. Manejos de lãs complicaciones del embarazo y del parto. Guia para obstetricas y médicos. OMS / OPS 2002.
- 3.Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas, Área Técnica
de Saúde da Mulher. Gestaçõ de alto risco – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde 2000^a.164p.
- 4.Waterstone M, Bewley S, Wolfe C. Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study. British Medical Journal 2001; 322:1089-94.
- 5.Araujo AC, Leao MD, Nobrega MH, Bezerra PF, Pereira FV, Dantas EM, et al. Characteristics and treatment of hepatic rupture caused by HELLP syndrome. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2006; 195(1):129-33.
- 6.Laurenti R, Mello-Jorge MHP, Goltieb SLD. Mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. Revista Brasileira de Epidemiologia 2004; 7(4): 449-60.
- 7.Sibai B, Dekker G, Kupfermenc M. Pre eclampsia. Lancet 2005; 365: 785–99.
- 8.Berkanea N, Hertiga A, Rondeaua E, Uzana S. Hypertensive disorders of pregnancy: future perspectives. A French point of view. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology 2008; 20:107–109.
- 9.Engelhard, IM, van Rij, M, Boullart, I, Ekhart,THA, Spaanderman, MEA, van den Hout, MA, Peeters, LLH. Posttraumatic stress disorder after pre-eclampsia: an exploratory study. General Hospital Psychiatry 2002; 24, 260–264.
- 10.Kim C, Brawarsky P, Jackson RA, Fuentes-Afflick E, Haas JS. Changes in Health Status Experienced by Women with Gestational Diabetes and Pregnancy-Induced Hypertensive Disorders. Journal of Women's Health 2005;14(8): 729-736.
- 11.Vinaccia S, Sánchez MV, Bustamante EM, Cano EJ,Tobón S. Conducta de enfermedad y niveles de depresión en mujeres embarazadas con diagnóstico de preeclampsia. International Journal of Clinical and Health Psychology 2006; 6(1): 41-51.
- 12.Rep A, Ganzevoort W, Bonsel GJ, Wolf H, de Vries JIP. Psychosocial impact of early-onset hypertensive disorders and related complications in pregnancy.

- American Journal of Obstetrics & Gynecology 2007;197:158.e1-158.e6.
- 13.Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of Childbirth. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2001; 75:s5-s23.
- 14.Mercado-Martínes FJ, Bosi MLM. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004.p.23-71.
- 15.Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2001; 75: s25-s37.
- 16.Helman CG. Cultura, saúde e doença. Porto Alegre: Artmed; 2006^a. p.146-69.
- 17.Falconi VM, Mäder CVN, Nascimento CFL, Santos JMM, Nóbrega FJ. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. Revista de Saúde Pública 2005; 39 (4): 612-18.
- 18.American College of Obstetricians and Gynecologists. Psychosocial risk factors: perinatal screening and intervention. ACOG Committee Opinion No. 343. Obstetrics & Gynecology 2006; 108: 469–77.
- 19.Cavalcanti MCT. Transtornos psiquiátricos associados à gravidez e ao puerpério. In: Remídio Neto J, Pinheiro LS. Temas de obstetrícia e ginecologia. Recife: Editora Universitária; 2001.p.182-93.
- 20.Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gosales BK, Braguittoni E, Rennó Jr J. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. Revista de Psiquiatria Clínica 2006; 33(2): 92-102.
- 21.Da-Silva VA, Moraes-Santos AR, Carvalho MS, Martins MLP,Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. Brazilian Journal of Medical and Biological Research 1998; 31: 799-804.
- 22.Mckee MD, Cunningham M, Jankowski KRB, Zayas L. Health-Related Functional Status in Pregnancy: Relationship to Depression and Social Support in a Multi-Ethnic Population. Obstetrics & Gynecology 2001; 97: 988 –93.
- 23.Verkerka GJM, Pope VJM, Van Sonb MJM, Van Hecka GL. Prediction of depression in the postpartum period: a longitudinal follow-up study in high-risk and low-risk women. Journal of Affective Disorders 2003; 77: 159–166.
- 24.Hart R, McMahon CA. Mood state and psychological adjustment to pregnancy. Archives of Women's Mental Health 2006; 9: 329–337.
- 25.Nicholson WK, Setse R, Hill-Briggs F, Cooper LA, Strobino D, Powe NR. Depressive Symptoms and Health-Related Quality of Life in Early Pregnancy. Obstetrics & Gynecology 2006; 107: 798–806.

