

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Experiências, percepções e significados da
maternidade para mulheres com gestação de alto
risco.**

Michele Peixoto Quevedo

**Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Pública para obtenção do título de
Doutor em Saúde Pública.**

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Lefèvre.

**São Paulo
2010**

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

**Experiências, percepções e significados da
maternidade para mulheres com gestação de alto
risco.**

Michele Peixoto Quevedo

**Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Pública para obtenção do título de
Doutor em Saúde Pública.**

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Lefèvre.

**São Paulo
2010**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

"DECIDIR TER UM FILHO SIGNIFICA ACEITAR QUE SEU
CORAÇÃO PULSARÁ ETERNAMENTE FORA DO SEU CORPO".

(Katharine Hadley)

A Deus e a Nossa Senhora, que em todos os momentos estiveram do meu lado, trabalhando silenciosamente. Sem Eles nada seria possível...

À minha família, que durante todos os períodos da minha vida soube apoiar-me, dando estímulo e força nos momentos difíceis.

À minha avó Biá (In memoriam), por toda ajuda espiritual que me vem dando nestes últimos anos aqui em São Paulo.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Professor Titular Fernando Lefèvre pelo rico aprendizado durante a orientação do presente trabalho e também pelo apoio, respeito e carinho ao longo desses anos de convivência.

À Ana Maria Lefèvre pela valiosa troca de ideias e por sempre estar disposta a discutir e refletir sobre as questões ligadas à parentalidade, trazendo muitas vezes, com muita sensibilidade, suas experiências pessoais com a maternidade.

Às minhas chefias da Coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS) Santa Marcelina – Irmã Monique Marie M. Bourget e Vilma Rodrigues Venâncio pelo apoio na realização deste trabalho.

Às colegas de trabalho: Débora Dupas Gonçalves do Nascimento; Fernanda Rocco Oliveira e Renata dos Humildes Oliveira pelo apoio incondicional, carinho, compreensão nos momentos em que tive de me ausentar do trabalho.

Às colegas de trabalho: Andréa Cury, Diene Kelli, Juliana Barbosa, Lúcia Helena, Maressa Daga, Otilia Dora, Patrícia Tavares, Marcus Grigoletto e a todos os outros colaboradores da Coordenação da APS Santa Marcelina, que torceram por mim, por meio de orações e de pensamentos positivos.

Aos funcionários do Hospital Maternidade-Escola de Vila Nova Cachoeirinha “Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva”, em especial à equipe de enfermagem da Casa da Gestante de Alto Risco (CGAR), pela disponibilidade em fornecer informações e por viabilizar a realização das entrevistas com as gestantes.

Aos funcionários da biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da USP, pelo carinho dispensado e dedicação destinada a nós alunos.

À todos aqueles que, de uma maneira ou de outra, estiveram comigo, incentivando-me, torcendo para que tudo desse certo.

E por fim, a todas as gestantes de alto risco, que se dispuseram a compartilhar comigo suas alegrias, angústias, medos e esperanças, sem as quais a realização deste trabalho teria sido impossível. A todas, minha eterna gratidão e respeito. O contato com vocês, em cada uma de minhas visitas ao hospital me fez acreditar na força do ser humano em superar obstáculos. Com suas histórias, eu aprendi um pouco mais sobre o significado da palavra FÉ.

RESUMO

QUEVEDO, M.P. Experiências, percepções e significados da maternidade para mulheres com gestação de alto risco [Tese de Doutorado]. São Paulo – Faculdade de Saúde Pública da USP, 2010.

O presente trabalho teve como proposta estudar as representações sociais para mulheres com diagnóstico de gestação de alto risco em decorrência tanto de doenças pré-existentes quanto de doenças adquiridas durante o período gestacional. Foram entrevistadas 100 mulheres na faixa etária dos 18 aos 42 anos, assim divididas em termos de quadros clínicos: 09 com *Diabetes mellitus* tipo I associada à gestação; 08 com *Diabetes mellitus* tipo II associada à gestação; 06 com Hipertensão arterial crônica associada à gestação; 16 com Diabetes gestacional; 18 com Rotura Prematura de Membrana; 20 com Trabalho de Parto Prematuro e 23 com Hipertensão induzida pela gestação. Essas gestantes estavam hospitalizadas para monitoração da gestação no Hospital Maternidade-Escola de Vila Nova Cachoeirinha “Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva”, localizado na região norte da cidade de São Paulo. A metodologia utilizada foi a qualitativa, com respaldo da teoria das representações sociais, e a estratégia metodológica para a análise das entrevistas foi o Discurso do Sujeito Coletivo. Diferentes representações sociais foram extraídas dos depoimentos e classificadas em quatro grupos temáticos: o primeiro grupo temático trouxe representações a respeito da forma como ocorreu a gestação (se foi planejada ou não); o segundo grupo temático trouxe representações sociais relacionadas aos sentimentos das gestantes ao vivenciarem o diagnóstico do alto risco, por consequência disso a necessidade de hospitalização e suas vivências no contexto hospitalar. As representações sociais do terceiro grupo temático estiveram relacionadas ao significado da maternidade e do filho no contexto do alto risco. E o quarto grupo temático trouxe representações dos sentimentos do companheiro e da família ao vivenciarem junto à gestante o diagnóstico de risco e a hospitalização. Podemos considerar a existência de uma multiplicidade de significados para a maternidade no contexto da gestação de alto risco, onde dois grupos de representações emergiram nos grupos temáticos: um deles trazendo representações

relacionadas tanto ao contexto de baixo quanto ao de alto risco e outro trazendo representações que sofrem influência dos quadros clínicos diagnosticados em gestações de alto risco. Por meio dos discursos das entrevistadas foi possível verificar o impacto da gestação de alto risco para a gestante, seu companheiro e sua família, levando-nos a compreender melhor seus medos, desejos e expectativas, o que possibilita uma reflexão a respeito da promoção da integralidade das ações de saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, especialmente quando a gestação apresenta condições de risco materno-fetal.

Descritores: Gravidez de Alto Risco; Saúde da Mulher; Hospitalização; Pesquisa Qualitativa; Trabalho de Parto Prematuro; Diabetes gestacional; Hipertensão; Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

QUEVEDO, M.P. Experiences, perceptions and meanings of motherhood for women with high-risk pregnancy. [Doctorate Thesis]. São Paulo – School of Public Health USP, 2010.

This work aimed to study the social representations for women diagnosed with high-risk pregnancy resultant from both pre-existing diseases and diseases acquired during the pregnancy period. One hundred (100) women, aged 18 to 42, were interviewed and thereafter divided according to their clinical situation: 09 with *Diabetes mellitus* type I associated with pregnancy; 08 with *Diabetes mellitus* type II associated with pregnancy; 06 with chronic arterial hypertension associated with pregnancy; 16 with pregnancy Diabetes; 18 with Premature Rupture of Membrane; 20 with Premature Labor Signs; and 23 with Specific Hypertensive Diseases of Pregnancy. These pregnant women were hospitalized for pregnancy monitoring in the Maternity-School Hospital of Vila Nova Cachoeirinha “Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva”, in the North region of the city of São Paulo. The methodology used was qualitative, with support of social representation theory, and the methodological strategy used for analyzing interviews was the Discourse of Collective Subject. Different social representations were extracted from statements and classified into four theme groups: the first theme group presented representations regarding the way pregnancy was conceived (if it was planned or not); the second theme group provided social representations related to the feelings of the pregnant women while experiencing the high-risk pregnancy diagnosis, and subsequent hospitalization and experiences in the hospital environment. The social representations of the third theme group considered the meaning of motherhood and child when in a high-risk pregnancy situation. And the fourth theme group presented the partner and the family feelings while experiencing a high-risk pregnancy diagnosis and hospitalization. Considering the existence of multiple meanings of motherhood in a high-risk pregnancy situation, we can highlight two representation groups among the theme groups: one of them with representations related to both low and high-risk pregnancy and the other presenting representations under the influence of the clinical situations

diagnosed with high-risk pregnancy. Through the discourses of the interviewed women, it was possible to identify the impact of the high-risk pregnancy to the pregnant women, their partners and families, to better understand their fears, desires, and expectations, which enabled the consideration to promote actions as a whole in regard to women's health in pregnancy-puerperal cycle, especially when pregnancy presents mother-fetus risk conditions.

Key Words,: High-risk pregnancy; Women's health; Hospitalization; Qualitative research; Premature labor; Pregnancy diabetes; Hypertension; Diabetes mellitus.

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO

CAPITULO 1 - REVISÃO DE LITERATURA

1. INTRODUÇÃO..... 18

1.1 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DAS GESTAÇÕES..... 18

1.2 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DAS GESTAÇÕES DE ALTO RISCO.. 20

1.3 DEFINIÇÕES DOS ASPECTOS CLÍNICOS DAS GESTAÇÕES
DE ALTO RISCO..... 23

1.4 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS..... 25

CAPITULO 2 – OBJETIVOS..... 28

2. OBJETIVOS..... 29

2.1 OBJETIVO GERAL..... 29

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 29

CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA..... 30

3. METODOLOGIA..... 31

3.1 A ABORDAGEM QUALIQUANTITATIVA..... 31

3.1.1 Pesquisa exploratória..... 31

3.2 TIPO DE ESTUDO..... 31

3.3 LOCAL DE ESTUDO..... 32

3.4 POPULAÇÃO DE ESTUDO..... 32

3.5 AMOSTRA..... 32

3.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS..... 33

3.6.1 Pré-teste..... 33

3.6.2 A coleta de dados..... 33

3.7 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS..... 34

3.7.1 Procedimentos para a organização dos discursos..... 35

3.8 INFORMAÇÕES SOBRE OS PARTICIPANTES..... 36

CAPÍTULO 4 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS..... 41

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS..... 42

CAPÍTULO 5 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS..... 140

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS..... 141

CAÍTULO 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	188
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	189
CAPÍTULO 7 – RECOMENDAÇÕES.....	191
7. RECOMENDAÇÕES.....	194
8.REFERÊNCIAS.....	195
ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	203
ANEXO 2 - Ficha de dados cadastrais das gestantes.....	205
ANEXO 3 – Primeira página do curriculum lattes do pesquisador.....	207
ANEXO 4 – Primeira página do curriculum lattes do orientador.....	209

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Idade das gestantes participantes do estudo, São Paulo, Brasil 2009.....	36
Tabela 2 – Situação marital das gestantes participantes do estudo, São Paulo, Brasil, 2009.....	36
Tabela 3 – Escolaridade das gestantes participantes do estudo, São Paulo, Brasil, 2009.....	37
Tabela 4 – Motivo da internação das gestantes participantes do estudo, São Paulo, Brasil, 2009.....	37
Tabela 5 – Tempo de internação das gestantes participantes do estudo, São Paulo, Brasil, 2009.....	38
Tabela 6 – Número de gestações das gestantes participantes do estudo, São Paulo, Brasil, 2009.....	39
Tabela 7 – Perdas anteriores ou abortos das gestantes participantes do estudo, São Paulo, Brasil, 2009.....	39
Tabela 8 – Idade gestacional das gestantes participantes do estudo, São Paulo, Brasil 2009.....	39
Tabela 9 – Número de hospitalizações das gestantes participantes do estudo, São Paulo, Brasil, 2009.....	40
Tabela 10 – Situação trabalhista das gestantes participantes do estudo, São Paulo, Brasil 2009.....	40

APRESENTAÇÃO

Este trabalho é uma continuação da investigação iniciada em minha dissertação de mestrado, intitulada: **Entre o sonho e o risco: Os significados da maternidade para mulheres cardiopatas e diabéticas com gravidez de risco.** (QUEVEDO, 2006)

Retomar neste momento de finalização de doutorado as questões centrais abordadas no curso de mestrado me faz lembrar meu percurso de investimentos, mudanças, conquistas e lutas na vida pessoal e profissional, pois ao final da graduação em Psicologia na Universidade Federal do Ceará (UFC) no ano de 1996, mudei-me para São Paulo, a fim de cursar o Programa de Aprimoramento, ofertado pela Coordenadoria de Aprimoramento de Pessoal (CAP).

A opção do curso de aprimoramento foi Psicologia Clínica Hospitalar em Cardiologia. Em 1997, iniciei a especialização no Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). Foi por meio desse curso que fiz um primeiro contato com pacientes cardiopatas e diabéticas e seus familiares.

Meu envolvimento com pesquisa e, por que não dizer, minha paixão acompanhame desde os tempos da graduação, quando tive a oportunidade de ser bolsista do CNPq e, ao ingressar na especialização, esse sentimento intensificou-se, tendo, então, a certeza de que gostaria de ingressar no mestrado. No mesmo ano em que cursava a especialização, realizei o concurso na Faculdade de Saúde Pública – USP, a fim de conseguir uma vaga para cursar o mestrado, e fui aprovada. Em março de 1998, iniciei a Pós-Graduação, ainda sem muita certeza sobre que caminho seguir em relação ao projeto (as idéias eram muitas, mas havia sempre uma dúvida pairando no ar – ora era o método, ora a população...), mas em novembro do mesmo ano, fui contratada como psicóloga hospitalar em uma das Unidades hospitalares do Complexo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), onde era responsável, entre outras, pela enfermaria de gravidez de alto risco.

Durante a prática nesse hospital, nos atendimentos (individuais e/ou grupais) psicológicos, uma série de questionamentos me chamou a atenção a respeito de uma

gestação no contexto do alto risco, em especial com gestantes cardiopatas diabéticas, surgindo, então, várias indagações, frutos da minha inquietação frente a essa população.

A dissertação de mestrado teve como principal objetivo identificar as representações sociais em dois grupos de gestantes com doenças crônicas (cardiopatas valvares e *Diabetes mellitus* tipo I e II) que vivenciavam uma gestação diagnosticada como sendo de alto risco e que se encontravam hospitalizadas para monitoração da sua saúde e a do bebê.

Participaram do estudo 20 gestantes, sendo 11 cardiopatas valvares e 09 gestantes com *Diabetes mellitus* tipo I e II, que se encontravam hospitalizadas (todas no terceiro trimestre de gestação).

Os resultados revelaram temas relacionados ao modo como mulheres cardiopatas e diabéticas conviviam com a doença crônica, aos significados da gestação de alto risco em gestantes cardiopatas e diabéticas e à experiência da gestação de alto risco, incluindo a hospitalização e os medos das gestantes em relação a si mesmas e ao bebê que esperavam.

Como consideração principal, emergiram deste estudo dois grandes grupos de significados para a maternidade associada à doença crônica: um grupo de significados relacionados com o senso comum, com o imaginário feminino e que independem do quadro clínico apresentado pela gestante e outro grupo de significados que sofrem influência do quadro clínico e que são comuns às gestações de risco.

Com o fechamento da enfermaria de gestação de alto risco da instituição hospitalar da qual fazia parte e o desejo de investir no doutorado, mais uma vez vários questionamentos afloraram, tais como: mudo meu foco de estudo, uma vez que não vou ter mais à disposição meu objeto de estudo (gestantes de alto risco) para dar continuidade ao doutorado? Mas qual tema me motivaria a continuar pesquisando?

Parece que o destino (hoje eu vejo dessa forma) contribuiu para que mais uma pesquisa na temática de gestação de alto risco fosse realizada, pois em decorrência de alguns problemas de saúde e de minha saída da instituição hospitalar precisei passar um tempo afastada da vida acadêmica e repensar que caminho iria seguir.

Esse tempo de reflexão fortaleceu-me no desejo de dar continuidade ao projeto do doutorado, seguindo meus estudos acerca dos significados da gestação de alto risco.

Em 2006, com a orientação do professor por quem tenho profunda admiração, iniciei o curso de doutorado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Nesse mesmo período tive acesso ao Hospital Maternidade-Escola de Vila Nova Cachoeirinha “Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva”, através de seu diretor que na época também era aluno de mestrado do Prof^o Fernando Lefèvre.

Este estudo teve como principal objetivo continuar a investigação acerca das representações da maternidade no contexto do alto risco, mas houve uma ampliação de alguns aspectos quando comparado à pesquisa realizada no mestrado.

Participaram da amostra 100 gestantes diagnosticadas com gestação de alto risco (amostra cinco vezes maior do que a estudada no mestrado), tanto portadoras de doenças crônicas associadas à gestação (o que caracteriza o diagnóstico de gestação de risco), como com doenças desenvolvidas durante a gestação e, portanto em decorrência dessa associação, sendo também diagnosticadas como sendo de alto risco.

Houve também a ampliação da investigação a respeito do impacto da gestação de risco para o companheiro da gestante e família.

A obtenção das respostas ao problema da investigação deste doutorado percorreu vários caminhos, o que resultou na composição dos seguintes capítulos:

- No primeiro capítulo, consta uma revisão de literatura, na qual foram enfatizados os conteúdos que nortearam a análise dos resultados deste trabalho.
- No segundo capítulo, vêm destacados os objetivos.
- O terceiro capítulo traz o caminho metodológico percorrido, com os procedimentos metodológicos que nortearam a realização do estudo. O capítulo também traz informações do modo como se deu a coleta de dados e o processo de análise escolhido.
- No quarto capítulo, os resultados são apresentados por meio de uma das figuras metodológicas proposta por Lefèvre et al. (2000), denominada Discurso do

Sujeito Coletivo (DSC). E foi por meio desses discursos que foram obtidas as representações sociais da gestação de alto risco.

- No quinto capítulo, realiza-se a análise descritiva e a interpretação dos resultados.
- No sexto capítulo, são expostas algumas reflexões que surgiram durante todo o processo de execução deste trabalho, sem a pretensão, no entanto, de serem esgotadas neste trabalho.
- No sétimo capítulo, algumas recomendações à profissionais de saúde e pesquisadores interessados na temática do presente estudo.

Espera-se que este estudo possa ampliar o olhar dos profissionais de saúde que trabalham com gestantes de alto risco para que eles possam identificar e compreender melhor as vivências dessas gestantes e do núcleo familiar e estruturar ou reestruturar a assistência nos serviços de saúde, contemplando de maneira mais integral as necessidades e anseios dessas pacientes.

CAPÍTULO 1 - REVISÃO DE LITERATURA

1. INTRODUÇÃO

1.1. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DAS GESTAÇÕES

De acordo com MALDONADO (2002), a maternidade faz parte do desenvolvimento psicológico da mulher e constitui-se num contínuo que se prolonga muito além da adolescência, pois o ser humano nunca cessa de crescer, tem sempre a chance de evoluir, de integrar algo novo a sua personalidade. No ciclo vital da mulher, há três períodos críticos: a adolescência, a gravidez e o climatério, e são considerados períodos de transição que constituem fases do desenvolvimento da personalidade apresentando vários pontos em comum. São fases caracterizadas por mudanças complexas como reajustamentos e alterações interpessoais e intrapsíquicas.

A gestação é um momento de importante reestruturação na vida da mulher e nos papéis que ela exerce, pois durante esse período ela tem de passar da condição de filha para mãe, revivendo com isso experiências anteriores de sua infância com as figuras parentais (MALDONADO, 2002).

Nesse processo de reestruturações, conteúdos inconscientes podem tornar-se conscientes. Assim, existe a possibilidade de que conflitos psíquicos sejam elaborados, proporcionando transformações importantes para a identidade feminina (PICCININI et al., 2008).

Para Raphael-Leff (2000) citado por PICCININI et al. (2008, p. 64), diante de todas essas mudanças e revivências psíquicas, a experiência de gestar leva a uma exacerbação da sensibilidade da mulher, o que a torna também suscetível a vários distúrbios emocionais.

A maneira como a mulher lida com todas essas mudanças do período gestacional deverá influenciar fortemente a relação futura com a criança (MALDONADO, 2002).

No que se refere à conjugalidade, sabe-se que o casal, que até então se constituía unicamente como homem e mulher, passa, com a parentalidade, a se constituir como pai e mãe – o que vem alterar profundamente tanto as suas dinâmicas individuais como a relação conjugal (BOUKOBZA, 2002).

Dessa forma, a experiência da parentalidade é permeada por conflitos e novos sentimentos determinados pela nova situação. Durante o processo gestacional e mais ainda após o nascimento do bebê, mulheres e homens deixam de serem filhas e filhos para se tornarem mães e pais, cuja transição é vivenciada com expectativas, receios e temores (FREITAS et al., 2007).

Essa nova fase traz para alguns casais alegrias e o desejo de conviver de forma harmoniosa, enquanto para outros, esse período acentua conflitos anteriores, relacionados à maneira como homens e mulheres compreendem e desempenham seus atributos sociais (FREITAS et al., 2007).

Conforme TEIXEIRA (1999), o apoio da família, do pai do bebê e até mesmo dos profissionais de saúde ajudam a mulher a viver o momento da gestação com mais tranquilidade. Segundo essa autora, esse apoio proporciona à mulher mais segurança para enfrentar o desafio da transformação corporal, do parto e da expectativa de assumir as responsabilidades inerentes a esse novo papel social.

MARTINS (2006) ressalta que a participação do parceiro durante o processo gestacional representa um fator determinante para o bem-estar emocional da mulher. A gestação é considerada um momento transitório existencial dentro do ciclo de vida do casal, portanto, a participação do parceiro como fonte de apoio favorece a construção ou consolidação de modelos relacionais que poderão afetar o estado emocional da gestante, bem como suas representações a respeito da gravidez e da maternidade.

As mudanças que ocorrem nas diferentes fases do ciclo vital, entre elas a constituição da maternidade/paternidade, renovam os desafios, oportunidades e riscos para a família nuclear, para a família extensiva, bem como para pessoas do círculo de relações do casal. O modo como os pais reagem ao evento do nascimento pode influenciar a vida e o bem-estar atual e futuro do filho. O apoio social nesse momento de adaptação à nova dinâmica familiar tem uma importância muito grande na vida das mulheres em período puerperal e torna-se fundamental para a manutenção da saúde materna, reduzindo distúrbios na relação familiar e auxiliando no comportamento materno (SIMIONI e GEIB, 2008).

Para LANGER (1986) a mulher deseja um filho para comprovar sua própria fertilidade ou porque isso significa recuperar sua própria mãe para poder identificar-se com ela.

O desejo de maternidade ainda pode estar relacionado a causas mais conscientes, tais como: reviver sua própria infância no filho, podendo dar-lhe o que ela não teve. Pode também desejar um filho para rivalizar com as demais mulheres, para reter seu marido, mas no fundo, o desejo de ser mãe vem da necessidade psicobiológica de desenvolver todas as suas potencialidades latentes.

Para KRYNSKI (1983), ao gerar um filho, os pais buscam sua própria perpetuação.

Todas as considerações acima tendem a colocar, numa maior ou menor dimensão, a parentalidade a serviço dos pais, tanto por motivos conscientes como inconscientes. Um filho pode representar um produto que tanto pode engrandecer como depreciar os pais.

1.2. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DAS GESTAÇÕES DE ALTO RISCO

Embora saibamos que a gestação seja um período permeado por uma expectativa alegre e positiva, a grávida pode vivenciar uma variedade de sentimentos e emoções que são originadas pelas mudanças físicas, psicológicas e sociais próprias do ciclo gravídico-puerperal.

TEDESCO (1998) anuncia que durante a gestação, a mulher passa por ajustamentos tais como: mudança de sua própria imagem e adaptação à ideia de ter uma nova pessoa dentro do núcleo familiar, entre outras.

A gestação na qual a vida ou saúde da mãe e/ou do feto têm maiores chances de ser atingidas por complicações que a média das gestações é denominada de alto risco (BRASIL, 2000).

Se a gestação significa um processo de mudanças que, mesmo sob condições ótimas, pode tornar-se estressante física e mentalmente, na gestação de alto risco pode-se verificar um acréscimo de problemas emocionais e sociais para a gestante e sua família (MALDONADO, 2002; DIAS et al., 2008).

TEDESCO (1998) esclarece que a mulher, tendo sua gravidez identificada como de alto risco, apresenta dificuldades para as adaptações emocionais exigidas pelo novo

papel. Por causa do fator de risco, surge o medo real em relação a si própria e ao seu filho, ao que está ocorrendo com seu corpo, ou ao temor de que seu filho nasça com alguma anormalidade.

QUEVEDO (2001) em seu estudo com gestantes cardiopatas e diabéticas revela que o medo foi o sentimento preponderante nas falas das mulheres, seja ele relacionado à saúde da criança, à sua própria saúde ou ao momento do parto.

As gestantes diabéticas que participaram do estudo de SILVA et al. (2004) também revelaram sentimentos de medo em relação à saúde do bebê que estava por nascer, em decorrência da doença materna. Outros medos relacionados à prematuridade e à má formação também foram muito verbalizados.

Os estudos de OLIVEIRA (2008) com gestantes de alto risco também focaram medos relacionados à morte e medo do que viria a acontecer com o bebê durante a gestação e parto.

Para KEMP e HATMAKER, (1989), dependendo da natureza do risco e da percepção que a gestante tem do risco de sua gestação, o diagnóstico clínico do estado de alto risco pode resultar em variados graus de stress para a gestante e sua família.

O que motiva, então, algumas mulheres a engravidarem, mesmo sabendo dos riscos?

SILVA et al. (2006), no seu trabalho com gestantes portadoras de HIV, ressaltam que o desejo de ter filhos é modelado por normas sociais mais amplas, não se resumindo a uma vontade pessoal ou a uma decisão individual.

As mulheres participantes do estudo acima trouxeram em seus discursos que o desejo de maternidade encontrava-se intimamente relacionado ao anseio de constituir uma família, desejo, esse, enraizado em representações sociais que reforçam traços constitutivos da identidade feminina. Nesse sentido, o projeto de vida de formar uma família seria contemplado mesmo na presença de uma doença crônica.

Em um estudo realizado com gestantes soropositivas, MOURA e PRAÇA (2006) utilizando o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), investigaram os motivos que levaram as gestantes a engravidarem mesmo sabendo dos riscos. Os resultados apontaram que essas mulheres constituíram crenças de que com o tratamento

medicamentoso conseguiriam gerar um bebê saudável e não infectado (não comprometido pela doença).

NAZARIO e TURATO (2007), em sua pesquisa com mulheres em hemodiálise, constataram em seus resultados que a maternidade no contexto da diálise mostra questões ambivalentes – conscientes e inconscientes, na vida das mulheres férteis em tratamento dialítico. Para elas, pensar nesse assunto cria sentimentos que frequentemente antagonizam com seus desejos frente às restrições médicas impostas, atingindo profundamente o papel e/ou instinto materno – colocado pela natureza e/ou pela cultura – e estando presentes, em maior ou menor intensidade, em cada mulher. Apesar dos riscos da gravidez na diálise, não se deve esquecer que há mulheres determinadas a terem filhos por causa de suas fervorosas crenças religiosas que as fazem acreditar que a divindade protege dos danos a ela e a seus bebês.

Para TEDESCO (1998), a morbidade para os aspectos psicológicos aumentou muito, pois muitos dos cuidados físicos que minimizam os efeitos dos riscos aumentam os distúrbios psicossociais. As sucessivas internações, por vezes, prolongadas, levam à melhoria do prognóstico materno e fetal, mas podem alterar, profundamente, o equilíbrio pessoal e as inter-relações familiares.

Emoções como censura, culpa e sentimentos de falha são comuns nas gestações de alto risco (KEMP e PAGE, 1987; QUEVEDO, 2001; SILVA et al., 2006; MOURA e PRAÇA, 2006).

Se a gestante tem a percepção de que ela (ou a sua saúde) é responsável pela situação de alto risco, forma em seu íntimo a crença de sua falência como mulher, levando-a ao sentimento de culpa (TEDESCO, 1998).

Outro aspecto que merece ser analisado em relação à gestação de alto risco diz respeito à separação (em alguns casos) da família, em decorrência da necessidade de hospitalização para acompanhamento da gestação.

Conforme KRAMER et al. (1986), a gravidez de alto risco associada à hospitalização é considerada um estressor psicossocial.

WHITE e RITCHIE (1984) conduziram pesquisas sobre os estressores psicológicos vivenciados pela mulher grávida durante a hospitalização, antes do parto para estabilização fisiológica. Eles concluíram que a hospitalização antes do parto resultou em stress para a mulher grávida em relação à separação do lar e da família,

mudanças em relação à condição familiar, preocupação com a saúde e mudanças na auto-imagem.

QUEVEDO (2001) investigou em seu trabalho a experiência da hospitalização para suas gestantes de alto risco. A hospitalização trouxe sentimentos de segurança para um grupo de mulheres, uma vez que os cuidados hospitalares deixavam-nas mais tranquilas em relação à própria vida e à vida do bebê, mas por outro lado, altos graus de stress foram vivenciados por um outro grupo de gestantes que se preocupavam com os familiares e filhos que deixaram em casa.

A hospitalização trouxe, ainda, para algumas mulheres, a certeza de que elas não estavam realmente bem, ou seja, a necessidade de permanecerem internadas legitimou os riscos da gestação.

Para TEDESCO (1998), quando a paciente tem outros filhos, o sentimento que prevalece é a culpa, primeiro por ter de deixá-los em casa, às vezes sozinhos por grande parte do dia, ou aos cuidados de pessoas desconhecidas e, principalmente, por se sentir incapaz de desempenhar o papel de mãe. Ao longo desse processo, são também observados sentimentos de raiva em relação ao feto, pois a ligação afetiva com os filhos que ficaram em casa é ainda mais forte. Essas reações psicológicas fazem ressurgir a ambivalência entre o “querer e o não querer” (durante a hospitalização) de forma ampliada.

Há ainda que se considerar que o hospital tem a representação de ser um lugar para morrer e, dessa forma, acaba por agravar o impacto da hospitalização (QUEVEDO, 2001).

Para finalizar, é preciso considerar os aspectos benéficos da hospitalização, pois em alguns casos podem reduzir o stress e a ansiedade, representando segurança, bem como melhores perspectivas de saúde para a mulher e seu filho.

1.3. DEFINIÇÕES DOS ASPECTOS CLÍNICOS DAS GESTAÇÕES DE ALTO RISCO

Neste sub-capítulo, vamos tecer algumas considerações, na grande maioria, ligadas às definições das intercorrências apresentadas pelas gestantes de alto risco participantes deste estudo.

Para CUNNINGHAM et al. (2000) a gestação tanto pode induzir hipertensão em mulheres normotensas quanto agravar hipertensão já existente. Sintomas como: edema generalizado, proteinúria ou ambos podem acompanhar hipertensão induzida ou agravada pela gestação.

Ainda segundo CUNNINGHAM et al. (2000), a hipertensão induzida pela gestação é dividida em três categorias: hipertensão isolada, pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Na hipertensão induzida pela gestação o diagnóstico é realizado quando a pressão arterial é de 140/90 mm Hg ou maior. Afeta com maior frequência mulheres nulíparas e mulheres no extremo da idade reprodutiva são consideradas mais susceptíveis.

O diagnóstico de hipertensão crônica é realizado quando existe: hipertensão (140/90 mm Hg ou maior) que antecede á gestação; hipertensão (140/90 mm Hg ou maior) detectada antes de vinte semanas ou hipertensão persistente muito tempo após o parto. Todos os distúrbios hipertensivos crônicos predispõem ao desenvolvimento de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia (CUNNINGHAM et al, 2000).

O diabetes é considerado a complicação clínica mais comum da gravidez. As gestantes podem ser separadas em dois grupos: com diabetes antes da gravidez (clínico) e aquelas diagnosticadas durante a gravidez (gestacional) (CUNNINGHAM et al, 2000).

O *diabetes melittus* gestacional é definido como intolerância a carboidratos de intensidade variável, cujo início ou primeiro reconhecimento ocorre durante a gravidez. Ao contrário do diabetes gestacional, o diabetes clínico tem um impacto significativo sobre a evolução da gravidez (CUNNINGHAM et al, 2000).

A ruptura prematura das membranas (RPM) é definida como a ruptura das membranas cório e âmnio antes do início do trabalho de parto, podendo ocorrer no termo da gestação, ou antes, de 37 semanas, quando então é habitualmente classificada como ruptura prematura pré-termo de membranas (BORTOLAI et al. , 2009, p. 87).

De acordo com HAMILTON et al. (2007), trabalho de parto prematuro é definido como aquele que se instala espontaneamente antes da 37ª semana de gestação, isto é, com aparecimento de contrações uterinas regulares acompanhadas de alterações cervicais.

1.4. AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Tendo em vista que, em última análise, o que os sujeitos deste estudo trazem à tona por via de suas falas discursivas é a representação que possuem sobre o problema investigado, é necessário que se aprofunde um pouco mais nesse tema. É por meio de suas representações sociais que se procurou compreender os significados da maternidade associada à gestação de alto risco.

Neste sub-capítulo vamos apresentar os conceitos de representação social segundo alguns autores.

Nascida com Durkheim nos primórdios da constituição da Sociologia como ciência, como Representações Coletivas, a noção foi re-trabalhada, re-visitada e sistematizada pela Psicologia Social, mais precisamente por Moscovici que também foi o responsável por seu re-batismo como Representações Sociais.

Para JODELET (2001), neste mundo de objetos, pessoas e acontecimentos ou ideias, não estamos isolados: partilhamos esse mundo com os outros, que nos servem de apoio, em alguns momentos de forma convergente, em outros momentos a partir do conflito. Essa característica comprova o porquê de as representações sociais serem importantes na vida cotidiana, uma vez que elas circulam nos discursos, trazidas pelas palavras e veiculadas em mensagens midiáticas, cristalizadas em forma de condutas e em organizações materiais e espaciais.

JODELET (2001) ressalta ainda que esse conhecimento que orienta condutas tem sentido prático e contribui para criar a realidade da qual fala e ao mesmo tempo à qual se refere.

Conforme MOSCOVICI (1978), o conhecimento científico é adaptado como uma nova forma de senso comum, no qual os grupos não produzem um saber da ciência, mas o re-elaboram de acordo com seus meios e suas predisposições de conhecimento. Para o autor, as representações sociais têm o papel fundamental na medida em que servem para socializar o conhecimento científico, introduzindo-o nas comunicações do cotidiano e o tornando parte integrante da realidade e da vida das pessoas.

De acordo com MOSCOVICI (2003), a noção de representação social no campo da Psicologia Social possibilitou o estudo sobre formas de conhecimento que traduzem o pensamento do senso comum da sociedade contemporânea. Dessa forma, pode-se

ressaltar que as representações sociais compreendem uma construção de significados a respeito do meio social que orienta a conduta dos sujeitos e, por outro lado, modela o meio social no qual comportamentos se reproduzem nas relações interpessoais da vida cotidiana (LACERDA et al., 2002).

JODELET (2001) explica que, representar é tornar consciente, construir cognitiva e simbolicamente algo (pessoa, objeto, ideia, autoconhecimento, etc) que está ausente, tornando-o presente por meio de imagens (signos). Essa é uma particularidade fundamental da representação que lhe permite fusionar percepção e conceito.

VALA (2000) define alguns critérios básicos para as representações serem sociais: o critério social, o genético e o funcional. Refere-se o primeiro ao fato de serem elas um conhecimento partilhado por um grupo de pessoas (critério quantitativo). O segundo diz respeito às representações serem produzidas coletivamente. Finalmente, o terceiro critério enfatiza o caráter de praticidade ou da função de representação, que é de propiciar a comunicação e ação.

ABRIC (2000) conceitua representações sociais “como uma visão funcional do mundo, que, por sua vez, permite ao indivíduo ou a o grupo, dar um sentido às condutas e compreender a realidade através de seu próprio sistema de referências, permitindo assim ao indivíduo de se adaptar e de encontrar um lugar nesta realidade...” (p. 28)

Segundo WAGNER (2000, p.03) “é um conteúdo mental estruturado, isto é, cognitivo, avaliativo, afetivo e simbólico sobre o fenômeno social relevante que toma a forma de imagens e metáforas e que é conscientemente compartilhado com os outros membros do grupo social”.

