

**JOVANKA BITTENCOURT LEITE DE CARVALHO**

**SIGNIFICADOS E PERCEPÇÕES DO HOMEM DIANTE DA  
GRAVIDEZ DE SUA COMPANHEIRA COM SÍNDROMES  
HIPERTENSIVAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte para obtenção do grau de Doutora em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Cristina Pinheiro Fernandes de Araújo

Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Íris do Céu Clara Costa

**Natal – RN**

**2010**

# **Livros Grátis**

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

Milhares de livros grátis para download.

Catálogo da Publicação na Fonte. UFRN/

Biblioteca Setorial Especializada de Enfermagem Profª Bertha Cruz Enders

C331s Carvalho, Jovanka Bittencourt Leite de.

Significados e percepções do homem diante da gravidez de sua companheira com síndromes hipertensivas / Jovanka Bittencourt Leite de Carvalho. – Natal, 2010.  
130f. : il.

Orientadora: Ana Cristina Pinheiro Fernandes de Araújo.  
Coorientadora: Íris do Céu Clara Costa.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

1. Gravidez de alto risco - Tese. 2. Cônjuges - Tese. 3. Complicações na gravidez - Tese. 4. Enfermagem obstétrica – Tese. I. Araújo, Ana Cristina Pinheiro Fernandes de. II. Costa, Íris do Céu Clara. III. Título.

RN/UF/BS-Enf.  
618.2(043.2)

CDU

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

Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde:

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Técia Maria de Oliveira Maranhão

Natal, RN

2010

**JOVANKA BITTENCOURT LEITE DE CARVALHO**

**SIGNIFICADOS E PERCEPÇÕES DO HOMEM DIANTE DA  
GRAVIDEZ DE SUA COMPANHEIRA COM SÍNDROMES  
HIPERTENSIVAS**

Presidente da banca:

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Ana Cristina Pinheiro Fernandes de Araújo

**BANCA EXAMINADORA**

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Maria Djair Dias

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Maria Adelaide Silva Paredes Moreira

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Rosineide Santa de Brito

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Jacileide Guimarães

## Dedicatória

À Geazi, marido, amigo e companheiro, que pacientemente me aguardava após horas de estudo e trabalho sempre com amor, carinho e compreensão. Compartilho esse momento de realização pessoal e profissional.

Aos meus filhos Giovanna e Victor pela existência de vocês que, mesmo sem compreenderem o que significava esse momento, estavam próximos de mim sempre demonstrando carinho e amor.

Ao meu pai Leopoldo Nelson que, mesmo ausente me faz sentir a presença marcante de sua ansiedade por descobertas e respostas do inexplicável e que me incentivaram a busca de maior entendimento daquilo que me proponho, enquanto pessoa e profissional.

A minha mãe Margarida, que vejo hoje como uma pessoa iluminada e forte, como que refletindo uma nova luz – um entendimento novo da vida. Compartilho esse momento tão especial em minha vida.

## **Agradecimentos**

À professora doutora Ana Cristina P. Fernandes de Araújo, pela orientação e credibilidade depositada para o desenvolvimento desse estudo e por me aceitar como orientanda, meus mais profundos respeito e gratidão.

À professora doutora Iris do Céu Clara Costa, pela coorientação, paciência, dedicação e sabedoria que me impulsionaram a não parar diante das dificuldades.

À professora doutora Simone da Nóbrega Tomás Moreira pela participação e contribuição na banca de qualificação, meus sinceros agradecimentos.

À professora doutora Jacileide Guimarães, pela grande contribuição na qualificação desse trabalho e por ter aceitado participar da banca desta defesa, o meu muito obrigada pelo incentivo e carinho durante esse caminhar.

À professora Doutora Rosineide Santana de Brito, pelo carinho, disponibilidade em ajudar sempre, dedicação e sabedoria que me impulsionaram durante toda a minha formação. Minha eterna gratidão.

Às professoras doutoras Maria Djair Dias e Maria Adelaide Silva Paredes Moreira por aceitarem participar desta banca de defesa.

À Escola de Enfermagem de Natal em nome de sua diretora Edilene Rodrigues da Silva a vice-diretora Gilvania Magda Luz de Aquino o meu sincero agradecimento por terem me apoiado e facilitado esta vitória, bem como, a compreensão dos momentos de minha ausência. Através de vocês pude comprovar o valor dos verdadeiros amigos.

À família de professores da EEN - Edilene, Gilvania, Idanésia, Cleonice, Simone, Ligya, Elisângela, Lúcia, Marise, Jalila, Sheila, Cleide, Eliane, Flávio, Andréia, Rita, Jacileide, Sandra, Isaura, Ana Cristina, Juliana, Márcia, Raissa, Wilma e Agripino, o meu muito obrigado pelo apoio que tive de todos vocês, em facilitar esse caminhar e pelo carinho dispensado, me fizeram sentir acolhida e equilibrada durante toda esta etapa de minha vida.

Aos funcionários da EEN Ary, Andressa, Rute, Isabela e Zefinha. Meus sinceros agradecimentos

À Nilba Lima de Souza amiga e companheira, o meu muito obrigado pelo apoio, tolerância e carinho nos momentos mais difíceis desta jornada. Obrigada pela sua amizade.

À professora doutora Maria Cleide Ribeiro Dantas de Carvalho pelo apoio, paciência e dedicação durante o processamento e análise dos dados. Meu muito obrigada.

Ao professor doutor Francisco Arnoldo Miranda pelo seu desprendimento em abrir a sua biblioteca e me ajudar a adentrar no mundo das Representações Sociais como também pelo incentivo no desenrolar desse trabalho.

À Danyelle Leonette pela paciência e ajuda no desenrolar da construção da aula desta tese. Meus sinceros agradecimentos.

Às enfermeiras da Unidade Canguru da MEJC Núbia e Célia pelo apoio durante a coleta de dados. Vocês foram muito importantes para realização deste trabalho.

Ao meu cunhado Gilvan Duarte de Carvalho pela paciência de sempre fazer as traduções dos meus abstracts. Meu sincero agradecimento.

Às amigas da Secretaria de Saúde Uiacy, Cláudia Frederico, Eliana e Gorete pela compreensão dos momentos de minha ausência e apoio dispensados ao longo desse estudo. Meu muito obrigada.

Aos depoentes, homens/companheiros, a partir de vocês pude adentrar em seus sentimentos e perceber a representação da gravidez de risco de sua companheira. Meu agradecimento.

A todos que colaboraram direta ou indiretamente para o êxito deste trabalho.

## Sumário

Dedicatória.....	iv
Agradecimentos.....	v
Lista de figuras.....	x
Lista de quadros.....	xi
Lista de abreviaturas.....	xii
Resumo.....	xiii
Abstract.....	xv
1.INTRODUÇÃO.....	1
1.1Objetivos.....	5
2. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	6
2.1 Participação do homem companheiro na gravidez.....	6
2.2 Gestação de risco com ênfase nas síndromes hipertensivas .....	9
2.3 A Teoria das Representações Sociais –TRS e a Teoria do Núcleo Central – TNC.....	15
3.PERCURSO METODOLÓGICO.....	19
3.1. Tipo de estudo.....	19
3.2. Local do estudo.....	19
3.3. Participantes do estudo.....	20
3.4. Considerações éticas.....	21
3.5. Instrumentos de coleta de dados.....	22
3.6. Coleta de dados.....	23

3.7. Apresentação e análise dos dados.....	25
3.7.1 O Teste de Associação Livre de Palavras – TALP.....	25
3.7.2 Técnica de projeção de imagens mentais.....	28
3.7.3 Análise de conteúdo.....	29
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	31
4.1 Dados Sociodemográficos.....	31
4.2 Teste de Associação Livre de Palavras.....	32
4.3 As Imagens Mentais.....	36
4.4. A Análise de Conteúdo.....	39
4.4.1 Medo e insegurança frente à gravidez de risco da companheira.....	40
4.4.2 Cuidados prestados pelo homem diante da gravidez de risco da companheira.....	45
4.4.3 Assistência humanizada durante a gravidez de risco da companheira...	50
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
6. REFERÊNCIAS.....	61
7. ANEXOS.....	70
Apêndices.....	109

## Lista de figuras

Figura 1. Resultado do processamento das palavras evocadas pelos participantes do estudo. Natal – RN, 2009.....	28
Figura 2. Agrupamento em quadrantes das categorias submetidas à análise. Natal/RN, 2009.....	35
Figura 3. Representação social para o homem da gravidez de risco da mulher companheira, segundo aplicação do TALP, das imagens mentais e da análise de conteúdo.....	58

## Lista de quadros

Quadro 1. Frequências das evocações apreendidas no TALP entre os 65 participantes do estudo sobre pressão alta na gravidez. Natal – RN, 2009.....	33
Quadro 2. Associação das palavras gravidez de risco, por ordem de evocação dos 65 homens-companheiros. Natal – RN, 2009.....	34
Quadro 3. Apresentação da síntese das categorias do teste de associação livre de palavras e das imagens mentais evocadas pelos 65 homens participantes do estudo. Natal– RN, 2009.....	38
Quadro 4. Apresentação das unidades temáticas originadas das falas dos participantes do estudo. Natal/RN, 2009.....	40

### **Lista de abreviaturas**

SHGs - Síndromes Hipertensivas da Gravidez

MS - Ministério da Saúde

PHPN - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

TRS - Teoria das Representações Sociais

TNC - Teoria do Núcleo Central

CIPD - Conferência Internacional de População e Desenvolvimento

OMS - Organização Mundial de Saúde

NHBPEP - National High Blood Pressure Education Program

HAC - Hipertensão arterial crônica

HG - Hipertensão Gestacional

RS - Representação Social

MEJC - Maternidade Escola Januário Cicco

UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

UCI - Unidades de Cuidados Intensivos

CEP-UFRN - Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Brasil

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TALP - Teste de Associação Livre de Palavras

PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher

OME - Ordem Média de Evocação

SUS - Sistema Único de Saúde

PNH-SUS - Política Nacional de Humanização do SUS

## Resumo

A pesquisa teve como objetivo geral Compreender as Representações Sociais construídas pelo homem, diante da gravidez de risco de sua companheira causada por síndromes hipertensivas. O estudo é de natureza exploratória e descritiva em uma abordagem qualitativa, desenvolvido em duas maternidades públicas, ambas localizadas em Natal-RN, com 65 homens cujas esposas vivenciaram gestação de alto risco. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Brasil (CEP-UFRN), sob o nº 81/07. Para coleta de dados, foram utilizadas as seguintes multitécnicas: teste de associação livre de palavras; teste projetivo destinado a registrar as imagens mentais e um roteiro de entrevista semiestruturado. Os materiais originados das falas foram analisados à luz da Teoria das Representações Sociais e complementada pela Teoria do Núcleo Central. A discussão dos resultados teve como base os achados literários acerca da participação do homem companheiro na gravidez, bem como da gestação de risco com ênfase nas síndromes hipertensivas. Os dados apontaram para o medo como núcleo central da representação, enquanto que as evocações relativas a esse sentimento se referiram à morte da companheira e do filho, como também medo do desconhecido. As categorias preocupação e cuidados, outros sentimentos e sinais e sintomas da doença representaram componentes do núcleo periférico. Os resultados relativos às imagens mentais obedeceram aos mesmos critérios de categorias do Teste de Associação Livre de Palavras - medo, outros sentimentos, preocupação e cuidados e sinais e sintomas da doença. Após serem processados dentro dos preceitos de análise de conteúdo, os depoimentos originaram três unidades temáticas: Medo e insegurança frente à gravidez de risco da companheira; Cuidados prestados pelo homem diante da gravidez de risco da companheira e Assistência humanizada durante a gravidez de risco da companheira. Refletindo sobre os resultados, conclui-se que a gravidez de risco da parceira por síndromes hipertensivas representa para o homem sentimentos de medo, preocupação, insegurança, falta de acolhimento e de informação além de desempenho de atitudes de cuidados. Os resultados traduzem necessidade de reorganização da assistência obstétrica com vistas a

incluir o homem como protagonista do processo reprodutivo. Isto requer a extensão do cuidado humanizado ao companheiro na perspectiva de que o mesmo seja adjuvante ativo na assistência à gestante de alto risco.

**Palavras-Chave:** Gravidez de alto risco. Cônjuges. Enfermagem obstétrica.

### **Abstract**

The general aim of the research was to comprehend the Social Representations constructed by the man in the face of his companion's risk pregnancy caused by hypertensive syndromes. The study is of exploratory and descriptive character in a qualitative approach developed at two public maternity hospitals, both located in Natal-RN, with 65 men whose wives had undergone high-risk pregnancy. The project was submitted to the Ethics on Research Committee of the Federal University of Rio Grande do Norte, Brazil (CEP-UFRN), with favorable report no. 81/07. For data collection, the following multimethods were employed: a word free association test; a projective test for registering mental images; and a semistructured interview schedule. The speech contents were analyzed in accordance with the Theory of Social Representations and complemented by the Central Nucleus Theory. The discussion of the results was grounded on literary findings of the companion's participation in pregnancy as well as in risk pregnancy associated with hypertensive syndromes. The data showed fear as representation's central nucleus, while recollections of that feeling referred to death of both companion and child in addition to fear of the unknown. The categories preoccupation and carefulness, other feelings, and clinical picture of the disease represented components of the peripheral nucleus. The results concerning mental images followed the same category criteria of the word free association test – fear, other feelings, preoccupation, carefulness, and clinical picture of the disease. After being processed in accordance with the principles of content analysis, the statements originated three thematic unities: fear and insecurity in the presence of the companion's risk pregnancy; attitudes of carefulness to the risk pregnancy of the partner; and humanized assistance during the companion's risk pregnancy. Considering the results, the conclusion is that the partner's risk pregnancy caused by hypertensive syndromes represents, for the man, feelings of fear, preoccupation, insecurity, lack of acceptance and information, as well as attitudes of carefulness. The results reveal necessity of reorganizing the obstetric assistance with an eye to including the man as participant in the reproductive process. That demands extension of humanized carefulness to the companion with a view to make him an active coadjutor in the assistance of high-risk pregnant.

**Key words:** High-risk pregnancy. Spouses. Obstetric nursing.

## 1. INTRODUÇÃO

A gravidez e o parto são momentos de expectativas e ansiedades, tanto para a mulher como para o homem, fazendo emergir diferentes sentimentos. São períodos de mudanças psicológicas e sociais que, embora sejam consideradas fisiológicas, geram alteração no organismo materno. Essas mudanças, dependendo do grau de desequilíbrio, predisõem a mulher a uma gestação de risco.

A gestação de risco é conceituada como presença de agravos que ocorrem durante a gravidez, com evolução desfavorável tanto para a mãe quanto para o feto, na qual a vida ou a saúde de ambos pode ser atingida. Dentre as gestações de alto risco, as síndromes hipertensivas durante a gravidez (SHGs) apresentam elevada incidência, com prevalência de 10 a 22% do total de gestações.<sup>1,2,3</sup> No Brasil, os dados demonstram que aproximadamente 15% das gestações consideradas de baixo risco evoluem para o alto risco, sendo a pré-eclâmpsia a principal causa de morbidade e mortalidade materno-fetal.<sup>4</sup>

A hipertensão na gravidez é considerada a principal causa de mortes evitáveis, pois contribui para os altos índices de óbitos maternos nas Américas. De acordo com pesquisas realizadas nos Estados Unidos, as desordens hipertensivas durante a gravidez têm incidência variando entre 6 e 8 % e, destas, 15% evoluem para a morte materna. Esse fato incide sobre a ocorrência de partos prematuros e para o aumento da morbidade e mortalidade neonatal.<sup>2,5</sup> Outro estudo desenvolvido no Canadá revelou que a grávida com hipertensão tem duas vezes mais probabilidade de partos prematuros em relação àquelas que não apresentam a patologia e, quando associada à proteinúria, esse valor é quadruplicado.<sup>6</sup>

A importância das SHGs torna-se ainda maior quando são considerados os efeitos sobre o recém nascido. A morte perinatal oscila entre 5,5 e 50%. É responsável por taxas elevadas de morbidade e mortalidade materna e perinatal, constituindo um dos principais problemas de saúde pública na área de ginecologia e obstetrícia.<sup>7</sup>

Dentre os problemas encontrados na área obstétrica, destaca-se o agravamento das patologias que compõem as SHGs – hipertensão arterial crônica, hipertensão gestacional, hipertensão arterial crônica superposta por pré-eclâmpsia e pré-eclâmpsia/eclâmpsia.<sup>2</sup> Essas patologias predispõem a mulher a vivenciar sentimento de angústia, bem como sensação de fraqueza diante da gravidez de risco. Sobre esse assunto, pesquisa realizada em Natal/RN com mulheres portadoras de SHG mostrou que as mesmas referem medo da morte, tanto dela como do filho, angústia e ansiedade decorrentes do desconhecimento da doença, além da perda de autonomia diante da hospitalização.<sup>8</sup> Assim, a experiência de uma gravidez de risco gera nas grávidas uma instabilidade emocional, podendo afetar a autoestima e levar a mulher a sentir-se impotente diante do contexto vivenciado.