26.Faisal-Cury A, Menezes PR. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Archives of Women's Mental Health* 2007; 10: 25–32.

27.Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medicine Journal* 2001; 323: 257-260.

28.Hatton C, Harrison-Holmer J, Matarazzo J, Edwards P, Lewy A, Davis L. Missed antenatal depression among high risk women: a secondary analysis. *Archives of Women's Mental Health* 2007; 10: 121-123.

29.Brockington, IF, Macdonald, E, Wainscott, G. Anxiety, obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium. *Archives Women's Mental Health* 2006; 9: 253-263.

30.Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde. 2006^a.163p.

31.Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC); WHO. Provision of effective antenatal care. WHO, 2006. 6p.

32.Figueiredo B, Pacheco A, Costa R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Archives of Women's Mental Health* 2007; 10: 103–109.

33.Zelkowitz P, J.-F. Saucier JF , Wang T, Katofsky L, Valenzuela M, Westreich R. Stability and change in depressive symptoms from pregnancy to two months postpartum in childbearing immigrant women. *Archives of Women's Mental Health* 2008; 11: 1–11.

34.Black KD. Stress, symptoms, self-monitoring confidence, well-being, and social support in the progression of preeclampsia/gestational hypertension. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 2007; 36: 419-29.

35.Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Gestação de alto risco: sistemas estaduais de referência hospitalar   gestante de alto risco. Brasília: Ministério da Saúde. 2001.32p.

36.Ministério da Saúde. Federa o Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Urgências e emergências maternas – Guia para diagnóstico e condutas em situa es de risco de morte materna. Brasília: Ministério da Saúde; 2000^p.119p.

37.Richter MS, Parkes C, Chaw-Kant J. Listening to the Voices of Hospitalized High-Risk Antepartum Patients. *Journal of Obstetric,Gynecologic & Neonatal Nursing* 2007; 36: 313-18.

38. Blackford KA, Richardson H, Grieve S. Prenatal education for mothers with disabilities. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 32(4): 898-904.
39. Gray BA. Hospitalization History and Differences in Self-Rated Pregnancy Risk *Western Journal of Nursing Research* 2006; 28: 216 -29.
40. Gupton A, Heaman M, Cheung, LWK. Complicated and Uncomplicated Pregnancies: Women's Perception of Risk *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2001; 30: 192-201.
41. Roes EV, Raijmakers MTM, Schoonenberg M, Wanner N, Peters WHM, Steegers EAP. Physical well-being in women with a history of severe preeclampsia. *The Journal of Maternal and Neonatal Medicine* 2005; 18 (1): 39-45.
42. Sibai BM. Hypertensive disorders of pregnancy: the United States perspective *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 2008; 20: 102–106.
43. Moodley J. Hypertensive emergencies in pregnancies in underresourced countries. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 2008; 20: 91–95.
44. Magee LA, Helewa M, Moutquin JM, Von Dadelszen P. Diagnosis, Evaluation, and Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) Clinical Practice Guideline. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2008; 30 (3): s1-s48.
45. National High Blood Pressure Education Program Working Group on Blood Pressure in Pregnancy. *American Journal of Obstetric and Gynecology* 2000; 183 (1): s1-s22.
46. Von Dadelszen P, Magee L. What matters in preeclampsia are the associated adverse outcomes: the view from Canada. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 2008, 20:110–115.
47. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PFA. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet* 2006; 367: 1066-74.
48. Duckitt K, Harrington D. Risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking: systematic review of controlled studies. *British Medical Journal* 2005. [cited 2007 jul19] Disponível em: URL: <http://www.bmj.com/bmjjournal>.
49. Milne F, Redman C, Walker J, Baker P, Bradley J, Cooper C et al. The pre-eclampsia community guideline (PRECOG): how to screen for and detect onset of pre-eclampsia in the community. *British Medical Journal* 2005; 330: 576-80.
50. Barton JR, Sibai BM. Prediction and Prevention of Recurrent Preeclampsia. *Obstetrics & Gynecology* 2008; 11 (2): 359–372.