Para QUEIROZ (2003), as representações sociais constituem um conhecimento culturalmente carregado, ou seja, um tipo de saber contido no senso comum e na dimensão cotidiana, socialmente negociada e que permite ao indivíduo uma visão de mundo que o orienta em seus projetos de ação, bem como nas estratégias que desenvolve em seu meio social, pois se sabe que cada grupo social constrói seus códigos culturais que, por sua vez, articulam representações sobre saúde, corpo e doença, formando uma matriz cultural ou sistema simbólico.

Segundo o pensamento de MOSCOVICI (1978), toda representação surge da necessidade de transformar o que é estranho em familiar. Essa seria uma das funções

principais das representações: domar o desconhecido. Em geral, os grupos produzem representações também como uma forma de filtrar a informação que provém do ambiente. É um tipo de manipulação do processo do pensamento e da estrutura da realidade psicossocial.

CAPÍTULO 2 – OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar as representações sociais da maternidade em mulheres com gestação de alto risco.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar os sentimentos dessas mulheres em relação à gestação de alto risco e ao bebê que esperam.

Verificar como essas mulheres vivenciam a hospitalização durante o período gestacional.

Verificar representações da gestação de risco para a família das gestantes de alto risco.

Verificar representações da gestação de risco para os companheiros das gestantes de alto risco.

CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA

3. METODOLOGIA

3.1 A ABORDAGEM QUALIQUANTITATIVA

Para se verificar neste estudo a representação social da maternidade em situação de alto risco, foi utilizada a abordagem quali quantitativa. Segundo SIMIONI et al. (1997), a escolha metodológica deve estar baseada no recorte da realidade de cada pesquisa, bem como na natureza do problema a ser estudado. A escolha da metodologia deve ser adequada ao que se deseja buscar.

Para LEFÈVRE e LEFÈVRE (2003), a abordagem quali quantitativa possibilita que os fenômenos sejam apreendidos de forma integrada, viabilizando tanto o aprofundamento no significado do comportamento individual e grupal, quanto a quantificação do fenômeno.

Na pesquisa qualitativa, segundo LEFÈVRE et al. (2000), a matéria-prima é composta pelos depoimentos obtidos nas entrevistas com indivíduos portadores de representações sociais. Segundo esse autor, o que se busca com a pesquisa qualitativa é a recuperação da “fala do social”, isto é, os discursos que têm como emissores os grupos, coletividades, classes, extratos sociais.

A fala do social das gestantes de alto risco será resgatada através do que LEFÈVRE et al. (2000) chamam de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que será visto com maiores detalhes adiante.

3.1.1 Pesquisa exploratória

Para GIL (1996), desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, com vistas à formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores são as principais finalidades das pesquisas exploratórias.

Ainda segundo PIOVESAN e TEMPORINI, (1995), a principal finalidade da pesquisa exploratória é buscar o conhecimento do repertório popular de respostas, e este pode referir-se tanto ao conhecimento, crença e opinião como à atitude, aos valores e à conduta.

3.2 TIPO DE ESTUDO

O estudo nesta pesquisa é exploratório e descritivo de corte quali quantitativo.

3.3 LOCAL DE ESTUDO

As entrevistas foram realizadas na Casa da Gestante de Alto Risco (CGAR), localizada nas dependências do Hospital Maternidade-Escola de Vila Nova Cachoeirinha “Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva”.

3.4 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo foi formada por gestantes de alto risco hospitalizadas na Casa da Gestante de Alto Risco (CGAR) para monitoração da gestação.

As gestantes que aceitaram participar deste estudo foram informadas previamente (anexo 1). Às participantes foram esclarecidos os objetivos e a relevância da pesquisa no campo da saúde pública. O sigilo e o anonimato foram garantidos às participantes mediante a apresentação de um termo de consentimento, oferecido no contato com a gestante. Os critérios utilizados obedeceram à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas com seres humanos.

3.5 AMOSTRA

A amostra selecionada foi formada por 100 gestantes (09 com *Diabetes mellitus* tipo I associada à gestação; 08 com *Diabetes mellitus* tipo II associada à gestação; 06 com Hipertensão arterial crônica associada à gestação; 16 com Diabetes gestacional; 18 com Rotura Prematura de Membrana; 20 com Trabalho de Parto Prematuro e 23 com Hipertensão induzida pela gestação).

O critério para seleção foi que as gestantes tivessem entre 18 e 42 anos. No caso de ter *Diabetes mellitus tipo I e II* e a Hipertensão arterial crônica, estas doenças não deveriam ter sido diagnosticados nessa gestação. Outro critério foi que a gestante não tivesse sido hospitalizada nas gestações anteriores com diagnóstico de gestação de alto risco (no caso das gestantes múltíparas).

Ressalta-se que na escolha das gestantes, procurou-se fazer com que o número de entrevistadas fosse aproximado entre os setes tipos de intercorrências, contudo não foi possível pela dificuldade de se encontrar, no determinado momento do trabalho, as quantidades desejadas.

3.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A entrevista é definida por GIL (1996) como uma técnica na qual o investigador apresenta-se ao investigado e lhe formula perguntas, a fim de obter dados que interessem à investigação.

A entrevista semi-estruturada combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, na qual o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelos pesquisadores (MINAYO, 1992).

Para TRIVINOS (1987), a entrevista do tipo semi-estruturada, em pesquisa qualitativa, é um dos principais meios de que o pesquisador dispõe para a realização da coleta de dados. Ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação.

3.6.1 Pré-teste

A realização do pré-teste da entrevista aconteceu no sentido de buscar uma melhor compreensão da população alvo. O instrumento de coleta de dados aplicado foi entrevista semi-estruturada com oito (8) questões. Foram realizadas entrevistas com 5 gestantes (02 diabéticas, 02 hipertensas e 01 com diagnóstico de trabalho de parto prematuro). Após a análise dessas entrevistas, verificou-se que o instrumento contemplava os objetivos propostos, não sendo necessária sua alteração.

A principal função do pré-teste é testar o instrumento de coleta de dados. Para LAKATOS e MARCONI (1995), o pré-teste também pode evidenciar se o instrumento apresenta ou não três elementos de suma importância: fidedignidade, validade e operatividade.

3.6.2 A coleta de dados

A coleta de dados ocorreu mediante a técnica da entrevista semi-estruturada. As gestantes foram contatadas previamente pela pesquisadora, e foram apresentados os objetivos e a relevância do tema para a saúde pública.

As entrevistas foram desenvolvidas no período de fevereiro a dezembro de 2008 nas terças e quintas-feiras no período da tarde. Os discursos das entrevistas foram registrados por meio de um micro gravador com fitas magnéticas de 60 minutos cada. A duração de cada entrevista variou de 5 a 30 minutos. Não houve por parte das gestantes qualquer objeção ao uso do gravador, tendo os discursos fluídos naturalmente.

Antes da realização das entrevistas, a pesquisadora coletava alguns dados quantitativos para caracterização da amostra, conforme se pode observar no instrumento constante do anexo 2.

A localização das gestantes para as entrevistas foi feita a partir de uma pasta-registro, que contém informações como: nome da paciente, idade, data de internação, diagnóstico que gerou a hospitalização e número do leito. Após ter acesso a essas informações, a pesquisadora confirmava os dados com a equipe de enfermagem.

3.7 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS

Para o tratamento dos dados, empregou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (LEFÉVRE et al., 2000,2003), uma vez que ele dá voz aos indivíduos, e é uma das formas de se lidar com dados qualitativos em que está sempre envolvida a questão dos significados. Foram utilizadas 3 figuras metodológicas: a Ideia Central, as Expressões –Chave e o Discurso do Sujeito Coletivo.

Para os criadores dessa metodologia (SIMIONI et al., 1997; LEFÉVRE et al., 2000), a Idéia Central pode ser entendida como a síntese do conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos, estando presente nas afirmações, negações e nos juízos de valor a respeito da realidade institucional, bem como do contexto social no qual os sujeitos estão envolvidos.

Os trechos selecionados dos discursos que servem para ilustrar as Ideias Centrais são definidos como Expressões-Chave. A literalidade do depoimento deve ser aqui resgatada, sendo consideradas uma espécie de prova-dicursivo-empírica da verdade das Ideias Centrais.

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é uma estratégia metodológica que objetiva tornar mais clara uma dada representação social. É uma forma discursiva de

apresentação e de tratamento dos depoimentos que compõem o substrato de uma representação social. Em síntese, é como se o discurso de todos fosse o discurso de um só.

3.7.1 Procedimentos para a organização dos discursos

Para a análise do conteúdo das entrevistas e organização dos discursos utilizou-se o software *QualiquantiSoft* (2009). Esse *software* é de propriedade conjunta da Universidade de São Paulo – USP e da empresa Salles e Paschoal Informática e encontra-se registrado no IPI disponível para compra em download. O *software* favoreceu a análise e organização dos discursos na medida em que eles foram organizados e foram listados os depoimentos, facilitando o trabalho de identificação das Ideias Centrais adequadas às Expressões-Chave, sendo os precursores do Discurso do Sujeito Coletivo.

3.8 INFORMAÇÕES SOBRE OS PARTICIPANTES

Participaram da amostra 100 gestantes com idades que variaram de 18 a 42 anos, sendo a maior concentração na faixa etária dos 18 – 28 anos. (Tabela 1)

Tabela 1 – Idade das gestantes participantes do estudo, São Paulo, Brasil 2009

Faixa etária	N	%
18 - 28	57	57,0
29 - 39	38	38,0
40 - 42	05	5,0
Total	100	100,0

A tabela 2 refere-se à situação marital das gestantes do estudo. Foram consideradas gestantes que viviam com seus companheiros aquelas que habitavam na mesma casa independentemente de terem união oficializada.

Foram consideradas gestantes que não viviam com seus companheiros aquelas que foram abandonadas por eles após o diagnóstico da gestação.

Tabela 2 – Situação marital das gestantes participantes do estudo, São Paulo, Brasil, 2009

Situação marital	N	%
Vive com o companheiro	80	80,0
Não vive com o companheiro	20	20,0
Total	100	100,0

A tabela 3 identifica o grau de instrução das gestantes participantes do estudo. Percebe-se que a maior concentração de gestantes tem segundo grau completo (41%), seguida de gestantes com primeiro grau incompleto (21%); primeiro grau completo (19%); segundo grau incompleto (13%). As menores concentrações localizaram-se entre as gestantes com cursos superiores completos (4%) e incompletos (2%).

Tabela 3 – Escolaridade das gestantes participantes do estudo, São Paulo, Brasil, 2009

Anos de estudo da gestante	N	%
Primeiro grau completo	19	19,0
Primeiro grau incompleto	21	21,0
Segundo grau completo	41	41,0
Segundo grau incompleto	13	13,0
Superior completo	4	4,0
Superior incompleto	2	2,0
Total	100	100,0

A tabela 4 traz informações a respeito do motivo da internação na Casa da Gestante de Alto Risco, onde se pode identificar que na amostra selecionada a maior concentração de gestantes teve o diagnóstico de Hipertensão induzida pela gestação (23%), seguida das gestantes com diagnóstico de Trabalho de Parto Prematuro (20%); Rotura Prematura de Membrana (18%); Diabetes Gestacional (16%) e em menor concentração os quadros de *Diabetes mellitus* tipo I (9%); *Diabetes mellitus* tipo II (8%) e Hipertensão Arterial crônica (6%).

Tabela 4 – Motivo da internação das gestantes participantes do estudo, São Paulo, Brasil, 2009

Motivo da internação atual	N	%
<i>Diabetes mellitus</i> tipo I	9	9,0
<i>Diabetes mellitus</i> tipo II	8	8,0
Hipertensão Arterial crônica	6	6,0
Diabetes gestacional (DG)	16	16,0
Rotura Prematura de Membrana (RPM)	18	18,0
Trabalho de Parto Prematuro (TPP)	20	20,0
Hipertensão induzida pela gestação	23	23,0
Total	100	100,0

A tabela 5 mostra o tempo de internação das gestantes entrevistadas. Percebe-se que apesar do diagnóstico de alto risco, 71% das gestantes ficaram internadas por um período de tempo menor ou igual a 1 semana, enquanto o restante da amostra (29%) permaneceu no hospital por um período de tempo maior que 1 semana.

Tabela 5 – Tempo de internação das gestantes participantes do estudo, São Paulo, Brasil, 2009

Tempo de internação	N	%
Menor ou igual a 1 semana	71	71,0
Maior que 1 semana	29	29,0
Total	100	100,0

A tabela 6 traz informações a respeito do número de gestações (sendo levadas em consideração também as perdas gestacionais e os abortos) informado pelas gestantes participantes do estudo. A maioria (69%) das gestantes da amostra eram multigestas, ou seja, apresentavam em seu histórico obstétrico mais de 1 gestação, enquanto para o restante da amostra (29%) essa gestação era a primeira.

Tabela 6 – Número de gestações das gestantes participantes do estudo, São Paulo, Brasil, 2009

Número de gestações	N	%
Primigestas	31	31,0
Multigestas	69	69,0
Total	100	100,0

A tabela 7 traz informações a respeito do passado obstétrico das gestantes em relação à existência ou não de perdas anteriores/abortos. Apenas 30% das gestantes apresentaram ao longo de sua história obstétrica perdas gestacionais/abortos, enquanto a maioria das gestantes deste estudo não apresentou nenhuma perda anterior/aborto.

Tabela 7 – Perdas anteriores ou abortos das gestantes participantes do estudo, São Paulo, Brasil, 2009

Perdas anteriores/abortos	N	%
Presentes	30	30,0
Ausentes	70	70,0
Total	100	100,0

A tabela 8 classifica a idade gestacional (em trimestres) das gestantes participantes do estudo. A maior concentração de gestantes (84%) encontrava-se (no momento da entrevista) no terceiro trimestre de gestação, ao passo que 14% da amostra estavam no segundo trimestre e uma minoria (2%) encontrava-se no primeiro trimestre.

Tabela 8 – Idade gestacional das gestantes participantes do estudo, São Paulo, Brasil 2009

Idade gestacional	N	%
Primeiro trimestre	2	2,0
Segundo trimestre	14	14,0
Terceiro trimestre	84	84,0
Total	100	100,0

A tabela 9 contém informações sobre o número de hospitalizações a que estas gestantes se submeteram nessa gestação. A maior parte da amostra (94%) apresentou até duas hospitalizações (contando com a hospitalização atual), enquanto 6% apresentaram acima de duas hospitalizações.

Tabela 9 – Número de hospitalizações das gestantes participantes do estudo, São Paulo, Brasil, 2009

Hospitalizações	N	%
Até duas	94	94,0
Acima de duas	6	6,0
Total	100	100,0

A tabela 10 informa a situação trabalhista das gestantes entrevistadas. Percebe-se que a maior concentração de gestantes (41%) não trabalha fora de casa, enquanto 31% da amostra é trabalhadora formal e 28% trabalhadora informal, ou seja, trabalha sem carteira assinada.

Tabela 10 – Situação trabalhista das gestantes participantes do estudo, São Paulo, Brasil 2009

Situação trabalhista	N	%
Trabalhadora formal	31	31,0
Trabalhadora informal	28	28,0
Não trabalha	41	41,0
Total	100	100,0

CAPÍTULO 4 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Questão 1 – Fala para mim como é que aconteceu esta gravidez. Foi planejada, ou não? Fale um pouco sobre isso.

Objetivo da pergunta: Identificar os principais aspectos envolvidos no planejamento e não planejamento das gestações.

Foram encontrados 13 categorias/representações nos discursos:

A- Gravidez gerou filho para fazer companhia à (ao) irmã (o) maior.
B- Gravidez planejada por causa de doença crônica.
C- Gravidez bem planejada pelo casal.
D- Gravidez planejada para dar um filho ao marido.
E- Gravidez planejada para ter uma menina.
F- Gravidez não planejada, mas desejada.
G- Gravidez aconteceu por causa de problemas/dificuldades com o preservativo.
H- Gravidez não planejada, sem mostrar desejo.
I- Gravidez gerou filho para cuidar dos pais mais tarde.
J- Engravidou porque Deus queria
K- Não utilizava nenhum método anticoncepcional.
L- Engravidou fazendo tratamento de saúde.
M- Gravidez aconteceu por causa de problemas/dificuldades com outros métodos anticoncepcionais.

CATEGORIA 1A

Para a elaboração desta categoria participaram 03 gestantes (R50; R58; R94).

DSC 1A- GRAVIDEZ GEROU FILHO PARA FAZER COMPANHIA À (O) IRMÃ (O) MAIOR.

DSC A1 (Não planejada)

“Não foi planejada, mas eu queria. Porque eu já tava esperando, não tomava remédio pra evitar, né? Eu queria mais um filho não tanto por mim, mais pela minha filha, porque eu não quero deixar ela sozinha no mundo; quero deixar ela com irmã, assim como eu tenho minhas irmãs que eu gosto muito e quero que a minha filha fique pelo menos com uma também. Então depois de onze, doze anos, eu consegui né?”

DSC A2 (Planejada)

“Foi planejada! Desde o começo a gente queria mais uma criança. Tem um de três anos, e queria mais um. Que meu filhinho não ficar sozinho! Aí, a gente resolveu ter. Já tava planejada, já. Só que a gente queria uma menininha, veio mais um menino. Mas tá bom.”

CATEGORIA 1B

Para a elaboração desta categoria houve a participação de 01 gestante (R95).

DSC 1B – GRAVIDEZ PLANEJADA POR CAUSA DE DOENÇA CRÔNICA.

“Foi planejada, inclusive, por conta do diabetes eu achei melhor perder dez quilos antes da gravidez, e manter o diabetes controlado. Então, logo que eu pensei em engravidar, um ano antes, eu já comecei a me planejar para isso.”

CATEGORIA 1C

Para a elaboração desta categoria participaram 14 gestantes (R07; R09; R28; R29; R30; R33; R42; R45; R53; R57; R59; R88; R93; R97).

DSC 1C – GRAVIDEZ BEM PLANEJADA PELO CASAL.

“Foi bem planejada, bem planejada. Eu tava tomando remédio e meu marido era louco para ter um filho. A gente vinha planejando há muito tempo, então, a gente decidiu parar o remédio e tentar. E aí já ia fazer dois anos quando eu engravidei. Eu achei já que não tinha mais nem esperança. Aí, no final do ano, tava grávida. Minha outra gravidez não foi, mas essa daqui eu quis e foi planejada, sim. Tava no risco, ou não; eu sabia de tudo. Mas foi planejada, eu queria.”

CATEGORIA 1D

Para a elaboração desta categoria participaram 03 gestantes (R69; R81; R85).

DSC 1D – ENGRAVIDOU PARA DAR UM FILHO AO MARIDO.

DSC D1 (Não planejada)

“Não, na verdade não foi planejada. Eu tenho uma menina de dois anos, né? Então eu pretendia, sim, dar outro neném pro meu atual marido, porque ele queria muito, né? Ele queria muito um menino, queria muito um menino.”

DSC D2 (Planejada)

“Ah, foi planejada. Eu e o pai da criança queria né? Porque meu marido, ele é mais velho do que eu, né? Eu tenho 22 anos e ele já tem 41 e ele não tem nenhum filho e eu tenho. Então, como já tem dois anos que a gente mora junto, aí a gente planejou mesmo e aconteceu.”

CATEGORIA 1E

Para a elaboração desta categoria participaram 02 gestantes (R13; R96).

DSC 1E – GRAVIDEZ PLANEJADA PARA TER UMA MENINA.

“Foi planejada. Eu queria muito ter uma menina né? Eu e meu marido. Como meu filho mais novo tem sete anos, então, eu queria ter uma menininha, pra mim fazer laqueadura. Então, eu tentei e consegui uma menininha.”

CATEGORIA 1F

Para a elaboração desta categoria participaram 21 gestantes (R02; R03; R07; R09; R10; R12; R17; R26; R32; R35; R41; R43; R44; R46; R54; R55; R60; R78; R79 R89; R92).

DSC 1F – GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA, MAS DESEJADA.

DSC F1 (Ainda não era hora de engravidar)

“Ah, essa gravidez não foi planejada. Talvez fosse desejada, mas não pra agora. Aconteceu! Eu casei recentemente, tem um ano e meio de casado e com seis meses de casada eu descobri a gravidez. Pra mim não era a hora e a gente queria esperar mais um pouquinho porque eu to terminando a faculdade ano que vem. Metade do ano que vem seria perfeito, mas já que aconteceu tá sendo uma novidade pros dois, é a coisa mais maravilhosa da minha vida e tamo curtindo. Tá sendo gostoso”.

DSC F2 (Apesar de sempre ter desejado ser mãe)

“Não foi planejada, mas pra mim veio na hora certa. Eu casei aí eu falava 'pro' meu marido que não queria ter filho, mas eu queria, eu sempre tive vontade de ter um filho. Aí eu tava tomando medicação, aí eu parei de tomar medicação escondida dele e depois de seis meses eu fiquei grávida. Porque eu não queria ter um filho pra cuidar de mim na velhice, mas sim pra 'curti' porque eu sempre gostei muito de criança. Não foi planejada e eu acho que aconteceu porque tinha que acontecer.

DSC F3 (Não planejada por causa da diabetes)

“Não, não foi. Eu queria mais um filho, mas quando eu soube que era diabética, eu falei: “Não, porque alto risco e tudo! Mas aconteceu.”

DSC F4 (Agora desejada)

“Eu não esperava, porque eu mesmo não queria. Como eu já tive 'problema' no primeiro parto - nasceu prematuro- descobrir que tava grávida foi uma surpresa, mas aconteceu e agora eu quero e ele também. Meu marido ficou muito contente. Se Deus deu essa benção, tenho que criar. Quando eu descobri no começo, quando eu peguei o teste positivo eu chorei bastante, aí já comecei a querer.”

CATEGORIA 1G

Para a elaboração desta categoria participaram 09 gestantes (R04; R22; R25; R31; R40; R49; R80; R85; R86).

DSC 1G – GRAVIDEZ ACONTECEU POR CAUSA DE PROBLEMAS/DIFICULDADES COM O PRESERVATIVO.

DSC G1 (Casal não usou preservativo)

“Bom, não foi planejada. Eu não tava preparada, nem financeiramente, nem psicologicamente pra ter outro filho, assim tão rápido, porque a nenê já era pequena, ia fazer dois anos ainda. Eu pedi pro pai da minha filha usar camisinha, só que infelizmente o meu marido não gosta de usar os outros tipos de métodos, ele não gosta de camisinha. Ele detesta e ele acabou me convencendo do contrário e no dia da loucura não colocamos e acabou acontecendo.”

DSC G2 (O preservativo falhou (estourou))

“Essa gravidez, não foi planejada. Como eu não posso tomar remédio eu só usava preservativo mesmo - o masculino e eu tava tomando todos os cuidados, e de repente 'fizemo' com a camisinha e estourou e aí veio a gravidez.”

CATEGORIA 1H

Para a elaboração desta categoria participaram 22 gestantes (R01; R06; R07; R08; R14; R15; R23; R27; R34; R39; R40; R48; R52; R62; R66; R75; R83; R84; R87; R90; R99).

DSC 1H – GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA SEM MOSTRAR DESEJO.

“Não foi planejada. Eu não estava tão interessada em engravidar e ser mãe. Eu num queria e o pai também num queria. 'Cabo' num descuido, e eu acabei 'catando' essa gravidez. Tanto que um pouquinho antes de eu saber que tava grávida, eu já achava que tava grávida, mas eu não queria. Então eu ficava falando: --Ah se der positivo eu vou abortar, eu vou tomar chazinho de canela e tudo que era chá eu queria tomar. Quando eu fiquei sabendo, já 'tava' de 1 mês e meio. E eu fiquei em desespero! Eu falei: Ai, eu não acredito! Eu não quero esse nenê e aí, eu entrei em depressão própria. Eu mesma criei minha depressão, e preferi fingir que não tava grávida.”

CATEGORIA 1I

Para a elaboração desta categoria participaram 02 gestantes (R07; R38).

DSC 1I – GRAVIDEZ GEROU FILHO PARA CUIDAR DOS PAIS MAIS TARDE.

“Foi planejada. Eu queria por que eu tô com meu companheiro há 8 anos, e ele sempre falava: Ah, meu bem, vamu fazer um filho, a gente já ta na idade, e depois não tem ninguém pra cuidar da gente e o meu menino já tinha 6 anos e eu queria um neném pra ficar comigo.”

CATEGORIA 1J

Para a elaboração desta categoria participaram 02 gestantes (R07; R97).

DSC 1J – ENGRAVIDOU PORQUE DEUS QUERIA

“Foi muito assim, eu quis. Vou falar como aconteceu: Tava assistindo um programa de televisão evangélico, aí na oração eu pedi que se fosse da vontade de Deus, não a minha, se fosse pra mim ter um filho, que eu não queria que fosse da minha vontade, se fosse da vontade de Deus, que eu ficasse grávida. Aí, Deus concedeu naquela semana e mesmo sabendo que tinha os riscos eu acreditei mais na medicina, acreditei que tava avançada e resolvi com fé em Deus.”

CATEGORIA 1K

Para a elaboração desta categoria participaram 04 gestantes (R71; R80; R82; R91).

DSC 1K – NÃO UTILIZAVA NENHUM MÉTODO ANTICONCEPCIONAL.

DSC K1 (Não planejada)

“Essa gravidez não foi planejada. Foi uma coisa, assim, que aconteceu de repente. Aconteceu porque eu não me previni, não usava assim os método pra evitar, né? Então, assim, eu queria. No começo foi um pouco assustador, mas eu também não quis interromper. Agora não, agora eu até gosto da idéia de ser mãe.”

K2 (Não sabe se planejada ou não)

“Eu nem sei dizer se foi planejada ou não. Meu último filho tem vinte anos. E, do nada descobri que tava grávida de três meses e meio. Nunca tomei nada pra evitar. Eu acho que foi a bênção do restinho do tacho, né? Foi o que aconteceu.”

CATEGORIA 1L

Para a elaboração desta categoria participaram 05 gestantes (R55; R56; R70; R72; R84).

DSC 1L – ENGRAVIDOU FAZENDO TRATAMENTO DE SAÚDE.

“Não foi planejada, aconteceu assim né? Vacilou! Eu tive um probleminha, tava em tratamento e nesse tratamento eu engravidei. Então, não era planejada e eu não pretendia ter mais filho, não.”

CATEGORIA 1M

Para a elaboração desta categoria participaram 26 gestantes (R05; R11; R16; R18; R19; R20; R21; R24; R36; R37; R39; R47; R51; R61; R63; R64; R65; R67; R68; R73; R74; R76; R77; R79; R98; R100).

DSC 1M – GRAVIDEZ ACONTECEU POR CAUSA DE PROBLEMAS/DIFICULDADES COM OUTROS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS.

DSC M1 (Parou de tomar o anticoncepcional por causa dos efeitos colaterais)

“Não, num foi planejada. Eu tava tomando anticoncepcional que haviam me passado no posto, mas me engordava muito. Aí mudei e continuei engordando. Eu avisei pra doutora que achava que tava fraco porque minha menstruação tava vindo duas vezes no mês. Aí o remédio começou a fazer mal, me dava enjoô, problema circulatório, aí eu parei e passei seis meses sem tomar e sem me proteger e aí engravidei.”

DSC M2 (Parou o anticoncepcional por outros motivos)

“Eu tomava anticoncepcional e vinha reguladinho e eu tava com inflamação de útero então, a médica pediu para fazer uma colposcopia e uma biópsia e falou para mim parar com os anticoncepcionais. Eu parei de tomar remédio no mês e no outro eu já tava grávida.”

DSC M3 (O anticoncepcional falhou)

“Não foi planejada porque eu tomava remédio pra evitar, mas aconteceu. Eu tomava há 10 anos o Perlutan. E já era pra 'mim' ter mudado de remédio, mas como eu tava

dando de mamá pro meu neném, eu ia tirando ele da mama, pra mim trocar, por um mais forte, mas daí chegou uma hora que ele falhou e eu acabei engravidando.”

DSC M4 (Vacilou com o anticoncepcional)

“Não foi planejada. Foi mesmo um acidente, porque eu sempre tive dificuldade de engravidar. Eu tava tomando remédio meio descontrolado, aí descontrolou minha menstruação e esqueci de tomar um dia e achei que não ia dar em nada. Aí, acho que, não sei se o remédio falhou, ou pode ser que eu tenha falado. Aí aconteceu.”

DSC M5 (Dificuldades com o DIU)

“Não, não foi planejada. Eu fiquei cinco anos com o DIU, tive que tirar ele porque o meu útero tava com muita pressão, e o médico disse que virou. Então, quando fez dois anos e um mês que eu tava sem evitar, e confiando no útero virado, eu engravidei.”

Questão 2 – Sua gravidez é considerada de risco, não é mesmo? Como fica isso pra você?

Objetivo da pergunta: Verificar a forma como essas mulheres vivenciam o diagnóstico de risco.

Foram encontradas 10 categorias/representações nos discursos:

A- Sente medo.
B- Sente culpa e incapacidade.
C- Sente emoções negativas (ansiedade, preocupação e insegurança).
D- Sente limitações com a gravidez de risco: tratamentos médicos, medicamentos e internações.
E- Sente dor física.
F- Sente preocupação em abandonar a casa, os filhos.
G- Decisão consciente.
H- Vivenciar uma nova situação.
I- Está tranquila e há apoio da equipe de saúde.
J- Correr mais riscos.

CATEGORIA 2A

Para a elaboração desta categoria participaram 25 gestantes (R16; R17; R19; R20; R22; R23; R24; R27; R31; R32; R33; R34; R38; R45; R46; R47; R48; R53; R56; R58; R66; R77; R88; R94; R100).

DSC 2A – SENTE MEDO.

DSC A1 (Medo da hora do parto)

“Fica complicado, porque tenho bastante medo, principalmente no finalzinho, na hora de ganhar, né? - Ai, no parto, como é que vai ser como é que não vai ser? Eu só penso na hora de nascer.”

DSC A2 (Medo do que vem pela frente (futuro próximo e/ou generalizado))

“A gente fica meio preocupada, com medo de acontecer alguma coisa com o bebê, ou até com a gente. Tem que tentar ficar calma, não se preocupar muito pra não passar nenhum problema também pro neném, e se controlar. Marinheiro de primeira viagem fica com medo de tudo. Então fico me segurando pra não chorar. Quando fala em risco, a gente fica preocupada, fica mal, porque dá medo, dá tudo. Minha cabeça tá atordoada, porque não vejo a hora de ver o fim. Mas eu sei que, daqui pra frente, é barra pesada. A qualquer momento pode acontecer o que a gente não quer esperar. Então a gente fica aquele apertinho assim, mas tem que continuar né? Mas vai dar tudo certo, se Deus quiser!”

DSCA3 (Medo de ela e o bebê terem complicações e/ou morrerem)

“Pelo que o médico colocou, tanto eu como o bebê 'corre' bastante risco, né? Tenho medo de 'vim' a óbito e o bebê nascer com vários problemas e nem sobreviver também. O risco é bem grande. Eu tenho medo de acontecer alguma coisa. Eu morrer, ou o nenê. Esse tipo de coisa.”

CATEGORIA 2B

Para a elaboração desta categoria participaram 02 gestantes (R29; R83).

DSC 2B – SENTE CULPA E INCAPACIDADE.

“É. Ai, às vezes eu me sinto, assim que não presto pra gerar um filho porque sei lá, de risco, eu nova ter uma gravidez já de risco? Eu me sinto mal, um pouquinho culpada, né? Porque devido 'o' tabaco, o tabagismo, que eu fumei muito, e aí me dá uma certa culpa também, porque tá prejudicando.”

CATEGORIA 2C

Para a elaboração desta categoria participaram 32 gestantes (R11; R14; R15; R17; R24; R35; R42; R46; R49; R50; R51; R52; R54; R55; R62; R64; R65; R69; R72; R73; R74; R75; R76; R78; R79; R82; R84; R89; R90; R92; R93; R98).

DSC 2C – SENTE EMOÇÕES NEGATIVAS (ANSIEDADE, PREOCUPAÇÃO, INSEGURANÇA).

“Ah, tem hora que eu fico preocupada, nervosa. Ai, a gente fica meio preocupado. Uns dizem que é perigoso. Alguns 'médico' já 'diz' que tem que ter o peso certinho do nenê, que não é tão perigoso, que tem condições de fazer um parto prematuro. Mas corre o risco, a gente sabe que corre e mexe muito com a gente. A gente fica preocupado com a situação do bebê. É aí que é mais dolorido, né? Mas, eu sei que vai dar tudo bem, não vai acontecer nada. Quando eu pensei em ficar grávida eu não achei que ia correr risco. Porque, se eu soubesse! Ah, às vezes eu começo a entrar em depressão, às vezes eu vou deixando na mão de Deus. Mas eu tô consciente, que eu corro risco, tudo. Mas o que mais assusta é você não conhecer exatamente o que tá acontecendo, né? Que nem, eles ainda tão pesquisando o quê que tem o rinzinho do meu neném. Então, até uma semana atrás eu não sabia que tava com uma gravidez de risco. Pra mim era extremamente tranquilo. Eu não sentia enjôo, eu não sentia dor, eu não sentia nada. Era uma coisa muito gostosa de sentir mesmo. É tava indo tudo muito bem. Aí, de repente, por uma questão de curiosidade mesmo, eu só queria saber o sexo do neném, eu descobri que tava nessa situação. Ai, eu fico preocupada. É duro. Me preocupo com o neném também, com a minha saúde também. Ai fica chato, porque se nascer agora, eu sei que vai ficar na incubadora. Então ai eu queria segurar até os nove e não sei se vai dar pra segurar.”

CATEGORIA 2D

Para a elaboração desta categoria participaram 13 gestantes (R03; R09; R18; R25; R36; R37; R57; R59; R60; R71; R77; R91; R99).

DSC 2D – SENTE LIMITAÇÕES COM A GRAVIDEZ DE RISCO: TRATAMENTOS MÉDICOS, MEDICAMENTOS E INTERNAÇÕES.

“Ruim. Porque eu queria ser grávida, mas eu queria fazer um monte de coisa que tem um monte de mulher que tá grávida e faz. Que às vezes os 'médico' fala que não pode, mas elas fazem. Que nem 'limpá' uma casa, fazer uma faxina. Eu fui afastada do serviço de uma hora pra outra. E tava tudo bem, num tava tendo dor; tive aquelas 2 dores e passou. Num tava sentindo nada e quando eu cheguei já me internaram; foi uma surpresa. Ai, é ruim, né? Eu não gosto. Eu pretendia me cuidar um pouco melhor, antes. Então tá difícil pra mim. Tem que tomar insulina. E também porque a qualquer momento você pode voltar pro hospital, ser hospitalizada; você não sabe ao certo tudo que tá acontecendo. Mas é bom tem que pensa no meu filho, né?”

CATEGORIA 2E

Para a elaboração desta categoria houve a participação de 01 gestante (R63).

DSC 2E – SENTE DOR FÍSICA.

“A dor também, tá sendo bem difícil. Tá sendo difícil pra mim segurar.”

CATEGORIA 2F

Para a elaboração desta categoria participaram 08 gestantes (R04; R12; R25; R38; R40; R41; R43; R67).

DSC 2F - SENTE PREOCUPAÇÃO EM ABANDONAR A CASA, OS FILHOS.