Na tentativa de minimizar a problemática que envolve a gravidez, o Ministério da Saúde brasileiro preconiza o acolhimento à mulher e ao companheiro como uma ação prioritária para a humanização da assistência obstétrica. Nesse contexto, o Programa de Humanização do Pré-Natal ao Nascimento (PHPN) prevê um atendimento humanizado, com participação masculina durante todo o ciclo gestatório, garantida pela Lei federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005, que estabelece o direito da grávida de ter um acompanhante de sua escolha durante o período reprodutivo.<sup>9,10</sup>

Nesse sentido, as evidências científicas apontam que a mulher, quando tem um acompanhante da sua escolha, principalmente quando se trata do companheiro, sente-se mais segura e confiante, inclusive com redução do tempo de internação e uso de medicamentos.<sup>5</sup> Esse entendimento é corroborado, quando as gestantes afirmam que a presença do marido durante as consultas de pré-natal lhes traz segurança, bem-estar e satisfação. Além disso, elas reconhecem que, mesmo ausentes, eles podem participar de maneira indireta, demonstrando interesse acerca das ocorrências no consultório, durante o atendimento pré-natal, sobre o estado em que se encontram mãe e filho.<sup>11</sup>

Por outro lado, os homens, como companheiros, também desejam estar com a mulher durante os momentos que envolvem o ciclo gestatório. Porém, na maioria das vezes, encontram-se ausentes pela impossibilidade de frequentarem as unidades de saúde, em virtude do horário da consulta ser no mesmo horário

do trabalho. Muitos desconhecem os seus direitos e, quando presentes, ficam fora do atendimento pré-natal. Todavia, como parte da tríade pai-mãe e filho, também necessitam de cuidados.<sup>11</sup> Em uma gravidez de risco o casal necessita de maior atenção da família e dos profissionais de saúde, dada a fragilidade em que se encontra. De modo geral, as políticas públicas brasileiras voltadas para ciclo gestatório, na atualidade, têm o propósito de atender à mulher, ao homem e à família.

Entende-se que uma gravidez na qual a mulher seja acometida por SHGs leva a família a situações adversas ao seu cotidiano, principalmente o companheiro, que vivencia, na maioria das vezes, o dia a dia da grávida. Dessa forma, partiu-se do pressuposto de que a gravidez de risco causada por SHGs, diante de suas peculiaridades, gera no homem, como companheiro, diferentes preocupações, angústias e ansiedades voltadas para a mulher e o filho na maioria das vezes, prematuro.

Como enfermeira obstétrica, membro do comitê de morte materna e neonatal, além de docente da área de saúde da mulher, senti a necessidade de pesquisar temas que envolvem o homem no contexto da reprodução. Diante disso, iniciei um caminho no curso de mestrado, com o desenvolvimento da dissertação intitulada “Nascimento do filho: o significado para o pai”, chegando à conclusão de que, durante o nascimento do filho, o pai apresenta diferentes atitudes permeadas por sentimentos de felicidade, alegria, preocupação, medo e nervosismo. Esses resultados vieram intensificar o interesse nessa área de estudo e, em particular, nas questões relativas ao homem em um cenário no qual ocorrem riscos de perdas e danos para pessoas que guardam uma significação familiar e social para ele.

Diante disso, surgiu a seguinte indagação: Qual a representação social construída pelo homem sobre a gravidez de risco de sua companheira por síndromes hipertensivas? A resposta a esse questionamento contribuirá para reflexões sobre o companheiro no âmbito da gestação de risco. Espera-se que este estudo proporcione condições de se planejar cuidados voltados para a humanização da assistência, fundamentados na realidade que envolve a representação social da gravidez de risco para o homem, em um contexto no qual cabe à figura masculina zelar pela integridade familiar.

Nesse sentido, considera-se que a família, como célula de uma sociedade, deve ser mantida em equilíbrio. Entretanto, no decorrer da convivência nesse núcleo social, fatores podem surgir e representar uma ameaça ao bem-estar de cada um de seus membros, trazendo repercussão em sentido individual e coletivo.

Em função desse entendimento, conhecer aspectos do cônjuge diante de uma gravidez e atendê-lo nas suas necessidades, buscando diminuir suas tensões, é promover ações de saúde junto à gestante. Entretanto, a literatura pesquisada revelou carência de trabalhos acerca do homem no pré-natal e na gestação de risco da companheira, com ênfase nas SHGs. Assim sendo, constatou-se número reduzido de estudos nessa área. Visto isso, a relevância desta investigação se dá também pela contribuição que a mesma trará no preenchimento de lacunas sobre as questões inerentes ao homem e a gravidez de risco da parceira.

O reconhecimento da importância da participação masculina nesse cenário poderá despertar interesse de profissionais envolvidos com a assistência obstétrica, na implementação de estratégias de cuidados ao casal diante das SHGs. Assim, trará subsídios para as políticas públicas de atenção à mulher e ao homem do pré-natal ao nascimento e, de modo mais remoto, melhoria dos níveis de saúde desses grupos populacionais.

## 1.1 OBJETIVOS

Partindo da questão de pesquisa - o que representa para o homem a gravidez de risco de sua companheira por síndromes hipertensivas? - se elaboraram os seguintes objetivos:

### **Geral:**

Compreender as Representações Sociais construídas pelo homem, diante da gravidez de risco de sua companheira causada por síndromes hipertensivas.

### **Específicos:**

Identificar a compreensão do homem sobre as síndromes hipertensivas e suas consequências na gravidez de sua companheira.

Analisar os sentimentos vivenciados pelo homem no contexto do risco gravídico da companheira por síndromes hipertensivas.

Conhecer a representação social das síndromes hipertensivas na gravidez da companheira elaborada pelo homem.

## **2.REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO**

Dentre os acontecimentos vivenciados pelas mulheres durante o seu ciclo vital, a gravidez se apresenta como evento que, embora seja tido como fisiológico, predispõe a mulher a complicações gravídicas com repercussão direta sobre ela mesma, o conceito, o companheiro e a família de modo geral. Diante desse contexto, a presente investigação está respaldada pelo referencial teórico-metodológico da Teoria das Representações Sociais (TRS) complementada pela Teoria do Núcleo Central (TNC) e aportes teóricos acerca da participação do homem companheiro na gravidez e na gestação de risco, com ênfase nas síndromes hipertensivas.

### **2.1 Participação do homem /companheiro na gravidez**

A presença do companheiro no âmbito da reprodução tem sido motivo de interesse e discussão, dado o reconhecimento dos benefícios de sua participação nesse cenário. Seu envolvimento nos direitos reprodutivos começou a ter visibilidade na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), no Cairo, em 1994. Nesse evento, dentre outras recomendações, admitiu-se que os órgãos responsáveis pela saúde deveriam dispensar esforços, a fim de trazer o homem à responsabilização e promover a sua inclusão nas questões que envolvem a saúde materna e infantil, a paternidade responsável como também o comportamento sexual e reprodutivo. Além disso, houve concordância de que as informações dadas ao casal contribuem para a redução dos índices de morbidade e mortalidade materna.<sup>12</sup>

Nessa discussão, o Ministério da Saúde brasileiro admite que o pré-natal é o alicerce da humanização da assistência obstétrica e se apresenta como ponto de partida para uma maternidade segura. Visto isso, destaca o

acolhimento como principal objetivo da assistência à mulher no período gravídico.<sup>5</sup> Nessa fase, as alterações físicas e emocionais geram na gestante medos, dúvidas, angústias e fantasias possíveis de serem minimizadas com o apoio de seu companheiro. Entretanto, como partícipe da gravidez, ele enfrenta situações de ordem social, psicológicas e econômicas que influenciam as suas atitudes e comportamento junto à companheira durante a gravidez, parto e puerpério.

No decorrer da gravidez, as atitudes de cuidados desempenhadas pelo homem se voltam para a companheira com vistas ao bem estar do concepto. Elas são alicerçadas pelas questões de gênero, condicionando o homem ao enfrentamento de situações conflituosas que perpassam o cotidiano familiar. Como chefe da família, a sua vivência no contexto social impõe e o obriga a desenvolver ações de cuidado para com a mulher e com o filho. Todavia, essas ações guardam em si subjetividades que dizem respeito principalmente à preocupação e presença.<sup>13</sup>

Nesse sentido, com base em um estudo desenvolvido em Natal/RN, algumas mulheres, apesar de admitirem que os seus companheiros não se fazem presentes durante o pré-natal, consideram que a preocupação e o interesse demonstrados por eles representam para elas uma forma de participar e de cuidar. Este mesmo estudo revelou que os homens estabelecem um processo interativo, na perspectiva de resolver as dúvidas e os anseios inerentes ao estado gravídico da companheira.<sup>11</sup>

Na gravidez, o homem e a mulher, como casal, vivenciam situações de ordens diversas, levando-os a diferentes tipos de comportamentos que perpassam as relações de gênero. A distinção de papéis do homem e da mulher é oriunda das construções sociais e das atribuições culturais do masculino e do feminino experienciadas pela diferenciação dos sexos. As concepções que versam sobre as relações de gênero têm desencadeado debates em diferentes contextos sociais ao longo da história.

No início do século XX, era adotada uma postura antagonista entre o masculino e feminino, porém, já no seu final, surge uma posição mais construtiva dessa relação, com companheirismo, cooperação e valorização da individualidade de ambos.<sup>14</sup> Para alguns autores, as questões de gênero

ajudam a compreender o dia a dia das pessoas, como também servem para entender e explicar como os seres se articulam e constroem as representações de ser macho e fêmea, de acordo com seu interesse e situação em que se encontram. Logo, no sentido relacional, pode-se ver como homens e mulheres se relacionam em um determinado contexto sociocultural, que, perpassado por diferentes fatores, influencia a formação da personalidade das pessoas nele inseridas.<sup>15,16</sup>

Concernentes ao homem, na atualidade observam-se mudanças de atitudes, sobretudo quando diz respeito à fase reprodutiva. Nesse sentido, há registros de que os mesmos vêm desempenhando ações de cuidados desde o pré-natal ao pós-parto. Isso é, abrangem a gestação, o parto, o puerpério e o aleitamento materno. Nesses cenários, eles estabelecem um processo de interação e compartilham com a companheira cada fase, desenvolvendo atitudes e comportamentos reveladores do conceito de cuidar.

Quando presentes na sala de parto procuram atender necessidades das respectivas companheiras voltadas para a hidratação, higiene, conforto e apoio. No puerpério, realizam atividades domésticas e de cuidados com os filhos. Além disso, consideram o pós-parto como uma fase que guarda em si a possibilidade de danos à saúde da mulher. Segundo declarações de homens emitidas em estudos concluídos, as mulheres precisam de repouso para não “quebrar o resguardo”. Nesse período eles vivenciam o processo de aleitamento materno, sob concepções que incluem as relações de gênero e também o ato de cuidar.<sup>13,11,17,18,19,20</sup>

De modo geral, as atitudes masculinas voltam-se para o poder de decisão sobre a saúde materna tanto na gravidez como no puerpério e aleitamento materno.<sup>13,18,19</sup> Essa constatação vai ao encontro do entendimento de alguns estudiosos, ao afirmarem que o cuidado envolve aceitação, compaixão, envolvimento com o outro, preocupação, respeito, proteção, amor, presença, ajuda e compartilhamento.<sup>21,22</sup>

Sob essa ótica, torna-se necessário e importante que a grávida experiencie o amor e o apoio de seu companheiro, muitas vezes expressos nos pequenos gestos e nas pequenas atenções dispensadas por ele, levando-a a sentir a presença do pai de seu filho, e reforçando a união entre eles.<sup>23</sup> Na

gravidez, tanto o homem quanto a mulher experienciam mudanças que requerem tolerância e compreensão mútua para lidarem com seus sentimentos. A relação entre os cônjuges “é fundamental para a estabilidade da dinâmica familiar durante a gravidez e guarda relação com aspectos que dizem respeito às ideologias que envolvem as relações de gênero”.<sup>13:92</sup>

Ao perceber-se pai, o homem tende a demonstrar interesse pela companheira e pelas questões que envolvem o nascimento do filho. Porém, a paternidade não surge apenas por um padrão de comportamento, e, sim, resulta, essencialmente, de uma transformação psíquica que é conseguida mediante a participação ativa no desenrolar da gravidez de sua mulher.<sup>24,25</sup> No processo gestacional há formação de um novo ser, como também consolidação dos papéis de mãe e pai. Essas condições são equivalentes, logo, o homem precisa ser encorajado e apoiado durante a gestação, parto e pós-parto, a fim de manter um relacionamento estável em todo o processo gravídico.<sup>25,26</sup>

A gravidez tanto pode fortalecer ou fragilizar os laços afetivos, decorrente do fato de que os sentimentos de ambivalência se manifestam de forma diferente no homem e na mulher, durante esse período. Aspectos psicológicos e mudanças significativas no relacionamento do casal podem surgir abalando, assim, a união entre eles.<sup>25</sup> Entretanto, em meio aos percalços que podem advir durante a gestação, o companheiro procura estabelecer um relacionamento baseado em princípios de tolerância. Nesse período, agir com passividade envolve concepções de força e superioridade que tornam o relacionamento conjugal possível de ser vivenciado.<sup>26</sup>

A vivência do homem no processo da gravidez é perpassada por sentimentos de natureza diversa que envolvem contentamento, alegria, realização, como também medo, insegurança, ciúme e incertezas. A ambivalência dessas emoções torna-se ainda mais evidente, quando o casal passa por dificuldades seja de ordem financeira, pessoal ou inerente ao estado gravídico. Esse fato leva a admitir que, na vigência das SHGs, os companheiros estão predispostos a experienciarem situações adversas a uma gestação considerada normal.<sup>13</sup>

## **2.2 Gestação de risco com ênfase nas síndromes hipertensivas**

A gravidez se apresenta como um evento que, apesar de fisiológico, predispõe a mulher ao risco gravídico. Na presença deste, ela passa a ser considerada como "gestante de alto risco".<sup>2</sup> Entende-se como alto risco a existência de fatores que aumentam a probabilidade de complicações gestacionais e põem em perigo a vida da mulher e do concepto.

Com vistas a prevenir ou minimizar as patologias que levam a mulher com uma gestação normal a evoluir para uma de risco, o Ministério da Saúde, conhecendo as especificidades do Brasil, instituiu a classificação de risco no pré-natal. Essa iniciativa tem o propósito de ajudar o profissional a identificar os agravos a que cada gestante está exposta, o que lhe permite orientar e fazer encaminhamentos, quando necessários, para as unidades de maior complexidade.<sup>5</sup> A avaliação de risco deve ser realizada a cada consulta pré-natal pois, tratando-se de gravidez, o normal hoje, amanhã pode não ser, dada a vulnerabilidade da mulher frente à existência de diferentes fatores que concorrem para a gestação de risco.

Esses fatores guardam relação com as características individuais e sociodemográficas desfavoráveis, quais sejam: mulheres com idade inferior a 15 anos ou superior aos 35, ocupações que exijam excesso de esforços físicos bem como exposições a agentes nocivos, estresses, estatura menor que 1,45 m, peso inferior a 45 kg ou superior a 75 kg, situação conjugal insatisfatória, assim como conflitos familiares que possam desenvolver insegurança na gestante.<sup>5</sup>

No que diz respeito à história reprodutiva anterior, são identificadas como condições de risco as informações sobre: morte perinatal, recém-nascidos com crescimento anormal e com malformações congênitas, macrossomia fetal, abortamentos habituais, intervalo interpartal inferior a dois anos ou maior que cinco anos, nuliparidade, multiparidade, síndromes hemorrágicas ou hipertensivas.<sup>5</sup>

A presença de intercorrências clínicas crônicas é mais um fator a ser considerado. Dentre elas, citam-se as cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias, hematopatias, hipertensão arterial moderada ou grave, epilepsia, infecção urinária, doenças infecciosas e doenças autoimunes. Por

último, doenças obstétricas na gravidez atual, tais como: desvio do crescimento intraútero, número de fetos, alteração no volume de líquido amniótico, trabalho de parto prematuro, gravidez prolongada, ganho de peso ponderal acima do esperado, amniorrexe prematura, hemorragias da gestação, isoimunização, pré-eclâmpsia /eclâmpsia e óbito fetal também devem ser levadas em conta.<sup>5,27</sup>

As complicações provenientes da gestação de risco alteram a formação de laços afetivos entre mãe e filho, como também entre gestante e o cônjuge. A sensibilidade da mulher e, conseqüentemente, o seu relacionamento com o companheiro podem ser afetados pelas modificações físicas e emocionais inerentes às SHGs. Em condições de normalidade, as alterações gravídicas tornam-se mais acentuadas no segundo trimestre da gestação.<sup>13</sup> Nesse período, a incidência da pré-eclâmpsia toma vulto no contexto da gestação, concorrendo para uma instabilidade intrafamiliar.