51. Berkane N, Hertiga A, Rondeau E, Serge Uzana S. Hypertensive disorders of pregnancy: future perspectives. A French point of view *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 2008; 20:107–109.
52. Duley L, Meher S, Abalos E. Management of pre-eclampsia. *British Medical Journal* 2006; 332: 463-468.
53. Van Pampus, MG, Aarnoudse JG. Long-term outcomes after preeclampsia. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 2005; 48 (2): 489–494.
54. Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed; 2005.
55. Denzin NK, Lincoln YS. O planejamento da pesquisa qualitativa – teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed; 2006. p.13-47.
56. Minayo MCS. O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
57. Gaskell G. Entrevistas individuais e grupais. In: Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Petrópolis: Vozes; 2005. p.64-89.
58. Victora CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde – uma introdução em saúde. Porto Alegre; 2000^a.p. 45-52.
59. Fossey E, Harvey C, McDermott, Davidson L. Understanding and evaluating qualitative research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2002; 63: 717-32.
60. Nóbrega SM, Coutinho MPL. O teste de associação livre de palavras. In: Coutinho MPL, Lima AS, Oliveira FB, Fortunato ML (organizadores). Representações sociais: abordagem multidisciplinar. João Pessoa: Universitária; 2003. p.67-77
61. Oliveira DC, Marques SC, Gomes AMT, Teixeira MCTV. A análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Camargo BV, Jasuíno JC, Nóbrega SM (organizadores). Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa: Universitária; 2005. p.573-99.
62. Sá CP. Núcleo central das representações sociais. Petrópolis: Vozes; 1996. p.99-138.
63. Vergés P. Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations. EVOC 2000. Version 5 (acesso em abril 2002). Manuel. Disponível em: <http://www.pucsp.br/pos/ped/rsee/evoc.htm>
64. Victora CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde – uma introdução em saúde. Porto Alegre; 2000^b.p. 61-78.

65. Gadamer HG. *Verdade e método. Traços de uma filosofia hermenêutica*. Petrópolis: Vozes/São Paulo: Editora Universitária São Francisco; 2007. 631p.
66. Fleming V, Gaidys U, Robb Y. Hermeneutic research in nursing: developing a Gadamerian-based research method. *Nursing Inquiry* 2003;10:113-120.
67. Phillips B. Nursing care and understanding the experiences of others: a Gadamerian perspective. *Journal of Advanced Nursing* 2007;14(1):89-94.
68. Geanellos R. Exploring Ricouer's hermeneutic theory of interpretation as a method of analysing research texts. *Nursing Inquiry* 2002;7:112-19.
69. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Einarson TR. Prevalence of Depression During Pregnancy: Systematic Review. *Obstetrics & Gynecology* 2004; 103: 698-709.
70. American Dietetic Association (ADA). Position of American Dietetic Association: Nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. *Journal of American Dietetic Association* 2002; 102 (10):1479-90.
71. Vaharatian A, Siega-Riz AM, Savitz DA, Zhang J. Maternal pre-pregnancy overweight and obesity and the risk of cesarean delivery in nulliparous women. *Annals of Epidemiology* 2005; 15 (7): 467-474.
72. Gaultier-Deurere F, Boegner C, Bringer J. Obesity and pregnancy: complications and cost. *American Journal of Clinical Nutrition* 2000; 71(suppl): p.1242-48.
73. Andreasen KR, Andersen ML, Schantz AL. Obesity and pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2004; 83:1022-29.
74. Rosenberg TJ, Garbers S, Chavkin W, Chiasson MA. Prepregnancy weight and adverse perinatal outcomes in an ethnically diverse population. *Obstetrics & Gynecology* 2003; 102(5):1022-27.
75. Olasfdottir AS, Skuladottir GV, Thorsdottir I, Hauksson A Steingrimsdottir L. Maternal diet in early and late pregnancy in relation to weight gain. *International Journal of Obesity* 2006; 30(3):492-9.
76. Alves PC. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Pública* 1993; 9 (3); 263-71.
77. Kleinmam A. *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books;1988.p.3-30.
78. Sakalys J. The political role of illness narratives. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 31(6):1469-75.
79. Hydén LC. Illness and narrative. *Sociology of health & Illness* 1997; 19 (1):48-69.