“É um papel meio complicado, porque eu já tenho um filho. É aí que eu não tenho que 'pensa' só em mim, eu tenho que 'pensa' no bebe que eu to grávida e no 'otro' bebe, então eu fico dividida, né? É muito difícil por causa dos 'menino', né? Que eu tenho meus 'filho'. E preocupada com ele lá e tenho que ficar calma aqui também por causa desse. Mas aí eu, a cada dia eu tô pedindo pra Deus pra ter paciência, calma, pra 'mim' poder tá levando até dar tudo certo.”

CATEGORIA 2G

Para a elaboração desta categoria participaram 02 gestantes (R96; R97).

DSC 2G – DECISÃO CONSCIENTE.

“Ah, eu já sabia, desde o começo, que ia ser uma gravidez de risco. Mesmo assim eu quis arriscar, né? Ter fé e seguir em frente. É um risco que pode que tem controle. Se eu me esforçar também, o risco pode diminuir, porque tem pessoas com diabetes que têm os filhos e dá tudo certo.”

CATEGORIA 2H

Para a elaboração desta categoria participaram 11 gestantes (R01; R06; R11; R12; R13; R26; R28; R39; R44; R68; R77).

DSC 2H – VIVENCIAR UMA NOVA SITUAÇÃO

“Ai, pra mim fica assim, uma coisa bem assim, vamos dizer, também bem dificultoso, né? Porque que nem, do primeiro foi tudo normal. Então eu fico assim um pouco, 'constrangido' e ah, cria uma certa expectativa de como vai ser o parto. Cê num sabe se vai ser normal, se vai ser cesárea. Ai, fica muito estranho porque eu não sei se tem relação com a minha idade. Porque os meus outros 'parto', né? Minhas outras 'gravidez' foram tudo normal, cê entendeu? Tudo correu bem, eu trabalhava os nove meses. Então pra mim é uma surpresa, né? Não tô sabendo nem lidar com isso porque eu não aceito, porque eu nunca passei por isso. A gente escuta falar muito, então dá um certo medo. Mas tá tudo bem.”

CATEGORIA 2I

Para a elaboração desta categoria participaram 18 gestantes (R02; R04; R05; R07; R08; R10; R21; R30; R57; R61; R70; R79; R80; R81; R85; R86; R89; R95).

DSC 2I – ESTÁ TRANQUILA E HÁ O APOIO DA EQUIPE.

“Ah, no início foi um choque, né? Muito grande né? E muita preocupação, mas foi passando, assim, os 'tempo', assim, os dias, fui conversando com médico e por aí foi me acalmando mais. E agora eu tô conformada porque, sei que vai tudo correr bem. Foi difícil no início. Eu faço tudo que os médicos pedem, eu faço direitinho - pelo meu filho e por mim também. Porque desde que eu tô gerando uma criança, eu quero fazer o melhor pra ele e pra mim. Então, não me assusta. Não me assusta porque eu tô sendo assistida, porque eu considero umas das melhores maternidades. Eu tô levando numa boa. Mas no começo a gente fica preocupada. Por causa do diabete, pressão. Aumenta toda hora. Mas agora eu tô mais sossegada. É de risco, mas não é impossível, né? Eu penso assim; que não é impossível. Que, eu tendo o meu cuidado, o que os médicos passarem para mim, ah, eu acho que vai facilitar. Então eu não me preocupo muito. Eu me preocupo assim, com a saúde mesmo, de me cuidar, e não passar nenhum, assim, uma seqüela pro bebê, né? Mas eu penso assim, que não é só eu, que tem várias aqui que são de risco. Então, eu não sou a primeira, não sou a última e fica mais fácil, né? Levar.”

CATEGORIA 2J

Para a elaboração desta categoria houve a participação de 01 gestante (R87)

DSC 2J – CORRER MAIS RISCOS

“Eu tenho muito mais chances de sobreviver, eu e a criança, do que eu fazer um aborto. Tentar fazer um aborto, além de eu tá matando a criança, eu posso morrer junto...”

Questão 3 – Como é ser mãe para você?

Objetivo da pergunta: Identificar as principais representações sobre a maternidade no contexto da gestação de alto risco.

Foram encontrados 13 categorias/representações nos discursos:

A- É tudo, é maravilhoso, é gratificante.
B- É um dom concebido por Deus.
C- É vida, é saúde.
D- É educar.
E- É cuidar do outro.
F- É identificar com a figura materna.
G- É comunicar-se com o bebê ainda no útero.
H- É um papel possível de ser aprendido e treinado.
I- É mudar de papel.
J- É ter medo do que possa acontecer com o bebê.
K- É muito bom, mas...
L- Ainda não sei.
M- É padecer, é ter responsabilidade, é sofrer.

CATEGORIA 3A

Para a elaboração desta categoria participaram 61 gestantes (R01; R02; R03; R04; R05; R06; R08; R11; R12; R13; R15; R17; R22; R23; R24; R25; R28; R29; R30; R31; R32; R33; R34; R37; R39; R40; R42; R43; R44; R45; R46; R48; R49; R50; R51; R52; R53; R55; R56; R58; R59; R60; R62; R63; R65; R67; R70; R75; R77; R79; R80; R81; R82; R84; R85; R88; R91; R94; R98; R99; R100).

DSC 3A – É TUDO, É MARAVILHOSO, É GRATIFICANTE.

“Ah, é maravilhoso, é gratificante! Não tem explicação, não tem nem palavras para explicar. Antes eu não tinha idéia, como que era, né? Achava que 'deve' ser é normal, mas agora eu sei como que é: muito bom! Eu sempre quis ser mãe, sempre, e acho que é o desejo de toda mulher ser mãe, né? É a grande realização de uma mulher, tanto que eu me 'progamei' a vida inteira. Quando falava que eu não podia ser mãe, eu não me conformava. Que eu acho assim, eu acho que a 'mulhe' que ela, não pode ser mãe falta alguma coisa, né? E é uma coisa assim, muito especial. Porque... num-num adianta, não tem explicação! Cê tem que passar. Se você num 'pássa', cê num vai saber o gosto que tem. A gente vê o nenê nascendo, a gente cuida, vai crescendo... A gente vai acompanhando... É muito gostoso. Cê vê seu filho poder te abraçar falar: - Mamãe eu te amo, né? E ter mais um, vai completar alegria. Eu acho que Deus me mandaria o mundo inteiro de criança, porque eu amo meus filhos, não tenho o que reclamar. Eles tão em primeiro lugar em tudo. A minha filha é um pedaço de mim, um pedaço de qualquer mãe pra mim. É bom porque tem uma companhia pra cuidar. É, não é ruim, não, depois que tem um feto na barriga, você quer aquela criança, você não pensa em nenhum momento em perdê-la. Só de você pensar que você tá carregando uma criança, é maravilhoso, é tudo e mais um pouco. É dar tudo de mim, tirar de mim, pra dar pra ela. Fazer dela o que... eu não tive; dar pra ela tudo o que eu quis ter e não pude; e fazer com que ela 'seje' uma menina... muito bem recebida, uma menina amada, uma menina dedicada. Vai ser uma menina maravilhosa!, não só por mim, mas por todos, né? Todo dia é uma emoção é ter vida na sua mão, gente dependendo de você, eu acho que é uma coisa única. Só você sabe, só você sente; só você pode fazer, né? E são pessoas que te

amam eternamente., é amor de verdade. Amor de mãe pra filho, de filho pra mãe, não existe outro, né? É Bom, a família cresce. Eu gosto daquela família grande. Só não somos mais, eu não tento mais, por causa da diabete, que é o risco. Mas eu gosto de ser mãe.”

CATEGORIA 3B

Para a elaboração desta categoria participaram 07 gestantes (R21; R71; R72; R74; R87; R96; R97).

DSC 3B – É UM DOM CONCEBIDO POR DEUS.

“Ah, uma coisa muito especial, é uma coisa muito suprema, de Deus mesmo, né? Ser mãe eu classifico como uma dádiva, porque... só o fato, assim, quando o meu filho mexe dentro de mim eu já me animo, já, pensando na carinha dele, no rosto dele. Eu acho que é um presente de Deus ser mãe. Ser mãe, pra mim, é uma maravilha, né? Eu amo os meus 'filho', e eu acho que... Eu acho assim, que ser mãe é uma bênção, assim, muito grande, de Deus, né? Se Deus me deu o dom, se Deus me tá me dando a chance de ser mãe pela segunda vez, mesmo que eu tenha que enfrentar todas essas barreiras: ficar longe da minha filha, por enquanto, né? Longe da minha casa, internada num lugar... Então, acho que mãe não.. não é profissão, é, não é... não é praga, que nem algumas pensam que seja, e sim um dom. Eu acho que é... Mãe é um dom concedido por Deus. É emocionante. Ah, uma emoção muito grande. O meu sonho é ter um filho. Então, agora, veio de repente, foi a maior graça de Deus que veio pra mim, né? Eu gostei muito. Então... Se Deus quiser, ele vai ficar bem, eu vou ficar bem. Ah, eu acho que... ser mãe é um presente de Deus, né? Pra mim, eu acho que já é presente de Deus, um milagre. Ah, eu... eu acho lindo ser mãe. Acho que, de tudo, assim, que tem, de todos os privilégios que alguém pode ter, acho que o maior é esse, ser mãe; poder carregar o filho, assim, é uma coisa tão...É inexplicável cê poder carregar um filho dentro da barriga, e com vida, né? Assim, às vezes a gente acha que não tem ar, que não tem... né? Mas tem. Então eu acho que... é ser 'privilegiada' mesmo, por Deus.”

CATEGORIA 3C

Para a elaboração desta categoria houve a participação de 01 gestante (R72).

DSC 3C – É VIDA, É SAÚDE.

“Eu acho uma coisa muito interessante, muito boa, e sinal de vida, né? Porque a gente praticamente gera uma vida, né? E sinal de saúde também, né? Uma pessoa que não pode ter filho, e anda sempre doente, não... não tem saúde, né? Então eu acho que isso é uma... uma saúde, uma bênção pra cada um.”

CATEGORIA 3D

Para a elaboração desta categoria participaram 05 gestantes (R26; R75; R85; R86; R87).

DSC 3D – É EDUCAR.

“Eu não sei se eu sou muito protetora demais, mas eu sou uma pessoa que... Sabe a galinha, quando tem seus pintinho, quer tudo junto? Eu sou assim, entendeu? Eu não gosto dos meus filhos assim, na casa de qualquer um, dormindo na casa de qualquer um. É... eu tô aqui, eu toda hora tô ligando pra saber como que eles tão, como tá a escola. Eu vigio as coisas da escola, sabe? Eu fico muito em cima, né?... eu adoro educar meus filhos. Quero que respeite. Que pra mim os meus princípios são respeitar as pessoas, gostar das pessoas, não ter inveja, não ser egoísta. Não sou aquela mãe melosa, que... que, nossa! Sou mais, assim, dou carinho na hora que tem que dar, e bronca na hora que tem que dar. De vez em quando umas 'palmada' também, quando precisa dar. Então, ser mãe é isso pra mim, educar, na medida do possível. Ser mãe ainda tem a chance de criar o ser humano. Você ajuda a formar caráter, você ajuda a formar educação”.

CATEGORIA 3E

Para a elaboração desta categoria participaram 04 gestantes (R07; R10; R78; R87).

DSC 3E – É CUIDAR DO OUTRO.

“Ah, mãe é tudo, né? Cê faz tudo: cê ensina, cê acolhe, cê dá carinho, cê dá surra; cê protege, cê comanda, é... Cê tem que pensar... além dos 'filho'. Os 'filho' faz uma coisa, cê tem que pensar além do que ele faz. Então, se ele fizer isso, vai acontecer isso. Não, se ele for para cá, ele vai cair; se ele for desse lado... vão fazer assim. Então você tem que 'pranejar' antes deles, pensar antes do filho. Isso é ser mãe. Ser mãe é um pouco abrir a mão de si própria pra cuidar de outra pessoa. Cuidar do seu filho. É o pouco que eu imagino. Mas eu tenho certeza que é muito mais do que isso. Mãe é pra enfrentar as dificuldades por um filho.”

CATEGORIA 3F

Para a elaboração desta categoria participaram 03 gestantes (R16; R46; R58).

DSC 3F – É IDENTIFICAR-SE COM A FIGURA MATERNA.

“Eu sempre fui uma boa filha. Não sei se meu filho vai ser comigo. Mas eu vou fazer de tudo pra ser uma boa mãe pra ele igual minha mãe foi comigo. Minha mãe falava assim: - Olha um dia filha, quando você crescer e casar você vai ser mãe, aí você vai saber o que é ser mãe. Por isso que muita coisa que a mãe da gente faz pra gente, na hora a gente não entende, mas depois a gente entende cada tapa que a gente tomou porque que foi. Eu entendo assim, né. Então agora eu sei o que é mãe.”

CATEGORIA 3G

Para a elaboração desta categoria participaram 04 gestantes (R07; R18; R46; R92).

DSC 3G – É COMUNICAR-SE COM O BEBÊ AINDA NO ÚTERO.

“Nossa! É o máximo! Nossa, é muito bom, não tem como explicar! Tipo, ele mexendo dentro de mim, é muito bom, é maravilhoso, bom demais. Acho que é a experiência melhor que eu tive até agora, assim, de mexer, tudo. Quando ontem aconteceu isso nem acreditei. Agora eu curto só a barriga, né? Ele mexendo... Eu brigo e falo: - Nenê obedece a mãe... né? Obedece a mãe filho, ajuda porque se você não colaborar com a mamãe, você vai demorar mais pra vir ao mundo e a mamãe vai sofrer mais. E parece que ele entende! Ele entende e colabora comigo, dentro da barriga ele já colabora. O bebê já tem tudo; a gente já comprou tudo, tá sendo uma expectativa assim. Não vejo a hora. Eu falo muito com ele, e ele me conhece, porque eu converso com ele, e ele mexe pra mim. Eu nunca pensei que era assim, só depois mesmo.”

CATEGORIA 3H

Para a elaboração desta categoria participaram 03 gestantes (R07; R22; R74).

DSC 3H – É UM PAPEL POSSÍVEL DE SER APRENDIDO E TREINADO.

“Assim, eu nunca fui mãe, mas eu sempre fui aquela tia coruja, né? Eu sempre fiz tudo pelos meus sobrinhos. Sempre dormiram comigo em casa. Quando eu tô na minha mãe, sobe todo mundo pra dormir lá. A gente sai junto, vai pra shopping. Sempre gostei de cuidar dos meus sobrinhos, né? Eu cuido do meu sobrinho como se fosse um filho meu, né? Então agora vou ter o meu.”

CATEGORIA 3I

Para a elaboração desta categoria participaram 05 gestantes (R24; R25; R56; R64; R85).

DSC 3I – É MUDAR DE PAPEL.

“Ah, ser mãe é tudo, né? É médica, psicóloga, é babá, sabe? E depois, é muito bom mesmo, porque a gente aprende de tudo com eles, cê vai aprendendo com as 'criança', né? Os filhos 'ensina' muito pra gente. A gente aprende muito, e cada um é uma experiência diferente. É bom até pra gente, porque a gente aprende a gente não sabe de nada. Quando a gente tem filho, a gente aprende com eles porque eu tenho um de 13 e depois tenho um de 4 e de 2. Então são cabeças totalmente diferentes. Eu já aprendi muita coisa. Cresci com o meu de 13 porque eu tinha 19 no primeiro parto, né? E agora que eu tô com 33, tô amadurecendo com os outros. E aprendendo também, né? Criança sempre ensina. Ainda mais depois ser mãe é mudar tudo, tem uma responsabilidade maior nossa! A sua vida muda completamente e isso te cria mais responsabilidade. Você esquece de você. Tudo é pro seu filho, tudo é seu filho, tudo é seu filho. Pra gente, nada, tudo pra ele, então a gente muda muito mesmo.”

CATEGORIA 3J

Para a elaboração desta categoria participaram 02 gestantes (R18; R66).

DSC 3J – É TER MEDO DO QUE POSSA ACONTECER COM O BEBÊ.

“É me dá medo, dá medo sim. Não do parto, nada disso, mas... é depois que nasce, né? Não sei como vai ser... pelo fato de ser de risco, né? A criança pode vir com algum 'problema'... e o único medo é esse. Só peço a Deus que venha com saúde, né? O desespero de achar que poderia perder também. Aí os 'médico' vem, conversa, explica tudo... Aí, agora, fazendo tudo direitinho pra ver se nasce tudo bem, sem problema.”

CATEGORIA 3K

Para a elaboração desta categoria participaram 12 gestantes (R19; R20; R35; R36; R38; R41; R47; R69; R73; R76; R86; R90).

DSC 3K – É MUITO BOM, MAS...

“Ah, muito bom, pra mim é uma vitória. Sempre tive vontade de ter um filho, de ser mãe, mas não agora assim, com essa idade. Se fosse pra 'mim' escolher, pra eu ter mesmo, queria esperar mais, assim, com 25 anos. Mas se veio agora, que venha com saúde. O que eu posso falar assim é que é bom é gostoso, mas assim, esse filho não veio planejado, né? Sou separada ainda, mas aí cê tem com que se distrair, cê tem seus 'filho', cê tem suas 'obrigação', tem uma coisa pra ocupar a mente. Eu gosto. Ah, é bom, mas dá 'muuita' dor de cabeça. Mas é bom. A gente tem que educar, tem que cuidar, mas é um pouquinho trabalhoso é uma luta, mas também tem as 'recompensa'. Vai dar trabalho, tudo, tem que saber que vai ter que ter mais responsabilidade, mas vai ser bom, é isso que eu acho.”

CATEGORIA 3L

Para a elaboração desta categoria participaram 14 gestantes (R07; R09; R10; R14; R17; R27; R54; R55; R57; R61; R83; R89; R93; R95).

DSC 3L – AINDA NÃO SEI.

“Eu não sei ainda como é ser mãe, mas eu acho que é uma coisa difícil, assim, que vai ser um pouco difícil, ainda eu vou descobrir como é ser mãe, assim... Não tenho a mínima noção. Ah, eu não sei. Tem horas assim que eu nem acredito que eu tô grávida, parece que é um sonho assim, a gente fica mais sentimental, qualquer coisa a gente chora. E é tão bom assim. A gente vê que a criança tá bem, tá mexendo, que tá correspondendo a gente. É, na minha cabeça ainda é meio confuso, né? Ainda não caiu a ficha que eu vou ser mãe. Às vezes, eu paro: -Poxa, eu tô grávida! Às vezes pode ter, assim, um momento assim, de dedicação pro meu filho... que não sou mais só eu, tem um alguém que vai precisar de mim também, né? Então... 'vamu' ver depois que nascer. Ah, é novo. Não vou dizer que ainda... caiu a ficha 100% que eu vou ser mãe. Tem hora que não dá pra acreditar ainda não. Por mais que o nenê mexa, tudo, eu sinta, tem hora que não dá pra acreditar, não. Acho que só o nenê nascendo pra saber. Ainda não sei dizer, não. Ai, é... é engraçado, porque eu sou nova, né? E eu nunca tive essa experiência. E até agora eu não... não caiu na real que eu sou mãe ainda. Acho que só quando ele nascer, quando eu pegar e amamentar, mesmo. Tá sendo assim, uma novidade ... Mas a gente ser mãe é diferente, é completamente diferente. Cê não sabe como que é, como vai ser, né? É muito diferente. É uma sensação boa. É ótima, né? Boa, não, ótima. Bom, eu tenho expectativa de que seja, assim, uma coisa maravilhosa. É um sonho ter um pinguinho de gente meu pra eu cuidar. Eu não sei, eu acho que é maravilhoso. Não dá nem pra descrever com detalhes, porque eu ainda não tenho a experiência. Mas o que eu espero é que seja uma experiência tanto boa pra mim, quanto pro bebê. Até agora ainda eu num sei como é ser mãe, eu tô começando a 'senti', a tá participando das 'coisa', vendo os 'bebê', vendo a... o atendimento das 'enfermeira' com a gente... Eu tô sentindo um pouquinho, já ser mãe.”

CATEGORIA 3M

Para a elaboração desta categoria participaram 05 gestantes (R04; R18; R24; R66; R68).

DSC 3M – É PADECER, É TER RESPONSABILIDADE, É SOFRER.

“Ah, eu acho que ser mãe é padecer no paraíso. No começo dá medo, tu tem medo da responsabilidade, tudo. É assustador porque, eu imagino, porque é muita responsabilidade. Não sei como vai ser, não sei a dificuldade, não trabalho, não sou registrada... Ele também não é registrado, entendeu? O apoio mesmo que eu tenho mesmo é da minha família. Eu não tenho tanto apoio dele. Então... pretendo crescer um pouco depois desta gravidez, né? Arrumar um serviço, né? Me dedicar mais a ela, porque... filho num é um boneco pra colocar no mundo não, não é brincadeira não ter filho. Muito ruim! Muito trabalho. Então, não tenho 'paciência'... Então, quer dizer, desde o meu primeiro filho eu quase afoguei o bichinho na banheira. Eu fui dar banho, deixei ele cair 'denda' banheira, mas... a gente segue em frente. Porque eu sou contra o aborto, né? Então, quando eu descobri que eu tava grávida, eu não tomei nenhum chá. Nenhuma das minhas 'gravidez', eu não tomei nada.”

Questão 4 – Agora vamos falar um pouco sobre esse filho que você está esperando. Fale um pouco sobre ele. O que você está sentindo?

Objetivo da pergunta: Essa pergunta visa saber as representações acerca desse filho, que está sendo gerado em uma gestação considerada de risco.

Foram encontrados 14 categorias/representações nos discursos:

A- Raiva, tristeza, preocupação por estar hospitalizada.
B- Feliz em ser mãe.
C- Preocupada devido a seus problemas de saúde.
D- Já interage com o bebê.
E- Agora está feliz, mas no início não queria a gravidez.
F- Sente culpa.
G- Ansiedade em conhecer o bebê.
H- Preocupação, responsabilidade em ser mãe.
I-Medo da perda e/ou medo de o bebê ter problemas de saúde.
J- Sente-se rejeitada pela família.
K- Sente dificuldade em aceitar ou tem rejeição pela gravidez.
L- Sente que essa criança vai compensar uma possível perda da filha doente que o marido tem
M-Feliz porque o tratamento está recuperando o bebê.
N- Gratidão a Deus.

CATEGORIA 4A

Para a elaboração desta categoria participaram 05 gestantes (R01; R06; R36; R37; R70).

DSC 4A – RAIVA, TRISTEZA, PREOCUPAÇÃO POR ESTAR HOSPITALIZADA.

“Eu fico com raiva por causa que eu me encontro 'dentro' de um hospital. Queria tá levando a gravidez até os 9 'mês' é trabalhando, como eu sempre fiz da minha vida até hoje. Só que... Não pela criança, pelo 'problema' de saúde. Ah, eu, assim... Eu fico triste por não poder tá em casa, né? Assim, porque eu queria tá com meu marido, cuidando dele, cuidando do meu filho, e não fica mais no hospital. Mas quanto a mim, assim, tudo bem, né? O importante é a saúde do bebê agora, né? Olha, pra ser sincera, no momento, eu não tô sentindo nada assim. Tô meio passada de tá no hospital, sabe? Tô sentindo saudade do meu filho que tá em casa. A gente tá aqui não é nada agradável. Mas, por ele eu faço qualquer coisa. Só não engravidaria de novo porque não tenho nem mais saúde, infelizmente. Tem hora que... No começo, quando eu vi que eu ia ter que ficar longe do Miguel, que a médica falou pra mim que provavelmente eu ficaria internada, não entrava na minha cabeça, eu achava que não ia valer a pena ficar longe dele pra ter o nenê. Agora, eu já sinto que meu problema não era com o bebê, meu problema é com os problemas que eu tô passando na gestação.”

CATEGORIA 4B

Para a elaboração desta categoria participaram 41 gestantes (R03; R11; R17; R19; R21; R14; R27; R29; R31; R32; R33; R35; R38; R39; R41; R42; R49; R50; R53; R57; R58; R59; R60; R61; R63; R64; R66; R67; R68; R69; R71; R74; R79; R88; R91; R95; R96; R97; R98; R99; R100).

DSC 4B – FELIZ EM SER MÃE.

“Ah, é difícil falar sobre isso, acho que to bem normal. Mas acho que é tudo de bom. Tô muito feliz. É o meu primeiro bebê. E eu acho que a partir do momento que a gente tá grávida, a gente já passa a amar ele, né? E aí já sinto um carinho, uma coisa tão gostosa, assim, uma emoção. Ainda mais quando ele mexe um carinho, um amor assim, que não dá pra explicar. Não dá! Então, como falei eu me sinto muito feliz por ele, é a coisa mais maravilhosa da face da Terra. Eu acho que não tenho assim, como descrever, falar como eu me sinto. Não tem mesmo. É uma felicidade por ser uma menina. Eu quis tanto uma menina, e depois de três 'menino' 'vir' uma menina. Eu tô muito feliz! E través dela... tô conseguindo muita coisa, através dessa gravidez. Então pra mim é uma vitória, né? Peço muito pra Deus, assim, que me dê um... um parto bom, né? Sem perigo nenhum, que corra tudo certo e que ela viva, cresça junto com meu outro filho, e que eu fico em paz com a minha família, né? Eu tô sentindo que... é uma coisa boa demais pra ser verdade. Porque eu tô em 38 anos, eu perdi a minha primeira filha, e agora to esperando de novo. Tô muito feliz, porque assim, a sensação do nenê mexendo... de saber que eu tô gerando uma vida... que ele vai sair daqui e vai ser alguém um dia, né? É maravilhoso, assim! Não vejo a hora de ver a carinha, sabe? Olha, prá ser sincera imagino que vai ser uma 'neguinha' bonitinha, o pai é 'negão', né? Então imagino que ela vai ser bonita, né? Linda. Apesar que nenhuma mãe acha o filho feio, por mais que seja, que nenhuma mãe fala, mas, acredito que... vai ser sim. É, acredito que sim, né? Mas, mesmo não sendo, do jeito que vim, do jeito que Deus 'mandá', vai ser bem vinda, bem aceita e se Deus quiser vai dar tudo certo. E o que eu tô sentindo mesmo é amor, carinho, né? Porque é um pedaço de mim, é meu sangue, né? Então é isso que eu tô sentindo, né?”

Não importa se a gente tem mais filhos, a mãe sempre fica feliz e vai cuidar igualzinho de todos, entendeu? É isso que eu tô sentindo.”

CATEGORIA 4C

Para a elaboração desta categoria participaram 10 gestantes (R04; R07; R26; R30; R47; R51; R53; R65; R68; R73).

DSC 4C – PREOCUPADA DEVIDO A SEUS PROBLEMAS DE SAUDE.

“Quando eu descobri que eu tava grávida, na hora tomei um susto, porque tava planejada a operação de varizes, e naquele momento a operação de varizes era muito importante. Também tava insegura com os 'problema' de saúde eu num tava pensando em ter filho naquele momento. Aí, fiquei meio assim, assustadinha. E o que me preocupa um pouco, é o lance da pressão arterial, assim, não tô muito preocupada porque eu tô sendo assistida, como eu falei, por uma das melhores maternidades, né? Ah, eu sinto uma emoção muito grande, ao mesmo tempo eu sinto muita preocupação, medo, por causa da gestação ser de alto risco. Quando eu tive a confirmação da gravidez fiquei muito preocupada, senti muito medo, pelo que eu passei na outra gestação. Tinha que fazer muitos exames, muitos! Muita injeção, muito exame de sangue por causa da diabete. Então eu acho que essa gravidez tá me trazendo muito mais preocupação do que as outras, eu já caí, já me hospitalizei porque caí e bati a barriga, entendeu? Aí eu venho fazer uma coisa aqui no ambulatório, eles me mandam pro ultra-som aí descobre alguma coisa, sempre tem alguma coisinha. Hoje eu descobri que eu tô com muito líquido. E também, tô com medo, porque os 'médico', 'ele' não explicaram direito, por que eu tô tendo esse 'problema', eu acho que nem eles 'mesmo' 'sabe'. Fala pra mim que é porque eu fumo, mas durante a gravidez eu reduzi bastante o cigarro, então não sei. Tenho medo de acontecer o que aconteceu na outra gravidez. Eu tive hemorragia, tive 'convunção', tive parada cardíaca. Então eu tô aqui, naquela aflição. Eu tenho medo, depois do nenê nasce, minha pressão ir lá em cima, porque da última, depois que a 'nenê' nasceu, minha pressão tava 24... E eu tô aqui sabe assim? Aí o medo e a preocupação, dessa gravidez é isso, porque eu não sei.”

CATEGORIA 4D

Para a elaboração desta categoria participaram 06 gestantes (R01; R04; R09; R18; R72; R80).

DSC 4D – JÁ INTERAGE COM O BEBÊ.

“Ah, eu tô me sentindo muito bem, né? Dá impressão que o bebê já me conhece e que eu já conheço ele. Às vezes eu fico conversando com a minha barriga, não sei se é homem, se é mulher, mas eu procuro ficar, assim, conversando pra ver se eu me acostumo com isso, ou se ele se adapta a mim também, né? tá sendo emocionante, né? Às vezes ele empurra o pé na costela, assim, daí vai tudo pra cima. Mas eu gosto. Eu gosto quando ele mexe. - Ai, eu falo, pára de bagunçar na minha barriga, tá doendo. Tô super feliz, converso com o nenê e ele sente... Quando eu e o meu marido a gente coloca a mão ele sente. Ele vai na mão que nem peixe no aquário. Ah, tá demais, se deixar, faço um ultra-som por semana. Então é muito amor, muito amor. É tanto que, pela minha barriga, assim, falo pra ele: - Amo muito, amo muito meu nenê. E assim quero passar pra ele o amor mesmo. Quando fica 'meio' 'queto', eu fico mandando ele reagir mais rápido. Ah, essas coisas, não tem explicação! É muito bom, né? É muito gostoso tô curtindo assim, eu tô apaixonada.”

CATEGORIA 4E

Para a elaboração desta categoria participaram 16 gestantes (R05; R15; R16; R20; R22; R 25; R34; R43; R47; R52; R75; 77; R84; R85; R86; R94).

DSC 4E – AGORA ESTÁ FELIZ, MAS NO INÍCIO NÃO QUERIA A GRAVIDEZ.

“No começo eu não queria mesmo, de jeito nenhum! Foi difícil entrar na minha cabeça que eu tava grávida. Acho que também foi difícil aceitar por causa da idade, do desgaste físico e psicológico. Mas depois começou a mexer, senti que o bebê não tinha culpa, né? Que se eu num quisesse tinha que se 'previni', mas já que fez... agora é 'cuidá'! Então agora eu tô feliz, acho ele só veio pra completar, pra fechar a família, né? Porque eu vou operar! Então eu tô muito feliz, por ele. E é uma sensação única, eu acho. É muito gostoso saber que tem uma vidinha crescendo dentro da gente, é muito bom, né? E... já gosto, né? Porque cê se apega né? Mesmo eu com isso tudo, me apego, né? É mãe, né? Fazer o quê? Tem que se apegar. Então é como eu falei, no começo, pra mim foi difícil uma criança agora, né? Não esperava mesmo. Mas assim, quando eu fiz o ultra-som, fiquei feliz em saber que era do sexo que eu queria, entendeu? Pra falar a verdade, eu tô doida que ele saia, esse é o meu ponto de vista. Não é rejeitando, mas só que aqui dentro ele só tá me fazendo mal. Depois que nascer ele vai ser bem mais bem-vindo, eu vou amar ele mais; adoro dar de mamá, vou aceitar mais do que agora, ele tando aqui dentro. Olha difícil prá mim foi dividir o amor que eu sentia por mim mesma, nem tanto pelas pessoas. Assim, eu sempre tive um amor, assim, muito por mim... Eu entrei em conflito com esse amor: eu e a minha gestação. Depois, quando começou a crescer, é um amor maior, pra mim agora é tudo.”

CATEGORIA 4F

Para a elaboração desta categoria participaram 03 gestantes (R12; R55; R87).

DSC 4F – SENTE CULPA.

“O que 'pesô' mais na consciência, foi quando eu fiz a ultra-som e o médico falou que o nenê podia nascer e morrer, porque não viu os rins, né? Porque não viu o liquido. Então tava perigoso eu não conseguir levar esta gestação pra frente. Eu ia perder a qualquer momento, o coraçãozinho do nenê podia parar a qualquer momento. Aí eu fiquei mesmo com consciência pesada. Mas, eu comecei a freqüentar a igreja, fiz campanha tudo. E graças a Deus eu tô chegando quase aos 7 meses e tá aqui, vivo! Agora, converso muito com ele, peço desculpa, assim, perdão pra ele se alguma vez ele se sentiu rejeitado. Então, minha cabeça deu aquela mudança radical, sabe? Aí eu comecei desejar, desejar, pedir a Deus, pois achei que era, talvez era o meu sentimento de não querer engravidar que possa ter causado isso, né? Correndo o risco de perder ele. É como falo, se tá aqui, Deus me deu, tenho que ter ele. E comecei desejar ele de uma forma que eu não tava desejando antes. Mas eu sempre rezo muito pra que essa criança venha no mundo com saúde, que não tenha problemas, que não sofra. Porque dói muito numa mãe ver o filho sofrer. E a melhor coisa do mundo pra uma mãe é ver um sorriso no rosto de uma criança. Então, eu espero, com fé em Deus, que 'nasce', e vai embora comigo.”

CATEGORIA 4G

Para a elaboração desta categoria participaram 14 gestantes (R02; R08; R17; R13; R33; R43; R45; R48; R56; R76; R81; R85; R90; R94).

DSC 4G – ANSIEDADE EM CONHECER O BEBÊ.

“Eu tô feliz de tá grávida, né? E muito ansiosa pra mim vê logo ele, né. Não vejo a hora dele nascer, por mim ele nascia hoje mesmo. Não vejo a hora de, saber se é menina ou menino, ver a carinha, se vai ser gordinho, se vai ser magrinho, moreninho, branquinho. Eu tô louca não vejo a hora de passar esses meis voando pra mim ver meu neném, de poder pegar. Ai, eu não sei se é porque vai nascer muito pequenininho, vai ser prematuro não vejo a hora de ver, de apertar, de cheirar. A gente vai ver sempre os 'recém-nascido', cê fica imaginando, como é que vai ser o rostinho, o narizinho, a boquinha, o pezinho. Então, ansiedade mesmo, de nascer logo. Eu falei pra minha mãe, no telefone, que eu tô contando os dias de chegar em casa, com esse nenê no colo de ver as 'coisinha' dele arrumada, sabe? O quarto dele arrumado, as 'coisa' dele tudo arrumada, não vejo a hora é aquela coisa de mãe mesmo, né?”

CATEGORIA 4H

Para a elaboração desta categoria participaram 05 gestantes (R07; R10; R14; R40; R92).

DSC 4H – PREOCUPAÇÃO, RESPONSABILIDADE EM SER MÃE.

“Nossa! É muito contraditório de repente. Porque é muito bom, cê fica eufórica, nossa, eu vou ter um filho, tudo de bom. Só que daí você pensa como que tá o mundo, você vai assistir a televisão, cê vê a situação de violência, cê fala: - Nossa, será que meu filho vai conseguir sobreviver nesse mundo? Será que eu vou ser uma boa mãe, de dar uma educação pra que ele não se envolva nestas coisas ruins que andam acontecendo? Ser mãe não é uma simples coisa, assim, passageira. É coisa durável, a 'criança' 'vai' depender de mim, né? Eu tenho medo de não poder estar lado a lado, entendeu? Porque é complicado criar uma criança, né? Sei lá, me preocupo com um monte de coisa, bem lá do futuro. Que eu fico pensando assim: faculdade, estudo, namoro. Tudo isso já bate, assim, e também o cuidado agora de comecinho. Eu tenho medo de não conseguir cuidar, mas tenho certeza que eu vou conseguir. Vou tentar educá-lo, vou tentar fazer o máximo por ele; pra que amanhã eu não me arrependa de nada, de que eu não dei uma boa educação, pra que ele não, no amanhã, quando já tiver uma certa idade ele me cobre: - Ah, você não fez nada por mim!”