A gravidez de risco impõe ajustes na rotina diária da mulher e no cotidiano dos familiares, face à necessidade de controlar o agravo. Esse diagnóstico leva-a a sentir-se sozinha, vulnerável, desamparada e insegura, que desconfiando da sua capacidade de gerar uma vida defronta-se com a ameaça da perda de seu filho, e passa a vivenciar sentimentos como ansiedade, estresse e medo, sobretudo medo da morte.<sup>25,28</sup>

A mortalidade materna é uma realidade que envolve diferentes esferas de uma sociedade, constituindo questões de ordem pública. A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que em todo o mundo morrem 585 mil mulheres, por ano, acometidas por complicações do ciclo gravídico-puerperal, e a cada sete minutos por distúrbios hipertensivos. Na América Latina e Caribe, os problemas hipertensivos são responsáveis por 25,7 de todas as mortes.<sup>29,30,31</sup> No Brasil, os dados apontam que aproximadamente 15% das gestantes desenvolvem SHG. Tratando-se do Rio Grande do Norte, a incidência da pré-eclâmpsia foi de 12% no ano de 2007.<sup>5,32</sup>

De acordo com o último consenso do National High Blood Pressure Education Program (NHBPEP), publicado em 1990 e reafirmado em 2000, denomina-se de síndromes hipertensivas na gravidez as seguintes patologias: hipertensão arterial crônica, hipertensão gestacional, hipertensão arterial crônica superposta por pré-eclâmpsia e pré-eclâmpsia/eclâmpsia.<sup>3</sup>

A hipertensão arterial crônica (HAC) ocorre na presença de níveis tensionais iguais ou acima de 140 X 90 mmHg, diagnosticada antes da 20<sup>a</sup> semana ou previamente à gestação. Após o parto, persiste por um período superior a 12 semanas. Sua ocorrência concomitante à gestação associa-se com o aumento da morbidade e da mortalidade materna e perinatal. Existe maior agravamento quando há proteinúria, aumento súbito da tensão arterial, anteriormente controlada, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas caracterizando uma hipertensão superposta por pré-eclâmpsia.<sup>27</sup>

Quanto ao diagnóstico da hipertensão arterial crônica, ele é puramente clínico. A elevação dos níveis tensionais e o controle da pressão arterial podem ser realizados em unidades de atenção básica de saúde, desde que os profissionais que ali atuem estejam habilitados e conscientes quanto à importância da qualidade da assistência pré-natal. Nesse sentido, observa-se um aumento do número de consultas da mulher durante a gravidez, com a implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), contudo evidenciam-se ainda altos índices da morbidade e mortalidade materna e perinatal.<sup>5</sup> Esse fato aponta para o tipo de assistência que está sendo prestada as mulheres no decorrer da gestação. Nesse sentido, na gravidez de risco o profissional deve estar atento para a individualização dos cuidados, a gravidade da doença e a idade gestacional em que a grávida se encontra, pois as complicações advindas desse estado repercutem diretamente sobre o conceito.<sup>2,33</sup>

A hipertensão gestacional ocorre juntamente com a gravidez cuja pressão diastólica da paciente encontra-se superior a 90 mmHg ou acima de 15 mmHg do valor conhecido previamente. Surge após a 20<sup>a</sup> semana de gestação e com ausência de proteinúria. Essa patologia tende a desaparecer no puerpério remoto, em torno da 6<sup>a</sup> semana, após o parto. Quando leve ou moderada, representa pequeno risco para mãe ou feto. Nessa condição, o objetivo da terapêutica é evitar o agravamento da doença. Como medidas de cuidados orientam-se repouso parcial, medicação anti-hipertensiva e controle dos níveis tensionais.<sup>27, 34</sup>

A pré-eclâmpsia corresponde à hipertensão arterial após a 20<sup>a</sup> semana de gravidez, associada à proteinúria. Sua definição é complexa, em virtude do

desconhecimento da etiologia e evolução. É responsável pelas altas taxas de morbidade e mortalidade materna e fetal, como também pelas mortes perinatais, maiores índices de prematuridade e retardo do crescimento intraútero. Em função disso, vários mecanismos foram sugeridos na tentativa de explicar o que leva ao aparecimento da pré-eclâmpsia, quais sejam: diferenciação trofoblástica prejudicada, invasão trofoblástica, diferenciação placentária e endotelial, má adaptação imunológica aos antígenos do pai e resposta exagerada do sistema imunológico. Esse entendimento leva a considerar que a principal característica da pré-eclâmpsia é uma resposta anormal à inserção do leito placentário, fazendo com que ocorra um aumento da resistência vascular sistêmica e, por conseguinte, agregação placentária, ativação dos sistemas de coagulação e, por fim, disfunção das células endoteliais.<sup>35,36,37,38</sup>

No que diz respeito aos fatores de risco, estudos apontam que algumas condições podem predispor ao surgimento da patologia, tais como: primeira gravidez, história anterior de pré-eclâmpsia, intervalo interpartal maior ou igual a dez anos, idade maior ou igual a 40 anos, índice de massa corporal (IMC) igual ou superior a 35, história familiar de pré-eclâmpsia em mãe ou irmã, proteinúria maior ou igual a 300 mg/hora, gravidez múltipla, pré-existência de hipertensão, pressão diastólica maior ou igual a 80 mmHg, doença renal, diabetes e anticorpos antifosfolipídicos. Dentre estes, a obesidade é um importante fator de risco modificável para o desenvolvimento da pré-eclâmpsia. Visto isso, as mulheres com sobrepeso devem ser encorajadas a reduzi-lo até níveis considerados ideais, na perspectiva de diminuir os riscos da doença, quando desejar engravidar.<sup>38,39,40, 41,42</sup>

Para o consenso do NHBPEP, a pré-eclâmpsia grave é determinada pela presença de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: pressão arterial igual ou superior a 160/110 mmHg, proteinúria igual ou maior a 2g/24 horas, creatinina sérica maior do que 1,2 mg%, oligúria menor que 500 ml/24 horas, distúrbios visuais e/ou cerebrais, edema pulmonar ou cianose, dor epigástrica ou no quadrante superior direito do abdome, disfunção hepática, plaquetopenia, restrição do crescimento fetal e eclâmpsia.<sup>33</sup>

Por sua vez, a eclâmpsia é definida pela manifestação de uma ou mais crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas e/ou coma, em gestantes com hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia e na ausência de doenças neurológicas.<sup>3,36</sup> O desfecho pode acontecer na gestação, durante o trabalho de parto ou no puerpério. A patologia é comumente precedida pelos sinais e sintomas da doença, caracterizando a eminência de eclâmpsia, quais sejam: irritação do sistema nervoso central, como cefaleia frontal ou occipital, torpor, obnubilação, alteração do comportamento; distúrbios visuais, escotomas, fosfenas, visão embaçada e até amaurose além de sintomas gástricos como náuseas, vômitos e dor no hipocôndrio direito ou epigástrico.<sup>33</sup>

As causas da eclâmpsia não são conhecidas, porém existem algumas teorias propostas, dentre elas, a ocorrência do vasospasmo cerebral com isquemia local, encefalopatia hipertensiva acompanhada com hipoperfusão, edema vagogênico e lesão endotelial. Sua incidência é variável. Nos países desenvolvidos, as taxas apresentam-se entre 0,2 e 3,2 casos para cada 1000 partos; e, nos em desenvolvimento, oscilam entre 0,5 a 21,4 para cada 1000 partos. Esse quadro deve-se ao diagnóstico tardio e falhas no tratamento da pré-eclâmpsia.<sup>33</sup>

Com relação às consequências da pré-eclâmpsia, a síndrome de HELLP (Hemolytic anemia Elevated Liver Enzymes, Low Platelet count) aparece como uma grave complicação. Essa síndrome foi identificada por Weinstein em 1982, e é caracterizada pelo quadro de hemólise, aumento de enzimas hepáticas e plaquetopenia. Sua incidência varia de 2 a 12% do total de mulheres acometidas por pré-eclâmpsia. O diagnóstico clínico da síndrome de HELLP cursa com mal-estar, náuseas e vômitos, dor epigástrica, cefaleia persistente, icterícia subclínica e hipertensão grave. Com a evolução do quadro ocorrem alterações de comportamento, sangramento gengival, hematúria e/ou oligúria, icterícia franca, distúrbios visuais, hemorragia vítrea, hipoglicemia, hiponatremia, possibilidade de eclâmpsia e diabetes insípido nefrogênico.<sup>33,34</sup>

A conduta básica, junto às grávidas com síndrome de HELLP, visa evitar a morte materna e consiste em interromper a gravidez, após a correção da plaquetopenia e o déficit dos fatores de coagulação, ambos responsáveis pelo óbito materno. O conhecimento da fisiopatologia da pré-eclâmpsia, o

diagnóstico precoce da mesma e a atuação precisa dos profissionais melhoram o prognóstico materno e fetal, concorrendo para a redução dos altos índices de mortalidade materna e neonatal.<sup>33,34</sup>

De modo geral, as SHGs predis põem a mulher e o concepto a agravos à saúde que podem levá-los à morte. Visto isso, se fazem necessárias medidas gradativas de prevenção, isto é, desde a atenção básica até a de alta complexidade. Assim sendo, para prevenir a pré-eclâmpsia, é necessário se diagnosticar precocemente complicações intrínsecas à patologia, pois a prevenção da doença em si ainda permanece inexplicável. Em suma, as SHGs repercutem sobre a família como um todo e mediante as suas peculiaridades assumem diferentes representações para os companheiros que vivenciam o processo da gravidez de alto risco.

### **2.3A Teoria das Representações Sociais (TRS) e a Teoria do Núcleo Central (TNC)**

A Teoria das Representações Sociais (TRS) foi criada em 1961, na França, por Serge Moscovici, a partir da publicação do estudo *La psychanalyse – son image et son public*. Embora durante muito tempo tenha sido esquecida pela comunidade científica, as representações sociais (RSs) se instituem na atualidade como referência importante, não apenas no âmbito da psicologia social, mas em várias ciências.<sup>43,44</sup>

No Brasil, a TRS foi introduzida por volta dos anos de 1980, passando a ser divulgada e utilizada por estudiosos de diversas áreas, como: educação, sociologia, psicologia e saúde. Na área da saúde, muitos pesquisadores têm buscado nas RSs revelações esclarecedoras sobre diversos temas, principalmente aqueles que se referem à AIDS, câncer de mama, envelhecimento, depressão infantil, tuberculose, gravidez, contracepção. É uma ferramenta que permite avaliar com mais profundidade aspectos despercebidos nos estudos tradicionais. Além disso, pode revelar elementos importantes voltados para a elaboração de estratégias a serem usadas na solução de problemas.<sup>43,45,46</sup>

Conceituar RS não é uma tarefa fácil, devido às suas características

englobarem conceitos da psicologia e da sociologia. Entretanto, algumas explicações clarificam sua real importância. As RSs envolvem conceitos, proposições e explicações originados na vida cotidiana no curso das comunicações interpessoais. Nesse sentido, elas são o equivalente “aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podem ser vistas como versão contemporânea do senso comum”.<sup>47</sup> Todavia, Jodelet conceitua a RS como sendo “uma forma de conhecimento socialmente elaborada e compartilhada, com um objeto prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.<sup>48:22</sup>

A RS é uma forma de entender a construção social do indivíduo a partir de sua integração com o grupo na qual crenças, opiniões e atitudes são compartilhadas, influenciando a formação dos universos consensuais do indivíduo e do coletivo, como um todo.<sup>44,49,50</sup> Assim, as RSs originam uma forma de conhecimento produzido nos universos consensuais. Esse conhecimento torna-se revolucionário, porque resgata e valoriza o saber popular produzido no cotidiano dos indivíduos, tornando-se um elo entre o saber teórico científico e o saber popular.

A elaboração e o funcionamento de uma representação são compreendidos através de dois processos: a objetivação e a ancoragem. A objetivação é o processo pelo qual se procura tornar concreta, visível, uma realidade, transformando a abstração em algo quase físico, aliando um conceito com uma imagem. A concretização da representação remete à objetivação, ou seja, o indivíduo torna reais as abstrações, a partir das próprias referências, as quais estão fundamentadas na sua cultura e nos seus valores.<sup>47,51</sup>

A ancoragem consiste na integração cognitiva do objeto ou pessoa desconhecida representados em um sistema de pensamento social preexistente. É um processo onde se busca classificar, encontrar um lugar para encaixar o não familiar, devido à dificuldade em aceitar o estranho, de modo que se possa comparar e compreender um ponto de referência reconhecível. Através dos processos de objetivação e ancoragem, o indivíduo apropria-se do novo, integrando-o, ao seu campo de significações já reconstruído.<sup>47,51,52</sup>

No que diz respeito à estrutura teórica das RSs, delineiam-se quatro

funções essenciais, quais sejam, 1. de saber: quando possibilitam compreender e explicar a realidade; 2. as identitárias: que definem a identidade, permitem a proteção e especificidade dos grupos; enquanto que função 3. de orientação guia os comportamentos e a prática. Por último, a função 4., a justificadora, permite a justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos.<sup>43</sup>

Os estudos sobre as RSs levaram Jean Claude Abric, em 1976, a propor a Teoria do Núcleo Central (TNC), por compreender que toda representação está organizada a partir de um elemento central. Este é circundado por elementos chamados de sistemas periféricos, que dão um significado às representações.<sup>43,51</sup> Assim, as RSs sendo constituídas por um sistema central e um sistema periférico, possuem funções específicas bem diferentes.

O núcleo central assume duas funções. A primeira é chamada de geradora, cujo objetivo é fornecer valor e sentido aos outros elementos da representação. A segunda é considerada organizadora, pois determina a natureza dos laços que unem os elementos da representação.<sup>44,53</sup> Esse sistema possui peculiaridades que lhe conferem características próprias. Assim, o núcleo central é definido e determinado por concepções relativas aos aspectos históricos, sociológicos e ideológicos de um grupo como também das regras no qual ele está inserido. É consensual, uma vez que realiza e define a homogeneidade do grupo social, além de ser estável, coerente e resistente à mudança. Mediante esses atributos, ele assegura a permanência da representação coletiva acerca de um determinado fenômeno.<sup>44,53</sup>

Em torno do núcleo central estão localizados os elementos periféricos, os quais reportam-se às expressões mais individualizadas, respondendo diretamente às questões do cotidiano por estarem ligados ao contexto imediato. Esses núcleos são mais flexíveis e voltados às atualizações, como também às mudanças. Respondem a três funções principais, quais sejam: função de concretização, por constituir a interface entre o núcleo central e a situação concreta na qual a realidade é elaborada; enquanto isso, as funções de regulação e de adaptação do sistema, que dizem respeito às evoluções do contexto, constituem o aspecto móvel e evolutivo da representação. Neles, as

contradições são toleradas, por permitirem a integração de experiências e histórias individuais daqueles que compõem o grupo social, tornando-o flexível.<sup>44,53</sup>

Diante das propriedades de ambas, optou-se por essas teorias (RSs e da TNC) como base para análise dos depoimentos dos homens, julgando-as como adequadas aos propósitos da investigação e por considerar que levam à compreensão da realidade dos companheiros cuja parceira esteja vivenciando uma gravidez com SHG. Assim sendo, através da utilização dos seus pressupostos e frente ao propósito do estudo em apreço, acontecimentos não familiares aos homens foram transformados em fatos comuns, com a realidade física e social reapropriada e reconstruída a partir da história desse grupo.

### 3. PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1 Tipo do estudo

A partir do objeto de estudo, pode-se classificar a pesquisa em questão como exploratória e descritiva, com uma abordagem qualitativa utilizando multitécnicas, quais sejam: Teste de Associação Livre de Palavras (TALP), imagens projetivas e análise de conteúdo.