- 80.Helman CG. Interações médico-paciente. In: _____. Cultura, saúde e doença. Porto Alegre: Artmed; 2006^p. p.109-45.
- 81.Schaffir J. Do patients associate adverse pregnancy outcomes with folkloric beliefs? Archives of Women's Mental Health 2007; 10: 301–304.
- 82.Sousa NL, Araújo ACPF, Azevedo GD, Jerônimo SLB, Barbosa LM, Sousa NML. Percepção materna com o nascimento prematuro e a vivência com pré-eclâmpsia 2007;41(5):704-10.
- 83.Bondas T, Eriksson K. Women's Lived Experiences of Pregnancy: A Tapestry of Joy and Suffering. Qualitative Health Research 2001;11: 824-40.
- 84.Garcia-Moreno C, Heise L, Jansen HA, Ellsberg M, Watts C. Public health. Violence against women. Science 2005; 310 (5752) 1283-4.
- 85.Kottow AR, Kottow MH. The disease-subject as a subject of literature. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine. 2007; 2(10) (acesso em 11 nov 2006) Disponível em: <http://www.peh-med.com/content/2/1/10>.
- 86.Gomes R, Mendonça EA, Pontes ML. As representações sociais e a experiência da doença. Cadernos de Saúde Pública 2002; 18 (5):1207-14.
- 87.Herzlich C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva 2005; 15 (suplemento): 57-70.
- 88.Gadamer HG. O caráter oculto da saúde. Petrópolis: Vozes; 2006. 176p.
- 89.Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd JD, Coutinho LM. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 2003; 25(10): 717-24.
- 90.Buchabqui JA, Capp E, Ferreira J. Adequação dos encaminhamentos de gestações de alto-risco na rede básica de atenção à saúde de Porto Alegre, Rio de Grande do Sul, Brasil. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil 2006; 6(1): 23-9.
- 91.Carvalho VCPC, Araújo TVB. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, estado de Pernambuco. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil 2007; 7(3): 309-17.
- 92.Calderon IMP, Cecatti JG, Vega CEP. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 2006; 28(5): 310-315.
- 93.Dias MAB, Deslandes SF. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os

desafios de uma política pública de humanização da assistência. *Cadernos de Saúde Pública* 2006; 229 (12):2647-2655.

94.Ministério da Saúde; Secretaria-Executiva; Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSus – Política Nacional de Humanização. A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Serie B. textos básicos de saúde.* Brasília: Ministério da Saúde, Brasil. 2004. 20p.

95.Caprara A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. *Cadernos de Saúde Pública* 2003;19:109-18.

96.Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva* 2007;17(1):43-62.

97.Bezerra MGA, Cardoso MVLM. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. *Revista Latino-americana de Enfermagem* 2006; 14(3): 414-21.

98.Dourado VG, Pelloso SM. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. *Acta Paulista de Enfermagem* 2007;20(1):69-74.

99.Mann JR, McKeown RE, Bacon J, Vesselinov R, Bush F. Religiosity, spirituality and antenatal anxiety in Southern U.S. women. *Archives of Women's Mental Health* 2008; 11: 19–26.