CATEGORIA 4I

Para a elaboração desta categoria participaram 11 gestantes (R23; R24; R26; R28; R55; R67; R69; R78; R87; R89).

DSC 4I – MEDO DA PERDA E/OU MEDO DO BEBÊ TER PROBLEMAS DE SAÚDE.

“Olha, no momento, sinto um pouco de medo, entendeu? Aí eu vou falar assim, eu fico até emocionada, porque eu penso nele e eu penso também na situação que eu já vivi com outro neném, eu tenho medo de perder. E a minha preocupação maior é com o bem-estar dele, né? É muito triste a gente ter o amor e carinho pela gravidez e, no mesmo instante, saber que a criança não vai sobreviver, e como a bolsa rompeu ele tem pouco peso. E o médico, quando ele me internou, ele também não em enganou e já falou logo a verdade pra mim. Já falou tudo, que tinha de falar. E eu sei que ele tá sem líquido, então qualquer batida aqui pode bater diretamente nele que tá desprotegido. Então é essa preocupação, que ele pode morrer a qualquer momento; pode nascer a qualquer momento pois tem vários 'risco'. Se nascer agora, antes dos sete meses, ele tem 30% de chance de viver, se nascer, com nove meses, vai pra incubadora, vai ficar lá, e tá correndo muito risco, e não sabe as seqüelas que vai ficar, né? Quando não mexe, quando cê não sente movimento nenhum, cê já fica preocupada, por que será que não tá mexendo? Eu não quero, de forma alguma, prejudicar a criança por não ter me cuidado, por não ter tentado, por não ter lutado. Se for pra essa criança, infelizmente, algum problema, alguma complicação, não quero que seja por minha culpa, jamais.”

CATEGORIA 4J

Para a elaboração desta categoria houve a participação de 01 gestante (R44).

DSC 4J – SENTE-SE REJEITADA PELA FAMÍLIA.

“Oh, pra falar a verdade, pela situação que eu vinha passando em casa, meus filhos não aceitaram a minha gravidez. Eu tenho um filho de 21 anos que não fala mais comigo, ele me rejeitou, até hoje ele não fala comigo. Tenho duas 'filha', uma de dez e uma de onze anos, e elas também ficaram meio assim diferente, né? Não sei se é ciúmes ou o que é. Então eu piorei mais a situação na minha casa. Eu achava que eu ia conseguir melhorar as coisas mas te difícil.”

CATEGORIA 4K

Para a elaboração desta categoria participaram 06 gestantes (R12; R25; R31; R57; R62; R87).

DSC 4K – SENTE DIFICULDADE EM ACEITAR OU TEM REJEIÇÃO PELA GRAVIDEZ.

“Olha, sinceramente, até agora eu não consegui sentir nem um pouco de alegria, em prol desse monte de aborrecimento que eu tô tendo. Por conta do pai da criança, o pai não querer saber, ele é casado, pai de 3 'filho', eu não queria mesmo. Eu pensei até em fazer um aborto, mas como eu tinha acabado de perder um, eu peguei e desisti, já que tá aqui 'vamu' cuidar, né? Se Deus deu, vamos cuidar... Então, tô sentindo muita carência porque eu não tô com o pai do meu bebê. Foi um negócio que a gente era... eu não sei se a gente era namorado. Aí, a gente terminou e nessas de sair de vez em quando eu acabei engravidando. Já passei maus bocados pra caramba. Assim, eu já passei por um monte de coisa muito constrangedora e chata, já chorei bastante... já sofri muito. Assim, não sinto muita coisa não nessa gravidez, tá sendo muito difícil e rejeitei muito mesmo, e tô assim preocupada, pra quando esse nenê crescer, e for perguntar pelo pai.”

CATEGORIA 4L

Para a elaboração desta categoria houve a participação de 01 gestante (R82).

DSC 4L – SENTE QUE ESSA CRIANÇA VAI COMPENSAR UMA POSSÍVEL PERDA DA FILHA DOENTE QUE O MARIDO TEM.

“Pra mim a bebê é a esperança que eu tava esperando há muito tempo, e vai ser uma vitória pra mim, porque meu marido é louco pra ter outra menina. Ele tem uma criança que tem doença de câncer, e ela tá desenganada dos 'médico'. Quando ele soube da doença da filha eu descobri que tava grávida. Então tá sendo uma vitória.”

CATEGORIA 4M

Para a elaboração desta categoria participaram 03 gestantes (R08; R28; R83).

DSC 4M – FELIZ PORQUE O TRATAMENTO ESTÁ RECUPERANDO O BEBÊ.

“Hoje eu to feliz, feliz por saber que o bebê tá bem, que tá com saúde. Porque aqui, eu fazendo o tratamento, ele tá melhorando cada dia mais, né? Então, só felicidade, mesmo. E ainda não perdi a esperança, porque a esperança é a última que morre.”

CATEGORIA 4N

Para a elaboração desta categoria participaram 03 gestantes (R46; R54; R79).

DSC 4N – GRATIDÃO A DEUS.

“Ah! É uma benção, tenho que agradecer a Deus. Chegou pra alegrar a família inteira, não só eu como meu esposo, mas como os avós, os tios. Eu vejo como uma benção na minha vida assim. É uma coisa especial a dificuldade de eu tá conseguindo ficar com ele. A gestação tá agüentando, eu já tô de seis meses. Pra mim é um bebê muito especial. Foi por Deus mesmo que hoje eu tô aqui. Então, tenho que agradecer a Deus porque se Deus permitir é porque Deus sabe da minha capacidade.”

Questão 5 – Fale para mim, como está sendo para você estar no hospital por causa desta gravidez?

Objetivo da pergunta: Essa pergunta tem como objetivo verificar como as gestantes enfrentam a hospitalização.

Foram encontradas 02 categorias/representações nos discursos:

A- Hospitalização como experiência difícil.

B- Hospitalização como experiência positiva pelos cuidados recebidos.

CATEGORIA 5A

Para a elaboração desta categoria participaram 88 gestantes (R01; R02; R03; R04; R06; R08; R09; R12; R13; R14; R15; R16; R17; R18; R19; R20; R21; R22; R23; R24; R25; R26; R27; R28; R29; R31; R32; R33; R34; R35; R37; R38; R39; R40; R41; R42; R43; R44; R45; R46; R47; R49; R50; R51; R52; R53; R54; R55; R57; R58; R59; R60; R61; R62; R63; R64; R65; R66; R67; R68; R69; R70; R71; R72; R73; R75; R76; R77; R78; R80; R81; R82; R83; R84; R85; R86; R87; R88; R89; R91; R92; R93; R94; R96; R97; R98; R99; R100).

DSC 5A – HOSPITALIZAÇÃO COMO EXPERIÊNCIA DIFÍCIL.

DSC A1 (sente-se presa, internada)

“Ai, que a situação é difícil! Por tá dentro de um hospital por causa desta gravidez; então, vem um pouco de preocupação. Fico meio agitada, nervosa. De repente choro, vem dor. Principalmente porque a gente fica sem ocupação nenhuma, né? Quer dizer, a gente não tem ocupação nenhuma, então isso acaba deixando as mulheres mais ansiosas. Porque cê fica parada, só pensando no problema. Com certeza deve ter um monte de mulher que não acha isso. Mas eu, particularmente, eu acho que se tivesse uma ocupação, acho que as mulheres aceitariam melhor essa dificuldade de tá preso aqui dentro, né? Porque o problema fica muito mais sério do que na verdade ele é, porque você põe isso na cabeça e fica martelando o tempo todo. Porque é a única coisa que é conversada, né? O problema. Que a gente fica sem fazer nada, né? Fica estressante. Ai, o dia não passa! Dá uma agonia... de eu não poder ter o livre arbítrio sobre a minha vida, vamos dizer assim, por quê? -Ah, você pode ir embora, mas se você for embora vai ser feito isso, isso, isso, isso e pode acarretar nisso, nisso e nisso. Tem hora que dá vontade de sair correndo. Porque é ruim ficar aqui, num lugar trancado; não conhece ninguém, né? ...”

DSC A2 (longe da família e dos filhos)

“Muito difícil. Porque a gente tá aqui, aí a gente fica pensando em casa, mas igual falei: -- Tem que ficar, né? Porque não adianta ficar preocupada com os 2 que tá lá, tem que ficar preocupada com esse aqui que tá aqui também. Então eu tenho que ficar, né? Pra saúde do meu filho, eu tenho que ter paciência e ficar aqui.”

DSC A3 (mas necessário/ importante para a saúde da mãe/ criança ou ambos)

“Tá bem difícil, mas é pro bem do meu bebê. Aí da pra agüentar. Aí eu penso muito nele, né? Não penso nem em mim, eu penso nele, porque 'tando' aqui eu sei que eu tô com mais cuidado. Os 'médico' tá sempre cuidando de mim, então eu fico mais tranqüila. Mas não é fácil ficar 'dento' de um hospital não. Como eu sei que é pro meu bem e pro bem do bebê, é assim, eu tento fazer o máximo. O que os profissionais, os 'médico' pede, os 'enfermeiro', eu concordo com tudo ainda mais sabendo que ele pode nascer prematuro, que ele corre risco. Então eu tenho que continuar, até o término.”

CATEGORIA 5B

Para a elaboração desta categoria participaram 12 gestantes (R05; R07; R08; R10; R30; R36; R48; R56; R74; R79; R90; R95).

DSC 5B – HOSPITALIZAÇÃO COMO EXPERIÊNCIA POSITIVA PELOS CUIDADOS RECEBIDOS.

“Ah, até que tá sendo tranqüilo, né? Se eu tivesse na minha casa, com certeza eu já tava com conseqüências maiores de saúde. E aqui dentro a gente é tão bem aceita, respeitada por todos com um carinho enorme. Prefiro ficar aqui, porque eu tô vendo que eu tô tendo todo cuidado, a gente tá sendo cuidado direitinho. Dá vontade de ir embora. Mas eu penso primeiro no meu filho, em fazer com que ele nasça perfeito, sem nada, pra mim, o mais importante é ele tá bem. Ai, eu tenho uma esperança maior, não tô estressada, nem ansiosa. Eu tô bem tranqüila.”

Questão 6 – Quais são seus medos em relação a esta gestação?

Objetivo da pergunta: Essa pergunta visa avaliar medos e receios da gestante em relação à gestação por ser considerada de risco.

Foram encontrados 12 categorias/representações nos discursos:

A- Medo de morrer.
B- Medo de perder o bebê (medo que ele morra).
C- Medo que o nenê nasça prematuro e/ou do que possa acontecer com o nenê devido à prematuridade.
D- Medo que o bebê nasça com problemas e/ou com má formação.
E- Medo em decorrência de ser mãe idosa.
F- Devido à equipe e/ou outros fatores não tem medo.
G- Medo da hora do parto.
H- Medo de ela e o bebê terem complicações.
I-Medo do que vem pela frente (futuro próximo e/ou medo generalizado).
J- Insegurança em relação à função materna.
K- Tem medo em decorrência da(s) doença(s) que tem.
L- Medo da ausência paterna.

CATEGORIA 6A

Para a elaboração desta categoria participaram 06 gestantes (R14; R28; R34; R38; R73; R91).

DSC 6A – MEDO DE MORRER.

“Meu medo? Ah, o meu medo é que eu também corro risco, que aconteça alguma coisa comigo, algum 'problema' na pressão, subir, sabe? Assim, de eu chegar a falecer, sei lá, 'deu' morrer, e largar ele aí, que eu tenho um filho ainda pra terminar de criar. Então eu tenho medo de não ver o filho crescer, não ver ele chamando você de mãe. O medo é esse, entendeu? - Tenho medo 'deu' morrer e ele ficar sozinho, sem ter quem cuidar dele. Minha preocupação é essa. Mas eu sei também que, se for da vontade de Deus, ele vai ser bem cuidado.”

CATEGORIA 6B

Para a elaboração desta categoria participaram 21 gestantes (R12; R18; R19; R23; R24; R32; R33; R37; R40; R41; R43; R45; R55; R60; R61; R65; R75; R83; R88; R94; R99).

DSC 6B – MEDO DE PERDER O BEBÊ (MEDO QUE ELE MORRA).

“Medo? Eu acho, deu perder o nenê. Desde o começo eu tenho medo de perder. Chegar até o fim e perder, de acontecer alguma coisa com ele. Ah, agora que eu tô tendo medo, que eu tô descobrindo a realidade. Eu já perdi um, então você fica 'meia' assim... sei lá, posso perder meu filho, ele pode morrer. Então a gente fica, a bem dizer, 9 meses com o neném na barriga, e quando chega na última etapa, Deus me livre, acontece alguma coisa. Esses 'dia' uma amiga minha, ela levou a gestação até o final, aí no último ultra-som dela, ela descobriu que o bebe tava morto. Eu tenho medo, assim, sabe? Quando eu sinto que ela tá 'quetinha' eu tento estimular pra ela mexer, porque eu fiquei assim, meio impressionada. Eu já fiz tudo: já fiz o enxoval, o quartinho. Tá tudo pronto. Então meu medo é só de perder ele. Enquanto não pegar e levar pra casa, nossa, você não fica despreocupada. Não quero nem pensar em perder! Sinto muito medo da perda. A perda é um sentimento assim, que tá apegado e você vê que nasce e Deus o livre alguém chegar e tirar 'da' suas mãos. Então o único risco é ele não suportar, de ter ele e ele não poder sobreviver, por ser uma gestação de risco. A gente pega tanto amor! Depois, se acontecer alguma coisa a gente fica deprimida. Meu medo é essa batalha toda que eu tô passando, ficando internada. E depois que nasce Deus 'levá'. É esse meu medo.”

CATEGORIA 6C

Para a elaboração desta categoria participaram 15 gestantes (R06; R08; R09; R10; R18; R20; R36; R37; R52; R59; R63; R67; R69; R71; R85).

DSC 6C – MEDO QUE O NENÊ NASÇA PREMATURO E/OU DO QUE POSSA ACONTECER COM O NENÊ DEVIDO À PREMATURIDADE.

“Ah, eu tinha muito medo que nascesse pré-maturo, de não conseguir segurar ate os 9 meses. Se ele nasce antes, se nasce prematuro, como tá sendo ameaça, nasce fraquinho e ter que ficar aqui no hospital. Então, meu medo é esse, ter 'poblema' de saúde. É, eu tenho medo de ganhar agora, com 7 meses, tenho medo de não conseguir segurar. Dele nascer e ficar na incubadora. Tem criança que chega a ficar até na UTI: ai, não queria! Queria que desse pra segurar mesmo. Só que, também, eu tô ainda de sete 'mês'. Pra mim ficar aqui até os nove, eu acho que vai ser o fim do mundo. Vai ser muito estressante. Também, às vezes eu ficava preocupada 'dele', talvez, não conseguir sobreviver, pegar alguma infecção, sabe? Aí, isso eu fiquei muito preocupada, da criança ficar doente, porque é uma criança prematura, e se acontecer dela nascer vai ser uma catástrofe. Porque o pulmãozinho tá formado, mas não tá ainda preparado pra receber, vai ficar incubada e num é bom pro bebê. Corre risco... E então, eu assustei muito.”

CATEGORIA 6D

Para a elaboração desta categoria participaram 22 gestantes (R09; R23; R24; R25; R26; R29; R30; R31; R39; R41; R42; R43; R67; R76; R90; R93; R94; R95; R96; R97; R98; R100).

DSC 6D – MEDO QUE O BEBÊ NASÇA COM PROBLEMAS E/OU COM MÁ FORMAÇÃO.

“Ah, eu tenho medo que aconteça alguma coisa de ruim pro meu filho. Eu acho que toda mãe tem esse pensamento, de alguma má formação. O pior é isso: quando você descobre que você tem uma coisa que é irreversível, durante a gravidez, ou que você precisa optar por um aborto, ou por uma má formação. Porque aqui tem, né? Eu tô vendo casos e casos. Então o meu medo maior agora é do que pode vir se vai haver alguma seqüela pro meu bebê ou que fica faltando algum membro. Má formação entendeu? Esse é o maior medo, eu acho de toda a mãe. Se eu tivesse certeza de 100% que não fosse nascer bem e fosse morrer algo parecido, eu preferia interromper, né?, mas 'vamo' ver até onde vai, né?”

Outra coisa, eu tenho medo é da minha irresponsabilidade fazer mal pro nenê. Então, às vezes, quando eu acho que passei do limite, eu me sinto culpada. E tenho medo, né? Porque ele é tão inocente, e eu, a gente por ser irresponsável, acaba prejudicando. Também sei lá, eu tenho medo dele nascer pequenininho, e de ter pouco peso, de nascer com o mesmo problema que nasceu o meu primeiro. Que ele foi prematuro nasceu com insuficiência respiratória. Então, por ser de oito meses também, eu tenho medo disso, de nascer com o mesmo problema. Também eu tenho medo que aconteça de ele nascer com diabetes, ou que desenvolva diabetes futuramente. É uma das minhas preocupações. Eu sei que possivelmente ele não terá, mas é o medo que eu tenho. Ele pode também, sei lá, nascer com 'poblema ou ele nascer com alguma doença. E daí, pode ser até pra vida toda. Eu também tenho medo do neném nascer, Deus o livre, e precisar ficar na UTI, ou precisar de medicação, alguma coisa assim. Então eu tenho esses medos aí.”

CATEGORIA 6E

Para a elaboração desta categoria participaram 03 gestantes (R07; R70; R84).

DSC 6E – MEDO EM DECORRÊNCIA DE SER MÃE IDOSA.

“O meu medo seria pela minha idade (40 anos), mas a maternidade já passou esta tranqüilidade pra mim, que num tem isso, que não tem idade pra ter algum 'probrema'. Como eu descobri já de sete meses, então eu tenho medo que a criança nasça com algum 'pobrema', mais sério, devido a minha idade. Tem coisas que no ultra-som, os médicos, eles não podem ver, né e tem coisa que eles podem ver no ultra-som. Tem outras, tipo, alguma doença, que não dá pra ver. Então, o medo é esse, né? Mas no começo da gravidez eu tinha mais medo: medo da idade.”

CATEGORIA 6F

Para a elaboração desta categoria participaram 11 gestantes (R02; R03; R04; R05; R10; R11; R13; R21; R27; R79; R84)

DSC 6F – DEVIDO À EQUIPE E/OU OUTROS FATORES NÃO TEM MEDOS

“Meus medo, pra falar a verdade, já passou um pouco. Porque já tá fora de perigo. Se ele quiser nascer, então ele já pode nascer. Então medo, medo assim eu não tenho. Só pensar que tudo dá certo. Eu não tô com esse medo porque aqui eu já conheço um pouco do profissionalismo dos profissionais. Eles têm me passado muita confiança. Então a gente fica com um pouco de medo mas... confiante, né? Eu sei que, se Deus quiser não vai acontecer nada. Então não tenho medos, assim, nenhum especificamente. Ainda mais agora, como tá tudo no controle então eu tô mais despreocupada. Não tô mais preocupada como eu tava antes Eu acredito que vai dar tudo certo no final.”

CATEGORIA 6G

Para a elaboração desta categoria participaram 17 gestantes (R01; R16; R22; R31; R35; R39; R46; R50; R56; R57; R59; R64; R71; R72; R80; R82; R86).

DSC 6G – MEDO DA HORA DO PARTO.

“Na verdade o meu medo é o parto. Fico pensando na cesariana, que é muito complicado e minha gravidez é e alto risco. Sempre fui hipertensa, e agora, com diabetes... Queira ou não queira, é uma cesariana, é uma cirurgia. Então a gente tem aquele pé atrás um pouquinho. E um pouquinho da anestesia, que eu tenho medo. Que ela sempre deixa um pouquinho de seqüelas, né? Também, sei lá, que eu tenho medo da dor, do corte sabe? Morro de medo disso. Também tenho medo do parto normal, porque tem aquele cortinho. Então, tudo que é relacionado a cortes, tremo de medo. Meu medo é só de eu sofrer muito. Todo dia eu peço ao bebê: pelo amor de Deus, não deixa a mamãe sofrer, não. Na hora que você tiver de vir ao mundo, que der a dor que tem que dar e você nasça logo. É só o que eu peço, pra não me judiar. Nada mais. Também tenho medo de na hora do parto, não dar certo. Porque uns 'fala' que vai cesárea, outros parto normal. Ninguém sabe como vai ser. E eu tô vendo a minha pressão subir, assim como subiu na hora do parto, quase morro. E eu tô preocupada nesse hospital. Pelo que eu já conversei com os médicos, eles vão tentar ter normal e isso tá me preocupando. Além disso, vou te falar do medo que eu tive hoje: do cordão umbilical. Acredita que eu tive um medo que enrosca e que vão induzir. Também eu penso: se não tiver virado? E se o cordão virar? Se eles induzir o parto? Daí fiquei imaginando isso, da criança 'nascesse' chorando. Outra coisa, ela pode na hora ela 'virá', tipo assim, na hora de nascer. Porque tem 'vez' que eles tã na posição, aí na hora que vai sair a criança senta. Aí você tá lá toda preparada pra ter um parto normal e eles vão e 'faz' uma cesárea do nada, correndo. O tal do Eclamps também por causa da pressão alta, eu tenho medo dos 'risco', do que pode acontecer na hora, né? Também tenho medo do médico esquecer alguma coisa dentro de mim. Mas eu tô pedindo a Deus, assim, que eu vou trabalhar o psicológico pra futuramente, quando for pra ter, sumir esse medo. Deus

dá coragem, né? Assim como eu tive, de enfrentar essa gravidez, vou ter coragem pra ter também.”

CATEGORIA 6H

Para a elaboração desta categoria participaram 05 gestantes (R14; R44; R51; R64; R74).

DSC 6H – MEDO DE ELA E O BEBÊ TEREM COMPLICAÇÕES.

“Medo de 'problema' com ele e pra mim. Ele morrer ou eu morrer. O meu medo realmente é esse, minha preocupação é só essa, com o nenê e comigo. Também ficar internada é terrível. Não pelo hospital, que é ótimo, muito bom, a gente é super bem atendida aqui, mas não é bom porque cada pessoa fala uma coisa, que é perigoso a criança nascer com problema, que é perigoso eu também ter algum problema. Outra coisa é que a gente tem um certo medo assim, porque os 'médico' eles 'fala' muito em código. Então a gente tem medo assim, da gente tá com uma doença grave ou a criança tá com uma doença grave e eles não falam. Mas acho que é a linguagem deles mesmo, né? É normal, se fosse alguma coisa que tivesse acontecendo, eu tava sabendo, né? Então os meus maiores 'medo' é esse aí: ou eu ou ele morrer.”

CATEGORIA 6I

Para a elaboração desta categoria participaram 07 gestantes (R15; R17; R826; R62; R66; R78; R96).

DSC 6I – MEDO DO QUE VEM PELA FRENTE (FUTURO PRÓXIMO E/OU MEDO GENERALIZADO).

“Medo? Do que ainda pode vir. Sei lá, um pouco de medo de acontecer alguma coisa, alguma coisa ruim. É um medo que vem assim, de repente. São tantas 'coisa' que passa pela cabeça! Muitas coisas, assim, que eu fico com medo que possa acontecer, né? Além da necessidade, que nem eu disse, não tô trabalhando, e tudo é deficiência. Eu fumo cigarro. Já tentei parar, não consigo. É mais isso, deficiência, dificuldade. Deus prepara tudo, mas, assim, no lado da deficiência é o medo maior que eu tenho. E a seqüela? A gestação eu não tô com medo, assim, porque eu tô bem assessorada aqui. Mas a seqüela, o que vai ser mais pra frente, como é que ele vai nascer, será ele vai conseguir? Depois que ele sair daqui, ele vai conseguir andar sozinho, que aqui já tá difícil, dentro de mim, imagine ele sozinho. Então, dá tudo medo, muito medo do que vem pela frente. Só que daí, Deus dá uma força pra 'nóis' que anima um 'poquinho' e a gente esquece um 'poquinho' desse medo, dessa angustia, desse desespero, do que pode acontecer. E os 'médico' também, tá sempre passando tranqüilidade, deixa a gente mais calma. Dizem que é pra gente ficar calma, num se preocupar. Eles falam que tá tudo bem, que é só esperar um pouquinho.”

CATEGORIA 6J

Para a elaboração desta categoria participaram 04 gestantes (R20; R58; R77; R84).

DSC 6J – INSEGURANÇA EM RELAÇÃO À FUNÇÃO MATERNA.

“Meus medos? Deixa eu ver. Tenho tantos... Ah, o meu medo é eu num saber educar direito, porque agora tá tão difícil! Eu também tô em dúvida, assim, na hora de meu filho nascer, como que ele vai nascer, como será, como que vai ser meu aceiteamento. Outra preocupação é que depois que eu tenha, a diabete continue. Eu tenho muito medo, assim, dela continuar, e eu ter que ficar na mesma coisa: em tratamento. Aí não vou poder cuidar do neném direito, depois que nascer. Então, tenho medo de não conseguir, medo de não ser aquela mãe que a gente espera tanto.”

CATEGORIA 6K

Para a elaboração desta categoria participaram 15 gestantes (R02; R04; R21; R25; R47; R48; R49; R53; R54; R68; R81; R86; R87; R89; R92).

DSC 6K – TEM MEDO EM DECORRÊNCIA DA(S) DOENÇA(S) QUE TEM.

“Medos? Porque assim, na minha família a gente tem histórico de gente com pré-eclâmpsia. Então eu tô na expectativa deles por causa que tão desconfiado que eu tô com pré-eclâmpsia. A semana retrasada eu tive começo de pré-eclâmpsia. Então fiquei um pouco assustada. Mas o médico falou que não, que eu me tranqüilizasse. Mas o meu medo era só esse mesmo. Então dependendo desse exame que eu tô fazendo agora, eu tô na expectativa que se não der normal, como tem que dar, eles querer tirar a criança antes.”

Hipertensão

“Parece que a gente fica mais frágil quando a gente tá grávida. A gente tem medo de tudo do que possa acontecer, apesar que eu estou sabendo que meu bebe tá muito bem, só a minha pressão que tá um pouco alta. Assim, quando eu soube da pressão, o que causava, tive medo, que é (gravidez) de alto risco, né? Mas se Deus quiser vai 'dá' tudo certo. Que eu tô te falando, porque eu passei por isso duas vezes e eu tava bem. O médico falou: --Mãe, até sexta-feira, sentindo dor ou não, você procura a maternidade, o médico do posto só falou isso pra mim. Fui pra casa. Quando foi na quinta-feira à noite eu senti uma dor enorme na barriga. Quando eu cheguei na maternidade, o médico na hora fez o exame em mim e falou: --Sua filha tá morta. A 'pois' depois de quatro anos, engravidado de novo, na trigésima sexta semana acontece isso de novo. A garantia que eu tenho, hoje, de tá aqui é que aqui eu tô tendo um bom acompanhamento, eles escutam o coração da neném todo dia, medem minha pressão várias vezes durante o dia, eu estou tomando remédio, eu estou tendo repouso absoluto, porque minha pressão, eu não tenho sintoma; e quando ela vai ficar alta, ela é tipo um gigante adormecido. E hoje eu penso que se eu perder essa

minha filha, acho que a minha vida não vai ter mais sentido, porque eu acho que das minhas filhas (as que morreram) foi negligência. Se eu tivesse num lugar como aqui, elas não teriam morrido. Então hoje eu tô aqui, tô tranqüila e eu tenho muita esperança, assim, que Deus vai permitir que minha filha vai nascer viva e que eu vou ficar bem.”

Diabetes

“Eu tenho diabete. O medo que eu tenho é essa diabete que eu tô com ela. Então o meu maior medo é a saúde da criança. Ela nascer com alguma deformação física, alguma deformação mental, ou de repente ela nascer e não sobreviver. Como estava meia descompensada, esse que é o medo que eu tenho. Porque o médico falava muito que uma mãe, uma gestante tendo diabete é perigoso o nenê 'morre' dentro da barriga, ou ela ter algum problema por causa da falta de ar. Porque o problema da diabete mais é 'pro' bebê do que pra mãe, porque a mesma via que passa a glicose, passa o oxigênio, se tiver muita glicose, não passa o oxigênio e a criança fica sem o oxigênio e pode morrer, pode dar uma disfunção no cérebro, pode dar vários problemas. Então eu tenho medo do mal que a diabetes pode tá fazendo pra minha filha. Também, de perder o nenê e de eu não conseguir controlar a própria diabete, e eu acabar perdendo o nenê por causa disso. Por isso que eu aceitei ficar aqui, por causa do medo, mesmo com vontade de ir embora, mesmo com vontade de tá em casa com o meu outro filho, mesmo com a vontade que eu tô de seguir a minhas 'coisa', a minha vida, cuidar da minhas 'coisa', eu tenho que cuidar dela, eu tenho que pensar nela, porque por uma bobagem eu posso perder ela ou então eu mudar totalmente a vida dela. No começo, assim que eu descobri, eu tinha muito medo do bebê nascer com problema, porque eu fui fazer o pré-natal e aí uma enfermeira lá do ambulatório falou pra mim que meu bebê poderia nascer sem a cabeça, sem o braço, aí eu fiquei assim, 'meia' pra baixo, mas a médica falou pra mim: --Vai do tratamento de cada mãe, porque se a mãe deixar 'relaxo' assim, não se cuidar, não ir fazer pré-natal, a tendência é ter isso, mas como você tá começando o pré-natal desde o começo, tá se cuidando, toma insulina, não tem porque acontecer isso. Lógico, todo mundo tem um risco de acontecer, né? Mas são poucas chances.

No começo toda mãe quer saber se é perfeitinho, se não é; se tem cinco dedinhos, se não tem. Depois que você faz vários ultra-sons, você acaba descobrindo que pelo menos essa parte tá boa, né? Daí só é a expectativa de ficar esperando, quando vai nascer, se vai ter algum 'problema' ou não. São todos esses medos que eu tenho porque são riscos que eu corro, pelo fator de ter o diabetes, essa patologia; porque já é difícil cuidar de um filho que nasce totalmente perfeito, que dirá de uma criança que tem alguma limitação, algum problema diferente. Agora, tanto se nascer normal, quanto se nascer com alguma diferença, com algum problema, vai ser muito bem aceito, sem problema algum. Mas se Deus quiser, vai correr tudo bem.”

DSTs

“Medo de descobrir que tem alguma doença sexualmente transmissível, na gravidez. Porque tem exames que a gente só faz quando o médico pede e quando a gente tá grávida, por exemplo, a AIDS, herpes, essas hepatite. Você, normalmente não vai chegar no Posto e falar: - Ah, eu quero fazer um exame de... Se você tá bem, não vai de jeito nenhum, né? Ainda mais que eu tenho quinze anos que eu tô junto com ele. Eu não vou chegar e falar: - Ah, eu tô desconfiada do meu marido, vou fazer um exame de AIDS.”

CATEGORIA 6L

Para a elaboração desta categoria houve a participação de 01 gestante (R66).

DSC 6L – MEDO DA AUSÊNCIA PATERNA.

“Medo da (falta) de atenção do pai da criança, entendeu? Porque eu sinto que não vai ser um pai presente. Já tem até um filho, mas não comigo, com outra pessoa. É tudo isso. Pelo menos o amor de mãe é um só; o pai se quiser, bem, se não quiser, amém.”

Questão 7 – Como o seu companheiro está encarando esta gestação?

Objetivo da pergunta: Esta pergunta visa saber como estão as relações conjugais com a gestação de risco e hospitalização e qual o nível de apoio recebido pela gestante por parte desse marido.

Foram encontradas 10 categorias/representações nos discursos:

A- Feliz devido ao sexo do bebê que vai chegar.
B- Feliz com a gravidez.
C- Está feliz, mas...
D- Está estressado com a ausência da companheira e com a sobrecarga de tarefas.
E- Está preocupado/desesperado com a gravidez de risco/saúde.
F- Não se preocupa porque...
G- Ele não queria/não assumiu a gravidez
H- Apesar de inicialmente não aceitar, está agora muito envolvido com a gravidez.
I- Não respondeu.
J- Está dando apoio/força.

CATEGORIA 7A

Para a elaboração desta categoria participaram 10 gestantes (R01; R19; R35; R40; R45; R47; R50; R68; R79; R84).

DSC 7A – FELIZ DEVIDO AO SEXO DO BEBÊ QUE VAI CHEGAR.

“Não tem como falar da felicidade dele, ele tá amando, tá adorando, né? Porque era o sonho da vida dele ter uma filha. Então, ele tá muito mais feliz que eu, eu acho é o que ele mais 'qué': é essa menina, essa filha e não vê a hora da menina 'nascê' e poder pegar a filha dele e saí apresentando pra todo mundo. Ta numa alegria danada! Porque ele toda vida quis uma filha. Aí agora, quando eu fiz ultra-som aqui e deu pra ver que era menina, nossa, o sorriso dele! Falou tanto que era menina, que agora é menina. E tá muito contente também, claro, pela bebê. O tempo inteiro do meu lado, o tempo inteiro do lado da neném. Nem nasceu, mas já é aquele pai que a gente vê que vai babar até. Ele fala: ai minha menina, eu quero comprar não sei o que pra minha menina, chega em casa com macacão rosa, com as 'coisa'. Ele tá todo empolgado de ter, morre de ciúmes e tá todo bobo. Não tem como não gostar, né? Ainda mais por ser menina, né. Porque ele tinha vontade que eu engravidasse de uma filha mulher, desde a primeira gestação.”

CATEGORIA 7B

Para a elaboração desta categoria participaram 29 gestantes (R03; R07; R09; R16; R27; R29; R30; R31; R32; R36; R42; R44; R46; R48; R49; R56; R62; R63; R64; R65; R70; R74; R80; R81; R86; R91; R92; R95; R98).

DSC 7B – FELIZ COM A GRAVIDEZ.

“Ah! Nossa, ele tá encantado! Ele se sente mais bobo do que eu, tá muito feliz. Tá numa babação! Uma coisa louca, pai coruja demais. Todo lugar que eu vou, ele vai atrás. Acho que ele queria muito ser pai. Ele tá muito feliz e todo empolgado, também porque faz tempo que a gente tá junto e só agora apareceu. Tá muito dedicado, compreensivo. Ele vem me visitar em todas as visitas, a gente conversa e tudo o mais. Ele me surpreende cada vez mais, porque pra mim eu achava que ele ia ser um pouco, não tão atencioso, mas ele tá sendo super bem atencioso, tá sempre comigo. Ele me vive fazendo feliz! Então, eu não tenho o que reclamar dele. Pra ele o nenê é tudo, e eu também, 'samos' a família dele. Tenho certeza que ele vai ser um ótimo pai... Nossa! Pra ele tá... sendo novidade.”

CATEGORIA 7C

Para a elaboração desta categoria participaram 21 gestantes (R04; R05; R06; R08; R11; R22; R23; R33; R39; R53; R54; R59; R60; R67; R72; R73; R76; R77; R82; R93; R94).

DSC 7C – ESTÁ FELIZ, MAS...