O objetivo de um estudo exploratório descritivo é observar, descrever e explorar certos aspectos, a maneira pela qual eles se manifestam e os fatores com os quais se relacionam. Este tipo de estudo permite aprofundar a experiência sobre uma determinada situação, exigindo uma série de informações acerca do que se deseja estudar, e descreve fatos e fenômenos de maneira fidedigna.<sup>54,55,56</sup> Por sua vez, uma pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com o universo de significados. No que tange às pesquisas da área da saúde, como é o caso do presente estudo, a pesquisa qualitativa justifica-se também pela investigação de universos de significados que se desvelam.

Quanto à utilização de multimétodos, desde os anos de 1970 o uso da triangulação de métodos vem sendo evidenciado como uma estratégia de investigação voltada para a combinação de métodos e técnicas. Essa abordagem busca dar mais consistência e validade aos dados coletados, bem como maior confirmação dos achados, além de estimular uma análise mais reflexiva do fenômeno estudado.<sup>57,58,59</sup> Assim sendo, as técnicas do TALP, imagens mentais e análise de conteúdo foram adequadas ao estudo das representações sociais do homem acerca das SHGs.

#### 3.2 Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida em duas maternidades públicas, ambas localizadas em Natal/RN, que são referência para a gestação e parto de alto

risco. Essas instituições prestam assistência às usuárias do Sistema Único de Saúde, encaminhadas de todas as regiões do Estado do Rio Grande do Norte.

A Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC), situada no distrito leste no bairro de Petrópolis, especificamente no centro da cidade de Natal, pertence ao complexo hospitalar da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Presta atendimento à população feminina durante a fase reprodutiva, tanto em nível ambulatorial como hospitalar. A MEJC, em 2007, realizou 4197 partos, dos quais 224 foram de alto risco.<sup>60</sup>

O outro campo de pesquisa foi o Hospital Dr. José Pedro Bezerra, situado no distrito sanitário norte, localizado no conjunto residencial Santa Catarina, no bairro Lagoa Azul. Essa unidade é coligada à rede hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte. Nessa maternidade foram realizados, no ano de 2007, 3799 partos, onde 303 foram de alto risco.<sup>60</sup>

Essas instituições possuem: enfermarias destinadas à mulher com gestação de alto risco, atendimento ginecológico, salas de parto normal, centro obstétrico, alojamento conjunto, enfermaria mãe-canguru, como também UTIs neonatal e materna, além de sala para estudo. Particularizando os campos de investigação, estes compreenderam as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e Unidades de Terapia Intensiva (UTI) materna, enfermaria de alto e médio risco, enfermarias mãe-canguru e sala de estudo.

Ressalta-se que as entrevistas ocorreram na sala de estudo por esta apresentar condições favoráveis a esse processo, quais sejam: climatização, ausência de ruídos e garantia de privacidade. Tais recursos foram comuns nas duas instituições. Dessa forma, a obtenção das informações se deu em ambiente confortável, sem interferências de outrem, possibilitando a clareza e a compreensão das respostas dos entrevistados. Do total de 65 entrevistas, 19 foram realizadas no Hospital Dr. José Pedro Bezerra e 46 na MEJC.

### **3.3 Participantes do estudo**

Participaram da investigação homens cujas esposas vivenciaram gestação de alto risco por hipertensão gestacional, e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: as companheiras deveriam estar internadas no alojamento conjunto ou na unidade de terapia intensiva (UCI), com mais de 48 horas de pós-parto e terem sido acometidas por SHGs. Logo, aqueles que não atendiam a esses pré-requisitos não foram incluídos no estudo. Optou-se por esse espaço de tempo por considerar que, após essas horas críticas e instáveis, o companheiro teria melhor entendimento da situação vivenciada e, assim, poderia falar da sua experiência com mais tranquilidade e clareza.

A inclusão dos participantes no estudo ocorreu da seguinte maneira: diariamente, era realizado contato telefônico com o plantonista e/ou enfermeira das instituições, nas quais os dados foram coletados, no intuito de averiguar admissão de gestantes com o diagnóstico de SHG. Mediante a resposta positiva, a pesquisadora comparecia ao serviço, a fim de verificar o prontuário e confirmar as informações recebidas por telefone. Em seguida, localizava a paciente e perguntava à mesma sobre a possibilidade de realizar uma entrevista com o seu companheiro. Havendo concordância, assegurava-se do horário em que o mesmo costumava visitá-la. Assim sendo, o contato com os sujeitos da pesquisa (homens/companheiros) foi realizado nas unidades de internação das puérperas.

Convém lembrar que os homens cujas companheiras tiveram partos gemelares, filhos com malformações congênitas e/ou feto morto, ficaram fora do estudo por entender-se que, diante dessas ocorrências, os companheiros vivenciavam diferentes sentimentos e teriam outras representações.

### **3.4 Considerações éticas**

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil (CEP-UFRN), com Parecer favorável nº 81/07 (Anexo 1). Também obteve-se autorização formal das instituições envolvidas na investigação. Precederam a entrevista explicações ao entrevistado quanto aos objetivos e finalidade da pesquisa, seguidas do questionamento sobre a possibilidade da sua participação no estudo. Após

esses esclarecimentos prévios, todos os homens contatados concordaram e reafirmaram sua aceitação. Em seguida, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), atendendo às exigências da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, no que se refere à pesquisa com seres humanos (Apêndice 1).<sup>61</sup>

Para garantir o anonimato dos participantes, optou-se por identificá-los com pseudônimos sugeridos por eles, considerando que algumas falas seriam utilizadas no decorrer da análise e discussão dos resultados, quando reportados com base na análise de conteúdo segundo Bardin. Diante da aquiescência, a entrevista propriamente dita foi realizada.

### **3.5 Instrumentos de coleta de dados**

Empregaram-se multitécnicas identificadas através de quatro instrumentos, no intuito de apreender as informações. O primeiro foi um questionário sociodemográfico constituído por variáveis como: idade, situação conjugal, renda familiar, escolaridade e profissão, a fim de caracterizar os participantes do estudo (Apêndice 2). O segundo consistiu de um documento apropriado ao registro do Teste de Associação Livre de Palavras (TALP), contendo cinco espaços numerados para o registro das respostas ao estímulo indutor “pressão alta na gravidez” (Apêndice 3). O terceiro foi um formulário voltado para o teste projetivo, destinado a registrar as imagens mentais emitidas pelos depoentes, quando pensavam em “pressão alta na gravidez” (Apêndice 4). E o quarto constou de um roteiro de entrevista semiestruturada abordando a questão norteadora: O que representou para o senhor a gravidez de risco de sua companheira com pressão alta? (Apêndice 5).

Os instrumentos foram testados previamente, com o objetivo de verificar a compreensão dos seus conteúdos pelos entrevistados. Todo instrumento de coleta utilizado em pesquisa deve ser testado, com a finalidade de se averiguar a sua validade, e a sua compreensão, antes de ser definitivamente aplicado, no intuito de prevenir possíveis inadequações de estrutura e linguagem.<sup>62</sup> O pré-teste ocorreu em maio de 2008, no Hospital Dr. José Pedro Bezerra (Hospital Santa Catarina), com homens que se

enquadraram nos critérios de inclusão dos sujeitos da pesquisa. O retorno a essa instituição, para a coleta de dados, se deu em outubro do mesmo ano, devido ao tempo de internação das mulheres na unidade mãe-canguru, muitas vezes, ultrapassar três meses. Como forma de evitar que os homens a serem entrevistados, de alguma maneira, estabelecessem comunicação um com o outro, predispondo à presença de vieses nas informações, resolveu-se estender esse tempo para 5 meses.

### **3.6 Coleta de dados**

Os dados foram coletados pela pesquisadora no período de maio de 2008 a janeiro de 2009, na MEJC, e de outubro de 2008 a janeiro de 2009 no hospital Dr. José Pedro Bezerra. Antecedendo à entrevista a autorização formal do homem a ser entrevistado, por meio do TCLE (Apêndice1). Vale destacar que todos os passos da pesquisa foram explicados de maneira clara, com ênfase nos objetivos, finalidade e importância da investigação, além da garantia do anonimato e da utilização dos depoimentos apenas para fins científicos.

Também se prestou esclarecimentos acerca da ausência de ônus e de remuneração por participar da investigação, quanto à voluntariedade e ao direito de desistir do estudo a qualquer momento, sem que isso viesse interferir no seu atendimento e de seus familiares. Foi assegurada, ainda, indenização, caso viesse a sofrer algum dano decorrente da sua participação no estudo, desde que fosse devidamente comprovado. Além disso, salientava-se que a gravação da fala ocorreria mediante a sua anuência.

Após essas explicações, todos os homens abordados concordaram em participar da pesquisa e formalizaram o seu consentimento, sob garantia de que o documento assinado bem como a gravação da entrevista seriam arquivados por cinco anos na Escola de Enfermagem de Natal da UFRN aos cuidados da pesquisadora responsável pelo estudo.

Durante todo o processo, manteve-se um diálogo informal com os depoentes, a fim de viabilizar maior espontaneidade na expressão verbal ou não verbal da questão norteadora. À medida que a entrevista era encerrada,

questionava-se aos mesmos se gostariam de acrescentar algo mais, como também de escutar a sua fala e, conseqüentemente, checar as informações evocadas e complementá-las, caso julgasse necessário.

Ressalta-se que não houve nenhum acréscimo nos discursos já emitidos. Os respondentes demonstraram interesse e expressaram satisfação, verbalizando ser aquele “um momento único”, no qual estavam podendo falar de suas dúvidas e preocupações diante da realidade vivenciada. Portanto, não foi registrada nenhuma recusa dos homens abordados em participar do estudo. Assim, após a aprovação dos órgãos competentes: CEP-UFRN e direção dos hospitais envolvidos, bem como o conhecimento e a assinatura do TCLE pelos sujeitos da pesquisa, teve início a coleta de dados propriamente dita.

O desenvolvimento dessa etapa ocorreu em quatro momentos. No primeiro momento foi aplicado um questionário, a fim de obter os dados sociodemográficos. Em seguida, o TALP, no qual solicitou-se aos participantes que dissessem cinco palavras – estímulos indutores relacionados com pressão alta na gravidez. O TALP se caracteriza como um teste projetivo de fácil aplicação, utilizado na Psicologia clínica, que tem como fim apreender a percepção da realidade de um grupo social a partir de uma composição semântica preexistente ou de um estímulo indutor.<sup>43,44</sup>

Reconhece-se a importância dessa técnica devido à relevância da autenticidade no processo de respostas, como também à simplificação que oferece para coletar elementos constitutivos do conteúdo de uma representação.<sup>43,44</sup> Utilizou-se o TALP com o objetivo de identificar o núcleo central e o sistema periférico das representações sociais da gravidez de risco decorrente de SHGs para o companheiro.

Nessa perspectiva, a partir da expressão indutora: “pressão alta na gravidez”, os entrevistados foram orientados para emitirem as respostas mais espontâneas possíveis, devendo os mesmos não elaborar racionalmente o que deviam expressar. Assim sendo, as ideias deveriam fluir de forma imediata, logo que viessem em suas mentes. Uma vez expressas as palavras, era solicitado aos participantes que as classificassem em ordem decrescente de importância, da mais importante para a menos importante, e numeradas de 1 a

5, respectivamente. Em seguida, solicitava-se aos mesmos que justificassem suas respostas.

No terceiro momento, foi solicitado aos depoentes que descrevessem duas imagens que viessem imediatamente em sua mente, ao ouvirem a expressão “pressão alta na gravidez”. Optou-se por não levar imagens pré-estabelecidas, para evitar que os respondentes sofressem alguma influencia na evocação das projeções mentais. Assim sendo, as respostas foram emitidas de maneira espontânea expressando a sua representação mental acerca da gravidez de risco causada pelas síndromes hipertensivas. Nessa fase, apreendeu-se a síntese das falas dos entrevistados quanto aos pensamentos elaborados sobre as imagens surgidas.

No quarto momento foi realizada a entrevista semiestruturada. A entrevista consiste no encontro entre duas pessoas, cuja finalidade é obter de uma delas informações a respeito de um determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional.<sup>62</sup> A entrevista semiestruturada é constituída de perguntas fechadas e abertas, dando a possibilidade ao entrevistado de discorrer sobre um determinado tema, sem respostas prefixadas pelo pesquisador.<sup>56</sup>

A etapa seguinte constituiu-se pela transcrição imediata das entrevistas, no intuito de preservar a fidedignidade das informações. Salieta-se que a pesquisadora esteve atenta a todas as reações, atitudes e expressões de sentimentos apresentados pelos companheiros durante os depoimentos. As manifestações observadas no decorrer das entrevistas foram registradas no diário de campo, no intuito de contribuir para a análise das falas.

### **3.7 Apresentação e análise dos dados**

#### **3.7.1 O Teste de Associação Livre de Palavras – TALP**

A partir dos dados coletados, utilizou-se, inicialmente, o processo de estabelecimento de classes de palavras evocadas e que apresentaram similaridade. A palavra “evocação” tem vários significados na língua portuguesa, mas, como projeção mental, significa o “ato de evocar”, e diz respeito a trazer à lembrança, à imaginação, algo que está presente na

memória dos indivíduos.<sup>63</sup>

Em seguida, os termos evocados foram submetidos ao *software* EVOC 2000.<sup>64</sup> Este foi desenvolvido por Pierre Vergés, em 1992, e consiste em um conjunto de programas articulados que, juntos, realizam a análise estatística das evocações. O EVOC permite dois tipos de análises: a lexicográfica e a categorização por análise de conteúdo. A primeira etapa para o processo de tratamento dos dados é a criação de um arquivo no Excel ou Word (XXX.txt). Em seguida inicia-se o processamento através do programa LEXIQUE. Este isola as unidades léxicas do arquivo inicial, formado pelas evocações coletadas (vocabulário do *corpus*), criando um novo arquivo temporário (XXX.txt1). O próximo passo é o TRIEVOC, que tem por finalidade separar o arquivo (XXX.txt1) por ordem alfabética, criando outro arquivo temporário (XXX.tx2). O programa seguinte é o NETTOIE, que possibilita uma última revisão do conteúdo do arquivo, corrigindo erros ortográficos ou de digitação.<sup>46,64,65</sup>

A análise lexicográfica compreende um conjunto de programas, quais sejam: RANGMOT, LISTEVOC, AIDECAT e RANGFRQ. O RANGMOT disponibiliza uma lista de distribuição da ordem média de evocação para todas as palavras, como também as frequências. Essa distribuição segue a lei logarítmica de ZIPF, que permite identificar três áreas de frequência. A primeira, onde as palavras são muito pouco numerosas para uma mesma frequência; a segunda, onde as palavras são pouco numerosas para uma mesma frequência; e a terceira, onde o número de palavras é muito importante para a mesma frequência.<sup>46,64</sup>

O LISTEVOC cria a lista de palavras dentro de seu contexto, por ordem alfabética. O AIDECAT é um programa que tem a finalidade de auxiliar a categorização e analisar as coocorrências das palavras mais frequentes. O RANGFRQ permite estabelecer um quadro que possibilita identificar as palavras que constituem o núcleo central da representação, gerando a tabela média x frequência.<sup>46,64</sup>