100.Brockington IF. Eclamptic psychosis. *Archives of Women's Mental Health* 2007; 10: 87–88.

101.Alves VS, Nunes MO. Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. *Interfase – Comunicação, Saúde e Educação* 2006; 9(18): 131-47.

102.Moore PJ, Sickel AE, Malat J, Williams DR, Jackson JS, Adler NE. Psychosocial Factors in Medical and Psychological Treatment Avoidance: The Role of the Doctor–Patient Relationship. *Journal of Health Psychology* 2004; 9(3): 421–33.

103.Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004; 9(1):139-46.

104.Sheppard VB, Zambrana RE, O'Malley AS. Providing health care to low-income women: a matter of trust. *Family Practice* 2004; 21:484-91.

105.Issel LM. Women's perception of outcomes of prenatal case management. *Birth* 2000; 27 (2):120-126.

106.Biró MA, Waldenström U, Brown S, Pannifex JH. Satisfaction with team midwifery care for low and high-risk women: a randomized controlled trial. *Birth* 2003; 30 (1):1-10.

- 107.Sword W. Prenatal care use among women of low income: a matter of “taking care of self”. *Qualitative Health Research* 2003; 13(3): 319-13.
- 108.Vonderheid SC, Norr KF, Handler AS. Prenatal Health Promotion Content and Health Behaviors. *Western Journal of Nursing Research* 2007;29:258-76.
- 109.Traverso-Yépez M, Morais NA. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento. *Cadernos de Saúde Pública* 2004; 20(1): 80-8.
- 110.Mathole T, Lindmark G, Majoko F, Ahlberg BM. A qualitative study of women’s perspectives of antenatal care in a rural area of Zimbabwe. *Midwifery* 2004; 20: 122–132.
- 111.Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cadernos de Saúde Pública* 2005;21(1):200-6.
- 112.Harrison MJ, Kushner KE, Benzies K, Rempel G, Kimak C. Women’s Satisfaction with Their Involvement in Health Care Decisions During a High-Risk Pregnancy. *Birth* 2003; 30:109-15.
- 113.Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996. (acesso em 23 jul 2007) Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L9263.htm>.
- 114.Schattner A. What do patients really want to know? *QJM-AN International Journal of Medicine* 2002; 95:135-136.
- 115.Ferreira J. O programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. *Saúde e Sociedade* 2005;14(3):111-18.
- 116.Sleatha B, Westb S, Tudor G, Perreira K, King V, Morrissey J. Ethnicity and prenatal depression: women’s experiences and perspectives on communicating about their emotions and feelings during pregnancy. *Patient Education and Counseling* 2005; 58: 35-40.
- 117.WHO; UNICEF. Antenatal care in developing countries: promises, achievements and missed opportunities: an analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001. Geneva: WHO; 2003. 32p.
- 118.Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde do Brasil: resultados iniciais. *Cadernos de Saúde Pública* 2004; 20(5): 1281-89.
- 119.Kleinman A, Benson P. La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina. *Humanitas, Medicina Humanidades* 2004; 2:17-26 (acesso em 11 nov 2007) Disponível em: www.fundacionmnh.org/pdf/mono2/articulos/articulo2.pdf

- 120.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, Brasil. 2006^b. 52p.
- 121.Deslandes S. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004; 9(1): 7-14.
- 122.Teixeira RR. Humanização e atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(3): 585-597.
- 123.Reis AOA, Marazina IV, Gallo PR. A humanização na saúde como instância libertadora. *Saúde e Sociedade* 2004; 13(3): 36-43
- 124.Campos GWS. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 2005; 9(17): 398-400.
- 125.Eldh AC, Ekman I, Ehnfors M. Conditions for Patient Participation and Non-Participation in Health Care. *Nursing Ethics* 2006; 13 (5): 503 – 514.
- 126.Kaplan-Myrth N. Interpreting people as they interpret themselves – Narrative in medical anthropology and family medicine [commentary]. *Canadian Family Physician* 2007;53:1268-9.
- 127.Kokanovic R, Manderson L. Exploring Doctor–Patient Communication in Immigrant Australians with Type 2 Diabetes: A Qualitative Study. *Society of General Internal Medicine* 2007;22:459–63.
- 128.Gastaldo D. Humanização como processo conflitivo, coletivo e contextual. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 2005; 9(17): 385-97.
- 129.Molina A. Humanização da assistência à saúde: bases teóricas-filosóficas e sugestões pragmáticas. Conselho Federal de Medicina. Ano XVIII dez 2002 / jan 2003;140:8-9.