“Ele tá muito feliz, desde o começo!! Tá, porque ele quer muito. Como todos 'tamos'. Tá 'loco' pra sabe o quê que é: se é menino ou menina. Ele tá bem, mas tá apreensivo também porque ele fica um pouco inseguro diante da minha vida e diante da vida do bebê, diz que tá sentindo muito a minha falta. Pra ele tá sendo muito difícil, porque toda hora o médico tá me explicando tudo, e ele escuta, mas assim, ele num tá o tempo todo acompanhando e tudo. Ele tá preocupado, né? Porque, a gente nunca esperava. Pode acontecer com todo mundo, menos com a gente, né? Eu acabo deixando ele nervoso também, porque ele me vê ansiosa. Aí ele vem, ele escuta. Eu falo pra ele o que aconteceu assim no dia, ele chora, quem ficou sensível foi ele, não eu, né? Tá ao meu lado, tá torcendo pra que dá tudo certo. Me aconselha, fica no meu pé pra não comer isso, não comer aquilo, né? É um pai excelente mesmo. Mas ele tá encarando bem. Ele fica meio bobo, eu acho que ainda não caiu em si.”

CATEGORIA 7D

Para a elaboração desta categoria participaram 05 gestantes (R13; R25; R37; R78; R85).

DSC 7D – ESTÁ ESTRESSADO COM A AUSÊNCIA DA COMPANHEIRA E COM A SOBRECARGA DE TAREFAS.

“Ele ficou meio perdido no começo. Agora ele já se acostumou um pouco, nunca teve que ficar fazendo as 'coisa' em casa, né? Assim, porque a gente trabalha em várias atividades, né? Ele depende um pouquinho de mim pra organizar certas 'coisa' e agora ele tá meio estressado porque ele tá fazendo o meu serviço e o dele. Depois que eu vim pra cá, ele falou, é: você, de vez de pensar lá em casa, cuida do nenê, pensa no nenê. Nesse momento da internação ele se sente um pouco só, mas, infelizmente, se tem que ter, eu tenho que ficar. Se é pro bem da criança, a gente passa isso junto, ele já sabe que tem que encarar.”

CATEGORIA 7E

Para a elaboração desta categoria participaram 21 gestantes (R02; R07; R14; R17; R18; R24; R26; R28; R43; R50; R51; R52; R53; R69; R75; R78; R85; R88; R95; R96; R97).

DSC 7E – ESTÁ PREOCUPADO/DESESPERADO COM A GRAVIDEZ DE RISCO/SAÚDE.

“Muito preocupado, ficou desesperado, chorou já vendo as 'visita'. Ele falou que só vai ficar despreocupado no dia que eu tiver alta e já sair do hospital. Ele tem muito medo do parto. Acha que eu posso 'morre' ou o nenê, né? Pra ele o nenê é tudo, e eu também. Ele fala: se tiver que escolher, ele prefere eu. É que eu já tô aqui, né? Então ele tem medo, assim, de que aconteça o pior. Mas o que ele demonstra pra mim é que ele tá tentando me passar tranqüilidade. Falando que é assim mesmo, que vai dar tudo certo, o que pode, ele tá fazendo por mim, né? Todo o dia ele tá aqui. Mas tem hora que dá um desengano nele. Como um pai nervoso, ansioso por eu estar ausente, por eu estar internada. É, comigo e com ela, né? Ele tá com muito amor na criança, se preocupa muito comigo também. Tá difícil pros dois, pra família inteira, porque todo o mundo quer essa criança. Acho que ele também já tá desesperado, não vê a hora de ver essa criança nascer. Do mesmo jeito que eu, porque ele sabe que eu não tenho mais saúde, né? É muito difícil, mas é só esperar agora.”

CATEGORIA 7F

Para a elaboração desta categoria houve a participação de 01 gestante (R12).

DSC 7F – NÃO SE PREOCUPA PORQUE...

“Não tá nem aí. Ele tem a 'mulhe' dele, tem os 'filho' dele, pra quê que ele vai 'ligá'? Ele nem sabe que eu tô internada. Não pergunta do bebê, ele não comprou nada!”

CATEGORIA 7G

Para a elaboração desta categoria participaram 07 gestantes (R15; R34; R38; R57; R66; R87; R90).

DSC 7G – ELE NÃO QUERIA/NÃO ASSUMIU A GRAVIDEZ.

“Faz tanto tempo que eu não vejo ele. Tá bravo porque ele não queria! Quando eu contei pra ele, ele teve toda aquela reação absurda, falou pra me livrar disso, como se fosse uma maldição. Mas também eu nem ligo pra ele, nem falo com ele também. Até hoje não veio me visitar, tinham comentado com ele que eu tava aqui. Ele, diz que não deu uma palavra sequer, que tava pouco se lixando. Eu não tenho participação nenhuma dele porque ele sempre desconfiou que a filha não é dele, vamo ver, quando nascer. Então, na minha opinião, prefiro ele lá no canto dele, e eu no meu canto, porque pra mim ele não tá mais vivo.”

CATEGORIA 7H

Para a elaboração desta categoria participaram 08 gestantes (R09; R10; R20; R58; R71; R83; R89; R100).

DSC 7H – APESAR DE INICIALMENTE NÃO ACEITAR AGORA ESTÁ MUITO ENVOLVIDO COM A GRAVIDEZ.

“No começo foi difícil, ele ficou um pouco assustado, né? Ele não queria aceitar, não tava querendo, tava duvidando, né? Ele ficou meio moleque, em dúvida, meio quietão. Demorou um mês pra cair a ficha que ele ia ser pai. Ele falava: calma, eu ainda não acostumei. Num mimava muito. Tem hora, assim, que parece que ele se perde um pouco, parece que ele acha que a gente dá mais atenção pro bebê, ele é pior que criança. Mas agora ele tá normal, assim tá aceitando e gostando. Ele ficou todo cuidadoso, direto e reto pergunta se eu tô com vontade de alguma coisa, fazer minhas 'vontade'. Agora já brinca, fica pegando na barriga; fica falando. Todo dia ele vem me ver, fica perguntando do neném. Tá todo bobo. 'Loco' pra vê o filho. Então, ele tá melhorando. Ele tá totalmente companheiro, agora ele tá encarando igual a mim, numa boa mesmo.”

CATEGORIA 7I

DSC 7I – NÃO RESPONDEU

CATEGORIA 7J

Para a elaboração desta categoria participaram 06 gestantes (R16; R28; R41; R55; R61; R99).

DSC 7J – ESTÁ DANDO APOIO/FORÇA.

“Ai, ele me dá muito apoio, o que pode ele tá fazendo por mim, né? Todo o dia ele tá aqui, nem que 'seja' cinco minutos, ele vem. Tá comigo sempre. Tá mais forte e mais tranqüilo que eu, pelo menos aparenta, né? De fora ele fica contornando a situação, auxiliando. Ele me dá muita força. Acho que me ajuda bastante, assim, minha família me dá força também.”

Questão 8 – E a sua família, como está encarando esta gestação?

Objetivo da pergunta: Esta pergunta visa saber como estão as relações familiares com a gestação de risco e hospitalização e o apoio recebido pela gestante do núcleo familiar.

Foram encontrados 08 categorias/representações nos discursos:

A- Família está muito feliz com a gestação e dando apoio.
B- Família muito preocupada e sofrendo.
C- Família está preocupada e feliz ao mesmo tempo.
D- Família não ficou feliz com a gestação.
E- Agora família apoia a gestação.
F- Família muito feliz com o sexo do bebê.
G- Família não sabe o que está acontecendo com a gestante.
H- Família do marido está mais feliz do que a da gestante.

CATEGORIA 8A

Para a elaboração desta categoria participaram 45 gestantes (R01; R04; R10; R13; R14; R16; R19; R20; R21; R23; R27; R29; R30; R31; R32; R34; R41; R44; R45; R46; R47; R48; R49; R52; R54; R56; R57; R58; R61; R63; R65; R69; R70; R71; R80; R81; R82; R87; R89; R90; R91; R92; R93; R98; R99).

DSC 8A- FAMÍLIA ESTÁ MUITO FELIZ COM A GESTAÇÃO E DANDO APOIO.

“Ah, a minha família tá adorando. Eles gostariam lógico, que eu tivesse uma gestação mais tranqüila, na minha casa, mas como não esta sendo possível, estão encarando da melhor maneira possível. Todo mundo se preocupa muito com a gente, vem me 'vê' todo dia e me dar força, pra 'mim' agüentar ficar aqui. Tão sempre ligando ou pra saber da minha saúde e da criança, ou se eu tô precisando de alguma coisa, assim, financeiramente. Eles me apóia em tudo e estão ficando com as criança. Eu acho que eles tão mais empolgados do que eu porque tudo é pro neném agora. Falaram que vai dar tudo certo, e eu creio que vai dar tudo certo.”

CATEGORIA 8B

Para a elaboração desta categoria participaram 17 gestantes (R03; R05; R11; R24; R26; R28; R33; R37; R42; R43; R51; R53; R75; R78; R85; R88; R97).

DSC 8B – FAMÍLIA MUITO PREOCUPADA E SOFREDO.

“Tá todo mundo preocupado por que eu tô no hospital. Minha família tá surpresa porque nas outras 'gravidez' eles viram que eu era ativa e que eu ia do começo ao fim. E agora eles tão tudo surpresos com o que tá acontecendo comigo. Tá também todo mundo triste. Vem todo o mundo me visitar, fica todo o mundo me perguntando como é que eu tô, ligando aqui direto pra saber se eu tô sentindo dor, então, eles também tão sofrendo muito. Tá sofrimento pra todo o mundo e eles tão cuidando tudo das 'criança' lá. Meu marido sai pra trabalhar, quem cuida é os 'adolescente', mas tem os 'pequeno'. Minha sogra que tá cuidando, minha cunhada que tá cuidando, então, não tem sido fácil, não.”

CATEGORIA 8C

Para a elaboração desta categoria participaram 16 gestantes (R02; R07; R17; R25; R39; R50; R55; R59; R60; R67; R73; R74; R77; R84; R95; R96).

DSC 8C – FAMÍLIA ESTÁ PREOCUPADA E FELIZ AO MESMO TEMPO.

“Minha família tá feliz. Muito feliz com a chegada do bebê e preocupados também com o meu quadro, querendo que chega logo e com medo que é alto risco. A minha mãe ficou desesperada assim, pelo fato 'deu' tá aqui, mas tá encarando bem. Ela visita e fala: “ Fica calma”. Pra ter paciência, não chorar, me controlar, pra não passar nada de ruim pro nenê. E ela tá rezando muito por mim. Tá todo mundo preocupado, um pouco apreensivo, mas todo mundo confiante que vai dar tudo certo. Tô às vezes lá deitada, triste, daí eles ligam e falam: “Olha, tô orando, fica em paz” . Então dá uma força. Uma força a mais, é importante. Se eu tivesse sozinha, de verdade, eu tava perdida.”

CATEGORIA 8D

Para a elaboração desta categoria participaram 07 gestantes (R06; R08; R38; R62; R66; R72; R85).

DSC 8D – FAMÍLIA NÃO FICOU FELIZ COM A GESTAÇÃO.

“Eles não queriam que eu engravidasse de novo. Eles 'fala' que eu sou meio louca e que eu não devia 'me' ter engravidado. Mas alguns aceitaram, outros não, tipo assim minha mãe ainda tá muito magoada comigo, né? porque minha mãe não se dá muito bem com o pai da criança, entendeu?”

CATEGORIA 8E

Para a elaboração desta categoria participaram 07 gestantes (R09; R15; R35; R76; R83; R86; R94).

DSC 8E – AGORA A FAMÍLIA APOIA A GESTAÇÃO.

“No começo eles não aceitaram, eles não queriam porque o meu marido tava desempregado, a gente tava quase separando. O mais difícil foi encarar a minha mãe assim no começo porque ela ficou muito brava. Pra ela foi quase uma facada nas 'costa', mas agora ela tá um pouco mais conformada e conseguiu aceitar um pouquinho. Ela num fica mimando, em cima, tipo: ai... beijando, fazendo carinho... Mas ela aceita e também meu pai no começo, ficou nervoso. Lógico, né? Mas depois normal. Não falou nada, não xingou e não brigou. Agora todo mundo paparica, tão me dando apoio e não vê a hora de nascer. Agora eles tão aceitando bem.”

CATEGORIA 8F

Para a elaboração desta categoria participaram 07 gestantes (R40; R64; R68; R84; R85; R96; R100).

DSC 8F – FAMÍLIA MUITO FELIZ POR CAUSA DO SEXO DO BEBÊ.

DSCF1 (Por ser uma menina)

“Minha família tá feliz da vida - Meu pai, minha mãe, mas ainda mais a minha mãe porque eu vou ter uma menina. Tá todo mundo ansioso e torcendo que tudo dá certo e que a menininha venha com saúde”.

DSCF2 (Por ser um menino)

“Fez festa, gostaram e tão gostando também porque eu sou a única que tem menino. Minhas 'irmã' é tudo 'muié', tudo tem filha 'muié'. Três 'filha' 'mulher' e eu já é o segundo homem. Minha mãe ficou muito feliz de saber também que é um menino, né? Que vai ter outro netinho”.

CATEGORIA 8G

Para a elaboração desta categoria participaram 05 gestantes (R12; R25; R36; R66; R79).

DSC 8G – FAMÍLIA NÃO SABE O QUE ESTÁ ACONTECENDO COM A GESTANTE.

“Olha, minha família ainda não sabe, meus 'parente' tá tudo longe, eles sabem que eu estou internada, mas não tão ciente do que tá acontecendo comigo. Minha mãe sabe que eu estou grávida, mas ela não sabe que eu estou com 'poblema'”

CATEGORIA 8H

Para a elaboração desta categoria participaram 10 gestantes (R18; R22; R72).

DSC 8H – FAMÍLIA DO MARIDO ESTÁ MAIS FELIZ DO QUE A DA GESTANTE.

“A família dele, assim, parece que tá mais animada, mais contente que a minha. Eles são 'diferente', porque eles adoram criança e porque é a primeira neta, primeira bisneta, então pra eles é um novo ser que vai chegar e fica todo mundo entusiasmado. Mas as 2 'família' tão aceitando bem porque vêm aqui, se preocupa comigo e compra de tudo.”

CAPÍTULO 5 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Examinando as falas dos sujeitos, pode-se, então, extrair delas as representações sociais acerca da gravidez de alto risco em mulheres hospitalizadas para monitoração da gravidez.

A estratégia metodológica adotada nesta pesquisa utiliza algumas figuras metodológicas principais como: a Ideia Central dos sujeitos do estudo e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), estando este último, em sua maioria, na forma encadeada (o discurso de todos é representado por um discurso síntese) ou, em algumas situações, na forma livre (o discurso de cada representante). Não é pretensão neste estudo esgotar a discussão do DSC, mas sim destacar os pontos considerados de maior relevância quanto aos problemas e objetivos já descritos.

Para organizar melhor a discussão, optou-se por reagrupar as categorias/representações originadas das questões dando origem, a quatro grupos temáticos que nortearão a discussão.

Os grupos temáticos originados foram os seguintes:

Grupo temático 1 – COMO ACONTECEU A GESTAÇÃO – Neste grupo temático serão discutidas as representações da questão 1.

Grupo temático 2 – EXPERIENCIANDO A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO - DO DIAGNÓSTICO À HOSPITALIZAÇÃO – Neste grupo serão discutidas as representações das questões 2, 5 e 6.

Grupo temático 3 – MATERNIDADE NO CENÁRIO DE ALTO RISCO – Neste grupo serão discutidas as representações das questões 3 e 4.

Grupo temático 4 – O IMPACTO DA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO PARA O COMPANHEIRO E A FAMÍLIA DA GESTANTE – Neste grupo serão discutidas as representações das questões 7 e 8.

Para melhor visualizar:

GRUPO TEMÁTICO 1**COMO ACONTECEU A GESTAÇÃO**

QUESTÃO 1 – Fala para mim como é que aconteceu esta gravidez. Foi planejada, ou não? Fale um pouco sobre isso.

GRUPO TEMÁTICO 2**EXPERIENCIANDO A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO - DO DIAGNÓSTICO À HOSPITALIZAÇÃO**

QUESTÃO 2 - Sua gravidez é considerada de risco, não é mesmo? Como fica isso para você?



QUESTÃO 5 - Fale para mim, como está sendo para você estar no hospital por causa desta gravidez?



QUESTÃO 6 - Quais são seus medos em relação a esta gestação?

GRUPO TEMÁTICO 3**MATERNIDADE NO CENÁRIO DE ALTO RISCO**

QUESTÃO 3 - Como é ser mãe para você?



QUESTÃO 4 - Agora vamos falar um pouco sobre esse filho que você está esperando. Fale um pouco sobre ele. O que você está sentindo?

GRUPO TEMÁTICO 4

**O IMPACTO DA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO PARA O COMPANHEIRO
E A FAMÍLIA DA GESTANTE**



QUESTÃO 7 - Como o seu companheiro está encarando esta gestação?

+

QUESTÃO 8 - E a sua família, como está encarando esta gestação?

O primeiro grupo temático que surge após a análise das entrevistas é – **COMO ACONTECEU A GESTAÇÃO.**

As representações sociais desse primeiro tema apontam a forma como ocorreu a gestação (se foi planejada ou não). Para melhor estruturar a discussão desse grupo temático, os discursos foram divididos em gestações planejadas e gestações não planejadas.

GESTAÇÕES PLANEJADAS:

Gravidez gerou filho para fazer companhia à (ao) irmã (ao) maior.

Gravidez planejada por causa de doença crônica.

Gravidez bem planejada pelo casal.

Engravidou para dar um filho ao marido.

Gravidez planejada para ter uma menina.

Gravidez gerou filho para cuidar dos pais mais tarde.

Uso da fé para engravidar.

GESTAÇÕES NÃO PLANEJADAS

Gravidez gerou filho para fazer companhia à (ao) irmã (ao) maior.

Engravidou para dar um filho ao marido.

Gravidez não planejada, mas desejada.

Gravidez aconteceu por causa de problemas/dificuldades com o preservativo.

Gravidez aconteceu por causa de problemas/dificuldades com outros métodos anticoncepcionais.

Gravidez não planejada sem mostrar desejo.

Não utilizava nenhum método anticoncepcional.

Engravidou fazendo tratamento de saúde.

Para MALDONADO (2002), a decisão de ter um filho é resultado de vários motivos, sejam eles conscientes ou inconscientes, tais como: aprofundar um vínculo homem-mulher; concretizar o desejo de continuidade e esperança da imortalidade; manter um vínculo já desfeito; competir com familiares; preencher um vazio interno.

A primeira representação surgida para justificar a decisão de ter um filho intitula-se: **Gravidez gerou filho para fazer companhia á (o) irmã (o) maior:**

“Foi planejada! Desde o começo a gente queria mais uma criança. Tem um de três anos, e queria mais um. Que meu filhinho não ficar sozinho! Aí, a gente resolveu ter. Já tava planejada, já. Só que a gente queria uma menininha, veio mais um menino. Mas tá bom.”

Porém essa representação também foi observada em gestantes que disseram não ter planejado a gestação:

“Não foi planejada, mas eu queria. Porque eu já tava esperando, não tomava remédio pra evitar, né? Eu queria mais um filho não tanto por mim, mais pela minha filha, porque eu não quero deixar ela sozinha no mundo; quero deixar ela com irmã, assim como eu tenho minhas irmãs que eu gosto muito e quero que a minha filha fique pelo menos com uma também. Então depois de onze, doze anos, eu consegui né?”

Independente do planejamento ou não dessas gestações, pelos discursos percebe-se o quanto essas gestantes consideram importante a figura dos irmãos na dinâmica familiar. Sabe-se que a relação fraternal que tem início após o nascimento de um irmão pode ser considerada uma das relações mais duradouras na vida dos indivíduos, pois com os irmãos, aprende-se a compartilhar e expressar sentimentos, além de vivenciar experiências de companheirismo, lealdade, cumplicidade e também rivalidade.

A próxima representação surgida em relação ao planejamento da gestação intitula-se: **Gravidez planejada por causa de doença crônica:**

“Foi planejada, inclusive, por conta do diabetes eu achei melhor perder dez quilos antes da gravidez, e manter o diabetes controlado. Então, logo que eu pensei em engravidar, um ano antes, eu já comecei a me planejar para isso.”

QUEVEDO (2001) em sua pesquisa com gestantes diabéticas verificou que elas representavam o *Diabetes mellitus* como uma doença não fatal e que apesar dos incômodos que provocava, era possível adaptar-se a ela (doença).

A representação de doença não fatal associada ao desejo de ser mãe potencializou a programação da gestação para a gestante cuja fala vem transcrita acima. Por conseguir controlar sua glicemia e organizar a perda de peso, sua crença foi a de que seria possível adaptar-se aos possíveis problemas que porventura pudessem acontecer durante a gestação.

Também não se pode deixar de acrescentar que a gestação em contextos de doenças crônicas pode estar relacionada a uma busca inconsciente pelo instinto de vida, tentando superar a pulsão de morte que permeia o estado de saúde comprometido pelo *Diabetes mellitus* e pela maioria das doenças crônicas.

Essa representação surgida em relação ao planejamento da gestação intitula-se: **Gravidez bem planejada pelo casal:**

“Foi bem planejada, bem planejada. Eu tava tomando remédio e meu marido era louco para ter um filho. A gente vinha planejando há muito tempo, então, a gente decidiu parar o remédio e tentar. E aí já ia fazer dois anos quando eu engravidei. Eu achei já que não tinha mais nem esperança. Aí, no final do ano, tava grávida. Minha outra gravidez não foi, mas essa daqui eu quis e foi planejada, sim. Tava no risco, ou não; eu sabia de tudo. Mas foi planejada, eu queria.”

Em uma análise desse discurso, evidencia-se que o projeto de constituir uma família e ter filhos não é exclusividade da mulher e, nesse caso, sendo a gestação uma escolha consciente e planejada, significou para a gestante e seu marido a realização de um sonho e um momento de felicidade, mesmo com o diagnóstico de gestação de alto risco.

TRINDADE (1998) ressalta em seu estudo com mulheres inférteis que a presença de filhos em alguns grupos sociais e religiosos pode significar a concretização definitiva do casamento. Além disso, é corrente a crença feminina de que, apenas por existirem, os filhos biológicos reforçam a união do casal.

A partir da leitura do próximo discurso intitulado: **Engravidou para dar um filho ao marido**, percebe-se que o desejo e a motivação para a ocorrência da gestação estiveram associados ao relacionamento conjugal.

“Ah, foi planejada. Eu e o pai da criança queria né? Porque meu marido, ele é mais velho do que eu, né? Eu tenho 22 anos e ele já tem 41 e ele não tem nenhum filho e eu tenho. Então, como já tem dois anos que a gente mora junto, aí a gente planejou mesmo e aconteceu.”

Além disso, STERN (1997) assinala que gestantes apaixonadas por seus companheiros desejam oferecer-lhes seu produto mais precioso – um filho.

Essa representação pode significar também o que EIRAS (1983) pontuou sobre o fato de a gestação proporcionar um maior nível de integração entre os elementos do casal, pois um filho pode ser considerado, pelo menos, teoricamente, o resultado da expressão do amor e da união de um casal.

A ocorrência da gravidez para dar um filho ao marido também foi observada em gestantes que disseram não ter planejado a gestação:

“Não, na verdade não foi planejada. Eu tenho uma menina de dois anos, né? Então eu pretendia, sim, dar outro neném pro meu atual marido, porque ele queria muito, né? Ele queria muito um menino, queria muito um menino.”

Essa representação presente na resposta do coletivo diz respeito à importância que essas mulheres estão dispensando a esta gestação, por estarem aguardando o nascimento de um bebê do sexo masculino.

Ao analisar mais profundamente os discursos acima, independentemente do planejamento ou não das gestações, observa-se que a existência de um novo companheiro fez com que essas mulheres engravidassem para satisfazer um desejo de seus maridos.

No seu estudo com gestantes cardiopatas e diabéticas, QUEVEDO (2001) assinala que o desejo por um bebê do sexo masculino também foi expresso, representando o significado do filho para as gestantes de alto risco.

Se por um lado, o desejo de algumas gestantes esteve associado à concepção de filhos do sexo masculino, por outro lado, o discurso subsequente ilustra a representação intitulada: **Gravidez planejada para ter uma menina** onde a programação de uma gestação ocorreu pelo desejo de ter bebê do sexo feminino:

“Foi planejada. Eu queria muito ter uma menina né? Eu e meu marido. Como meu filho mais novo tem sete anos, então, eu queria ter uma menininha, pra mim fazer laqueadura. Então, eu tentei e consegui uma menininha.”

A partir dos discursos citados sobre o planejamento da gestação e preferência por um dos sexos, o que pode determinar o desejo de mulheres por filhos do sexo masculino ou feminino?

Na teoria psicanalítica, FREUD (1969) ressalta que nas mulheres encontra-se sempre presente o desejo por um filho homem, pois através desse filho poderiam resgatar sua castração e se sentirem plenamente satisfeitas. Já que só o homem tem o que se chama de falo, um filho homem proporcionaria à mulher o que ela não possui.

Para MALDONADO (2002), a preferência de sexo também está ligada a outros aspectos, como maior valorização do filho homem nas sociedades patriarcais, especialmente no caso do primogênito. A autora também descreve que a preferência do sexo pode estar ligada a certos estereótipos sociais quando a mulher deseja dar um filho ao marido, o qual deseja um menino para ser seu companheiro, acompanhá-lo aos jogos de futebol, enfim, realizar atividades masculinas, e para passar sua experiência como homem.

Em seu trabalho sobre as expectativas de gestantes em relação ao sexo do bebê PICCININI et al. (2003,2004) encontraram uma clara preferência das gestantes por filhos de sexo feminino. A preferência dava-se por vários motivos, tais como: meninas podem ser enfeitadas com roupas mais bonitas do que meninos; meninas amadurecem mais rápido que meninos e ainda porque crianças do sexo feminino são mais fáceis de lidar, pois são mais calmas e pacatas.

A próxima representação surgida em relação ao planejamento da gestação que se intitula: **Gravidez gerou filho para cuidar dos pais mais tarde**, também fez parte das representações surgidas no trabalho de QUEVEDO (2001). Vejamos o discurso que ilustra tal representação neste estudo:

“Foi planejada. Eu queria por que eu tô com meu companheiro há 8 anos, e ele sempre falava: Ah, meu bem, vamu fazer um filho, a gente já ta na idade, e depois não tem ninguém pra cuidar da gente e o meu menino já tinha 6 anos e eu queria um neném pra ficar comigo.”

Fica evidenciado pelo discurso dessas gestantes que uma dívida entra na composição do vínculo com este filho, ou seja, a gestante dá-lhe a vida para que ele retribua com o cuidado aos pais no futuro.

O último discurso associado ao planejamento das gestações está relacionado ao: **Uso da fé para engravidar.**

“Foi muito assim, eu quis. Vou falar como aconteceu: Tava assistindo um programa de televisão evangélico, aí na oração eu pedi que se fosse da vontade de Deus, não a minha, se fosse pra mim ter um filho, que eu não queria que fosse da minha vontade, se fosse da vontade de Deus, que eu ficasse grávida. Aí, Deus concedeu naquela semana e mesmo sabendo que tinha os riscos eu acreditei mais na medicina, acreditei que tava avançada e resolvi com fé em Deus.”

Analisando o discurso acima, percebe-se que embora fique claro o desejo dessas mulheres de engravidar, elas deslocam esse desejo para Deus, uma vez que ao saberem do contexto de alto risco no qual estão inseridas, torna-se mais confortável não assumirem perante si mesmas, companheiros e famílias que desejaram engravidar a despeito de todas as consequências advindas daquela escolha.

A fé que depositam em uma força exterior poderosa motiva a entrega de seus destinos nas mãos de Deus em um momento em que se sentem desamparadas e fragilizadas.

A esperança é reforçada no discurso acima pela confiança em Deus. Essas mulheres demonstram crença em um amor, um cuidado, supremo, onipotente onde tudo se torna possível, inclusive a gestação.

Pargament (1990), citado por FARIA (2005, p. 383), considera que vários indivíduos atribuem a Deus a resolução dos problemas de saúde que os acometem e por isso recorrem a Ele como um recurso cognitivo, comportamental ou emocional para tentar enfrentá-los.

Ainda sobre o histórico de como ocorreu a gestação, torna-se importante continuar as reflexões do quanto, a despeito da gestação não ter sido planejada, foi fruto de um desejo, pois para a psicanálise, toda gestação, independentemente se planejada ou não, foi desejada.

Segundo Fernandes (1988), citado por TACHIBANA et al. (2006, p. 151), se uma gestação ocorre, é porque existe um desejo inconsciente, na mulher, de se tornar mãe, independentemente se apresenta um discurso condizente ou não com essa motivação.

Ao analisarmos mais profundamente os discursos abaixo que ilustram a representação: **Gravidez não planejada, mas desejada**, podemos encontrar vários

pontos importantes que denotam aspectos contraditórios entre o não planejamento das gestações e sua ocorrência. QUEVEDO (2001) também encontrou, em seu trabalho de mestrado, resultados semelhantes (em termos de representação social) aos aqui apresentados.

“Ah, essa gravidez não foi planejada. Talvez fosse desejada, mas não pra agora. Aconteceu! Eu casei recentemente, tem um ano e meio de casado e com seis meses de casada eu descobri a gravidez. Pra mim não era a hora e a gente queria esperar mais um pouquinho porque eu to terminando a faculdade ano que vem. Metade do ano que vem seria perfeito, mas já que aconteceu tá sendo uma novidade pros dois, é a coisa mais maravilhosa da minha vida e tamo curtindo. Tá sendo gostoso”.

As gestantes que participaram da formação desse discurso deixam claro o quanto a valorização da capacitação acadêmica e profissional pode ser um fator de adiamento dos projetos de maternidade e/ou constituição de uma família. A vida profissional ultrapassa os interesses da vida doméstica. Além disso, por meio desse discurso, percebe-se a importância da constituição e do fortalecimento da conjugalidade para só depois realizar a transição para a parentalidade.

No discurso subsequente nota-se que, embora seja verbalizado que a gestação não foi planejada, houve uma iniciativa própria de deixar de usar os métodos contraceptivos. Para DEBRAY (1988), quando uma mulher ou um homem torna-se mãe ou pai revive desejos antigos experimentados na infância face a seus próprios pais, sendo, então, o desejo por um filho necessariamente contraditório e profundamente ambivalente.

“Não foi planejada, mas pra mim veio na hora certa. Eu casei aí eu falava 'pro' meu marido que não queria ter filho, mas eu queria, eu sempre tive vontade de ter um filho. Aí eu tava tomando medicação, aí eu parei de tomar medicação escondida dele e depois de seis meses eu fiquei grávida. Porque eu não queria ter um filho pra cuidar de mim na velhice, mas sim pra 'curti' porque eu sempre gostei muito de criança. Não foi planejada e eu acho que aconteceu porque tinha que acontecer.

No discurso abaixo observa-se um sentimento de ambivalência entre querer e não querer a gestação. No entanto, segundo MALDONADO (2002), essa ambivalência pode não significar rejeição da gravidez. A existência de sentimentos contraditórios e conflitos podem existir em todas as gestações, uma vez que essa experiência traz

consigo o surgimento de sentimentos opostos em relação à maternidade, além da perspectiva de mudanças e a necessidade de novas adaptações.

“Eu não esperava, porque eu mesmo não queria. Como eu já tive 'problema' no primeiro parto - nasceu prematuro- descobrir que tava grávida foi uma surpresa, mas aconteceu e agora eu quero e ele também. Meu marido ficou muito contente. Se Deus deu essa benção, tenho que criar. Quando eu descobri no começo, quando eu peguei o teste positivo eu chorei bastante, aí já comecei a querer.”

Faz-se importante frisar que a despeito de uma gestação não planejada, a princípio, trazer sentimentos de rejeição e até desespero, como se pode observar no discurso seguinte, essas reações iniciais não se cristalizam para sempre, pois conforme MALDONADO (2002), uma gestação nunca é totalmente aceita ou totalmente rejeitada. Ainda segundo essa autora, uma atitude inicial de sentimentos de rejeição pode ceder lugar a uma atitude de aceitação. Ilustramos essas ideias por meio do discurso subsequente que mostra a representação intitulada: **Gravidez não planejada, sem mostrar desejo.**

“Não foi planejada. Eu não estava tão interessada em engravidar e ser mãe. Eu num queria e o pai também num queria. 'Cabo' num descuido, e eu acabei 'catando' essa gravidez. Tanto que um pouquinho antes de eu saber que tava grávida, eu já achava que tava grávida, mas eu não queria. Então eu ficava falando: --Ah se der positivo eu vou abortar, eu vou tomar chazinho de canela e tudo que era chá eu queria tomar. Quando eu fiquei sabendo, já 'tava' de 1 mês e meio. E eu fiquei em desespero! Eu falei: Ai, eu não acredito! Eu não quero esse nenê e aí, eu entrei em depressão própria. Eu mesma criei minha depressão, e preferi fingir que não tava grávida.

Ainda dando continuidade às discussões a respeito do não planejamento da gestação, são visíveis pelo discurso a seguir conflitos manifestos entre o desejo de engravidar e a existência de uma doença crônica.

“Não, não foi. Eu queria mais um filho, mas quando eu soube que era diabética, eu falei: “Não, porque alto risco e tudo! Mas aconteceu.”

Os próximos discursos trazem com clareza representações a respeito de lapsos na contracepção. Resultados semelhantes foram encontrados no trabalho realizado por TACHIBANA et al. (2006). Trata-se das seguintes representações: **Gravidez**

aconteceu por causa de problemas/dificuldades com o preservativo; Gravidez aconteceu por causa de problemas/dificuldades com outros métodos anticoncepcionais; Não utilizava nenhum método anticoncepcional e Engravidou fazendo tratamento de saúde.

Para BASTOS (1995), a possibilidade de fecundação e sua relação com os ciclos ovulatórios estão muito além do funcionamento biológico. Os fenômenos biológicos tornam-se propriedade do mundo psíquico.

TACHIBANA et al. (2006) descrevem que apesar de os métodos contraceptivos proporcionarem às mulheres o sentimento de que elas dominam com maestria seus processos de fecundidade, com a gestação acontecendo apenas no dia e na hora que conscientemente escolheram, existe uma complexidade de processos motivacionais inconscientes quanto ao fenômeno da gestação, que pode, em muitos casos, culminar nas conhecidas “gestações não planejadas”.

Para SOIFFER (1992), se ocorre uma gestação, é porque os sentimentos ambivalentes de querer e não querer esse filho não se encontravam na mesma proporção durante a fecundação.

Ainda segundo a citada autora, essa motivação inconsciente em engravidar pode ser percebida nas mulheres que (e em especial nas mulheres que participaram dos próximos discursos) mesmo declarando não desejarem a gestação, esquecem de fazer uso dos métodos contraceptivos.

Os próximos discursos mostram um bloco de representações sinalizando que, a gestação ocorreu por algum descuido em relação aos métodos contraceptivos, seja o uso de anticoncepcionais orais, injetáveis, sejam os preservativos masculinos.

A título de exemplo, essas gestantes relatam que engravidaram por dificuldades no manejo com o preservativo masculino:

“Bom, não foi planejada. Eu não tava preparada, nem financeiramente, nem psicologicamente pra ter outro filho, assim tão rápido, porque a nenê já era pequena, ia fazer dois anos ainda. Eu pedi pro pai da minha filha usar camisinha, só que infelizmente o meu marido não gosta de usar os outros tipos de métodos, ele não gosta de camisinha. Ele detesta e ele acabou me convencendo do contrário e no dia da loucura não colocamos e acabou acontecendo.”