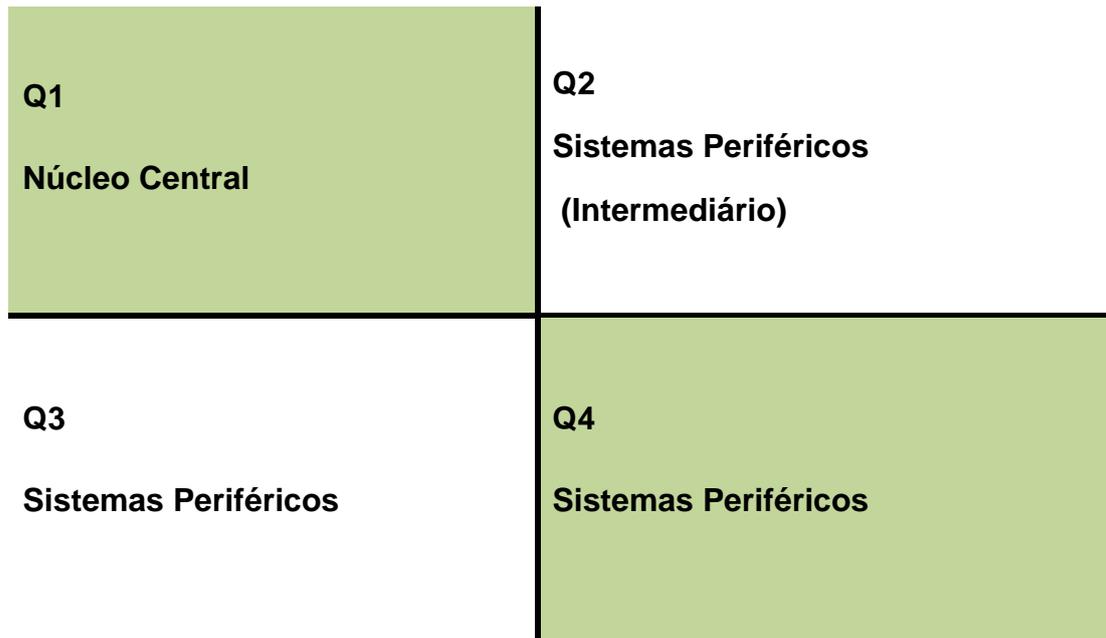
A análise das categorias inicia-se com o estabelecimento das mesmas pelo pesquisador. Para este estudo, definiu-se: medo, outros sentimentos, preocupação e cuidados, como também sinais e sintomas da doença. Em seguida, a partir de reagrupamentos dos termos induzidos nas categorias

definidas para análise, o programa CATEVOC permitiu a categorização das palavras evocadas. O passo seguinte foi o RECODCAT, que possibilita modificações na categorização das palavras. Enquanto que o TRICAT oferece a opção de atualizar, no arquivo das categorias, alguma modificação ocorrida na etapa anterior, ou seja, no RECODCAT.<sup>46,64</sup>

Dando continuidade a esse processo, o programa seguinte é o STATCAT. Ele oferece um tratamento estatístico, estabelecendo o número e a percentagem das palavras por categoria, o número e a percentagem de evocações por ordem de classificação e por categoria, e o número das evocações consideradas frequentes. A próxima etapa é o DISCAT, que apresenta a estatística das ordens por cada categoria. Isso permite qualificar as categorias de maneira semelhante àquela em que ocorrem no programa RANGMOT. O último passo foi o CATINI. Nessa fase, o programa permite a inserção de cada categoria dentro de uma tabela que leva a analisar a presença de redundância das categorias em relação às respostas emitidas pelos entrevistados.<sup>46,64</sup>

O resultado final originou o quadro de quatro quadrantes (Figura 1), onde cada um tem a sua representação: Q1, núcleo central; e Q2, Q3, Q4, os sistemas periféricos apresentados na Figura 1.

**Figura 1.** Resultado do processamento das palavras evocadas pelos participantes do estudo. Natal/RN. 2009



### 3.7.2 Técnica de projeção de imagens mentais

Para a apreensão dos dados, utilizou-se também a técnica de projeção de imagens mentais, com o mesmo estímulo indutor: pressão alta na gravidez. Essa técnica, quando aplicada com outros instrumentos, aprofunda e complementa um tema pesquisado, pois uma representação fala, comunica, exprime, produz e determina os comportamentos. Além disso, define a natureza dos estímulos que cercam e provocam o significado das respostas emitidas pelos entrevistados.<sup>53,66</sup>

As técnicas projetivas fornecem representações de algo que é desconhecido para o indivíduo em si e para o outro. Permitem que conteúdos latentes sejam emergidos. Em geral, as pessoas possuem dificuldades de expressar elementos que evocam tristeza, medo, sentimentos, pensamentos

associados à morte, dentre outros.<sup>66</sup> Entretanto, a imagem mental permite ao indivíduo a representação de acontecimentos e dos objetos com os quais interage em determinado meio e situação. Ela reúne informações integradas e organizadas de maneira diferente daquelas expressões obtidas através de descrições verbais. Dessa forma, a imagem mental se relaciona com abstrações, permitindo que os conteúdos latentes sejam evidenciados. Assim, “a imagem é um poderoso registro dos acontecimentos das ações no tempo e no espaço embora o seu uso ainda seja limitado.”<sup>48,67</sup>

O uso dessa técnica nas RSs facilita o desenvolvimento de pesquisa nessa área, com possibilidade de explorar a psicodinâmica das relações. Uma vez aplicada no presente estudo, obtiveram-se 130 imagens mentais, que foram agrupadas em categorias. Para tanto, tomou-se como categorias as mesmas surgidas na evocação de palavras, quais sejam: medo, outros sentimentos, preocupação e cuidados, além dos sinais e sintomas da doença.

### **3.7.3 Análise de conteúdo**

Como forma de aumentar a confirmabilidade e, conseqüentemente, a consistência dos dados, da totalidade de entrevistas (65) submetidas a duas técnicas de análise anteriormente descritas, partiu-se para uma terceira. Dessa forma, do total de entrevistas transcritas, 15 foram submetidas à técnica de análise de conteúdo na modalidade da análise temática segundo Bardin.<sup>68</sup> A seleção desses depoimentos ocorreu de forma aleatória e unitária, até atingir o nível de saturação, ou seja, as informações se repetiam e nenhum conhecimento novo era identificado.

As entrevistas selecionadas foram submetidas a procedimentos analíticos. Nesse caminhar, foi realizada leitura flutuante e preparação do material a ser trabalhado. Em seguida, o *corpus* foi lido de forma exaustiva com a intenção de identificar os núcleos de sentido, os quais passaram por técnicas metodológicas de agregação e recorte resultando em codificação. Dando continuidade, os códigos foram agrupados de acordo com a semântica e categorizados. Desse processo surgiram três unidades temáticas e suas respectivas categorias, que apresentaram semelhanças com aquelas

originadas nas técnicas anteriormente aplicadas. Dessa forma, a técnica de análise de conteúdo confirmou e, conseqüentemente, aumentou a confiabilidade dos dados já analisados pela TALP e o teste projetivo de imagem mental.

Os materiais originados das falas e imagens evocadas através das multitécnicas aplicadas tiveram sua análise fundamentada na TRS e TNC, e a discussão teve como base os achados na literatura acerca da participação do companheiro na gravidez e gestação de risco com ênfase nas SHGs.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo versa sobre as características sociodemográficas dos participantes do estudo, os resultados do Teste de Associação Livre de Palavras, as imagens mentais coletadas e a análise das temáticas oriundas da técnica de análise de conteúdo.

### 4.1 Dados sociodemográficos

Participaram do estudo 65 homens com idade variando entre 18 e 50 anos, predominando a faixa etária de 21 a 32 anos, correspondendo a 57% do total de entrevistados, seguida de 23% entre 27 e 32 anos, e 20% no grupo etário de 33 a 38 anos. Esses dados mostram que a maioria dos pesquisados estava na fase adulta, levando a crer que nesse período a maturidade predispõe à participação e desempenho do homem no processo reprodutivo. Nesse sentido, outro estudo revela que os homens de maior faixa etária referem mais preocupação com a companheira durante a gravidez, quando comparados àqueles com menos idade.<sup>13</sup>

Os dados referentes à situação conjugal demonstram que 95,4% dos companheiros conviviam com a mulher sob o mesmo teto, logo, a maioria em união consensual. A renda familiar oscilou entre menos de um a 10 salários mínimos, sobressaindo-se a faixa de 1 a 3 salários com percentual de 54%, seguida de 32,3% com menos de um salário mínimo, e as demais faixas totalizaram 13,7 %, abrangendo entre 4 e 10 salários mínimos. Quanto ao grau de escolaridade, 48% dos participantes possuíam o ensino fundamental incompleto e 20% não chegaram a completar o ensino médio. As demais faixas referentes à escolaridade foram: sem formação escolar 12,2%, fundamental completo 14,6%, superior incompleto 2,0% e superior completo 3,2%.

Sobre a possível associação de variáveis sociodemográficas, o Ministério da Saúde brasileiro afirma que diversos fatores podem levar uma gestação normal a evoluir para o alto risco, e dentre eles destaca-se a situação socioeconômica desfavorável. Sobre esse assunto, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da criança e da mulher (PNDS) aponta que as mulheres com maior nível de escolaridade e melhor condição socioeconômica tiveram

maiores chances de realizar consultas pré-natais e puerperais. Entretanto, no que diz respeito ao homem como companheiro, a pesquisa não faz nenhuma alusão. Este mesmo estudo mostra que, apesar da universalização do acesso à assistência pré-natal e ao parto, permanecem as desigualdades sociais e econômicas quando se considera a qualidade do atendimento.<sup>2,69</sup> Assim sendo, o grau de escolaridade e o rendimento mensal da população estudada, uma vez associados, apresentam-se como predisponentes ao agravamento da situação de uma gravidez de risco.

#### **4.2 Teste de Associação Livre de Palavras (TALP)**

A análise lexicográfica realizada pelo programa EVOC 2000 resultou em 303 palavras evocadas pelos participantes após escutarem o termo indutor “pressão alta na gravidez”, das quais 53 eram diferentes entre si (Anexo 2). Através do programa RANGMOT, uma das etapas do *software* (EVOC 2000), foram calculadas as frequências e as ordens médias de evocação de cada palavra. O programa evidenciou que, na distribuição das frequências, existiam 22 palavras as quais apareceram apenas uma vez, e uma única palavra apareceu 43 vezes (Anexo 2), delimitando áreas distintas de frequência, como está demonstrado no Quadro 1.

**Quadro 1** – Frequências das evocações apreendidas no TALP entre os 65 participantes do estudo sobre pressão alta na gravidez. Natal/RN. 2009

Frequência	N de palavras	Evocações acumuladas		Acumulações inversas	
1	22	22	7,3%	303	100,0%
2	3	28	9,2%	281	92,7%
3	4	40	13,2%	275	90,8%
4	5	60	19,8%	263	86,8%
5	7	95	31,4%	243	80,2%
6	1	101	33,3%	208	68,6%
8	3	125	41,3%	202	66,7%
9	1	134	44,2%	178	58,7%
14	1	148	48,8%	169	55,8%
15	2	178	58,7%	155	51,2%
19	1	197	65,0%	125	41,3%
23	1	220	72,6%	106	35,0%
40	1	260	85,8%	83	27,4%
43	1	303	100,0%	43	14,2%

Em seguida, foi realizada a categorização das evocações através dos programas CATEVOC e AIDECAT, ambos pertencentes ao *software* EVOC. A partir dessa etapa do EVOC, o pesquisador elenca as categorias. Dessa forma, foram selecionadas quatro categorias, quais sejam: medo; outros sentimentos; preocupação e cuidados; e sinais e sintomas da doença. Além disso, foi realizada a distribuição das evocações, frequência e ordem média das mesmas (OME); calculadas pelo programa DISCAT. Efetuou-se também a média das ordens médias das evocações das categorias (MOME), isto é, a média do número de vezes em que as palavras representativas das categorias

foram evocadas com 2,9. A média da frequência das evocações também foi calculada (FM) em 76.

**Quadro 2.** Associação das palavras sobre gravidez de risco, por ordem de evocação dos 65 entrevistados. Natal/RN, 2009

Categorias	1 Ev	2 Ev	3 Ev	4 Ev	5 Ev	F	OME
1. Medo	58	37	25	14	07	141	2,1
2. Preocupação e cuidados	05	11	10	12	13	51	3,3
3. Outros Sentimentos	09	19	30	28	22	108	3,3
4. Sinais e sintomas da doença	03	03	05	04	12	27	3,7

A partir da análise da frequência e da ordem média de evocação de cada categoria, foram levantados os elementos supostamente pertencentes ao núcleo central da representação social. Para tanto, as categorias foram agrupadas nos seguintes quadrantes: quadrante superior esquerdo – as evocações que tiveram frequência maior do que a média e OME menor do que a média; superior direito – as que tiveram frequência maior e OME maior ou igual à média; inferior esquerdo – as evocações que apresentaram frequência menor e OME menor do que a média; inferior direito – as evocações que apresentaram frequência menor e OME maior, e OME maior ou igual à média. O resultado desse agrupamento está demonstrado na figura a seguir, e os números entre parênteses indicam a ordem média das evocações pelos sujeitos.

**Figura 2** – Agrupamento em quadrantes das categorias submetidas à análise. Natal/RN, 2009

<p>F &gt; 76 e OME &lt; 2,9</p> <p><b>Medo 141 (2,1)</b></p>	<p>F &gt; 76 e OME ≥ 2,9</p> <p><b>Outros Sentimentos 108 (3,3)</b></p>
<p>F &lt; 76 e OME &lt; 2,9</p>	<p>F &lt; 76 e OME ≥ 2,9</p> <p><b>Preocupação e Cuidados 51 (3,3)</b></p> <p><b>Sinais e sintomas da doença 27 (3,7)</b></p>

A categoria medo localizada no quadrante superior esquerdo (Q1), constituiu o componente do núcleo central da representação. A importância dessa categoria para os entrevistados se reflete no elevado número de vezes em que foi evocada, tendo como resultado uma frequência mais alta do que a média e com elevado grau de importância atribuído na hierarquização das palavras.<sup>44</sup> O medo referido pelos entrevistados diz respeito às evocações relativas ao medo da morte da companheira e do filho, como também o medo de situações desconhecidas. Referiram ainda o medo de possíveis sequelas na mulher, em decorrência da patologia.

As categorias preocupação e cuidados, como também sinais e sintomas da doença, situadas no quadrante inferior direito (Q4), são consideradas componentes do núcleo periférico, caracterizados como aspectos menos rígidos da representação social. Na categoria preocupação, as palavras evocadas voltaram-se ao estado de saúde da parceira, e à sintomatologia da doença, como inchaço, tensão e nervosismo da companheira. Além disso, os entrevistados mencionaram problemas de ordem financeira, e dificuldades em conciliar as tarefas domésticas com o trabalho e a pré-eclâmpsia, como doença grave. Já o cuidado guarda relação com as suas atitudes junto à mulher. Nesse sentido, os entrevistados salientaram ajudar a companheira a cuidar dos outros filhos e dos afazeres do lar.

A categoria Sinais e Sintomas da Doença surgiu a partir das palavras emitidas que retratavam a sintomatologia da doença em si, ou seja, uma mulher com pressão alta, edemaciada, com desconforto, tendo convulsão, deprimida e com pré-eclâmpsia.

Os elementos do quadrante superior direito (Q2) e inferior esquerdo (Q3) possibilitam uma interpretação menos direta, pois tratam de cognições que, apesar de não estarem compondo o núcleo central, mantêm com ele uma relação de proximidade e compõem os sistemas periféricos das RSs.<sup>52</sup> A categoria outros sentimentos, localizada no quadrante superior direito (Q2), versa sobre emoções como tristeza, sofrimento, ansiedade, insegurança, mas também, afeto e esperança.

### **4.3 As Imagens Mentais**

Os resultados relativos às imagens mentais foram categorizados de acordo com os mesmos critérios de categorização do TALP. Assim sendo: medo, outros sentimentos, preocupação e cuidados, bem como os sinais e sintomas da doença representam as categorias das imagens mentais expressas pelos entrevistados.

Em relação ao medo, as imagens projetadas se referiram à mulher e ao filho. Nesse sentido, o medo voltou-se para a morte e as consequências da patologia, por exemplo: mulher no caixão, funeral, mulher e filho mortos. Enquanto isso, na categoria outros sentimentos surgiram: homens chorando, desesperados, nervosos, como também imagens positivas de alegria, felicidade, superação, fortaleza, segurança, concretude do parto e do nascimento, ainda que mãe e filho necessitassem de cuidados especiais.

No tocante à preocupação e cuidados, os homens afirmaram perceber o risco a que a companheira e o filho estavam sujeitos. Revelaram as SHGs como doença grave, trazendo-lhe preocupação por elas estarem “inchadas”, tensas, sofrendo e eles não poderem estar junto a elas. Nessa categoria, os mesmos justificaram a sua preocupação, enfatizando as dificuldades enfrentadas para manter a família. Isso é admissível, quando os dados referentes à renda familiar são retomados e constata-se que 32,3% dos

entrevistados viviam com menos de um salário mínimo.

Ao revelarem falta de recursos para seu traslado ao hospital no qual a parceira encontrava-se internada, os homens eram obrigados a ausentarem-se da companheira, quando a mesma estava vivenciando uma gestação de risco. Dessa forma, as condições financeiras predispõem o cônjuge a não participar do contexto da gestação de alto risco, além de desencadear preocupação e outros sentimentos como tristeza, desespero, desamparo, insegurança dentre outros.