7. ANEXOS

Anexo I

TESTE-PILOTO

O teste-piloto foi realizado na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC), em Fortaleza-Ceará, em agosto de 2006, com cinco gestantes com pré-eclâmpsia e seis profissionais de saúde. Baseado nos resultados do teste-piloto foram realizadas algumas modificações:

1. Acréscimo da seguinte questão norteados: “Você acha que modificou alguma coisa na sua vida depois que você soube que tinha pré-eclâmpsia? Caso sim, como?”
2. “Você acha que a pré-eclâmpsia pode ter alguma influência sobre você e seu bebê?”

No grupo de profissionais não houve modificação nas questões norteadoras do roteiro de entrevista

No TALP houve modificação após a aplicação do piloto, pois o mesmo foi realizado com três estímulos indutores: *gravidez*, *gravidez de risco* e *pré-eclâmpsia*. Contudo, percebeu-se que houve dificuldade dos participantes em diferenciar as palavras evocadas para *gravidez de risco* e *pré-eclâmpsia*. As palavras praticamente se repetiram. Em virtude disso, excluiu-se o estímulo indutor *gravidez de risco* permanecendo *gravidez* e *pré-eclâmpsia*.

As perguntas e o TALP foram bem compreendidas pelos participantes, não havendo necessidade de modificar a maneira como as perguntas foram elaboradas.

Anexo II

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
 Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
 Maternidade-Escola Januário Cicco

Dados sócio-econômicos e demográficos – gestantes

Entrevista n° _____

1. Idade: _____

2. Escolaridade:

Analfabeta () Ensino fundamental completo ()

Ensino fundamental incompleto () Ensino médio completo ()

Ensino médio incompleto ()

3. Profissão: _____

4. Estado civil: Casada () Solteira () Viúva () Outro ()

5. Renda familiar:

< 1 salário mínimo () 1- 3 salários mínimos ()

4 -5 salários mínimos () > 5 salários mínimos ()

6. Número de filhos: 0 () 1-3 () 4-6 () > 6 ()

7. Altura _____ cm

8. Peso pré-gravídico _____ kg

9. Pesos gestacionais mensais

Mês 1 _____ Mês 2 _____ Mês 3 _____ Mês 4 _____ Mês 5

Mês 6 _____ Mês 7 _____ Mês 8 _____ Mês 9 _____

10. Adequação do ganho ponderal na gestação (segundo Ministério da Saúde)

Ganho adequado () Baixo ganho () Ganho excessivo ()

Anexo III

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Maternidade-Escola Januário Cicco

Dados de identificação dos profissionais de saúde

Entrevista n° _____

1. Idade: _____

2. Sexo: () Masculino () Feminino

3. Categoria profissional: _____

4. Local de atendimento na MEJC:

Ambulatório de pré-natal de alto risco ()

Internamento (UCI/AR) ()

Internamento – enfermaria de obstetrícia ()

Anexo IV

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Maternidade-Escola Januário Cicco

TALP – gestantes e profissionais

Quando digo para você a palavra GRAVIDEZ, quais as três primeiras palavras que vem à sua mente?

Quando digo para você a palavra PRÉ-ECLÂMPSIA, quais as três primeiras palavras que vem à sua mente?