“Essa gravidez, não foi planejada. Como eu não posso tomar remédio eu só usava preservativo mesmo - o masculino e eu tava tomando todos os cuidados, e de repente 'fizemo' com a camisinha e estourou e aí veio a gravidez.”

Para SZEJER e STEWART (1997), as dificuldades no uso do preservativo que podem culminar com a ocorrência de uma gestação são na verdade atos falhos representantes do inconsciente.

Ou em outros casos, as dificuldades relacionaram-se com o uso do anticoncepcional oral:

“Não, num foi planejada. Eu tava tomando anticoncepcional que haviam me passado no posto, mas me engordava muito. Aí mudei e continuei engordando. Eu avisei pra doutora que achava que tava fraco porque minha menstruação tava vindo duas vezes no mês. Aí o remédio começou a fazer mal, me dava enjôo, problema circulatório, aí eu parei e passei seis meses sem tomar e sem me proteger e aí engravidei.”

“Eu tomava anticoncepcional e vinha reguladinho e eu tava com inflamação de útero então, a médica pediu para fazer uma colposcopia e uma biópsia e falou para mim parar com os anticoncepcionais. Eu parei de tomar remédio no mês e no outro eu já tava grávida.”

“Não foi planejada. Foi mesmo um acidente, porque eu sempre tive dificuldade de engravidar. Eu tava tomando remédio meio descontrolado, aí descontrolou minha menstruação e esqueci de tomar um dia e achei que não ia dar em nada. Aí, acho que, não sei se o remédio falhou, ou pode ser que eu tenha falado. Aí aconteceu.”

Ou o uso do DIU (dispositivo intra-uterino):

“Não, não foi planejada. Eu fiquei cinco anos com o DIU, tive que tirar ele porque o meu útero tava com muita pressão, e o médico disse que virou. Então, quando fez dois anos e um mês que eu tava sem evitar, e confiando no útero virado, eu engravidei.”

Para finalizar, ainda temos gestações que aconteceram de forma intencional, mesmo com o discurso manifesto de que não tinham sido planejadas:

“Essa gravidez não foi planejada. Foi uma coisa, assim, que aconteceu de repente. Aconteceu porque eu não me previni, não usava assim os método pra evitar, né? Então, assim, eu queria. No começo foi um pouco assustador, mas eu também não quis interromper. Agora não, agora eu até gosto da idéia de ser mãe.”

“Eu nem sei dizer se foi planejada ou não. Meu último filho tem vinte anos. E, do nada descobri que tava grávida de três meses e meio. Nunca tomei nada pra evitar. Eu acho que foi a bênção do restinho do tacho, né? Foi o que aconteceu.”

Analisando esse bloco de representações sobre os lapsos na contracepção algumas questões podem ser pontuadas: a gestação nessas mulheres ocorreu tanto de forma acidental como intencional, embora pareça que nos casos em que a gestação ocorreu acidentalmente, houve uma negligência no uso de métodos contraceptivos, sugerindo claramente um desejo de engravidar. Pode-se considerar, então, que essas gestações foram acidentes planejados.

O segundo grupo temático que surge após a análise das entrevistas é – **EXPERIENCIANDO A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO - DO DIAGNÓSTICO À HOSPITALIZAÇÃO.**

As representações sociais desse segundo tema estão relacionadas aos sentimentos das gestantes ao vivenciarem o diagnóstico do alto risco, por consequência disso a necessidade de hospitalização e suas vivências no contexto hospitalar.

Para todas as mulheres, o período gestacional constitui uma fase de mudanças físicas e psicológicas que proporcionam vivências de ansiedade, fantasias, temores e expectativas. Com o agravamento de uma doença pré-existente ou a instauração de uma nova doença, surge a gestação de alto risco, fazendo com que a mulher tenha que conviver com os mais variados sentimentos.

Inúmeras foram as representações de dificuldades referidas pelas mulheres ao conviver com o risco de suas próprias vidas, e principalmente, da vida do filho e os discursos proporcionam uma imagem clara das dificuldades enfrentadas por essas gestantes. Seus medos foram desvelados através das seguintes representações: **Medo da hora do parto; Medo do que vem pela frente; Medo de ela e o bebê terem complicações; Medo de morrer; Medo de perder o bebê; Medo que o bebê nasça prematuro e/ou do que possa acontecer com o bebê devido à prematuridade;**

Medo que o bebê nasça com má formação; Medo em decorrência de ser mãe idosa; Medo e insegurança em relação à figura materna; Medo em decorrência das doenças que tem e medo da ausência paterna.

Estudiosos (TEDESCO, 1998; KEMP e HATMAKER, 1989) apontam que a gestante de alto risco apresenta dificuldades para as adaptações emocionais exigidas nesse novo papel.

Percebe-se que em decorrência da existência de um fator de risco, surge o medo real em relação a si própria e ao filho, bem como o que está ocorrendo com seu corpo e que pode ser observado no seguinte fragmento do DSC:

“A gente fica meio preocupada, com medo de acontecer alguma coisa com o bebê, ou até com a gente. Tem que ficar calma, não se preocupar muito para não passar nenhum problema também pro neném, e se controlar...”

E ainda:

“... Quando fala em risco, a gente fica preocupada, fica mal, porque dá medo, dá tudo. Minha cabeça tá atordoada, porque não vejo a hora de ver o fim. Mas eu sei que, daqui pra frente, é barra pesada. A qualquer momento pode acontecer o que a gente não quer esperar. Então a gente fica aquele apertinho assim, mas tem que continuar né? Mas vai dar tudo certo, se Deus quiser!”

Outro aspecto que merece ser pontuado nessa fala é a força da crença, a fé. Acreditar em Deus deu a essas gestantes a força necessária para superar as dificuldades da gestação na presença de uma doença e acreditar na possibilidade de concretizar seu desejo de maternidade.

A gestação de alto risco também se torna de difícil adaptação, caso a mulher tenha vivenciado outras gestações sem condições de risco. É o que traz este DSC:

“Ai, pra mim fica assim, uma coisa bem assim, vamos dizer, também bem dificultoso, né? Porque que nem, do primeiro foi tudo normal. Então eu fico assim um pouco, 'constrangido'... Minhas outras 'gravidez' foram tudo normal, cê entendeu? Tudo correu bem, eu trabalhava os nove meses. Então pra mim é uma surpresa, né? Não tô sabendo nem lidar com isso porque eu não aceito, porque eu nunca passei por isso. A gente escuta falar muito, então dá um certo medo. Mas tá tudo bem.”

Além da necessidade de adaptação, emoções como censura, culpa e sentimentos de falha são comuns nas gestações de alto risco. (KEMP e PAGE, 1987)

Se a percepção que a gestante possui é a de que ela é (ou seu estado de saúde) a responsável pela situação de risco, forma-se em seu íntimo a crença de sua falência como mulher, levando-a ao sentimento de culpa (TEDESCO, 1998).

O DSC que se segue mostra com clareza a representação de culpa e incapacidade experienciada por esse grupo de gestantes:

“É. Ai, às vezes eu me sinto, assim que não presto pra gerar um filho porque sei lá, de risco, eu nova ter uma gravidez já de risco? Eu me sinto mal, um pouquinho culpada, né? Porque devido 'o' tabaco, o tabagismo, que eu fumei muito, e aí me dá uma certa culpa também, porque tá prejudicando.”

Pode - se inferir por esse discurso que o fato de ter sido diagnosticada como sendo gestante de alto risco é vivido por essas mulheres como um defeito, uma ferida narcísica que as fazem sentir-se diminuídas.

Mulheres que são diagnosticadas como gestantes de alto risco experienciam uma desvalorização de sua auto-imagem pelo sentimento de que seu corpo não pode funcionar de maneira adequada durante a gestação ou pela crença de que não são capazes de desempenhar seu papel biológico.

Neste estudo o medo, de maneira sutil ou marcante, fez parte das vidas dessas gestantes, roubando-lhes a paz, o sossego e a tranquilidade. Pelos discursos que seguem pode-se perceber as expectativas das gestantes em relação à sua própria vida e à vida do bebê:

“Pelo que o médico colocou, tanto eu como o bebê 'corre' bastante risco, né? Tenho medo de 'vim' a óbito e o bebê nascer com vários problemas e nem sobreviver também. O risco é bem grande. Eu tenho medo de acontecer alguma coisa. Eu morrer, ou o nenê. Esse tipo de coisa.”

E também:

“Meu medo? Ah, o meu medo é que eu também corro risco, que aconteça alguma coisa comigo, algum 'problema' na pressão, subir, sabe? Assim, de eu chegar a falecer, sei lá, 'deu' morrer, e largar ele aí, que eu tenho um filho ainda pra terminar de criar. Então eu tenho medo de não ver o filho crescer, não ver ele chamando você de mãe. O medo é esse, entendeu? - Tenho medo 'deu' morrer e ele ficar sozinho, sem ter quem cuidar dele. Minha preocupação é essa. Mas eu sei também que, se for da vontade de Deus, ele vai ser bem cuidado.”

O medo da mulher toma uma dimensão muito maior, se ela passa a viver momentos de dor, tal como expressa este DSC:

“A dor também, tá sendo bem difícil. Tá sendo difícil pra mim segurar.”

A possibilidade de colocar o filho em risco e de que ele venha a falecer em consequência de sua condição de risco pode trazer consigo um intenso sofrimento psíquico.

O fragmento de discurso abaixo, deixa entrever que os medos vivenciados nessa gestação também podem estar associados a experiências anteriores nas quais houve perdas:

“... Eu já perdi um, então, você fica ‘meia’ assim... sei lá, posso perder meu filho, ele pode morrer. Então, a gente fica, a bem dizer, 9 meses com o bebê na barriga, e quando chega na última etapa, Deus me livre, acontece alguma coisa...”

O contato no ambiente hospitalar com outras gestantes que têm o mesmo problema de saúde e que tiveram perdas gestacionais também proporciona um medo identificatório, ou seja, instaura-se a lógica de que “se aconteceu com outra gestante pode acontecer comigo também”. O fragmento de discurso abaixo configura esta questão:

“... Essas ‘dia’ uma amiga minha, ela levou a gestação até o final, aí no último ultra-som dela, ela descobriu que o bebê tava morto. Eu tenho medo assim, sabe? Quando eu sinto que ela tá ‘quetinha’ eu tento estimular pra ela mexer, porque eu fiquei assim, meio impressionada...”

As gestantes também trouxeram medos e preocupações que seus filhos pudessem nascer com problemas de saúde. Segundo MALDONADO (2002) o medo de ter um filho malformado ou com alguma deficiência é comum a todas as mulheres, fato que pode ser observado neste fragmento de discurso:

“... Ah, eu tenho medo que aconteça alguma coisa de ruim pro meu filho. Eu acho que toda mãe tem esse pensamento, de alguma má formação.... Então o meu maior medo é do que pode vir, se vai haver alguma seqüela pro meu bebê ou que fica faltando algum membro. Má formação, entendeu? Esse é meu maior medo, eu acho, de toda mãe...”

Ainda em relação aos medos vivenciados pelas gestantes de alto risco deste estudo, ter um bebê prematuro foi verbalizado por esse grupo de mulheres:

“Ah, eu tinha muito medo que nascesse pré-maturo, de não conseguir segurar até os 9 meses. Se ele nasce antes, se nasce prematuro, como tá sendo ameaça, nasce fraquinho e ter que ficar aqui no hospital. Então, meu medo é esse, ter 'problema' de saúde. É, eu tenho medo de ganhar agora, com 7 meses, tenho medo de não conseguir segurar. Dele nascer e ficar na incubadora. Tem criança que chega a ficar até na UTI: ai, não queria! Queria que desse pra segurar mesmo. Só que, também, eu tô ainda de sete 'mês'. Pra mim ficar aqui até os nove, eu acho que vai ser o fim do mundo. Vai ser muito estressante. Também, às vezes eu ficava preocupada 'dele', talvez, não conseguir sobreviver, pegar alguma infecção, sabe? Aí, isso eu fiquei muito preocupada, da criança ficar doente, porque é uma criança prematura, e se acontecer dela nascer vai ser uma catástrofe. Porque o pulmãozinho tá formado, mas não tá ainda preparado pra receber, vai ficar incubada e num é bom pro bebê. Corre risco... E então, eu assustei muito.”

O medo do nascimento de um bebê prematuro foi verbalizado neste estudo por gestantes com diagnóstico de trabalho de parto prematuro, rotura prematura de membrana e quadros hipertensivos. Nesses casos, observa-se que o parto é precedido de um maior nível de ansiedade, pois ocorre uma alteração no ritmo natural do nascimento e provoca sentimentos maternos de desespero, medo e ansiedade.

O fato de não conseguirem levar a gestação até o final (tempo ideal) provoca nessas mulheres uma sensação de perda e impotência. E para a mulher, historicamente representada pela capacidade de parir (gerar filhos e parir), ver-se incapacitada de levar a gestação até o final é muito difícil.

A possibilidade de ter um bebê prematuro também se constitui um golpe na autoestima dessas mulheres, uma vez que a experiência e a hospitalização precoce de seu bebê em uma UTI neonatal podem destituí-las da experiência de maternagem saudável.

Prejudicar o bebê em decorrência das doenças que possui gerou discursos fortes, nos quais as gestantes trouxeram sentimentos de fragilidade, pois se sentiam como se fossem responsáveis pelo que estava ocorrendo com seus bebês, além de não se julgarem competentes para serem mães e protegerem seus filhos. Outro aspecto que merece ser pontuado diz respeito ao fato de que seu corpo que deveria criar condições para abrigar e proteger essa criança - é um corpo que tenta expulsá-la

antes do previsto e que não oferece condições para seu desenvolvimento. Esse sentimento de fragilidade acentua-se, caso essa mulher tenha (em decorrência de sua doença) sofrido perdas anteriores, como relatam as gestantes do DSC seguinte:

“Parece que a gente fica mais frágil quando a gente tá grávida. A gente tem medo de tudo do que possa acontecer, apesar que eu estou sabendo que meu bebe tá muito bem, só a minha pressão que tá um pouco alta. Assim, quando eu soube da pressão, o que causava, tive medo, que é (gravidez) de alto risco, né? Mas se Deus quiser vai 'dá' tudo certo. Que eu tô te falando, porque eu passei por isso duas vezes e eu tava bem. O médico falou: --Mãe, até sexta-feira, sentindo dor ou não, você procura a maternidade, o médico do posto só falou isso pra mim. Fui pra casa. Quando foi na quinta-feira à noite eu senti uma dor enorme na barriga. Quando eu cheguei na maternidade, o médico na hora fez o exame em mim e falou: --Sua filha tá morta. A 'pois' depois de quatro anos, engravidado de novo, na trigésima sexta semana acontece isso de novo...”

Ou ainda através destes DSC:

“Ah, tem hora que eu fico preocupada, nervosa. Ai, a gente fica meio preocupado. Uns dizem que é perigoso. Alguns 'médico' já 'diz' que tem que ter o peso certinho do nenê, que não é tão perigoso, que tem condições de fazer um parto prematuro. Mas corre o risco, a gente sabe que corre e mexe muito com a gente. A gente fica preocupado com a situação do bebê. É aí que é mais dolorido, né? Mas, eu sei que vai dar tudo bem, não vai acontecer nada. Quando eu pensei em ficar grávida eu não achei que ia correr risco. Porque, se eu soubesse! Ah, às vezes eu começo a entrar em depressão, às vezes eu vou deixando na mão de Deus. Mas eu tô consciente, que eu corro risco, tudo. Mas o que mais assusta é você não conhecer exatamente o que tá acontecendo, né? Que nem, eles ainda tão pesquisando o quê que tem o rinzinho do meu neném. Então, até uma semana atrás eu não sabia que tava com uma gravidez de risco. Pra mim era extremamente tranquilo. Eu não sentia enjôo, eu não sentia dor, eu não sentia nada. Era uma coisa muito gostosa de sentir mesmo. É tava indo tudo muito bem. Aí, de repente, por uma questão de curiosidade mesmo, eu só queria saber o sexo do neném, eu descobri que tava nessa situação. Ai, eu fico preocupada. É duro. Me preocupo com o neném também, com a minha saúde

também. Ai fica chato, porque se nascer agora, eu sei que vai ficar na incubadora. Então ai eu queria segurar até os nove e não sei se vai dar pra segurar.

Gestantes com diagnóstico de diabetes demonstraram medo de que sua condição de saúde afetasse seus bebês, como se observa no discurso subsequente:

“Eu tenho diabete. O medo que eu tenho é essa diabete que eu tô com ela. Então o meu maior medo é a saúde da criança. Ela nascer com alguma deformação física, alguma deformação mental, ou de repente ela nascer e não sobreviver. Como estava meia descompensada, esse que é o medo que eu tenho. Porque o médico falava muito que uma mãe, uma gestante tendo diabete é perigoso o nenê 'morre' dentro da barriga, ou ela ter algum problema por causa da falta de ar. Porque o problema da diabete mais é 'pro' bebê do que pra mãe, porque a mesma via que passa a glicose, passa o oxigênio, se tiver muita glicose, não passa o oxigênio e a criança fica sem o oxigênio e pode morrer, pode dar uma disfunção no cérebro, pode dar vários problemas. Então eu tenho medo do mal que a diabetes pode tá fazendo pra minha filha. Também, de perder o nenê e de eu não conseguir controlar a própria diabete, e eu acabar perdendo o nenê por causa disso. Por isso que eu aceitei ficar aqui, por causa do medo, mesmo com vontade de ir embora, mesmo com vontade de tá em casa com o meu outro filho, mesmo com a vontade que eu tô de seguir a minhas 'coisa', a minha vida, cuidar da minhas 'coisa', eu tenho que cuidar dela, eu tenho que pensar nela, porque por uma bobagem eu posso perder ela ou então eu mudar totalmente a vida dela. No começo, assim que eu descobri, eu tinha muito medo do bebê nascer com problema, porque eu fui fazer o pré-natal e aí uma enfermeira lá do ambulatório falou pra mim que meu bebê poderia nascer sem a cabeça, sem o braço, aí eu fiquei assim, 'meia' pra baixo, mas a médica falou pra mim: --Vai do tratamento de cada mãe, porque se a mãe deixar 'relaxo' assim, não se cuidar, não ir fazer pré-natal, a tendência é ter isso, mas como você tá começando o pré-natal desde o começo, tá se cuidando, toma insulina, não tem porque acontecer isso. Lógico, todo mundo tem um risco de acontecer, né? Mas são poucas chances. No começo toda mãe quer saber se é perfeitinho, se não é; se tem cinco dedinhos, se não tem. Depois que você faz vários ultra-sons, você acaba descobrindo que pelo menos essa parte tá boa, né? Daí só é a expectativa de ficar esperando, quando vai nascer, se vai ter algum 'problema' ou não. São todos esses medos que eu tenho

porque são riscos que eu corro, pelo fator de ter o diabetes, essa patologia; porque já é difícil cuidar de um filho que nasce totalmente perfeito, que dirá de uma criança que tem alguma limitação, algum problema diferente. Agora, tanto se nascer normal, quanto se nascer com alguma diferença, com algum problema, vai ser muito bem aceito, sem problema algum. Mas se Deus quiser, vai correr tudo bem.”

QUEVEDO (2001) encontrou em seu trabalho com grávidas diabéticas essas mesmas representações, ou seja, medo de que seus bebês nascessem com más formações.

Se por um lado houve gestantes que sentiram medo de que seus bebês nascessem com problemas em decorrência do *Diabetes*, outro grupo não apresentou esse medo. QUEVEDO (2001) assinalou em sua pesquisa que gestantes diabéticas, por associarem o *Diabetes* ao fato de não ser uma doença fatal adaptavam-se melhor aos incômodos trazidos por esse agravo e acreditavam que a gestação também seria mais tranquila:

“Ah, eu já sabia, desde o começo, que ia ser uma gravidez de risco. Mesmo assim eu quis arriscar, né? Ter fé e seguir em frente. É um risco que pode que tem controle. Se eu me esforçar também, o risco pode diminuir, porque tem pessoas com diabetes que têm os filhos e dá tudo certo.”

Dando continuidade às experiências de medos durante a gestação de alto risco, o temor de que a idade trouxesse problemas ao bebê também apareceu para um número de mulheres que engravidaram em uma idade avançada:

“O meu medo seria pela minha idade (40 anos), mas a maternidade já passou esta tranqüilidade pra mim, que num tem isso, que não tem idade pra ter algum 'probrema'. Como eu descobri já de sete meses, então eu tenho medo que a criança nasça com algum 'pobrema', mais sério, devido a minha idade. Tem coisas que no ultra-som, os médicos, eles não podem ver, né e tem coisa que eles podem ver no ultra-som. Tem outras, tipo, alguma doença, que não dá pra ver. Então, o medo é esse, né? Mas no começo da gravidez eu tinha mais medo: medo da idade.”

A representação de medo e preocupação das gestantes com o papel materno emergiu neste trabalho através da representação intitulada – **Insegurança em relação à função materna** e pode ser observada neste trecho do DSC:

“Meus medos? Deixa eu ver. Tenho tantos... Ah, o meu medo é eu num saber educar direito, porque agora tá tão difícil!... Então, tenho medo de não conseguir, medo de não ser aquela mãe que a gente espera tanto.”

Essa representação também foi observada na pesquisa de QUEVEDO (2001) e está relacionada às preocupações com o papel materno dando destaque ao futuro da criança em relação à educação.

Um dos fantasmas que rondam algumas gestantes desta pesquisa diz respeito à precária situação financeira que algumas estão vivenciando, interferindo no momento presente e levando-as a temerem o futuro da criança.

Outra representação surgida nas vivências das gestantes de risco diz respeito à ausência do companheiro – **Medo da ausência paterna**

“Medo da (falta) de atenção do pai da criança, entendeu? Porque eu sinto que não vai ser um pai presente. Já tem até um filho, mas não comigo, com outra pessoa. É tudo isso. Pelo menos o amor de mãe é um só; o pai se quiser, bem, se não quiser, amém.”

Um significativo número de gestantes demonstrou muito medo da hora do parto. Segundo SOIFFER (1992), com a aproximação do parto e a incerteza quanto ao dia que ele acontecerá, intensificam-se medos e ansiedades em relação a esse procedimento.

Em trabalho realizado por SERTÓRIO e NAGANUMA (1998), a maioria das gestantes normais (sem doença associada à gestação) apresentaram-se ansiosas ao se aproximar a hora do parto.

Segundo MALDONADO (2002), mesmo na gestação que evolui normalmente do ponto de vista obstétrico, surgem temores referentes à morte. Mas é na gravidez de alto risco que se aguçam os temores de matar bem como morrer, podendo-se verificar esses conteúdos no bojo dos discursos que seguem:

“Fica complicado, porque tenho bastante medo, principalmente no finalzinho, na hora de ganhar, né? - Ai, no parto, como é que vai ser como é que não vai ser? Eu só penso na hora de nascer.”

“Na verdade o meu medo é o parto. Fico pensando na cesariana, que é muito complicado e minha gravidez é de alto risco. Sempre fui hipertensa, e agora, com diabetes...”

“... Também, sei lá, que eu tenho medo da dor, do corte sabe? Morro de medo disso. Também tenho medo do parto normal, porque tem aquele cortinho...”

“...Também tenho medo de na hora do parto, não dar certo. Porque uns 'fala' que vai cesárea, outros parto normal. Ninguém sabe como vai ser. E eu tô vendo a minha pressão subir, assim como subiu na hora do parto, quase morro. E eu tô preocupada nesse hospital...”

A despeito dessa realidade, acredita-se que o parto pode ser precedido por um período de maior ansiedade agravada pela necessidade da precoce hospitalização materna. (LEICHRENTTRITT et al., 2005)

No caso da população estudada, na qual há a presença de uma doença associada à gestação, pondo em risco a vida da criança bem como da mãe, as vivências emocionais dessas mulheres são mais acentuadas, pois existe uma clara ameaça à vida.

Esta representação a respeito dos medos no parto também surgiu na pesquisa de QUEVEDO (2001).

Em um dado momento da gestação de alto risco as gestantes que participaram deste estudo precisaram ser hospitalizadas. Verbalizações sobre essa experiência foram trazidas através de dois grupos de representações intituladas: **Hospitalização como experiência difícil e Hospitalização como experiência positiva pelos cuidados recebidos.**

Para KRAMER et al (1986) a gravidez de alto risco associada à hospitalização é considerada um estressor psicossocial. Abaixo os DSC que trazem representações intituladas: **Sente-se presa internada; Longe dos filhos e da casa e Hospitalização como experiência difícil, mas necessário/importante para a saúde da mãe/criança ou ambos.**

WHITE e RITCHIE (1984), em suas pesquisas sobre estressores psicológicos durante a hospitalização da gestante de alto risco, concluíram que a hospitalização

anterior ao parto resultou em stress para a mulher gestante, em relação à separação do lar e da família, preocupação com sua saúde e mudanças na auto-imagem.

“Ruim. Porque eu queria ser grávida, mas eu queria fazer um monte de coisa que tem um monte de mulher que tá grávida e faz. Que às vezes os 'médico' fala que não pode, mas elas fazem. Que nem 'limpá' uma casa, fazer uma faxina. Eu fui afastada do serviço de uma hora pra outra. E tava tudo bem, num tava tendo dor; tive aquelas 2 dores e passou. Num tava sentindo nada e quando eu cheguei já me internaram; foi uma surpresa. Ai, é ruim, né? Eu não gosto. Eu pretendia me cuidar um pouco melhor, antes. Então tá difícil pra mim. Tem que tomar insulina. E também porque a qualquer momento você pode voltar pro hospital, ser hospitalizada; você não sabe ao certo tudo que tá acontecendo. Mas é bom tem que pensa no meu filho, né?”

Podem-se verificar sentimentos de preocupação com os que ficaram em casa:

“É um papel meio complicado, porque eu já tenho um filho. É aí que eu não tenho que 'pensa' só em mim, eu tenho que 'pensa' no bebe que eu to grávida e no 'outro' bebe, então eu fico dividida, né? É muito difícil por causa dos 'menino', né? Que eu tenho meus 'filho'. E preocupada com ele lá e tenho que ficar calma aqui também por causa desse. Mas aí eu, a cada dia eu tô pedindo pra Deus pra ter paciência, calma, pra 'mim' poder tá levando até dar tudo certo.”

E também:

“Muito difícil. Porque a gente tá aqui, aí a gente fica pensando em casa, mas igual falei: -- Tem que ficar, né? Porque não adianta ficar preocupada com os 2 que tá lá, tem que ficar preocupada com esse aqui que tá aqui também. Então eu tenho que ficar, né? Pra saúde do meu filho, eu tenho que ter paciência e ficar aqui.”

A partir desses discursos, verifica-se que a hospitalização gera apreensão e sofrimento, pois representa um afastamento daquilo que lhe é familiar, trazendo com isso vivências de isolamento, sensação de abandono e rompimento dos laços afetivos e sociais. Algumas gestantes viram-se sem referenciais conhecidos.

Outro aspecto em relação à hospitalização merece ser pontuado: estando a gestante internada torna-se inevitável o contato com a doença, principalmente quando ocorrem certos procedimentos médicos muitas vezes invasivos e dolorosos. A hospitalização, para a gestante e família, constitui um sinalizador concreto de que essa gestação de fato apresenta uma condição de risco.

Para autores como KRAMER et al. (1986), a hospitalização faz com que se manifeste o conflito entre a dependência imposta pela perda de autonomia e a autonomia anteriormente encorajada (no caso de doença pré-existente). Como consequência, manifesta-se perda de autocontrole, com sentimentos de desamparo e desalento.

“Ai, que a situação é difícil! Por tá dentro de um hospital por causa desta gravidez; então, vem um pouco de preocupação. Fico meio agitada, nervosa. De repente choro, vem dor. Principalmente porque a gente fica sem ocupação nenhuma, né? Quer dizer, a gente não tem ocupação nenhuma, então isso acaba deixando as mulheres mais ansiosas. Porque cê fica parada, só pensando no problema. Com certeza deve ter um monte de mulher que não acha isso. Mas eu, particularmente, eu acho que se tivesse uma ocupação, acho que as mulheres aceitariam melhor essa dificuldade de tá preso aqui dentro, né? Porque o problema fica muito mais sério do que na verdade ele é, porque você põe isso na cabeça e fica martelando o tempo todo. Porque é a única coisa que é conversada, né? O problema. Que a gente fica sem fazer nada, né? Fica estressante. Ai, o dia não passa! Dá uma agonia... de eu não poder ter o livre arbítrio sobre a minha vida, vamos dizer assim, por quê? -Ah, você pode ir embora, mas se você for embora vai ser feito isso, isso, isso, isso e pode acarretar nisso, nisso e nisso. Tem hora que dá vontade de sair correndo. Porque é ruim ficar aqui, num lugar trancado; não conhece ninguém, né? ...”

“Tá bem difícil, mas é pro bem do meu bebê. Ai da pra agüentar. Ai eu penso muito nele, né? Não penso nem em mim, eu penso nele, porque 'tando' aqui eu sei que eu tô com mais cuidado. Os 'médico' tá sempre cuidando de mim, então eu fico mais tranqüila. Mas não é fácil ficar 'dento' de um hospital não. Como eu sei que é pro meu bem e pro bem do bebê, é assim, eu tento fazer o máximo. O que os profissionais, os 'médico' pede, os 'enfermeiro', eu concordo com tudo ainda mais sabendo que ele pode nascer prematuro, que ele corre risco. Então eu tenho que continuar, até o término.”

Dessa forma, pode tornar-se difícil para a gestante aceitar que o tratamento seja benéfico e desejável, pois ocorre uma perda de controle sobre sua vida.

QUEVEDO (2001) pontua em seu trabalho com gestantes hospitalizadas para monitoração da gestação, que foram percebidos sentimentos de ansiedade e preocupação em relação ao bebê que esperavam e aos filhos que estavam em casa. Porém, enquanto nas gestantes cardiopatas o sentimento preponderante na hospitalização era o medo da própria morte e do bebê, nas gestantes diabéticas o sentimento de medo estava relacionado à saúde do bebê e a possibilidade de má formação.

Ampliando o olhar sobre as dificuldades de adaptação ao contexto hospitalar é possível que tais dificuldades estejam também relacionadas a representações do senso comum, onde a maioria das pessoas, independente de serem portadoras de alguma enfermidade, associa o hospital com o espaço de sofrimento e dor.

Em contrapartida, outro grupo de gestantes que participaram desse trabalho trouxe por meio de suas falas a hospitalização como uma experiência positiva. O apoio da equipe de saúde também teve papel fundamental para a adaptação da gestante ao contexto do risco e à hospitalização. Os DSC subsequentes trazem as representações intituladas: **Está tranquila e tem o apoio da equipe de saúde; Devido à equipe e/ou outros fatores não tem medos e Hospitalização como experiência positiva pelos cuidados recebidos.**

“Ah, no início foi um choque, né? Muito grande né? E muita preocupação, mas foi passando, assim, os 'tempo', assim, os dias, fui conversando com médico e por aí foi me acalmando mais. E agora eu tô conformada porque, sei que vai tudo correr bem. Foi difícil no início. Eu faço tudo que os médicos pedem, eu faço direitinho - pelo meu filho e por mim também. Porque desde que eu tô gerando uma criança, eu quero fazer o melhor pra ele e pra mim. Então, não me assusta. Não me assusta porque eu tô sendo assistida, porque eu considero umas das melhores maternidades. Eu tô levando numa boa. Mas no começo a gente fica preocupada. Por causa do diabete, pressão. Aumenta toda hora. Mas agora eu tô mais sossegada. É de risco, mas não é impossível, né? Eu penso assim; que não é impossível. Que, eu tendo o meu cuidado, o que os médicos passarem para mim, ah, eu acho que vai facilitar. Então eu não me preocupo muito. Eu me preocupo assim, com a saúde mesmo, de me cuidar, e não passar nenhum, assim, uma seqüela pro bebê, né? Mas eu penso assim, que não é só

eu, que tem várias aqui que são de risco. Então, eu não sou a primeira, não sou a última e fica mais fácil, né? Levar.”

“Meus medo, pra falar a verdade, já passou um pouco. Porque já tá fora de perigo. Se ele quiser nascer, então ele já pode nascer. Então medo, medo assim eu não tenho. Só pensar que tudo dá certo. Eu não tô com esse medo porque aqui eu já conheço um pouco do profissionalismo dos profissionais. Eles têm me passado muita confiança. Então a gente fica com um pouco de medo mas... confiante, né? Eu sei que, se Deus quiser não vai acontecer nada. Então não tenho medos, assim, nenhum especificamente. Ainda mais agora, como tá tudo no controle então eu tô mais despreocupada. Não tô mais preocupada como eu tava antes Eu acredito que vai dar tudo certo no final.”

“Ah, até que tá sendo tranquilo, né? Se eu tivesse na minha casa, com certeza eu já tava com conseqüências maiores de saúde. E aqui dentro a gente é tão bem aceita, respeitada por todos com um carinho enorme. Prefiro ficar aqui, porque eu tô vendo que eu tô tendo todo cuidado, a gente tá sendo cuidado direitinho. Dá vontade de ir embora. Mas eu penso primeiro no meu filho, em fazer com que ele nasça perfeito, sem nada, pra mim, o mais importante é ele tá bem. Ai, eu tenho uma esperança maior, não tô estressada, nem ansiosa. Eu tô bem tranqüila.”

Os discursos acima evidenciam a confiança que essas gestantes depositaram na equipe de saúde. Outro aspecto visualizado diz respeito à importância das informações que essas gestantes receberam para minimizar suas dúvidas e ansiedades a respeito de sua condição de risco.

Depreende-se que os processos de humanização entre eles, o carinho com que estas gestantes verbalizaram terem sido tratadas durante a hospitalização e o respeito foram fatores de proteção para aceitação da hospitalização e adesão ao tratamento.

Em seu trabalho, QUEVEDO (2001) também encontrou um grupo de gestantes que revelaram ter grande apreciação pelo hospital em que foi realizado o estudo. Por se tratar de um hospital-escola, onde afluem pessoas carentes economicamente, torna-se compreensível que as apreciações sobre o hospital sejam positivas e associadas à medicação e à boa assistência, inclusive em relação ao atendimento humanizado.

O terceiro grupo temático que surge após a análise das entrevistas é – **MATERNIDADE NO CENÁRIO DE ALTO RISCO.**

As representações sociais desse terceiro tema estão relacionadas ao significado da maternidade e do filho no contexto do alto risco.

BANDEIRA (1999) discute que, na nossa sociedade, a definição de sexo feminino ainda se encontra tradicionalmente referida à condição biológica e associada à esfera familiar de reprodução e da maternidade.

A sociedade é responsável por veicular representações, nas quais a maternidade está relacionada à completude, ou seja, a mulher, para ser considerada completa, deve ser mãe.

Analisando-se as falas das gestantes de alto risco, pode-se perceber que para grande parte dessas mulheres, o projeto da maternidade ainda continua sendo um objetivo e uma meta a ser alcançada na vida, como se pode observar nesse fragmento de discurso retirado da representação – **É tudo, é maravilhoso, é gratificante:**

“Ah, é maravilhoso, é gratificante! Não tem explicação, não tem nem palavras para explicar. Antes eu não tinha idéia, como que era, né? Achava que 'deve' ser é normal, mas agora eu sei como que é: muito bom! Eu sempre quis ser mãe, sempre, e acho que é o desejo de toda mulher ser mãe, né? É a grande realização de uma mulher, tanto que eu me 'progamei' a vida inteira. Quando falava que eu não podia ser mãe, eu não me conformava. Que eu acho assim, eu acho que a 'mulhe' 'que ela, não pode ser mãe falta alguma coisa, né? E é uma coisa assim, muito especial. Porque... num-num adianta, não tem explicação! Cê tem que passar. Se você num 'pássa', cê num vai saber o gosto que tem...”