A ausência do companheiro, mesmo alheia à sua vontade, pode favorecer o agravamento do estado da gestante com SHGs, visto que o contato com familiares tende a diminuir as suas tensões, principalmente, quando se referem à família. Nesse contexto, a mulher portadora de SHGs e hospitalizada apresenta ansiedade, preocupação, tensão e medo. Entretanto, quando acompanhada por um membro da família ou uma pessoa de sua confiança, esses sentimentos tendem a ser minimizados, pois, na maioria das vezes, a família transmite tranquilidade e coragem, deixando a mulher mais segura.<sup>8,70</sup>

No contexto das SHGs, a falta de recursos do companheiro não é o único fator que dificulta a sua presença junto à mulher. Somam-se a este os protocolos de visitas no setor de alto risco, que determinam horários restritos aos familiares, afetando principalmente aqueles que residem no interior do estado. Mediante essa situação, a gestante de risco gravídico tende a ser assistida de maneira não holística, a qual prevê assistir a pessoa como um todo, com vistas a determinar medidas de prevenção, diagnóstico, tratamento das doenças<sup>71</sup> e promoção de condições que favoreçam a sua convalescença.

Dentro dessa perspectiva, a gestante deve ser vista como componente de um núcleo familiar, num universo das gestações de alto risco, como parte de um todo e que, por uma questão maior, em determinada circunstância, encontra-se afastada de seu convívio social. Ressalta-se que a mulher, no modelo de família ainda vigente na sociedade atual, é aquela que administra o lar e, quando ausente, deixa uma lacuna a ser preenchida. Sua ausência desencadeia sentimentos contrários ao bem-estar do companheiro e demais membros da família. Além disso, surgem no homem sentimentos de preocupação e medo diante da situação vivenciada pela companheira, o que

implica maior necessidade de cuidados. Compreende-se que os sentimentos que envolvem o homem no contexto da gestação de risco, quando minimizados, contribuem para uma participação efetiva junto à companheira.

As imagens mentais representativas do cuidado mostraram que os entrevistados adotaram comportamentos de ajuda para com a parceira, seja nas atividades diárias – limpeza da casa, alimentação, cuidados com os outros filhos – como também de apoio emocional. As ideias projetivas do cuidado evidenciaram que os depoentes estavam acompanhando as mudanças que vinham ocorrendo no cotidiano do ser homem e do ser mulher. Nas últimas décadas, determinações histórico-sociais geraram mudanças de atitude. Nesse sentido, o homem tem se mostrado mais receptivo às questões domésticas e cuidados com os filhos, embora esteja ainda arraigado a padrões culturais que permeiam o sentimento de masculinidade, como pode ser observado nas projeções mentais evidenciadas por eles, tais como: homem cuidando da mulher enferma, cuidando do filho, dos afazeres domésticos, da alimentação da companheira, entre outras.

O Quadro 3 mostra a síntese dos resultados obtidos pelo TALP por meio do programa EVOC e as projeções de imagens mentais expressas pelos depoentes.

**Quadro 3** - Apresentação da síntese das categorias do teste de associação livre de palavras e das imagens mentais evocadas pelos 65 homens participantes do estudo. Natal/RN, 2009

CATEGORIA	EVOC	IMAGEM
Medo	46,3	55,3
Preocupação e Cuidados	35,6	30,0
Outros Sentimentos	16,8	16,6
Sinais e sintomas da doença	8,9	--

Observa-se nesse quadro que a categoria medo assume posição de destaque tanto na associação livre de palavras quanto nas imagens projetadas, seguida de preocupação e cuidados, e outros sentimentos. Os sinais e sintomas da doença apareceram somente nas evocações de palavras pelo TALP, com percentuais inferiores quando comparadas às demais categorias. Essa constatação pode estar vinculada ao nível de conhecimento dos respondentes acerca da patologia.

Acredita-se que o não aparecimento da categoria sinais e sintomas da doença nas imagens mentais tenha ocorrido pelo fato dessa técnica trazer à tona conteúdos latentes, difíceis de serem expressos, e que normalmente os indivíduos têm dificuldades para verbalizar. Esse resultado apresenta consonância com o entendimento de alguns estudiosos, quando afirmam que as técnicas projetivas se prestam a estudar sentimentos negados, mas que emergem através dessa técnica.<sup>66,67</sup>

Portanto, os dados oriundos da aplicação das técnicas de associação livre de palavras e das imagens mentais revelaram questões submersas no íntimo dos entrevistados e que foram afloradas por ocasião deste estudo. Dessa forma, os resultados obtidos trazem subsídios e revelam a necessidade de que o público masculino seja assistido em diferentes contextos da sua vida conjugal.

#### **4.4. A Análise de Conteúdo**

As entrevistas selecionadas foram transcritas, constituindo *um corpus*, cujo material passou pelo processo de análise de conteúdo na modalidade de análise temática segundo Bardin. Assim sendo, os elementos significantes foram agrupados em três unidades temáticas, como podem ser observadas no Quadro 4.

**Quadro 4-** Apresentação das unidades temáticas originadas das falas dos participantes do estudo. Natal/RN, 2009

UNIDADES TEMÁTICAS	CATEGORIAS
Medo e insegurança frente à gravidez de risco da companheira	Sentindo medo Sentindo insegurança
Cuidados prestados pelo homem diante da gravidez de risco da companheira	Cuidando da companheira Cuidando dos afazeres domésticos
Assistência humanizada durante a gravidez de risco da companheira	Sentindo falta de acolhimento Sentindo falta de informações

#### 4.4.1 Medo e insegurança frente à gravidez de risco da companheira

Essa temática foi originada pelos depoimentos que expressaram sentimentos de natureza diversa, porém guardavam relação entre si, como medo e insegurança.

O medo foi ressaltado pela maioria dos entrevistados, mediante as expressões de temor pela sobrevivência da mulher e do filho:

*[...] Eu tive muito medo durante a gravidez de minha mulher. Foi um momento muito difícil para mim. Eu não sabia o que poderia acontecer. Não podia demonstrar nada para ela, porque ela já estava muito fragilizada. Eu tinha que ser forte. Pedro*

*Eu tinha medo que acontecesse algo com ela. Eu não queria que ela piorasse, que ela morresse [...] A UTI representa muito medo. João*

*Eu tinha muito medo dentro de mim. Eu tinha medo que ela morresse, que acontecesse alguma coisa com ela. Gilvan*

O fato da gravidez de risco ser algo novo no cotidiano dos entrevistados levou-os a terem receio do desconhecido, causando-lhes incertezas e inseguranças. Os resultados obtidos nesta investigação corroboram com estudo desenvolvido junto a homens, no qual os depoentes afirmaram que uma gravidez de risco causa apreensão frente ao prognóstico da parceira.<sup>72</sup>

*A gravidez de risco representa muita insegurança [...] A gente não sabe o que vai acontecer [...] Paulo*

*[...] fiquei muito inseguro quando a médica disse que ela estava com pré-eclâmpsia. Carlos*

*A insegurança é muito grande nessa hora. A gente fica sem chão, quando a médica fala dos riscos que ela corre com pré-eclâmpsia. Francisco*

A insegurança expressa nesses depoimentos aparece de forma significativa. Isso é compreensível, à medida que se considera o medo como precursor de outros tipos de sentimentos. Estes, quando vivenciados, levam à incerteza da concretude de algo almejado. Convém ressaltar que mesmo a gravidez de evolução normal predispõe os homens a vivenciarem esse período com medo e ansiedade. Esse fato apresenta-se como uma ameaça à integridade do núcleo familiar, pois a gestação guarda em si a possibilidade de complicações mais severas resultando na morte materna e fetal.<sup>13</sup>

Em geral, o medo pode ser originado por incerteza e alterações orgânicas advindas da doença ou mesmo da possibilidade do indivíduo ser acometido por seus sinais e sintomas.<sup>73</sup> Tratando-se das SHGs, elas apresentam um quadro clínico causador de modificações da homeostase do organismo feminino e, como consequência, alterações na dinâmica familiar.

A patologia agrava um período de reestruturação e redefinições de papéis, originando sentimentos diversos – raiva, medo, culpa – que interferem no processo gravídico e no nível de satisfação dos envolvidos nesse cenário.<sup>74</sup> A relevância dessa realidade aumenta, quando há o afastamento da mulher de seu convívio por agravamento do quadro clínico da doença e com a necessidade de internação em uma UTI.

A UTI é uma unidade complexa, onde sobreviver ou morrer está no imaginário das famílias. Esse setor, apesar de ser necessário à mulher com complicações da gravidez, dadas as suas peculiaridades como acometida por SHGs, leva o casal a um estado de insegurança, potencializada pela definição social atribuída a esse ambiente. Sendo um local destinado a pessoas em estado crítico de saúde, passa a representar algo adverso ao esperado durante a gravidez. Isto é, um parto a termo e sem intercorrências. Tal situação induziu os a considerarem que ter a companheira com SHGs constitui um momento de muitas dificuldades, traduzidas por eles como incertezas quanto ao que viesse a acontecer com ela.

Acredita-se que o medo expresso pelos depoentes está atrelado, também, ao seu desconhecimento acerca das patologias da gravidez. Dessa forma, o estado de ansiedade normalmente vivenciado pelo companheiro durante esse período constitui fator desencadeante de experiências conflituosas diante dos riscos gestacionais de sua parceira. Os familiares, sobretudo o cônjuge, podem apresentar atitudes adversas pelo fato da mulher ter que se ausentar do ambiente familiar, principalmente quando a necessidade da ausência é perpassada pelo risco de agravamento da doença e até mesmo de morte.<sup>70</sup>

Observam-se, ainda, nas falas dos participantes deste estudo, expressões denunciadoras de concepções masculinas que, ao longo dos tempos, têm considerado o ser homem como sinônimo de fortaleza e virilidade.

A pressão social relativa a estes estereótipos de ser forte e de dar suporte à mulher gera sentimentos de obrigação e repressão que tendem a desencadear ansiedade e insegurança nos mesmos.<sup>75</sup> Os depoentes demonstraram reconhecer que a gravidez de risco aumentava a fragilidade da gestante e, assim sendo, afirmaram sufocar seus medos, suas tensões, no sentido de poupá-la. Essa atitude comprova o entendimento das relações de gênero vigentes na sociedade contemporânea, nas quais o modelo de família prevalente ainda é o patriarcal. Embora seja reconhecido que esse padrão familiar vem sofrendo transformações patentes, que se voltam para novas concepções de masculinidade.

Os depoimentos suscitam a reflexão de que a gravidez na qual a mulher é acometida por SHGs envolve situações relacionadas com a masculinidade do homem-companheiro. Nesse sentido, a gestação confere ao homem a certeza de sua virilidade e cria expectativas para a nova condição que ele vivenciará. Como pai e provedor, se responsabiliza pela manutenção do lar e procura atender a família na perspectiva de preservar o ajustamento desse núcleo. Entretanto, para que haja integridade familiar, se faz necessário também o bem-estar de cada um dos seus membros. Frente a esse entendimento, os órgãos públicos devem estar atentos à abrangência da assistência oferecida à população, em particular à família da mulher grávida.

Nesse sentido, a assistência pré-natal em consonância com os princípios da humanização volta-se para a gestante e seu companheiro, a fim de apoiá-los e atender às necessidades físicas e emocionais do homem e da mulher, os quais, juntos, representam a fonte de uma terceira vida. Concebe-se que o feto, sendo receptor das consequências de eventos ocorridos com os genitores, fica predisposto a alterações ainda na vida intrauterina. Pode-se constatar que emoções vivenciadas pela genitora, sobretudo as negativas, alteram a frequência cardíaca fetal.<sup>74</sup>

Diante disso, afirma-se que a vida psíquica do ser humano inicia-se no útero. O feto reage a estímulos, suga dedo, deglute o líquido amniótico, movimenta-se em busca de posições mais confortáveis, como também é capaz de sentir as emoções maternas. A ansiedade, o medo e a angústia vivenciados pelas gestantes desencadeiam no organismo materno a liberação de

substâncias químicas na corrente sanguínea, ultrapassando a barreira placentária, as quais modificam o ambiente intraútero e provocam alterações que chegam ao conceito direta ou indiretamente.<sup>74</sup>

Por outro lado, é sabido que o vínculo afetivo entre o feto e seus pais tem início antes do nascimento. Durante o seu desenvolvimento intraútero, é capaz de registrar e dar significados às emoções. Ele pode ouvir, sentir, e diferenciar a voz materna da paterna. A voz do pai é tão importante para o feto como a da mãe. No útero, a voz paterna é mais aguda e a materna mais grave, em função do líquido amniótico. No entanto, após o nascimento o tom das vozes para o recém-nascido se modifica – a voz do pai é mais grave e a da mãe mais aguda. Em função disso, muitos bebês, quando estão sendo amamentados, movimentam a cabeça em busca da voz paterna, no sentido de uma reorientação.<sup>76</sup>

Frente a essa dimensão, a presença do pai desde o pré-natal é de grande valia, no desenvolvimento da gravidez, com benefícios para o pai, a mãe e o filho. Apesar disso, percebe-se uma baixa adesão do companheiro durante as consultas de pré-natal, cuja justificativa recai na incompatibilidade entre o horário de funcionamento do serviço e o horário de seu trabalho.<sup>11,77</sup> Todavia, na vigência de um pré-natal de alto risco, os companheiros são convidados a comparecer às consultas quando existem agravamento e risco eminente na saúde da mulher e do filho.<sup>72</sup> Nessas condições, entende-se que o homem deve ser apoiado pela equipe de saúde, sobretudo no que se refere às informações e esclarecimentos acerca do quadro clínico da parceira, pois informar e esclarecer é tornar claro, explicar e elucidar fatos.<sup>63</sup>

Visto isso, acredita-se que conhecendo peculiaridades das SHGs os companheiros poderão contribuir para atenuar emoções negativas que de alguma forma possam concorrer para o agravamento da doença. Assim sendo, se faz necessária a tomada de atitude da equipe de saúde, frente ao homem, no sentido de fornecer informações e intervir sobre as suas angústias e o seu sofrimento diante das incertezas que perpassam o companheiro em uma situação de risco gravídico.

Em resumo, no decorrer da gravidez de risco o medo se faz presente tanto na mulher como no homem, predispondo-os a um estado de insegurança

e incertezas relativas ao bem-estar materno e fetal durante todo o percurso da gestação.

#### **4.4.2 Cuidados prestados pelo homem diante da gravidez de risco da companheira**

A temática em questão versa sobre o cuidado desempenhado pelo homem diante da gestação de risco da parceira por SHGs. Nesse sentido, essa ação reporta-se a diferentes conotações e significados, como ajuda, apoio e presença que se encerram em cuidado com os afazeres domésticos e com a companheira, os quais são permeados por questões de gênero, como demonstram os depoimentos.

*Eu cuidava dela, porque eu percebia que ela não estava bem. Estava inchada, cansada e com dor de cabeça. Cuidava da comida, ajudava no banho, nas coisas de casa. Eu apoiava ela em todos os momentos, eu dava muito apoio, eu tinha muita compreensão e paciência com ela [...] David*

*[...] cuidava dela, dava carinho, apoiava ela. Ela achava que estava me dando trabalho. Mas não estava, eu fazia tudo para ela ficar do meu lado e boa [...] Quero minha mulher e meu filho perto de mim. Rafael*

*Eu cuido dela, apoio, participo das consultas dela [...] sempre estou junto dela para o que der e vier. Eu quero ela e o meu filho do meu lado. Eu sempre participei e cuidei dela, mais agora eu faço ainda mais, o que precisar. Emanuel*

De acordo com as falas desses entrevistados, percebe-se que os homens se reportaram ao cuidado como forma de ajuda e apoio diante do entendimento demonstrado acerca da sintomatologia da doença. Suas percepções se voltaram para a necessidade da parceira ser cuidada, diante do

quadro clínico em que a mesma se encontrava “inchada”, “cansada” e com “dores de cabeça”.