Anexo V

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Maternidade-Escola Januário Cicco

Entrevista estruturada - gestantes

1. Como você acha que esta doença apareceu na sua vida?
2. Como você se sente sabendo que tem pré-eclâmpsia?
3. Porque você acha que sua pressão subiu?
4. Conte como você chegou até este serviço de saúde para tratar sua doença.
5. Você acha que modificou alguma coisa na sua vida depois que você soube que tinha pré-eclâmpsia? Caso sim, como?
6. Você acha que a pré-eclâmpsia pode ter alguma influência sobre você e seu bebê?
7. O que você espera que este serviço de pré-natal faça por você?
8. O que você sabe sobre pré-eclâmpsia é suficiente? Você gostaria de saber mais? O que você gostaria de saber?

Anexo VI

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Maternidade-Escola Januário Cicco

Entrevista estruturada - profissionais

1. O que significa para você trabalhar com gestantes com pré-eclâmpsia?
2. Como você caracterizaria as gestantes com pré-eclâmpsia que você atende neste serviço?
3. Você acha que esta doença modificou a vida dessas gestantes? Caso sim, diga como.
4. O que você acha que essas gestantes esperam desse serviço?
5. E o que você espera que este serviço faça por estas gestantes?

Anexo VII



MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

Parecer consubstanciado
(Final)

Prot. nº	015/06-CEP - UFRN
Folha de Rosto	85331 SISNEP - CAAE 00150.051.000-06
Projeto de Pesquisa	Pré-eclâmpsia: percepção de gestantes e dos profissionais de saúde.
Área de Conhecimento	Departamento de Ginecologia e Obstetrícia - Grupo III
Pesquisador Responsável	Daniela Vasconcelos de Azevedo
Instituição Onde Será Realizado	UFRN – Centro de Ciências da Saúde – Maternidade Escola Januário Cicco
Finalidade	Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/UFRN.
Revisão Ética	30 de maio de 2006

Relato

Considerando que as pendências expostas por este Comitê, embora atendidas, deixou de cumprir algumas recomendações, que não constituem impeditivos éticos para que a pesquisa seja realizada, este Comitê enquadra o protocolo de pesquisa em pauta na categoria de APROVADO COM RECOMENDAÇÕES.

Recomendamos ao pesquisador responsável observar o seguinte:

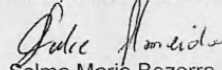
- prever um local para assinaturas do pesquisador responsável (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa; Brasília 2002. p35);
- encaminhar à este Comitê na forma de uma solicitação de emenda ao projeto original as modificações que este projeto sofreu e que acompanharam a resposta às pendências apenas como uma comunicação.

ORIENTAÇÕES AO PESQUISADOR

Em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa (Brasília, 2002) e Resol. 196/96 – CNS o pesquisador responsável deve:

- entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Resol. 196/96 – CNS – item IV.2d);
 - desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Resol. 196/96 – CNS – item III.3z);
 - apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.41);
 - apresentar ao CEP/UFRN relatórios parciais semestralmente e final (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa - CONEP – Brasília – 2002 – p.65);
- Os formulários para os relatórios parciais e final encontram-se na página do CEP.
(www.etica.ufrn.br)

Natal, 30 de maio de 2006.


Selma Maria Bezerra Jerônimo
Coordenadora do CEP-UFRN

Anexo VIII

Universidade Federal do Rio Grande do Norte/ Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde Maternidade-Escola Januário Cicco

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: “Pré-eclâmpsia na percepção de gestantes de profissionais de saúde”

Pesquisadores: Daniela Vasconcelos de Azevedo, Ana Cristina P.F. de Araújo, Íris do Céu C. Costa.

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “**pré-eclâmpsia na percepção de gestantes, e de profissionais de saúde**”. Você foi selecionada por estar grávida e estar apresentando pré-eclâmpsia, porém você não é obrigada a participar desta pesquisa e a qualquer momento poderá desistir e retirar seu consentimento sem sofrer nenhum dano ou prejuízo, nem modificação na assistência que vem recebendo nesta maternidade. O objetivo deste estudo é identificar as crenças, os sentimentos e as emoções de gestantes que apresentam pré-eclâmpsia e de profissionais de saúde que atendem essas gestantes.