QUEVEDO (2001), em seu estudo também encontrou representações de maternidade como algo muito positivo na vida da mulher, sendo algo comum (fazendo parte do imaginário das mulheres) a todas as gestações, estando presente ou não a situação de risco.

Em ambos os trabalhos, QUEVEDO (2001) e o atual, a maternidade aparece como parte da estrutura identitária das mulheres, ou seja, quando são mães, tornam-se completas, remetendo esses significados de maternidade a padrões tradicionais circulantes em nossa sociedade.

No DSC seguinte que ilustra a representação do significado da maternidade – **É vida, é saúde**, torna-se interessante pontuar que essa gestante já tinha o diagnóstico de hipertensão quando engravidou. Mulheres portadoras de doenças crônicas que engravidam, sabendo dos riscos, acreditam que ao gerar um filho estarão demonstrando normalidade, não conseguindo, por causa disso, enxergar nenhuma ameaça para seu futuro bebê. Para essas mulheres, ao gerar a vida de um novo ser, valorizam e ressignificam suas próprias vidas. Ao engravidar, essas mulheres também estariam desafiando a própria doença, pois um bebê simboliza a vida (QUEVEDO, 2001; MOURA e PRAÇA, 2006).

“Eu acho uma coisa muito interessante, muito boa, e sinal de vida, né? Porque a gente praticamente gera uma vida, né? E sinal de saúde também, né? Uma pessoa que não pode ter filho, e anda sempre doente, não... não tem saúde, né? Então eu acho que isso é uma... uma saúde, uma bênção pra cada um.”

Essa terceira representação, assim com as duas anteriores, traz aspectos positivos a respeito da maternidade no contexto de alto risco. O próximo discurso intitulado: **É educar** - mostra o processo de doação da mulher na maternidade para a constituição de adultos saudáveis e felizes:

“Eu não sei se eu sou muito protetora demais, mas eu sou uma pessoa que... Sabe a galinha, quando tem seus pintinho, quer tudo junto? Eu sou assim, entendeu? Eu não gosto dos meus filhos assim, na casa de qualquer um, dormindo na casa de qualquer um. É... eu tô aqui, eu toda hora tô ligando pra saber como que eles tão, como tá a escola. Eu vigio as coisas da escola, sabe? Eu fico muito em cima, né?... eu adoro educar meus filhos. Quero que respeite. Que pra mim os meus princípios são respeitar as pessoas, gostar das pessoas, não ter inveja, não ser egoísta. Não sou aquela mãe melosa, que... que, nossa! Sou mais, assim, dou carinho na hora que tem que dar, e bronca na hora que tem que dar. De vez em quando umas 'palmada' também, quando precisa dar. Então, ser mãe é isso pra mim, educar, na medida do possível. Ser mãe ainda tem a chance de criar o ser humano. Você ajuda a formar caráter, você ajuda a formar educação”.

Dando continuidade às representações que envolvem conteúdos positivos a respeito da maternidade no contexto do risco, vamos analisar o DSC que ilustra a representação intitulada – **Feliz em ser mãe**:

“Ah, é difícil falar sobre isso, acho que to bem normal. Mas acho que é tudo de bom. Tô muito feliz. É o meu primeiro bebê. E eu acho que a partir do momento que a gente tá grávida, a gente já passa a amar ele, né? E aí já sinto um carinho, uma coisa tão gostosa, assim, uma emoção. Ainda mais quando ele mexe um carinho, um amor assim, que não dá pra explicar. Não dá! Então, como falei eu me sinto muito feliz por ele, é a coisa mais maravilhosa da face da Terra. Eu acho que não tenho assim, como descrever, falar como eu me sinto. Não tem mesmo. É uma felicidade por ser uma menina. Eu quis tanto uma menina, e depois de três 'menino' 'vir' uma menina. Eu tô muito feliz! E través dela... tô conseguindo muita coisa, através dessa gravidez. Então pra mim é uma vitória, né? Peço muito pra Deus, assim, que me dê um... um parto bom, né? Sem perigo nenhum, que corra tudo certo e que ela viva, cresça junto com meu outro filho, e que eu fico em paz com a minha família, né? Eu tô sentindo que... é uma coisa boa demais pra ser verdade. Porque eu tô em 38 anos, eu perdi a minha primeira filha, e agora to esperando de novo. Tô muito feliz, porque assim, a sensação do nenê mexendo... de saber que eu tô gerando uma vida... que ele vai sair daqui e vai ser alguém um dia, né? É maravilhoso, assim! Não vejo a hora de ver a carinha, sabe? Olha, prá ser sincera imagino que vai ser uma 'nequinha' bonitinha, o pai é 'negão', né? Então imagino que ela vai ser bonita, né? Linda. Apesar que nenhuma mãe acha o filho feio, por mais que seja, que nenhuma mãe fala, mas, acredito que... vai ser sim. É, acredito que sim, né? Mas, mesmo não sendo, do jeito que vim, do jeito que Deus 'mandá', vai ser bem vinda, bem aceita e se Deus quiser vai dar tudo certo. E o que eu tô sentindo mesmo é amor, carinho, né? Porque é um pedaço de mim, é meu sangue, né? Então é isso que eu tô sentindo, né? Não importa se a gente tem mais filhos, a mãe sempre fica feliz e vai cuidar igualzinho de todos, entendeu? É isso que eu tô sentindo.”

As gestantes participantes deste discurso mostraram sua felicidade pelo sexo do bebê – uma menina. Neste caso, a preferência foi justificada pelo fato de já existirem outros filhos do sexo masculino na família e também pelo fato de a mãe ter perdido outro bebê também do sexo feminino, já tão desejado por ela.

A maternidade também foi significada por representações de grande responsabilidade, abnegação e doação por parte das mulheres participantes dos discursos abaixo, os quais ilustram as seguintes representações: **É cuidar do outro;**

É padecer, é ter responsabilidade, é sofrer e Preocupação e responsabilidade em ser mãe.

A representação de maternidade como doação também foi encontrada no trabalho realizado por ESPÍNDOLA et al. (2006), e pode ser observada ao se analisarem as falas das gestantes nos discursos que seguem:

“Ah, eu acho que ser mãe é padecer no paraíso...”

E também:

“Ah, mãe é tudo, né? Cê faz tudo: cê ensina, cê acolhe, cê dá carinho, cê dá surra; cê protege, cê comanda, é... Cê tem que pensar... além dos 'filho'. Os 'filho' faz uma coisa, cê tem que pensar além do que ele faz. Então, se ele fizer isso, vai acontecer isso. Não, se ele for para cá, ele vai cair; se ele for desse lado... vão fazer assim. Então você tem que 'pranejar' antes deles, pensar antes do filho. Isso é ser mãe. Ser mãe é um pouco abrir a mão de si própria pra cuidar de outra pessoa. Cuidar do seu filho. É o pouco que eu imagino. Mas eu tenho certeza que é muito mais do que isso. Mãe é pra enfrentar as dificuldades por um filho.”

Pelo discurso subsequente observa-se que a maternidade também se encontra imbuída de tarefas pautadas nas expectativas sociais, em como deve ser e se comportar uma boa mãe.

O discurso que vem na sequência também traz um modelo de maternidade baseada em uma dimensão processual de continuidade, na qual as gestantes representaram a ideia de ser uma boa mãe a partir do propósito de preparar os filhos para sua inserção na sociedade. (QUEVEDO, 2001)

“Nossa! É muito contraditório de repente. Porque é muito bom, cê fica eufórica, nossa, eu vou ter um filho, tudo de bom. Só que daí você pensa como que tá o mundo, você vai assisti a televisão, cê vê a situação de violência, cê fala: - Nossa, será que meu filho vai conseguir sobreviver nesse mundo? Será que eu vou ser uma boa mãe, de dar uma educação pra que ele não se envolva nestas coisas ruins que andam acontecendo? Ser mãe não é uma simples coisa, assim, passageira. É coisa durável, a 'criança' 'vai' depender de mim, né? Eu tenho medo de não poder estar lado a lado, entendeu? Porque é complicado criar uma criança, né? Sei lá, me preocupo com um monte de coisa, bem lá do futuro. Que eu fico pensando assim: faculdade, estudo, namoro. Tudo isso já bate, assim, e também o cuidado agora de

comecinho. Eu tenho medo de não conseguir cuidar, mas tenho certeza que eu vou conseguir. Vou tentar educá-lo, vou tentar fazer o máximo por ele; pra que amanhã eu não me arrependa de nada, de que eu não dei uma boa educação, pra que ele não, no amanhã, quando já tiver uma certa idade ele me cobre: - Ah, você não fez nada por mim!”

Para outro grupo de gestantes, as representações acerca da maternidade e do filho estão relacionadas à interação mãe-bebê intra-útero. Para mostrar esse aspecto temos as seguintes representações: **É comunicar-se com o bebê ainda no útero; Já interage com o bebê e Ansiedade em conhecer o bebê**, que são ilustradas pelos seguintes discursos:

“Nossa! É o máximo! Nossa, é muito bom, não tem como explicar! Tipo, ele mexendo dentro de mim, é muito bom, é maravilhoso, bom demais. Acho que é a experiência melhor que eu tive até agora, assim, de mexer, tudo. Quando ontem aconteceu isso nem acreditei. Agora eu curto só a barriga, né? Ele mexendo... Eu brigo e falo: - Nenê obedece a mãe... né? Obedece a mãe filho, ajuda porque se você não colaborar com a mamãe, você vai demorar mais pra vir ao mundo e a mamãe vai sofrer mais. E parece que ele entende! Ele entende e colabora comigo, dentro da barriga ele já colabora. O bebê já tem tudo; a gente já comprou tudo, tá sendo uma expectativa assim. Não vejo a hora. Eu falo muito com ele, e ele me conhece, porque eu converso com ele, e ele mexe pra mim. Eu nunca pensei que era assim, só depois mesmo.”

AULAGNIER (1994) considera que, desde o início da gestação estabelece-se uma relação imaginária com o feto, onde a representação elaborada pela mãe não é a de um simples feto, mas de um corpinho imaginado e já desenvolvido, com todas as atribuições que se fazem necessárias para a completude de um corpo.

De acordo com BRAZELTON e CRAMER (1992), a mãe personifica o feto para que na hora do parto ela não se encontre com alguém completamente estranho a ela. Essa personificação do feto vai acontecendo à medida que os pais escolhem o nome do seu filho, as roupas, realizam modificações na casa para a chegada do novo membro da família. Dar características aos movimentos fetais, personificar esses movimentos dizendo o quê e como esse filho será, são formas de atribuir uma personalidade ao feto. Os autores designam esse processo de apego primordial.

Para STERN (1997), a representação que a mãe teve do bebê imaginado desde a gestação continuará presente no tipo de relacionamento que se estabelecerá com o seu bebê da realidade.

Através do discurso retro transcrito, pode-se perceber (quando a gestante solicita que o bebê colabore para que ela não sofra) uma relação de parceria em que esse bebê já é responsabilizado pelo bem-estar da mãe. Existe também uma relação inversa de cuidados, em que o bebê cuida da mãe, comportando-se como ela lhe pede.

Na composição do vínculo com esse bebê, percebem-se sentimentos de disponibilidade dessa gestante (em enfrentar a hospitalização por causa da gestação), mas também um pedido de ressarcimento (ao bebê) por parte dela em decorrência desse investimento que traz limitações e perdas.

A representação que o filho vem adquirindo já antes do nascimento é de alguém que será responsável pelo bem-estar da mãe e, quem sabe, pelos cuidados com ela.

Em contrapartida, algumas gestantes não verbalizaram em seus discursos a formação de uma imagem mental a respeito de seu bebê:

“Eu tô feliz de tá grávida, né? E muito ansiosa pra mim vê logo ele, né. Não vejo a hora dele nascer, por mim ele nascia hoje mesmo. Não vejo a hora de, saber se é menina ou menino, ver a carinha, se vai ser gordinho, se vai ser magrinho, moreninho, branquinho. Eu tô louca não vejo a hora de passar esses meis voando pra mim ver meu neném, de poder pegar. Ai, eu não sei se é porque vai nascer muito pequenininho, vai ser prematuro não vejo a hora de ver, de apertar, de cheirar. A gente vai ver sempre os 'recém-nascido', cê fica imaginando, como é que vai ser o rostinho, o narizinho, a boquinha, o pezinho. Então, ansiedade mesmo, de nascer logo. Eu falei pra minha mãe, no telefone, que eu tô contando os dias de chegar em casa, com esse nenê no colo de ver as 'coisinha' dele arrumada, sabe? O quarto dele arrumado, as 'coisa' dele tudo arrumada, não vejo a hora é aquela coisa de mãe mesmo, né?”

Nesse discurso, a possibilidade de antecipação do parto e do nascimento de um bebê prematuro pode ter levado essas mulheres a não formarem uma imagem mental de seus bebês na tentativa de se defenderem de uma possível perda.

Uma etapa importante para a formação do vínculo com o bebê é aquela em que ocorrem os movimentos fetais e o modo como as gestantes representam tais movimentos, uma vez que são compreendidos como formas de comunicação, conforme se pode entrever no discurso que segue:

“Ah, eu tô me sentindo muito bem, né? Dá impressão que o bebê já me conhece e que eu já conheço ele. Às vezes eu fico conversando com a minha barriga, não sei se é homem, se é mulher, mas eu procuro ficar, assim, conversando pra ver se eu me acostumo com isso, ou se ele se adapta a mim também, né? tá sendo emocionante, né? Às vezes ele empurra o pé na costela, assim, daí vai tudo pra cima. Mas eu gosto. Eu gosto quando ele mexe. - Ai, eu falo, pára de bagunçar na minha barriga, tá doendo. Tô super feliz, converso com o nenê e ele sente... Quando eu e o meu marido a gente coloca a mão ele sente. Ele vai na mão que nem peixe no aquário. Ah, tá demais, se deixar, faço um ultra-som por semana. Então é muito amor, muito amor. É tanto que, pela minha barriga, assim, falo pra ele: - Amo muito, amo muito meu nenê. E assim quero passar pra ele o amor mesmo. Quando fica 'meio' 'queto', eu fico mandando ele reagir mais rápido. Ah, essas coisas, não tem explicação! É muito bom, né? É muito gostoso tô curtindo assim, eu tô apaixonada.”

Para MALDONADO (2002), o tipo de vínculo que a mãe forma com seu bebê sofre influências dessas representações que a mulher constrói a respeito de si mesma e de seu futuro filho.

A religiosidade aparece como mais uma representação a respeito da maternidade no contexto de alto risco. **É um dom concebido por Deus e Gratidão a Deus**, são representações que são ilustradas pelos seguintes discursos:

“Ah, uma coisa muito especial, é uma coisa muito suprema, de Deus mesmo, né? Ser mãe eu classifico como uma dádiva, porque... só o fato, assim, quando o meu filho mexe dentro de mim eu já me animo, já, pensando na carinha dele, no rosto dele. Eu acho que é um presente de Deus ser mãe. Ser mãe, pra mim, é uma maravilha, né? Eu amo os meus 'filho', e eu acho que... Eu acho assim, que ser mãe é uma bênção, assim, muito grande, de Deus, né? Se Deus me deu o dom, se Deus me tá me dando a chance de ser mãe pela segunda vez, mesmo que eu tenha que enfrentar todas essas barreiras: ficar longe da minha filha, por enquanto, né? Longe da minha casa, internada num lugar... Então, acho que mãe não.. não é profissão, é, não é... não é

praga, que nem algumas pensam que seja, e sim um dom. Eu acho que é... Mãe é um dom concedido por Deus. É emocionante. Ah, uma emoção muito grande. O meu sonho é ter um filho. Então, agora, veio de repente, foi a maior graça de Deus que veio pra mim, né? Eu gostei muito. Então... Se Deus quiser, ele vai ficar bem, eu vou ficar bem. Ah, eu acho que... ser mãe é um presente de Deus, né? Pra mim, eu acho que já é presente de Deus, um milagre. Ah, eu... eu acho lindo ser mãe. Acho que, de tudo, assim, que tem, de todos os privilégios que alguém pode ter, acho que o maior é esse, ser mãe; poder carregar o filho, assim, é uma coisa tão...É inexplicável cê poder carregar um filho dentro da barriga, e com vida, né? Assim, às vezes a gente acha que não tem ar, que não tem... né? Mas tem. Então eu acho que... é ser 'privilegiada' mesmo, por Deus."

Por esse discurso percebe-se a dimensão divina da maternidade, uma vez que a gravidez faz das mulheres seres criadores de novas vidas, aproximando-as de Deus.

A religiosidade também pode ser vista no discurso seguinte como um mecanismo de enfrentamento diante das dificuldades vivenciadas:

"Ah! É uma benção, tenho que agradecer a Deus. Chegou pra alegrar a família inteira, não só eu como meu esposo, mas como os avós, os tios. Eu vejo como uma benção na minha vida assim. É uma coisa especial a dificuldade de eu tá conseguindo ficar com ele. A gestação tá agüentando, eu já tô de seis meses. Pra mim é um bebê muito especial. Foi por Deus mesmo que hoje eu tô aqui. Então, tenho que agradecer a Deus porque se Deus permitir é porque Deus sabe da minha capacidade."

Desde os primórdios da infância, por meio de brincadeiras que estimulam os cuidados das meninas com suas bonecas, inicia-se na vida da mulher o processo de incorporação da maternidade. As representações acerca da maternidade enquanto experiência identitária da personalidade feminina podem ser visualizadas nos discursos das gestantes que participaram deste trabalho e que ilustram as categorias:

É um papel possível de ser aprendido e É mudar de papel.

A gestação funciona para a mulher como um período de preparação para assumir novos papéis, frente ao bebê e a tudo que ele irá exigir da mãe. No próximo discurso, a gestante relata que iniciou seu processo de incorporação da maternidade

através das experiências de cuidados com os sobrinhos, para agora assumir os cuidados com seu bebê:

“Assim, eu nunca fui mãe, mas eu sempre fui aquela tia coruja, né? Eu sempre fiz tudo pelos meus sobrinhos. Sempre dormiram comigo em casa. Quando eu tô na minha mãe, sobe todo mundo pra dormir lá. A gente sai junto, vai pra shopping. Sempre gostei de cuidar dos meus sobrinhos, né? Eu cuido do meu sobrinho como se fosse um filho meu, né? Então agora vou ter o meu.”

A diversidade de papéis construídos pelas gestantes do discurso subsequente, mostra a complexidade da função materna representada pelas mulheres deste estudo. Segundo essas mulheres a maternidade pode ser um papel aprendido a partir da interação mãe-filho, sendo essa convivência diária com o filho o próprio processo de aprendizagem, que leva também a um processo de crescimento e amadurecimento pessoal:

“Ah, ser mãe é tudo, né? É médica, psicóloga, é babá, sabe? E depois, é muito bom mesmo, porque a gente aprende de tudo com eles, cê vai aprendendo com as 'criança', né? Os filhos 'ensina' muito pra gente. A gente aprende muito, e cada um é uma experiência diferente. É bom até pra gente, porque a gente aprende a gente não sabe de nada. Quando a gente tem filho, a gente aprende com eles porque eu tenho um de 13 e depois tenho um de 4 e de 2. Então são cabeças totalmente diferentes. Eu já aprendi muita coisa. Cresci com o meu de 13 porque eu tinha 19 no primeiro parto, né? E agora que eu tô com 33, tô amadurecendo com os outros. E aprendendo também, né? Criança sempre ensina. Ainda mais depois ser mãe é mudar tudo, tem uma responsabilidade maior nossa! A sua vida muda completamente e isso te cria mais responsabilidade. Você esquece de você. Tudo é pro seu filho, tudo é seu filho, tudo é seu filho. Pra gente, nada, tudo pra ele, então a gente muda muito mesmo.”

Por sua vez, as representações de maternidade também estão relacionadas à identificação da gestante com sua figura materna, de quem absorveu o modelo do que é ser uma boa mãe. O discurso seguinte ilustra a representação intitulada: **É identificar-se com a figura materna:**

“Eu sempre fui uma boa filha. Não sei se meu filho vai ser comigo. Mas eu vou fazer de tudo pra ser uma boa mãe pra ele igual minha mãe foi comigo. Minha mãe falava assim: - Olha um dia filha, quando você crescer e casar você vai ser mãe, aí você vai

saber o que é ser mãe. Por isso que muita coisa que a mãe da gente faz pra gente, na hora a gente não entende, mas depois a gente entende cada tapa que a gente tomou porque que foi. Eu entendo assim, né. Então agora eu sei o que é mãe.”

Ao vivenciar o processo gestacional, a mulher identifica-se com uma identidade pressuposta de mãe. Para MALDONADO (2002), no contexto concreto, objetivado pela vivência da mulher no desempenho do papel materno, existe um processo de identificação com o modelo de ser mãe que é o mais familiar para cada um de nós – a nossa própria mãe.

No discurso retro mencionado observa-se haver uma identificação das entrevistadas com suas genitoras, então, as atividades maternas são reproduzidas de maneira semelhante ao modo de cuidar recebido.

As representações de maternidade também podem ter sido estruturadas pelas gestantes no contexto de rejeição e ambivalência. É o que pode ser observado nos discursos que ilustram as Idéias: **Agora está feliz, mas no início não queria a gravidez; Sente-se rejeitada pela família e Sente dificuldades em aceitar ou tem rejeição pela gravidez.**

Por se tratar de um período de mudanças e necessidade de ajustamentos individuais e familiares, a gestação pode ser considerada um período de crise, porém a participação e o apoio do companheiro e da família neste momento proporcionam a sensação de segurança à gestante.

ARRUDA e MARCON (2007) referem em seus estudos que o suporte familiar e conjugal torna-se importante para a manutenção da saúde mental, bem como o enfrentamento de situações estressantes.

Ao se analisarem os fragmentos de discurso subsequente observa-se que os motivos que levaram essas gestantes a rejeitarem o processo gestacional estão relacionados ou à questões individuais, tal como a idade ou à falta de apoio conjugal e familiar:

“No começo eu não queria mesmo, de jeito nenhum! Foi difícil entrar na minha cabeça que eu tava grávida. Acho que também foi difícil aceitar por causa da idade, do desgaste físico e psicológico...”

“Oh, pra falar a verdade, pela situação que eu vinha passando em casa, meus filhos não aceitaram a minha gravidez...”

“Olha, sinceramente, até agora eu não consegui sentir nem um pouco de alegria, em prol desse monte de aborrecimento que eu tô tendo. Por conta do pai da criança, o pai não querer saber, ele é casado, pai de 3 'filho', eu não queria mesmo...”

Dando continuidade à análise, chegamos às representações de maternidade ligadas à condição de saúde da mãe, consubstanciadas nos discursos intitulados: **Raiva, tristeza, preocupação por estar hospitalizada; Preocupada devido a seus problemas de saúde; Sente culpa; Medo da perda e/ou medo de o bebê ter problemas de saúde; Feliz porque o tratamento está recuperando o bebê e É ter medo do que possa acontecer ao bebê.**

Como parte dessas representações expostas acima já foi contemplada em outros momentos desta discussão, vamos fazer uma breve análise a respeito desses conteúdos.

Por meio dos fragmentos de discursos abaixo, é possível visualizar implicações entre ser gestante de alto risco (com uma doença pré-existente ou adquirida na gestação) e os comportamentos relativos à escolha da maternidade, relações com o bebê, enfrentamento das limitações impostas diante de uma gestação de risco e todos os sentimentos envolvidos neste contexto de vida e morte:

“Eu fico com raiva por causa que eu me encontro 'dento' de um hospital. Queria tá levando a gravidez até os 9 'mês' é trabalhando, como eu sempre fiz da minha vida até hoje. Só que... Não pela criança, pelo 'poblema' de saúde. Ah, eu, assim... Eu fico triste por não poder tá em casa, né? Assim, porque eu queria tá com meu marido, cuidando dele, cuidando do meu filho, e não fica mais no hospital. Mas quanto a mim, assim, tudo bem, né? O importante é a saúde do bebê agora, né? ...”

“Quando eu descobri que eu tava grávida, na hora tomei um susto, porque tava planejada a operação de varizes, e naquele momento a operação de varizes era muito importante. Também tava insegura com os 'poblema' de saúde eu num tava pensando em ter filho naquele momento. Aí, fiquei meio assim, assustadinha. E o que me preocupa um pouco, é o lance da pressão arterial, assim, não tô muito

preocupada porque eu tô sendo assistida, como eu falei, por uma das melhores maternidades, né? ...”

“O que 'pesô' mais na consciência, foi quando eu fiz a ultra-som e o médico falou que o nenê podia nascer e morrer, porque não viu os rins, né? Porque não viu o líquido. Então tava perigoso eu não conseguir levar esta gestação pra frente. Eu ia perder a qualquer momento, o coraçãozinho do nenê podia parar a qualquer momento. Aí eu fiquei mesmo com consciência pesada. Mas, eu comecei a freqüentar a igreja, fiz campanha tudo. E graças a Deus eu tô chegando quase aos 7 meses e tá aqui, vivo! Agora, converso muito com ele, peço desculpa, assim, perdão pra ele se alguma vez ele se sentiu rejeitado. Então, minha cabeça deu aquela mudança radical, sabe? Aí eu comecei desejar, desejar, pedir a Deus, pois achei que era, talvez era o meu sentimento de não querer engravidar que possa ter causado isso, né? Correndo o risco de perder ele. É como falo, se tá aqui, Deus me deu, tenho que ter ele. E comecei desejar ele de uma forma que eu não tava desejando antes. Mas eu sempre rezo muito pra que essa criança venha no mundo com saúde, que não tenha problemas, que não sofra. Porque dói muito numa mãe ver o filho sofrer. E a melhor coisa do mundo pra uma mãe é ver um sorriso no rosto de uma criança. Então, eu espero, com fé em Deus, que 'nasce', e vai embora comigo.”

“Olha, no momento, sinto um pouco de medo, entendeu? Aí eu vou falar assim, eu fico até emocionada, porque eu penso nele e eu penso também na situação que eu já vivi com outro neném, eu tenho medo de perder. E a minha preocupação maior é com o bem-estar dele, né? É muito triste a gente ter o amor e carinho pela gravidez e, no mesmo instante, saber que a criança não vai sobreviver, e como a bolsa rompeu ele tem pouco peso. E o médico, quando ele me internou, ele também não enganou e já falou logo a verdade pra mim. Já falou tudo, que tinha de falar. E eu sei que ele tá sem líquido, então qualquer batida aqui pode bater diretamente nele que tá desprotegido. Então é essa preocupação, que ele pode morrer a qualquer momento; pode nascer a qualquer momento pois tem vários 'risco'...”

“Hoje eu to feliz, feliz por saber que o bebê tá bem, que tá com saúde. Porque aqui, eu fazendo o tratamento, ele tá melhorando cada dia mais, né? Então, só felicidade, mesmo. E ainda não perdi a esperança, porque a esperança é a última que morre...”

O quarto e último grupo temático que surge após a análise das entrevistas é – **O IMPACTO DA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO PARA O COMPANHEIRO E A FAMÍLIA DA GESTANTE.**

Quais os sentimentos do companheiro e da família ao vivenciarem junto à gestante o diagnóstico de risco e a hospitalização? As respostas que emergem a partir dessa pergunta tecem as representações sobre o impacto da gestação de alto risco na conjugalidade e nas relações familiares.

Família está muito feliz com a gestação e dando apoio e Família do marido está mais feliz do que a da gestante e Está dando força – Essas são as primeiras representações que emergem ao se analisar o impacto da gestação de alto risco no contexto familiar e na relação com o companheiro.

Para ARRUDA e MARCON (2007), uma das entidades sociais mais relevantes e significativas para a sociedade é a família, onde as experiências vivenciadas contemplam um viver de singularidades que são retratadas através de sua força, limites e enfrentamento.

De acordo com TARNOWISK et al. (2005), por ser considerada uma fase do ciclo vital do núcleo familiar, o momento de gerar filhos pode ser encarado como um dos enfrentamentos mais comuns vividos pelas famílias.

Se em gestações com baixo risco verifica-se a importância que o suprimento afetivo e social representa para uma gestante, o que dizer, então, desse apoio para o enfrentamento de uma gestação de alto risco?

“Ah, a minha família tá adorando. Eles gostariam lógico, que eu tivesse uma gestação mais tranqüila, na minha casa, mas como não esta sendo possível, estão encarando da melhor maneira possível. Todo mundo se preocupa muito com a gente, vem me 'vê' todo dia e me dar força, pra 'mim' agüentar ficar aqui. Tão sempre ligando ou pra saber da minha saúde e da criança, ou se eu tô precisando de alguma coisa, assim, financeiramente. Eles me apóia em tudo e estão ficando com as criança. Eu acho que eles tão mais empolgados do que eu porque tudo é pro neném agora. Falaram que vai dar tudo certo, e eu creio que vai dar tudo certo.”

E também:

“A família dele, assim, parece que tá mais animada, mais contente que a minha. Eles são 'diferente', porque eles adoram criança e porque é a primeira neta, primeira bisneta, então pra eles é um novo ser que vai chegar e fica todo mundo entusiasmado. Mas as 2 'família' tão aceitando bem porque vêm aqui, se preocupa comigo e compra de tudo.”

E mais ainda:

“Ai, ele me dá muito apoio, o que pode ele tá fazendo por mim, né? Todo o dia ele tá aqui, nem que 'seja' cinco minutos, ele vem. Tá comigo sempre. Tá mais forte e mais tranqüilo que eu, pelo menos aparenta, né? De fora ele fica contornando a situação, auxiliando. Ele me dá muita força. Acho que me ajuda bastante, assim, minha família me dá força também.”

As mulheres que compuseram a amostra desta pesquisa sinalizaram que a participação da família e do companheiro nesse momento de crise tornou-se a principal fonte de apoio. Esse apoio foi significado aqui pelas visitas no hospital e pelo fortalecimento da gestante para o enfrentamento da internação; dos cuidados aos filhos que ficaram em casa e do apoio financeiro. Pode-se afirmar, com base nesse discurso, a valorização do papel da família e do companheiro e sua responsabilidade sobre o bem estar da gestante durante a gestação de alto risco.

Em contrapartida, encontramos algumas gestantes que não puderam contar com o apoio familiar, pois a família não sabia que elas encontravam-se internadas –

Família não sabe o que está acontecendo com a gestante:

“Olha, minha família ainda não sabe, meus 'parente' tá tudo longe, eles sabem que eu estou internada, mas não tão ciente do que tá acontecendo comigo. Minha mãe sabe que eu estou grávida, mas ela não sabe que eu estou com 'problema'.

Não compartilhar o momento de crise pode ter sido uma escolha desse grupo de gestantes em poupar suas famílias, pois como em alguns casos os familiares estavam em outros estados, saber da hospitalização geraria um stress adicional sem que, no entanto, as famílias pudessem estar concretamente presentes para dar apoio à gestante.

Sentimentos felizes também foram referenciados pelos companheiros das gestantes de alto risco, o que pode ser visto através da representação – **Feliz com a gravidez:**

“Ah! Nossa, ele tá encantado! Ele se sente mais bobo do que eu, tá muito feliz. Tá numa babação! Uma coisa louca, pai coruja demais. Todo lugar que eu vou, ele vai atrás. Acho que ele queria muito ser pai. Ele tá muito feliz e todo empolgado, também porque faz tempo que a gente tá junto e só agora apareceu. Tá muito dedicado, compreensivo. Ele vem me visitar em todas as visitas, a gente conversa e tudo o mais. Ele me surpreende cada vez mais, porque pra mim eu achava que ele ia ser um pouco, não tão atencioso, mas ele tá sendo super bem atencioso, tá sempre comigo. Ele me vive fazendo feliz! Então, eu não tenho o que reclamar dele. Pra ele o nenê é tudo, e eu também, 'samos' a família dele. Tenho certeza que ele vai ser um ótimo pai... Nossa! Pra ele tá... sendo novidade.”

O primeiro aspecto que merece ser pontuado nesse discurso refere-se ao desejo de constituir uma família como sendo um projeto não exclusivo da mulher. Outro aspecto diz respeito à percepção que algumas gestantes tinham de seus companheiros no tocante às demonstrações de afeto e o quanto houve uma mudança dessa percepção. Embora não se possa afirmar que essa mudança deu-se em decorrência do diagnóstico de alto risco, pode-se afirmar, com base nos estudos de KLAUS e KENNEL (1993), que o apoio do companheiro é fundamental para o desenvolvimento do apego entre mãe e bebê.

Gianórdoli (2000), citado por BORLOT e TRINDADE (2004, p. 68), em seu estudo com casais na qual um dos cônjuges havia sofrido infarto, constatou um fortalecimento da união do casal, em decorrência da possibilidade da perda de vida. Isso nos leva a concluir que, em situações difíceis da vida, os membros do casal geralmente procuram apoiar-se mutuamente.

A felicidade também esteve presente nos discursos das gestantes deste trabalho em decorrência do sexo do futuro bebê, como poder ser visualizado pelos fragmentos de discursos seguintes que ilustram as representações – **Feliz devido ao sexo do bebê que vai chegar e Família muito feliz com o sexo do bebê:**

“Não tem como falar da felicidade dele, ele tá amando, tá adorando, né? Porque era o sonho da vida dele ter uma filha. Então, ele tá muito mais feliz que eu, eu acho é o que ele mais 'qué': é essa menina, essa filha e não vê a hora da menina 'nascê' e poder pegar a filha dele e saí apresentando pra todo mundo. Tá numa alegria danada! Porque ele toda vida quis uma filha...”

“Minha família tá feliz da vida - Meu pai, minha mãe, mas ainda mais a minha mãe porque eu vou ter uma menina. Tá todo mundo ansioso e torcendo que tudo dá certo e que a menininha venha com saúde”.

“Fez festa, gostaram e tão gostando também porque eu sou a única que tem menino. Minhas 'irmã' é tudo 'muié', tudo tem filha 'muié'. Três 'filha' 'mulher' e eu já é o segundo homem. Minha mãe ficou muito feliz de saber também que é um menino, né? Que vai ter outro netinho

Pelo teor desses discursos pode-se dizer que a felicidade em decorrência de o bebê ser do sexo feminino pode estar relacionada ao fato de os homens construírem a representação de que filhas mulheres são mais fáceis de lidar do que filhos homens.

Em contrapartida, na literatura, encontram-se relatos de preferência por parte dos homens em terem filhos do sexo masculino, porque essas crianças vão se constituir como companheiros para a vida (MALDONADO, 2002).

A felicidade da família por causa do nascimento de um bebê do sexo masculino esteve atrelada, segundo as gestantes deste estudo, ao fato de já existirem na família muitas crianças do sexo feminino.

Por outro lado, algumas famílias manifestaram intenso sofrimento diante da gestação de alto risco de sua gestante e expressaram esses sentimentos através da representação - **Família muito preocupada e sofrendo:**

“Tá todo mundo preocupado por que eu tô no hospital. Minha família tá surpresa porque nas outras 'gravidez' eles viram que eu era ativa e que eu ia do começo ao fim. E agora eles tão tudo surpresos com o que tá acontecendo comigo. Tá também todo mundo triste. Vem todo o mundo me visitar, fica todo o mundo me perguntando como é que eu tô, ligando aqui direto pra saber se eu tô sentindo dor, então, eles também tão sofrendo muito. Tá sofrimento pra todo o mundo e eles tão cuidando tudo das 'criança' lá. Meu marido sai pra trabalhar, quem cuida é os 'adolescente', mas tem os 'pequeno'. Minha sogra que tá cuidando, minha cunhada que tá cuidando, então, não tem sido fácil, não.”