Os cuidados, para os depoentes, estavam ligados ao momento de risco que vivenciavam diante do agravamento da gestação. Em função disso, afirmaram atender a companheira com carinho, paciência e compreensão, corroborando, assim, com resultados de outras investigações. Esses estudos detectaram que os homens durante a gestação de suas respectivas companheiras agem com benevolência diante das alterações físicas, emocionais e psicológicas vivenciadas pela mulher nesse período.<sup>13,21</sup>

No processo gravídico-puerperal a gravidez causa repercussão na vida do companheiro, do casal e da família, originando necessidades de naturezas diversas. Esse fato leva ao entendimento de que o homem, diante da gravidez de risco, cobra de si mesmo uma atitude de compreensão e cumplicidade junto à parceira, formando um ciclo de novas necessidades. Nesse sentido, inúmeras vezes ele lida com situações inerentes à gestação e próprias do organismo materno que refletem no seu cotidiano.<sup>65</sup> Tratando-se da pré-eclâmpsia, esta é percebida como doença perigosa, de alto risco, podendo gerar consequências graves para a mulher e o filho. Mediante essa concepção, os cuidados com a alimentação, o repouso e apoio emocional prestados à mulher grávida contribuem para a diminuição do estresse e da ansiedade, assim como minimizam os fatores que concorrem para o agravamento das SHGs.<sup>78,79</sup>

Além dos cuidados desenvolvidos junto à parceira, alguns entrevistados enfatizaram a sua participação no pré-natal como algo relevante, exemplificado nas falas dos homens. Essa relevância é ressaltada sob a afirmação de que eles se colocavam junto à companheira em qualquer situação: “estou junto para o que der e vier”. Por outro lado, a participação dos homens no de pré-natal é vista pelas mulheres como algo positivo. Para elas a presença do companheiro nas consultas de pré-natal traz satisfação, bem-estar, felicidade e segurança. Enquanto que a sua ausência origina desconforto, insatisfação, tristeza e insegurança.<sup>11</sup>

Os participantes deste estudo reconheceram que, na gravidez de risco, a mulher necessita de cuidados e apoio afetivo. Mencionaram a redefinição de

papéis vivenciados no período gestacional da companheira, assumindo obrigações que se instalam com a paternidade e perduram por longo tempo. Dessa forma, concebe-se que o homem, em situação de gravidez, interage com a parceira, com o concepto e com a gestação de risco. Além disso, os depoentes vivenciaram a incerteza do sucesso da gravidez, predispondo-os a um estado de preocupação, como discorrem alguns autores.<sup>13,80,81</sup>

No estudo em apreço, a preocupação vai ao encontro dos resultados de outras investigações desenvolvidas com homens durante a gravidez, onde constatou-se que os companheiros vivenciaram esse sentimento, voltados para a saúde e o futuro da díade mãe e filho. Convém lembrar que a preocupação ainda diz respeito à assistência prestada à mulher durante o pré-natal, como também às condições financeiras no momento da ocorrência da gestação.<sup>13,64,82,83</sup> Nessa linha de abordagem, admite-se que, na vigência de uma gravidez de risco, a preocupação do homem toma vulto e se entremeia com comportamentos e atitudes com vistas à sobrevivência materna e fetal.

*Representou muita preocupação e cuidado [...] Eu cuidava dela e da casa. Eu não queria que ela piorasse. Eu queria ela perto de mim. João*

*A doença representa muito cuidado com a mulher. A gente fica muito preocupado e com receio que ela piore. É muita preocupação. Ângelo*

No tocante à gravidez de risco, uma investigação realizada em Santiago – Chile, com homens acompanhantes de suas respectivas parceiras nas consultas de pré-natal, evidenciou preocupação do companheiro pelo risco de morte ao qual a mulher estava sujeita. Para o autor, existe a necessidade de o parceiro proteger a mulher, considerando que ele é a pessoa mais próxima, e, dessa forma, a mesma poderia se sentir cuidada e querida.<sup>84</sup> Isto se reveste de importância quando constata-se, na teoria e na prática, que a segurança

emocional da gestante, quando abalada, pode ser minimizada pelo companheiro.

Outro aspecto a ser destacado é o fato das gestantes com diagnóstico de SHGs necessitarem de hospitalização. Seus afastamentos do convívio doméstico predispõem à preocupação e ansiedade por não poderem desempenhar as suas tarefas do lar, como também de estarem impossibilitadas de cuidar de outros filhos e do marido.<sup>70</sup> Nesse sentido, convém salientar que os entrevistados, neste estudo, declararam reconhecer a necessidade de diminuir os afazeres atribuídos à mulher, diante da condição de gestante de alto risco.

*[...] fazia de tudo para a minha mulher. Cuidava dela, cuidava do outro menino e dos afazeres do lar, dava banho, fazia o almoço, fazia tudo com prazer para a minha mulher. Cláudio*

*[...] Trabalhava mais, porque juntava o trabalho fora de casa com o de casa. E mesmo assim eu tinha de estar tranquilo, sorrindo, para que ela não percebesse e piorasse. Antônio*

O envolvimento do homem durante o período gestacional abrange tanto as questões médicas quanto o apoio físico, emocional e material.<sup>85</sup> As preocupações geradas nessa fase, com a saúde da criança e da mulher, levam os companheiros a auxiliarem nas atividades domésticas, uma vez que percebem as limitações impostas pelo estado de saúde de suas companheiras.

Observa-se que os entrevistados adotaram não apenas uma postura de cuidado com suas mulheres, mas também com a casa e com os filhos. Dessa forma, os depoimentos revelaram satisfação em contribuir com os trabalhos domésticos. Esse apoio reduz as preocupações da mulher que, em determinado momento, fica impossibilitada de desempenhar plenamente seus atributos sociais como dona de casa.

A expressão de tranquilidade, conquistada com o esforço devido à insegurança da situação e do sofrimento vivenciado, relatada por alguns

participantes, traz segurança e conforto para a mulher, revelando que o apoio físico, emocional e material colaboram para a estabilidade da sua saúde. O sentido de obrigatoriedade de o homem passar para a mulher grávida a tranquilidade vai ao encontro de outras investigações, nas quais os participantes admitiram terem de agir “mesmo sem condições”, o que para eles representava falta de conhecimento.<sup>13,26</sup>

Entende-se que manter a tranquilidade, em meio a tantos outros sentimentos no contexto do risco gravídico, requer do homem uma harmonia interior. O equilíbrio emocional do parceiro leva-o a externar atitude de compaixão junto à mulher durante a gravidez de risco e, assim, contribuir para a diminuição dos agravos oriundos das SHGs.

Os depoentes referenciaram ainda as tarefas domésticas e o emprego como dupla jornada de trabalho. Essa realidade é vivenciada por grande parcela da população feminina que, mesmo trabalhando fora de casa, possui a responsabilidade de cuidar dos afazeres domésticos, fato que pode gerar sérios problemas de saúde, sejam eles físicos ou psíquicos. Com a inserção das mulheres no mercado de trabalho, os homens são chamados a participar da esfera doméstica, muito embora essa atitude ainda seja considerada majoritariamente como uma colaboração e não uma partilha de responsabilidades.<sup>86</sup>

Entretanto, essa partilha compõe o maior desafio da organização social contemporânea, tanto em termos de políticas públicas quanto no âmbito particular dos indivíduos. Nesse sentido, a problemática de gênero busca avançar e contribuir para o cotidiano de funções e papéis mais compartilhados entre homens e mulheres. Percebe-se nos discursos uma mudança em torno das questões de gênero, pois os depoentes se colocaram como participantes da vida privada, cooperando com a manutenção da casa e do cuidado com os filhos.

Assim, há um rompimento com a masculinidade hegemônica que impõe ao homem um estereótipo a ser seguido, inclusive no que diz respeito à responsabilidade familiar, a qual, nesse contexto, aparece restrita a providências quanto a recursos materiais e à função de guardião da família.<sup>87</sup> O fato do papel masculino, nos dias atuais, ainda estar atrelado a concepções

que o consideram como provedor da sociedade familiar, pode contribuir para o seu afastamento não só dos cuidados com a companheira durante a gravidez, mas também com a sua própria saúde.

#### **4.4.3 Assistência humanizada durante a gravidez de risco da companheira**

A temática em apreço foi originada por categorias oriundas das falas dos entrevistados que representaram falta de acolhimento ao companheiro, bem como de informações relativas às SHGs:

*Eu tentei ir para as consultas do pré-natal dela, mas o médico só chamava ela. Teve um dia que eu disse: Doutor, posso entrar com ela? Ele respondeu: “Não. Só tem uma cadeira e ela não vai ficar à vontade para conversar, com você aqui.”*

*Roberto*

*Eu entrava e saía e ninguém me dizia nada. Passei quatro dias tentando falar com o médico, mas não consegui. [...] Só consegui informação quando ameacei chamar a imprensa.*

*João*

Refletindo sobre essas falas, observa-se que a atitude do profissional revela a pouca importância atribuída à participação do homem no contexto do pré-natal.

A falta de acolhimento e de informação é notória, quando a maioria dos sujeitos deste estudo afirmou ter insistido em participar das consultas do pré-natal da companheira e que foram impedidos pelo médico até mesmo de entrar no consultório, sob justificativas não plausíveis para a situação. Acredita-se que esse fato ocorra por desconhecimento do profissional quanto aos propósitos do Ministério da Saúde brasileiro, no âmbito da humanização da assistência obstétrica e neonatal.

Pesquisas apontam que as consultas do pré-natal são rápidas e dificultam o estabelecimento de vínculos entre a grávida e a pessoa que a atende, o que impede a avaliação dos fatores de riscos. As gestantes de risco não se sentem confortáveis para expressarem seus medos e seus anseios, devido à falta de tempo demonstrada pelos profissionais durante a consulta. De acordo ainda com os estudos referenciados, as grávidas de alto risco gostariam de receber mais informações e apoio durante esse período.<sup>87,88,89</sup>

Sabe-se que a assistência pré-natal envolve um conjunto de procedimentos que visa atender as grávidas, em diferentes contextos da gestação. Nessa fase há surgimento de novas necessidades e exacerbação de outras, exigindo do profissional que a atende conhecimentos técnicos e científicos diante das particularidades que envolvem o casal grávido.

Na assistência pré-natal, a comunicação e o vínculo entre profissionais e gestantes são considerados por muitas usuárias e parceiros como um dos principais motivos de satisfação, quando se trata dos cuidados recebidos. As grávidas valorizam o conforto físico, suporte psicológico, cuidado personalizado, privacidade e a atuação de profissionais que sejam responsivos às perguntas e reconheçam as suas particularidades.<sup>87,90,91</sup>

Outros aspectos valorizados pelas mulheres e família no decorrer do pré-natal voltaram-se para os cuidados imediatos às suas necessidades, ao bom humor, dedicação e preocupação da equipe. Algumas atitudes do cuidador, como orientação, presença constante, uso de terminologias compreensíveis, estabelecimento de uma relação de segurança e confiança, facilitaram a compreensão do cuidado prestado.<sup>91,92</sup>

Nessa linha de abordagem, destaca-se a orientação, por ser uma das responsabilidades da enfermagem, que fundamentada na comunicação entre o profissional como locutor e a gestante e companheiro como receptores, estabelece trocas de experiências e objetivação de novos ensino e aprendizagem. Para tanto, é necessário haver receptividade dos envolvidos nesse processo, onde a mensagem emitida seja recebida, solidificada e processada de acordo o momento vivido.

Além disso, considerando que cada ser humano, na sociedade em que vive, interage de forma dinâmica com tudo que o cerca, entende-se o período

gestacional como propício para a aquisição de conhecimentos direcionados aos companheiros, quando vivenciam o período gravídico puerperal. Convém ressaltar que, no contexto da reprodução, o homem deve ser visto como ser que interage dentro de um sistema social, durante todo o ciclo gestatório.<sup>13</sup>

Mediante esse entendimento, novos espaços tendem a ser construídos durante o pré-natal, de modo que eles compartilhem com suas parceiras cada fase da gravidez, e sejam esclarecidos quanto à importância de sua participação no parto, no puerpério e no processo do aleitamento materno. Entretanto, observam-se nas falas dos depoentes atitudes de descaso oriundas dos profissionais de saúde para com os acompanhantes, entendidas por eles como falta de compreensão e reconhecimento dos parceiros como seres humanos.

*A gente percebe que eles são muito capazes. Sabem mexer em tudo. Cuidam bem dela. Mas, com a gente, eles nem olham. Parece que não tem ninguém ali. Eu perguntava as coisas e eles nem respondiam direito, nem olhavam para mim. Eles sabem muito, mas lidar com gente, eles não sabem é de nada. Falta apoio para a gente, conversa, compreensão mesmo. Porque nós somos humanos, temos sentimentos.*  
*Mateus*

Esse depoimento denuncia uma situação vivenciada por grande parte da população brasileira, quando procura os serviços de saúde. O entrevistado reconhece a competência e a capacidade do profissional que assiste a sua companheira, como também percebe a carência de humanização e de respeito pelo outro, em um momento crítico, onde a incerteza do sucesso está exacerbada. Dessa forma, a maneira pela qual o companheiro é acolhido pela equipe de saúde favorece a construção de uma representação da gravidez de risco centrada no sentimento de medo.

Por outro lado, as informações obtidas dos depoentes deste estudo levam a acreditar que as atitudes adotadas por alguns profissionais, não só na gravidez, mas também no parto, reforçam a necessidade de se efetivar a

humanização da assistência. Isto é imperativo, quando um pré-natalista demonstra não perceber ou desconhecer a contribuição dos parceiros no processo gravídico desde o início da gravidez. As atitudes adversas a esse evento impulsionam o companheiro a afastar-se desse contexto e ainda desrespeitam os princípios que regem a humanização da assistência do pré-natal ao nascimento.

De acordo com o Ministério da Saúde brasileiro, o acolhimento ocorre por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias. Deve constar de ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, a partir do atendimento ambulatorial básico até o atendimento hospitalar de alto risco.<sup>5</sup> Entretanto, evidenciaram-se condutas contrárias e comprometedoras ao bem estar da gestante, do companheiro e consequentemente da família.

*A gente escuta dizer que os postos estão organizados e as maternidades também. Mas não é bem assim. A gente fica correndo de um lado para o outro, para poder ser atendido.*  
Antônio

*Antes de minha mulher ser internada aqui, já com a pressão muito alta, quase tendo ataque, com dor de cabeça, desmaiando, a gente passou por três hospitais e nenhum queria ficar com ela. Foi quando eu disse que ia chamar a televisão, então resolveram interná-la [...] Foi quando ela teve o primeiro ataque, ainda na ambulância.* Paulo

Os entrevistados careceram de acolhimento por parte dos profissionais de saúde, porém o Ministério da Saúde brasileiro preconiza que todo atendimento precisa ser pautado nos princípios que regem a humanização da assistência. O acolhimento constitui uma das diretrizes de maior relevância da

Política Nacional de Humanização do SUS (PNH-SUS). É definido como “uma ação de aproximação, um estar com, e um estar perto de, ou seja, uma atitude de inclusão”.<sup>90,7,92</sup>

O acolhimento é perpassado pela ética, pela estética e pela política. No que diz respeito à ética, refere-se ao compromisso com os usuários de acolhê-los sem distinção de suas diferenças cotidianas. A estética volta-se à promoção de estratégias a fim de contribuir para a melhoria das condições de vida da população; enquanto que a política implica no compromisso coletivo de envolver-se no “estar com”.<sup>90</sup>

Apesar dos avanços e conquistas do SUS, como também da PNH-SUS, no cotidiano dos usuários, foram constatadas lacunas no que se refere ao acesso, ao atendimento, à maneira com que as gestantes, juntamente com seus companheiros, são acolhidos nos serviços de saúde, e à qualidade da assistência recebida. Para a melhoria dessa situação, é necessário restabelecer os princípios da universalidade, da integralidade, do acesso aos serviços de saúde, como também estimular a construção de vínculos entre os gestores, profissionais e usuários, e assim contribuir para a efetivação da PNH.

Consoante os depoimentos, os homens não foram informados quanto ao estado de saúde em que a mulher se encontrava. Isso já foi constatado em outros estudos realizados com homens presentes na sala de parto, bem como com pais que tinham seus filhos prematuros internados em UTI-Neonatal.<sup>80,81,82</sup>

Nessas situações, a ansiedade, o medo, a incerteza e a insegurança do companheiro/pai são ampliadas e contribuem para o desequilíbrio pessoal e familiar, considerando ser a família um grupo de pessoas que interagem cotidianamente e se unem por laços afetivos.

Em se tratando dos participantes deste estudo, eles demonstraram com seus discursos reconhecerem a competência dos profissionais que atuavam junto à mulher, quando hospitalizada, e fizeram referência à qualidade da assistência prestada, como também aos recursos tecnológicos. Entendiam que os aparatos tecnológicos são necessários para a assistência de alta complexidade, porém deixavam transparecer a necessidade de também serem cuidados. Sobre esse aspecto, o Ministério da Saúde brasileiro recomenda que os profissionais de saúde deixem de lado seus preconceitos, e revejam suas

atitudes, a fim de efetivar um acolhimento completo, técnico e humano à mulher e família.<sup>5,14</sup>

Diante do exposto, acredita-se que os homens padeçam de falta de apoio e cuidados frente à gravidez de risco da companheira. Em função disso, eles se sentem desprotegidos, com medo, cheios de incertezas, inseguranças e desamparados pela equipe que assiste a sua parceira. Mediante as suas necessidades, se faz necessária uma assistência voltada ao universo masculino, como também a efetivação das políticas públicas que os integrem e reconheçam como partícipes do cuidado de suas companheiras e no nascimento de seus filhos.