Você participará de uma ou duas sessões de entrevistas que será realizada pela pesquisadora responsável pela pesquisa. A entrevista será gravada e depois transcrita para papel.

Solicitamos sua autorização para gravar sua entrevista e utilizar as informações que forem coletadas assegurando que você não será identificada e que não aparecerá seu nome quando da publicação dos resultados das pesquisas. As fitas, após a conclusão da pesquisa, serão destruídas.

Sua participação é voluntária e não será remunerada. Caso ocorra alguma despesa com relação à sua participação, esta correrá por conta da pesquisadora responsável (Daniela Vasconcelos de Azevedo). Além disso, caso ocorra algum dano devido sua participação nesta pesquisa, você será indenizada pela pesquisadora responsável.

Você receberá uma cópia deste termo e se lhe interessar, poderá receber os resultados da pesquisa, quando forem publicados.

Você poderá falar com a pesquisadora responsável se desejar fazer alguma pergunta sobre a pesquisa pelo telefone (85) 88884013, ou pessoalmente, nas terças-feiras, no Ambulatório de Hipertensão da Maternidade Escola Januário Cicco. Esta pesquisa foi previamente avaliada pelo CEP-UFRN, fone: (84) 32153135

Daniela Vasconcelos de Azevedo

Após receber estas informações, declaro que entendi os objetivos da minha participação e dou meu consentimento para participar da pesquisa, autorizando a gravação pela pesquisadora.

Data:----- Nome: -----

Assinatura -----

digital



Impressão

Anexo IX

Universidade Federal do Rio Grande do Norte /Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Maternidade-Escola Januário Cicco

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: “pré-eclâmpsia na percepção das gestantes e dos profissionais de saúde”

Pesquisadores: Daniela Vasconcelos de Azevedo, Ana Cristina P.F de Araújo, Íris do Céu C. Costa

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “**pré-eclâmpsia na percepção das gestantes e dos profissionais de saúde**”. Você foi selecionado por fazer parte da equipe de saúde que atende gestantes portadoras de pré-eclâmpsia da MEJC, porém você não é obrigado a participar desta pesquisa e a qualquer momento poderá desistir e retirar seu consentimento sem sofrer nenhum dano ou prejuízo.

O objetivo deste estudo é identificar as crenças, os sentimentos e as emoções de gestantes portadoras de pré-eclâmpsia e de profissionais de saúde que atendem essas gestantes.

Você participará de uma ou duas sessões de entrevistas que serão realizadas pela pesquisadora responsável. A entrevista será gravada e posteriormente transcrita.

Solicitamos sua autorização para relatar e utilizar as informações coletadas preservando sua identificação, assegurando seu anonimato quando da publicação dos resultados da pesquisa. As fitas, após a conclusão da pesquisa, serão destruídas.

Sua participação é voluntária e não será remunerada. Caso ocorra alguma despesa com relação à sua participação, esta correrá por conta da pesquisadora responsável (Daniela Vasconcelos de Azevedo). Além disso, caso ocorra algum dano devido sua participação nesta pesquisa, você será indenizada pela pesquisadora responsável.

Você receberá uma cópia deste termo e se lhe interessar, poderá receber os resultados da pesquisa, quando forem publicados.

Você poderá falar com a pesquisadora se desejar fazer alguma pergunta sobre a pesquisa pelo telefone (85) 88884013, ou pessoalmente, nas terças-feiras, no Ambulatório de Hipertensão da Maternidade Escola Januário Cicco. Esta pesquisa foi previamente avaliada pelo CEP-UFRN, fone: (84) 32153135

Daniela Vasconcelos de Azevedo

Após receber estas informações, declaro que entendi os objetivos da minha participação e dou meu consentimento para participar da pesquisa, autorizando a gravação pela pesquisadora.

Data:----- Nome: -----

Assinatura -----

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](#)