Esse discurso revela como as famílias perceberam uma sobreposição entre o que haviam imaginado antes da gestação e o que estavam vivenciando com ela, pois o

diagnóstico de uma gestação de alto risco e a necessidade de hospitalização foram experiências jamais imaginadas pelas famílias.

A sobrecarga dos cuidados aos demais filhos das gestantes também foi apontada como sendo difícil para as famílias lidarem.

Sentimentos ambivalentes de felicidade e preocupação surgiram por meio das representações – **Família está preocupada e feliz ao mesmo tempo e Está feliz, mas...**

“Minha família tá feliz. Muito feliz com a chegadinha do bebê e preocupados também com o meu quadro, querendo que chega logo e com medo que é alto risco. A minha mãe ficou desesperada assim, pelo fato 'deu' tá aqui, mas tá encarando bem. Ela visita e fala: “ Fica calma”. Pra ter paciência, não chorar, me controlar, pra não passar nada de ruim pro nenê. E ela tá rezando muito por mim. Tá todo mundo preocupado, um pouco apreensivo, mas todo mundo confiante que vai dar tudo certo. Tô às vezes lá deitada, triste, daí eles ligam e falam: “Olha, tô orando, fica em paz” . Então dá uma força. Uma força a mais, é importante. Se eu tivesse sozinha, de verdade, eu tava perdida.”

“Ele tá muito feliz, desde o começo!! Tá, porque ele quer muito. Como todos 'tamos'. Tá 'loco' pra sabe o quê que é: se é menino ou menina. Ele tá bem, mas tá apreensivo também porque ele fica um pouco inseguro diante da minha vida e diante da vida do bebê, diz que tá sentindo muito a minha falta. Pra ele tá sendo muito difícil, porque toda hora o médico tá me explicando tudo, e ele escuta, mas assim, ele num tá o tempo todo acompanhando e tudo. Ele tá preocupado, né? Porque, a gente nunca esperava. Pode acontecer com todo mundo, menos com a gente, né? Eu acabo deixando ele nervoso também, porque ele me vê ansiosa. Aí ele vem, ele escuta. Eu falo pra ele o que aconteceu assim no dia, ele chora, quem ficou sensível foi ele, não eu, né? Tá ao meu lado, tá torcendo pra que dá tudo certo. Me aconselha, fica no meu pé pra não comer isso, não comer aquilo, né? É um pai excelente mesmo. Mas ele tá encarando bem. Ele fica meio bobo, eu acho que ainda não caiu em si.”

A família constitui-se na principal fonte de apoio das mulheres para tornar os desafios impostos pela gestação de alto risco, sendo que os laços familiares podem

ser estreitados ou reatados em função da criança e de doença da mãe. Assim a gestação de alto risco atinge toda a rede familiar.

Nos discursos retro referidos, a fé e a religiosidade voltam a aparecer como mecanismos de enfrentamento potente para os períodos de crise vivenciados no ciclo vital, sejam individuais ou familiares. No momento mais crítico dessa experiência que é a hospitalização, a família se une de forma a atender à demanda das necessidades da paciente.

Percebe-se também pelos discursos que nesse período de diagnóstico de doença durante a gestação e necessidade de internação, a família precisou adaptar-se, reorganizando-se de acordo com o agravamento da doença, o que a levou a experimentar sentimentos contraditórios de exaustão, medo, culpa.

Algumas famílias tiveram dificuldades em aceitar a gestação e dar apoio à gestante, o que vem explicitado pelas representações: - **Família não ficou feliz com a gestação e Agora família apóia a gestação.**

A vivência da gestação de alto risco é uma experiência única que se estende ao companheiro, família e sociedade. Algumas gestantes entrevistadas que contribuíram para a formação do discurso que segue não puderam contar com a aceitação da família:

“Eles não queriam que eu engravidasse de novo. Eles 'fala' que eu sou meio louca e que eu não devia 'me' ter engravidado. Mas alguns aceitaram, outros não, tipo assim minha mãe ainda tá muito magoada comigo, né? porque minha mãe não se dá muito bem com o pai da criança, entendeu?”

“No começo eles não aceitaram, eles não queriam porque o meu marido tava desempregado, a gente tava quase separando. O mais difícil foi encarar a minha mãe assim no começo porque ela ficou muito brava. Pra ela foi quase uma facada nas 'costa', mas agora ela tá um pouco mais conformada e conseguiu aceitar um pouquinho. Ela num fica mimando, em cima, tipo: ai... beijando, fazendo carinho... Mas ela aceita e também meu pai no começo, ficou nervoso. Lógico, né? Mas depois normal. Não falou nada, não xingou e não brigou. Agora todo mundo paparica, tão me dando apoio e não vê a hora de nascer. Agora eles tão aceitando bem.”

Para DESSEN e BRAZ (2000), quando grávidas, as mulheres colocam em primeiro grau de importância a ajuda, o apoio e o carinho do companheiro. A figura do homem-pai torna-se de fundamental importância e sua ausência é considerada um fator de risco gestacional.

O fato de as famílias não aceitarem a gestação, em decorrência da não aceitação do pai da criança, trouxe sofrimento para essas gestantes, podendo ser caracterizada como um risco adicional para a adaptação da gestação de alto risco e da hospitalização.

O impacto da gestação para o marido também se fez perceber na manifestação dos homens sobre a dificuldade em assumir os papéis que anteriormente pertenciam às companheiras, com funções realizadas por elas, as quais, por conta da hospitalização, tiveram de deixar o lar. Isso pode ser verificado nas representações – **Está estressado com a ausência da companheira e com a sobrecarga de tarefas e Está preocupado/desesperado com a gravidez de risco/saúde:**

“Ele ficou meio perdido no começo. Agora ele já se acostumou um pouco, nunca teve que ficar fazendo as 'coisa' em casa, né? Assim, porque a gente trabalha em várias atividades, né? Ele depende um pouquinho de mim pra organizar certas 'coisa' e agora ele tá meio estressado porque ele tá fazendo o meu serviço e o dele. Depois que eu vim pra cá, ele falou, é: você, de vez de pensar lá em casa, cuida do nenê, pensa no nenê. Nesse momento da internação ele se sente um pouco só, mas, infelizmente, se tem que ter, eu tenho que ficar. Se é pro bem da criança, a gente passa isso junto, ele já sabe que tem que encarar.”

“Muito preocupado, ficou desesperado, chorou já vendo as 'visita'. Ele falou que só vai ficar despreocupado no dia que eu tiver alta e já sair do hospital. Ele tem muito medo do parto. Acha que eu posso 'morre' ou o nenê, né? Pra ele o nenê é tudo, e eu também. Ele fala: se tiver que escolher, ele prefere eu. É que eu já tô aqui, né? Então ele tem medo, assim, de que aconteça o pior. Mas o que ele demonstra pra mim é que ele tá tentando me passar tranqüilidade. Falando que é assim mesmo, que vai dar tudo certo, o que pode, ele tá fazendo por mim, né? Todo o dia ele tá aqui. Mas tem hora que dá um desengano nele. Como um pai nervoso, ansioso por eu estar ausente, por eu estar internada. É, comigo e com ela, né? Ele tá com muito amor na

criança, se preocupa muito comigo também. Tá difícil pros dois, pra família inteira, porque todo o mundo quer essa criança. Acho que ele também já tá desesperado, não vê a hora de ver essa criança nascer. Do mesmo jeito que eu, porque ele sabe que eu não tenho mais saúde, né? É muito difícil, mas é só esperar agora.”

Pelos discursos acima, fica evidente que o temor da possibilidade de perda por conta do risco de morte é uma constante na família e no companheiro da gestante de risco.

É interessante observar nos discursos o quanto os papéis sociais de mulher e homem estão estabelecidos socialmente e o quanto a gestação de risco, nesse contexto, trouxe uma necessidade de reorganização desses papéis, gerando sobrecarga e certo estranhamento entre os companheiros dessas gestantes em terem de assumir um papel que na percepção deles é puramente feminino.

No entanto, o apoio da família e, do pai do bebê ajudam a mulher a viver o momento da gravidez como mais tranquilidade. Esse apoio proporciona à mulher mais segurança para enfrentar os desafios desse momento.

De acordo com as representações trazidas por algumas gestantes, seus companheiros não mostraram preocupação com a gestação e isso estava relacionado ao fato de eles não terem planejado junto às mulheres essa gestação que posteriormente foi diagnosticada como sendo de alto risco. Essas representações foram – **Não se preocupa porque... e Ele não queria/ não assumiu a gravidez.**

“Não tá nem aí. Ele tem a 'mulhe' dele, tem os 'filho' dele, pra quê que ele vai 'ligá'? Ele nem sabe que eu tô internada. Não pergunta do bebê, ele não comprou nada!”

“Faz tanto tempo que eu não vejo ele. Tá bravo porque ele não queria! Quando eu contei pra ele, ele teve toda aquela reação absurda, falou pra me livrar disso, como se fosse uma maldição. Mas também eu nem ligo pra ele, nem falo com ele também. Até hoje não veio me visitar, tinham comentado com ele que eu tava aqui. Ele, diz que não deu uma palavra sequer, que tava pouco se lixando. Eu não tenho participação nenhuma dele porque ele sempre desconfiou que a filha não é dele, vamo ver, quando nascer. Então, na minha opinião, prefiro ele lá no canto dele, e eu no meu canto, porque pra mim ele não tá mais vivo.”

O fato de assumir uma relação estável como um homem proporciona maior tranquilidade para a gestante. Isso porque se pressupõe que esse companheiro também seja responsável por boa parte do suprimento das condições básicas de sua nova família.

Pode-se verificar a importância que o suprimento afetivo, social e financeiro representa para a mulher que engravida. A partir disso, pode-se levantar um questionamento sobre a valorização do papel do homem e de sua responsabilidade sobre a gravidez consumada.

Como última representação, tem-se – **Apesar de inicialmente não aceitar, está agora muito envolvido com a gravidez:**

“No começo foi difícil, ele ficou um pouco assustado, né? Ele não queria aceitar, não tava querendo, tava duvidando, né? Ele ficou meio moleque, em dúvida, meio quietão. Demorou um mês pra cair a ficha que ele ia ser pai. Ele falava: calma, eu ainda não acostumei. Num mimava muito. Tem hora, assim, que parece que ele se perde um pouco, parece que ele acha que a gente dá mais atenção pro bebê, ele é pior que criança. Mas agora ele tá normal, assim tá aceitando e gostando. Ele ficou todo cuidadoso, direto e reto pergunta se eu tô com vontade de alguma coisa, fazer minhas 'vontade'. Agora já brinca, fica pegando na barriga; fica falando. Todo dia ele vem me ver, fica perguntando do neném. Tá todo bobo. 'Loco' pra vê o filho. Então, ele tá melhorando. Ele tá totalmente companheiro, agora ele tá encarando igual a mim, numa boa mesmo.”

Para CAMPOS (2006), a partir da união do homem com sua esposa pode surgir o desejo por um filho. No momento em que tal desejo é concretizado, o homem que assume o papel de pai reage à sua nova condição e à postura da esposa, reativando do estado de latência os sentimentos de inveja e de exclusão da relação vivida com seus pais na época do complexo de Édipo.

Ainda segundo CAMPOS (2006) o homem sente que sua esposa volta toda a atenção, que julga usurpada dele, para esse novo membro da família. O homem percebe a si mesmo como alguém negligenciado da nova relação estabelecida.

CAPÍTULO 6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio dos discursos das gestantes, pudemos conhecer o universo das representações da maternidade no contexto do alto risco. Emergiu uma multiplicidade de significados da maternidade para o grupo de mulheres com doenças crônicas associadas a esta gestação e para o grupo de mulheres que apresentaram intercorrências na gestação atual.

Esses significados são concepções construídas por meio de um processo complexo, em que as experiências pessoais são engendradas por produções sociais construídas e compartilhadas coletivamente.

No percurso de análise deste trabalho, a partir das categorias surgidas pudemos verificar, com respaldo das contribuições teóricas de vários autores, o surgimento de dois grupos de significados/representações: Significados/representações compartilhadas coletivamente e comuns a todos as gestações (com e sem complicadores), e significados simbolicamente representados pelo mundo imaginário, pelos sentimentos e pela concretude da existência de uma patologia/intercorrência associada à gestação. Nesse caso, pode-se afirmar que esses significados sofrem influência do quadro clínico apresentado pela gestante e passam a ser comuns às gestações de risco.

É inegável que o diagnóstico de uma gestação de alto risco e a vivência de uma situação-limite entre a vida e a morte em alguns casos, constrói representações próprias para significar esse momento de crise, onde acontece a exacerbação dos sentimentos, principalmente dos medos e merece atenção especial por parte dos profissionais de saúde, visando a uma assistência mais integral às necessidades da gestante e de suas famílias.

A mulher, ao se emancipar ao longo da história, inserindo-se no mercado de trabalho e obtendo outras conquistas sociais, passou a ter dificuldades de ordem prática para conciliar os diversos papéis sociais de trabalhadora, esposa, mãe. No entanto, mesmo com essas dificuldades, o projeto de maternidade ainda continua sendo um desejo para uma parcela significativa de mulheres - Talvez pelo fato de a sociedade veicular representações sobre o papel feminino como biologicamente definido e caracterizado pela maternidade.

Questões como a gestação de alto risco, somadas aos possíveis agravos da saúde do futuro bebê, bem como à necessidade de hospitalização, revelam uma experiência ímpar na vida de uma mulher grávida.

O evento da gestação, seja ela planejada ou não, é frequente entre mulheres de diferentes faixas etárias e níveis sócio-econômicos. Foram observadas neste estudo representações engendradas por significações psicológicas e sócio-culturais que independem do contexto de alto risco. Porém, por outro lado, o fenômeno do planejamento ou não das gestações para um grupo de mulheres com doença crônica pré-existente apontam questões que podem trazer importantes contribuições para estudos posteriores.

Nesta amostra verificou-se gestações não planejadas entre as mulheres com doença crônica pré-existente. A gravidez aconteceu tanto de forma acidental como intencional, embora nos casos em que a gestação ocorreu de forma acidental, houve uma negligência, esquecimento no uso dos métodos contraceptivos, sugerindo um desejo consciente ou inconsciente de engravidar.

Embora não tenhamos como confirmar pelos discursos, sabe-se que no convívio com doenças crônicas, o mecanismo de negação aparece como forma (inadequada) de enfrentamento. Algumas gestantes podem ter negado suas doenças e conseqüentemente também negaram o risco que uma gestação associada à doença crônica poderia trazer de conseqüências para si e para o futuro bebê. As práticas de anticoncepção podem estar relacionadas a essa dinâmica de “negar” o risco e se presentear com algo bom e saudável – um filho.

Ainda podemos pontuar que, algumas mulheres utilizaram-se de outros mecanismos (que não o da negação) para justificar uma gestação acidental, porém, quando nos aprofundamos em seus discursos, percebemos um desejo claro em umas e inconscientes em outras de ter um filho, o que nos leva a crer que existiu um planejamento por parte dessas mulheres, mas que é mostrado aos companheiros, famílias e equipes de saúde como sendo um acidente.

Nesse caso, a tentativa de isenção de culpa pela gravidez por parte da mulher talvez seja uma tentativa de ela minimizar sua responsabilidade pelos problemas vivenciados durante o período gestacional por causa de sua patologia, tanto aquela diagnosticada antes da gestação, quanto à doença adquirida na gravidez.

As representações construídas a partir da existência de uma doença no contexto gestacional (seja ela crônica ou adquirida) revelaram que a gestação diagnosticada como sendo de alto risco gera sentimentos de medo, culpa, angústia e ansiedade em relação ao bebê que está por vir, seja pela possibilidade de que ele não venha nascer perfeito, seja pela possibilidade de nascer prematuro ou pela possibilidade de morrer intra-uterinamente, no parto, ou depois, em consequência dos problemas de saúde que as mães estivessem apresentando.

Percebeu-se nas falas das gestantes que a culpa por colocar o bebê em risco torna-se um contraste com a concepção socialmente construída e idealizada de ser uma boa mãe. Sob o prisma dessa concepção, a maternidade encontra-se vinculada à capacidade da mulher em gerar vida.

Para que ocorra o controle de determinadas patologias ou alguns sintomas associados à gestação, em alguns casos, torna-se necessária a hospitalização da mulher grávida, o que pode provocar stress adicional para a paciente e sua família.

Neste caso, as representações da gestação de alto risco ganham contornos bem particulares, uma vez que a experiência da hospitalização é própria para esse grupo de gestantes, não fazendo parte do cotidiano das gestações de baixo risco.

A representação da maternidade como uma experiência positiva, de grande felicidade, realização para a mulher foi preponderante neste estudo, apontando para a introjeção e reprodução do modelo cultural no qual tornar-se mãe é ter a oportunidade de realizar algo altamente valorizado pela sociedade e na cultura.

No caso da gestação na presença de uma doença, verifica-se que esse bebê significa uma resposta de vida que a mulher oferece a si diante da possibilidade de complicações e em alguns casos diante da possibilidade de morte. Esse filho tem um valor inestimável, pois representa maciçamente pulsão de vida. As mulheres deste estudo mostraram toda a sua potência de vida, gerando vida através de um filho, em oposição à morte.

Esse filho tem um significado especial por todas as dificuldades que esta mãe enfrenta em prol do seu nascimento. Ele não só simboliza vida, ele é a própria vida em renovação.

As vivências particulares das gestações de alto risco são experiências únicas e estendem-se ao companheiro e famílias (família nuclear e família ampliada).

E, neste estudo, a importância da família como núcleo de apoio para o indivíduo em momentos e situações de crise é percebida claramente nos resultados.

A partir do presente estudo, verificou-se também um significativo envolvimento da figura paterna na gestação de alto risco, não só em termos emocionais, como em termos comportamentais. A manifestação desse envolvimento pode ser observada por meio dos relatos que mostram sentimentos de preocupação e ansiedade, bem como apoio emocional à gestante.

CAPÍTULO 7 – RECOMENDAÇÕES

7. RECOMENDAÇÕES

A partir dos resultados deste trabalho, tornam-se relevantes algumas reflexões a respeito da assistência voltada para a saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal, especialmente nos casos de gestação de alto risco.

Com isso, sugerem-se algumas recomendações direcionadas aos profissionais de saúde que trabalham com gestantes de alto risco:

Maior envolvimento dos profissionais de saúde para garantir a proposta de integralidade das ações de saúde para a gestante e seus familiares, principalmente quando se trata de uma gestação de alto risco;

Reorganização da assistência perinatal, ampliando o escopo das ações além das unidades hospitalares e conseguindo avançar até a assistência básica;

Capacitação dos profissionais da saúde para ampliar o olhar para além dos aspectos biológicos do ciclo gravídico-puerperal e compreender os significados que o nascimento de um filho tem para o desenvolvimento de uma família, ainda mais nos casos em que esse filho está sendo gestado em um contexto de alto risco;

Reavaliação dos modelos de atenção ao ciclo gravídico-puerperal contemplando as necessidades do homem enquanto pai;

Criação de espaços de escuta onde se possam discutir questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva de homens e mulheres, a fim de subsidiar escolhas mais conscientes no âmbito reprodutivo;

Ampliação do conhecimento dos profissionais dos novos arranjos familiares e dos fatores de risco e de proteção para propor reorganização dos serviços de saúde para ampliação do foco de cuidados para além do binômio mãe-bebê.

8. REFERÊNCIAS

ABRIC, J.C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P. e OLIVEIRA, D.C. (Org). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2 ed. Goiânia: AB Editora, 2000. p. 27-38.

AULAGNIER, P. Nacimiento de un cuerpo, origen de una historia. In: HORNSTEIN, L. (Org). **Cuerpo, historia, interpretación**. Buenos Aires: Paidós, 1994. p. 117-70.

ARRUDA, D.C; MARCON, S.S. A família em expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto do bebê prematuro com muito baixo peso. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.16, n. 1, p. 120-8, jan./mar.2007.

BANDEIRA, L. Relações de gênero, corpo e sexualidade. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. (orgs). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1999. p.180-97.

BASTOS, L.A.M. A maternidade: reprodução ou pró-criação? **Rev. Bras. Psicanál.**, São Paulo, n.29, p. 913-34, 1995.

BORLOT, A.M.M.; TRINDADE, Z.A. As tecnologias de reprodução assistida e as representações sociais de filho biológico. **Estud. Psicol.**, Natal, v.9, n.1, p.63-70, jan./abr. 2004.

BORTOLAI, A.C. et. al. Papel da ultrassonografia na ruptura prematura de membranas. **EURP**. Ribeirão Preto, Vol. 1, n.2, p. 87-92. mar. 2009.

BOUKOBZA, C. O desamparo parental perante a chegada do bebê. In: BERNARDINO, L et al. **O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BRAZELTON, T.B.; CRAMER, B.G. **As primeiras relações**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 3 ed. Brasília, DF, 2000.

CAMPOS, L.P.L. As repercussões psicológicas da gravidez no pai. **Mental**, Barbacena, v.4, n.7, p.147-60, nov. 2006.

CUNNINGHAM et al. **Williams Obstetrícia**. Tradução de C.L.C. Araújo. 20ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

DEBRAY, R. Do projeto de filho ao filho real: um percurso semeado de emboscadas. In: DEBRAY, R. **Bebês/mães em revolta: tratamentos psicanalíticos conjuntos dos desequilíbrios psicossomáticos precoces**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

DESSEN, M.A.; BRAZ, M.P. Rede social de apoio durante as transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicol. Teor. Pesq.**, Brasília, v.16, n. 3, p. 221-31, set./dez. 2000.

DIAS, M.S. de et al. Auto-estima e fatores associados em gestantes da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2787-97, dez.2008.

EIRAS, M.S. **A gravidez como etapa do desenvolvimento da mulher: relatos de grávidas sobre suas experiências e sentimentos ligados à parentalidade**. 1983. 80p.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, PUC-Campinas, Campinas.

ESPINDOLA, A.T. et al. Crenças sobre gestação, parto e maternidade em mulheres gestantes com abortamento habitual. **Psicol. Hosp.**, São Paulo, v.4, n.1, p.01-24, jan.2006.

FARIA, J.B de.; SEIDL, E.M.F. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão de literatura. **Psicol: Reflex. Crit.**, Porto Alegre, 2005, v.18, n. 3, p. 381-89, set./dez. 2005.

FREITAS et al. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.1, p. 137-45, jan. 2007.

FREUD, S. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1969.v.02.

GIL, A.C. Métodos e técnicas em pesquisa social. In: SIMIONI, A.M.C.; LEFÈVRE, F.; BICUDO PEREIRA, I.M.T. **Metodologia qualitativa nas pesquisas em saúde coletiva**: considerações técnicas e instrumentais. São Paulo: FSP/USP,1996. (Série Monográfica do Departamento de Prática de Saúde Pública da FSP, 2).

HAMILTON,B.E.; MARTIN, J.A.; VENTURA, S.J. Births: preliminary data for 2006. **Natl Vital Stat Rep**.v.56, n.7, p.1-18, 2007.

JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001.

KEMP, V.; HATMAKER, D. Stress and social support in high-risk pregnancy. **Res Nurs Health**, n.12, p.331-6, Feb. 1989.

KEMP, V.H.; PAGE, C. Maternal self-esteem and prenatal attachment in high-risk pregnancy. **Matern Child Nurs J**. v.16, n. 3, p. 195-206, Fall,1987.

KLAUS, M.H.; KENNEL, J.H. **Pais-bebê: a formação do apego.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KRAMER, P.D. et al. Hospitalization on the high-risk maternity unit – a pilot study. **Gen Hosp Psychiatry**, United States, v.8, n. 1, p.33-9, jan. 1986.

KRYNSKI, S. **Novos rumos da deficiência mental.** São Paulo: Sarvier, 1983.

LACERDA et al. Um estudo sobre as formas de preconceito contra homossexuais na perspectiva das representações sociais. **Psicologia: Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v.15, n.1, p. 165-78, 2002.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Metodologia Científica.** São Paulo: Atlas, 1995.

LANGER, M. **Maternidade e sexo.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C.; TEIXEIRA, J.J.V. **O Discurso do Sujeito Coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa.** Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

LEFÈVRE, A.M.C.; CRESTANA, M.F.; CORNETTA, V.K. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização “Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde CADRHU”. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.12, n.2, p. 68-75, jul./dez. 2003.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos).** Caxias do Sul: EDUCS, 2003. p.13-35.

LEICHERENTRITT, R.D.; BLUMENTHAL, N.; ELYASSI, A.; ROTMENSCH, S. High-risk pregnancy and hospitalization: the women's voices. **Health Soc Work.** Vol. 30, n. 1, p. 39-47.

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

MARTINS, C. SÁ de. Caracterização dos fatores de risco biopsicossociais à gestação e ao desenvolvimento fetal. 2006. 138p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da USP de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.

MOURA, E.L. de; PRAÇA, N.S. Transmissão vertical do HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva. **Rev. Latino-Am Enferm.**, Ribeirão Preto, v.14, n. 3, p.405-13, maio-junho. 2006.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: Investigações em Psicologia Social.** Petrópolis: Vozes, 2003.

NAZARIO, R.C.P.; TURATO, E.R. Fantasias sobre gravidez e maternidade relatadas por mulheres adultas férteis em hemodiálise, sudeste do Brasil: um estudo clínico-qualitativo. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto v.15, n.1, jan./fev.2007.

OLIVEIRA, V.J. **Vivenciando a gravidez de alto risco: entre a luz e a escuridão.** 2008.111p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

PICCININI, C.A. et al. O bebê imaginário e as expectativas quanto ao futuro do filho em gestantes adolescentes e adultas. **Interações**, São Paulo, v.3, n. 16, p. 81-108, jul./dez. 2003.

PICCININI, C.A. et al. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.20, n.3, p. 223-32, set./dez. 2004.

PICCININI et al. Gestaçãe e a constituiçãe da maternidade. **Psicol. Estud.**, Maringá, v.13, n.1, p. 63-72, jan./mar. 2008.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E.R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.29, n.4, p.318-25, agosto 1995.

QUALIQUANTISOFT – Software de apoio a pesquisas quali quantitativas. Disponível em <http://www.spi-net.com.br> 2009.

QUEIROZ, M.S. **Saúde e doença**: um enfoque antropológico. Bauru: EDUSC, 2003.

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

QUEVEDO, M.P. et al. Os significados da maternidade para mulheres cardiopatas e diabéticas com gravidez de risco. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.* v. 16, n.1, p. 12-21, 2006

SERTORIO, L.L.; NAGANUMA, M. Estudo sobre as expectativas da mãe em relação ao recém-nascido no momento do parto. **Nursing**. v.1, n.2, p.13-18, 1998.

SILVA, L. et al. Compreendendo o significado da gestação para grávidas diabéticas. **Rev. Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n.6, p. 899-904, nov./dez. 2004.

SILVA, N.E.K. et al. Aids e gravidez:os sentidos do risco e os desafios do cuidado. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n.3, p. 474-81, jun.2006.

SIMIONI, A.M.C. et al. **Metodologia qualitativa nas pesquisas em saúde coletiva: considerações teóricas e instrumentais**. São Paulo, 1997. (Série Monográfica do Departamento de Prática de Saúde Pública da FSP, 2).

SIMIONI, A.S. dos; GEIB, L.T.C. Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio. **Rev. Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 5, p. 645-51, set./out. 2008.

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

STERN, D. **A constelação da maternidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

SZEJER, M; STEWART, R. **Nove meses na vida da mulher**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

TACHIBANA, M.; SANTOS, L.P.; DUARTE, C.A.M. O conflito entre o consciente e o inconsciente na gravidez não planejada. **Psychê**, São Paulo, ano 10, n. 19, p.149-67, set./dez. 2006.

TARNOWSKI, K.S. ; PRÓSPERO, E.N.S.; ELSEEN, I.A. A participação paterna no processo de humanização do nascimento: uma questão a ser repensada. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.14, (n espec), p. 103-8,

TEDESCO, J.J. Aspectos emocionais da gravidez de alto risco. In: TEDESCO, J.J.; ZUGAIB, M.; QUAYLE, J. (editores). **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1998. p. 99-108.

TEIXEIRA, E.T.N. **Adiamento da maternidade: ser mãe depois dos 35 anos**. 1999. 77p. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

TRINDADE, Z.A. Em busca da maternidade: dilema reprodutivo de mulheres inférteis. In: MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C.(Org). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB Editora, 1998. p. 191-203.

TRIVINOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VALA, J. Representações sociais e psicologia social do conhecimento. In: VALA, J. e MONTEIRO, M.B. (Eds). **Psicologia Social**. Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian, 2000, p. 457-501.

WAGNER, W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P. e OLIVEIRA, D.C. (Org). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2 ed. Goiânia: AB Editora, 2000. p. 03-25

WHITE, M; RICHTIE, J. Psychological stressors in antepartum hospitalization: reports from pregnant women. **Maternal Child Nurs J**, Hagerstown, USA, v.13, p. 47-56, jan/feb. 1984.

ANEXO1 – Termo de consentimento livre e esclarecido.



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Michele Peixoto Quevedo, RG 36323079-8, aluna de doutorado da Faculdade de Saúde Pública – FSP/USP, psicóloga e estou realizando a pesquisa - **EXPERIÊNCIAS, PERCEPÇÕES E SIGNIFICADOS DA MATERNIDADE PARA MULHERES COM GESTAÇÕES DE RISCO** junto às grávidas desta enfermaria. Estou conversando com algumas grávidas que estão internadas para saber se concordam em participar deste estudo.

Estou procurando conhecer o que as senhoras pensam a respeito de ser mãe, e como é para vocês estarem no hospital para realizar este objetivo.

Para que este estudo seja realizado, é necessário que a senhora me conceda uma entrevista na qual eu farei algumas perguntas, e para facilitar a análise das informações utilizarei um gravador, e para isso peço a sua permissão.

O seu depoimento será guardado em segredo profissional e não será divulgado dentro do hospital. As informações que a senhora me trouxer só serão utilizadas por mim para a realização do estudo.

Manterei seu nome em sigilo, porque quero manter o seu anonimato. Sua participação neste estudo é voluntária, e a senhora poderá interrompê-la a qualquer momento sem que isto venha causar nenhum prejuízo durante sua internação neste hospital.

Este estudo não tem relação com os outros profissionais ou funcionários deste hospital, portanto, não causará nenhum dano ao seu atendimento.

Sua participação neste estudo será muito importante, pois conhecendo os sentimentos de mulheres grávidas, poderemos futuramente auxiliar outras mulheres em situação semelhante à sua.

Este estudo não traz riscos maiores para a senhora, nem físicos, nem morais, nem psicológicos.

Os resultados deste estudo serão divulgados através de artigos, participação em congressos.

Declaro que fui devidamente esclarecida sobre a pesquisa e concordo voluntariamente em participar da mesma.

Assinatura do paciente

Local e data

Michele Peixoto Quevedo

Fernando Lefèvre

FORMAS DE CONTATO - Michele Peixoto Quevedo - 96447686

ANEXO 2 - Ficha de dados cadastrais da gestante

Gestante: _____	
N do formulário: _____	
Data da entrevista: ____/____/____	
Idade da gestante em anos completos: _____	
Situação marital: 1.() Vive c/ o companheiro 2. () Não vive	
Anos de estudo da gestante: _____	
Trabalhadora formal: 1.() Sim 2. () Não 3. () Não trabalha	
Renda total mensal da família: _____	
Motivo da internação atual: _____ Motivo do pré-natal de alto risco: _____	
Data da hospitalização atual: ____/____/____	
Número de filhos vivos: _____	
Abortos anteriores: 1. () Sim 2. () Não	
Idade gestacional: _____	
Número de hospitalizações nesta gestação: _____	

ANEXO 3 - Primeira página do curriculum lattes do pesquisador



Michele Peixoto Quevedo

É graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará - UFC (1996) e Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública - USP (2001). Atualmente trabalha na Coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS) Santa Marcelina nos cargos de Assessoria Técnica de Saúde Mental; Assessoria Técnica de Produção Científica e como preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Tem experiência na área de Psicologia com ênfase em Psicologia da Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: Saúde da Mulher; Psicologia na Atenção Básica; Saúde Mental; Equipe Multiprofissional

(Texto informado pelo autor)

Última atualização em 06/12/2009

Endereço para acessar este CV:
<http://lattes.cnpq.br/5588805880215852>

Dados Pessoais

Nome Michele Peixoto Quevedo

Nascimento 09/07/1970 - Fortaleza/CE - Brasil

CPF 54966132304

Formação Acadêmica/Titulação

2006 Doutorado em Doutorado em Saúde Pública.
 Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP-USP, Sao Paulo, Brasil
 Título: Experiências, percepções e sentimentos de mulheres com gestações de alto risco
 Orientador: Fernando Lefèvre

1998 - 2001 Mestrado em Mestrado em Saúde Pública.
 Faculdade de Saúde Pública - USP, FSP - USP, Brasil
 Título: Entre o sonho e o risco: Os significados da maternidade para mulheres cardiopatas e diabéticas com gravidez de risco, Ano de obtenção: 2001
 Orientador: Ceci Mendes Carvalho Lopes
 Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

1997 - 1998 Especialização em Espec. em Psic. Clin. Hospit. em Cardiologia.
 Instituto do Coração - InCor - FMUSP, INCOR - FMUSP, Brasil
 Título: Estudo exploratório da percepção materna numa UTI Neonatal
 Orientador: Sumaira Abrão Além
 Bolsista do(a): Fundação de Desenvolvimento Administrativo

1991 - 1996 Graduação em Psicologia.
 Universidade Federal do Ceará, UFC, Fortaleza, Brasil

ANEXO 4 - Primeira página do curriculum lattes do orientador

Fernando Lefevre

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2

Tem graduação em Pedagogia pela Universidade de São Paulo (1969), mestrado em Semiótica pela Universidade de Paris - Sorbonne (1974) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1990). Atualmente é professor titular da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: comunicação social em saúde, promoção de saúde, discurso do sujeito coletivo, pesquisa qualitativa, representação social da saúde e da doença e metodologia qualitativa. É criador do método do Discurso do Sujeito Coletivo e dos softwares QualiQuantisof e QLQOnline. Tem bolsa de produtividade do CNPQ
(**Texto informado pelo autor**)

Última atualização do currículo em 20/01/2010

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/1616277652306428>



Dados pessoais

Nome	Fernando Lefevre
Nome em citações bibliográficas	LEFEVRE, F.;Lefèvre, Fernando
Sexo	Masculino
Endereço profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública. AV.Dr. Arnaldo 715 Cerqueira Cesar 01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617718 Fax: (11) 30833501 URL da Homepage: www.fsp.usp.br

Formação acadêmica/Titulação

- 1995** Livre-docência.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: , *Ano de obtenção:* 1995.
- 1983 - 1990** Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5) .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: O medicamento como problema de saúde pública. Contribuição para o estudo de uma mercadoria simbólica, *Ano de Obtenção:* 1990.
Orientador: Nelly Martins Ferreira Candeias.
Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil.
- 1970 - 1974** Mestrado em Semiótica .
Universidade de Paris - Sorbonne.
Título: A difusão da cultura. Análise de um caso no Brasil, *Ano de Obtenção:* 1974.
Orientador: Edgar Morin.
Bolsista do(a): Governo Francês, , .
- 1965 - 1969** Graduação em Pedagogia .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil

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](#)