Os entrevistados denunciaram a peregrinação em busca de uma assistência digna e de qualidade, quando afirmaram ter passado por várias instituições de saúde à procura de assistência. Essa situação, mais uma vez, vai de encontro ao Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (SISPRENATAL). Esse Programa foi instituído pelo MS no ano de 2000, com vistas a organizar os níveis de atenção, inclusive a rede terciária, com equipamentos e alocação de vagas. Estabelece ainda que a grávida e o concepto devam ter um atendimento digno e de qualidade em todos os níveis de assistência. Em termos gerais, a atenção obstétrica e neonatal tem como características essenciais a qualidade e a humanização.<sup>5,9</sup>

Segundo o Ministério da saúde brasileiro, após a implantação do PHPN o número de consultas no pré-natal teve um aumento significativo, passando de 1,2 em 1995, para 5,4 consultas por parto em 2005.<sup>5,93</sup> Apesar desse acréscimo, reconhece-se que a qualidade dos atendimentos à mulher durante a Gravidez ainda apresenta fragilidades nos dias atuais. Isso se expressa pelas altas taxas de mortalidade materna e neonatal por causas evitáveis, o que configura-se como violação dos direitos da mulher e da criança, além de representar grave problema de saúde pública.<sup>7,9</sup>

As falas retrataram essa situação e clamaram por ações de saúde resolutivas, quando os entrevistados disseram ter passado por várias instituições em busca de assistência para a sua companheira. A referência aos serviços de maior complexidade é um direito dos usuários do SUS e não cabe

aos cidadãos essa peregrinação, principalmente, quando se refere à gravidez de risco, com propensão a desencadear complicações maternas e fetais.

A carência de organização nas unidades de saúde e a falha da referência e contrarreferência, na maioria das vezes, leva o usuário a ser responsável por esse ato, ferindo, assim, um dos princípios do Pacto pela Saúde.<sup>94</sup> Sobre esse assunto, acredita-se que os problemas relacionados à atenção à saúde das mulheres são decorrentes do acesso desigual, da inadequação dos serviços frente à demanda de usuárias, da ausência de uma atenção integral e do paralelismo da oferta de serviços, como também da baixa qualidade dos mesmos.<sup>95</sup>

Para se ter uma atenção de qualidade, é preciso haver resolução das dificuldades identificadas e reestruturação do sistema de saúde, com vistas a um atendimento condizente com a realidade da população, que dele necessita. Nessa perspectiva, as portarias ministeriais que tratam da saúde brasileira e preconizam melhores condições de atenção à saúde da mulher bem como à área emergente da saúde do homem devem ser consideradas.

Outro ponto revelado pelos depoentes foi a situação financeira, a qual influencia o cotidiano do homem, quando procura assistência para a companheira. Segundo os depoimentos, as condições econômicas são pouco consideradas pelos profissionais, pois a indicação para outros serviços ocorre sem conhecimento prévio quanto aos recursos do parceiro para essa busca.

*[...] quando se trata dos serviços de saúde tudo ficava difícil. A gente vai para muitos lugares, até chegar aqui. Eu acredito que muitas pessoas morrem, porque a gente anda muito. Tiago*

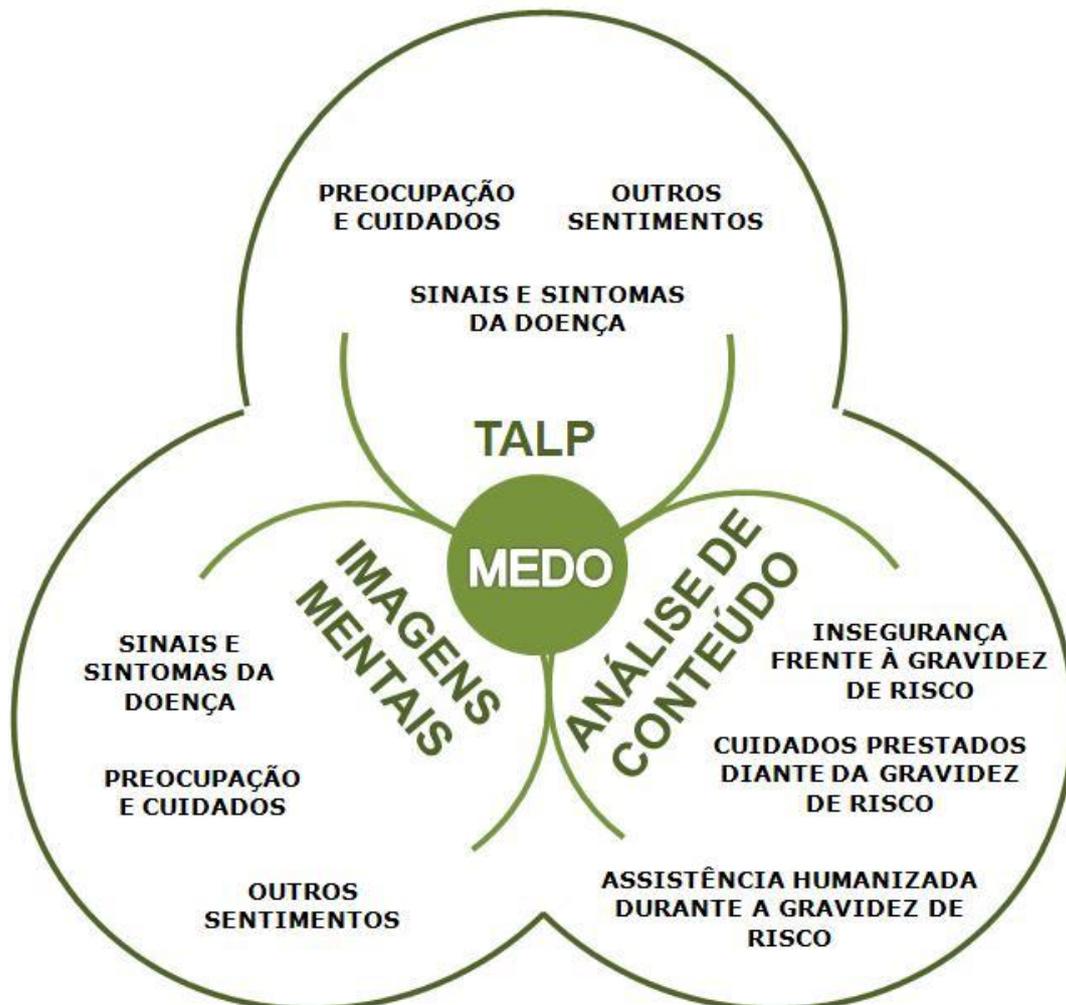
*É muito difícil porque muitas vezes falta dinheiro para o transporte e ninguém está nem aí. A gente que se vire, mesmo quando a nossa mulher pode morrer. Antônio*

Essa realidade é vivenciada por grande parte das mulheres, quando entram em trabalho de parto. Sobre esse assunto, estudo desenvolvido com

gestantes obteve resultados semelhantes, pois apontou que a assistência ao parto, para a maioria das parturientes, foi marcada por uma intensa peregrinação hospitalar à procura de um atendimento. Além disso, a mesma investigação atestou que a má qualidade da assistência recebida culminou no óbito perinatal.<sup>96</sup> Essa situação tende a se agravar em um estado de risco. A gravidez de risco requer uma atenção diferenciada no que diz respeito à assistência prestada no pré-natal. Para tanto, os serviços devem contar com a participação de equipe multiprofissional tecnicamente capacitada e habilitada para prestar cuidados às gestantes e família, assegurando diagnóstico precoce de complicações que possam surgir com as SHGs.

Em síntese, a gravidez de risco representa para o homem conviver com sentimentos de medo e insegurança que coadunam-se com o desempenho de cuidados no âmbito familiar e com necessidades de informação e acolhimento que fundamentam a elaboração da representação social que ele tem acerca da gravidez da companheira com as SHGs. Como pode ser observado na representação gráfica das três multitécnicas utilizadas convergindo para o medo.

**Figura 3.** Representação social para o homem da gravidez de risco da mulher companheira, segundo aplicação do TALP, das imagens mentais e da análise de conteúdo.



Essa figura encerra os resultados encontrados no universo masculino, no que se refere às síndromes hipertensivas da companheira durante a gravidez. Observa-se que as três multitécnicas empregadas convergiram para o sentimento de medo, que se articula com a preocupação, cuidados, com os sinais e sintomas da doença, e outros sentimentos. Os entrevistados mencionaram tristeza, alegria, desamparo, desespero, insegurança, e o reconhecimento de que a mulher com SHG necessita de uma assistência de qualidade e fundamentada nos princípios da humanização durante a gravidez.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As síndromes hipertensivas da gravidez são patologias que contribuem para a ocorrência de partos prematuros e para o aumento do número de internações em UTIN, cada vez mais frequentes nos dias atuais. Esse fato traduz uma problemática que diz respeito à tríade mãe-filho-pai no contexto social em que vivem. Refletindo-se sobre essa realidade, partiu-se do pressuposto de que a gravidez de risco causada por síndromes hipertensivas, diante de suas peculiaridades, gera no homem, como companheiro, diferentes preocupações, angústia e ansiedade acerca da gestação de risco da mulher companheira.

Mediante essa suposição, o estudo procurou investigar uma questão de pesquisa que revelasse a representação social para o homem da gravidez de risco de sua companheira com síndromes hipertensivas. Os dados obtidos através das técnicas empregadas, quando consideradas em conjunto, convergiram para um mesmo sentido. Assim sendo, houve uma confirmação e fortalecimento dos resultados.

O uso da associação livre de palavras indicou o medo como sendo o núcleo central das representações da gravidez de risco para o homem cuja parceira estava vivenciando síndromes hipertensivas. Juntam-se ao medo a preocupação, cuidados, outros sentimentos, e sinais e sintomas da doença, como núcleos periféricos. Na projeção de imagem mental, os entrevistados relataram imagens de homens chorando, desesperados, nervosos, mas também imagens positivas referente à sua companheira saindo do risco, com evocações de alegria, felicidade, superação, fortaleza, segurança e concretude do parto.

Enquanto isso, a análise de conteúdo possibilitou a identificação de elementos distintos, que originaram três unidades temáticas: Medo e insegurança frente à gravidez de risco da companheira; Cuidados prestados pelo homem diante da gravidez de risco da companheira e Assistência humanizada durante a gravidez de risco da companheira.

A eloquência das palavras aponta para a forte herança e o ranço do machismo culturalmente enraizado no ser homem e no ser mulher. A síntese

das evocações evidenciou, com destaque, o medo como sentimento presente no cotidiano dos homens cujas companheiras estavam vivenciando a gravidez de risco com SHG. Entretanto, observa-se que o medo revelado pelos participantes deste estudo foi atinente à mulher, no que diz respeito ao agravamento do seu quadro clínico, o que poderia culminar com o óbito materno e/ ou fetal. Esse fato foi reforçado pelas imagens mentais reveladas por eles. Soma-se a essas evidências a entrevista, na qual os depoentes emitiram vocábulos que traduziram busca pela participação e compreensão dos profissionais de saúde no contexto da assistência às respectivas companheiras.

De modo geral, refletindo sobre os resultados, conclui-se que a gravidez de risco da parceira com síndromes hipertensivas representa para o homem conviver com o medo, preocupação, insegurança, falta de acolhimento e de informação, como também desempenho de atitudes de cuidados. Esses resultados corroboram com estudos desenvolvidos acerca do companheiro no período da gravidez. Assim sendo, comprova-se a necessidade de assistir o homem como companheiro e participante da gestação.

Portanto, a resposta à questão inicial da pesquisa oferece subsídios que podem contribuir para as reflexões sobre o companheiro no âmbito da gestação de risco, bem como para a implementação de estratégias que envolvam o companheiro no contexto da gestação. Além disso, os dados apontam para a necessidade de incentivo à participação do homem no pré-natal, parto e puerpério, e para a capacitação de profissionais de saúde que atuem junto às famílias, sobretudo no âmbito do ciclo gravídico puerperal, atentando-se para a construção social da paternidade.

Ainda sobre o estudo, sua relevância volta-se também para a Política Pública da Saúde do Homem, considerando que os resultados poderão contribuir no planejamento de ações inerentes à atenção à saúde do público masculino, em diferentes contextos de sua vida e no meio social em que está inserido.

## 6.REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Políticas Públicas. Área técnica Saúde da Mulher. Gestação de Alto Risco: Manual técnico. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
2. ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists). Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Diagnosis and management of pre-eclampsia and eclampsia. *Obstet Gynecol.* 2002; 33: 159-67.
3. Vreburg SA, Jacobs DJ, Dekeker GA, Heard AR, Priest KR, Chan A. Hypertension during pregnancy in South Australia, Part e: Risk factors for adverse maternal and/or perinatal outcome-results of multivariable analysis. *Aust N Z J Obstet Gynecol* [periódico na internet]. 2004 oct [Acesso em 31 out 2009]; 44 (5): 410-18. Disponível em: <http://www.pubmed.com>.
4. Oliveira CA, Lins CP, Sá RAM, Netto HC, Bornia RG, Silva NR, et al. Síndromes hipertensivas na gestação e repercussões perinatais. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2006; 6(1): 93-8.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada. Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
6. Tougt SC, Newburn-Cook CV, White DE, Frase-Lee NJ, Faber AH, Frick C, et al. Do maternal characteristics and past pregnancy experiences predict preterm delivery among women aged 20 to 34? *J Obstet Gynecol Can.* [periódico na internet]. 2003 aug [acesso em 30 ago 2009]; 25(8): 656-66. Disponível em: <http://www.pubmed.com>
7. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
8. Souza NL. [Tese de Doutorado]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, Centro de Ciências da Saúde; 2009. 121 p.

9. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Assistência à saúde. Programa de Humanização no pré-natal e nascimento - SISPRENATAL. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
10. Brasil. Lei federal n. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a lei n 8080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós parto imediato, no âmbito do Sistema único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União. Poder executivo. Brasília (DF); 2005 abr 8 ; n. 67.
11. Silva FCB. Experienciando a ausência do companheiro nas consultas de pré-natal [Dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Enfermagem; 2009.
12. Fundo das Nações Unidas para Assuntos de População; Conselho Nacional de População e Desenvolvimento. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, setembro de 1994). Brasília: 1995.
13. Brito RS. A experiência do companheiro no processo da gravidez da mulher/companheira: uma abordagem interacionista. [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2001.
14. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher manual técnico Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
15. Nanjari CC. Gênero como categoria de análise para desvendar a violência contra as mulheres: um desafio para a educação teológica. Ver Caminhando 2009; 14 (2): 141-151.
16. Costa CL. O leito de procusto: Gênero, linguagem, e as teorias feministas. Cad. Pagu 1994; 2: 141-174.
17. Fernandes ERL. Vivência do homem/pai no processo da amamentação do filho. [Dissertação] Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Enfermagem; 2003.
18. Carvalho JBL. Nascimento de um filho: o significado para o pai [Dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Departamento de Enfermagem; 2005.

19. Oliveira EMF. Vivência do companheiro no puerpério. [Dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Departamento de Enfermagem; 2007.
20. Oliveira SC, Ferreira JG, Silva PMP, Ferreira JM, Seabra RA, Fernando VCN. A participação do homem/pai no acompanhamento da assistência pré-natal. *Cogitare Enferm.* 2009; 14(1): 73-8.
21. Boff L. O princípio da compaixão e do cuidado. 2ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2001. 164 p.
22. Waldow VR. O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. 2ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2004. 237 p.
23. Sérgio L. Gravidez masculina: paternidade totalmente assumida. Disponível em: < [www.maemequer.blogspot.com](http://www.maemequer.blogspot.com)>. Acesso em: 07 jul. 2003.
24. Sarmiento RC. Casais grávidos e o novo sentido da paternidade: um estudo qualitativo com referencial psicanalítico. [Tese de doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental, Faculdade de Ciências Médicas; 1999.
25. Maldonado MTP, Dickstein J, Nahoum, JC. Nós estamos grávidos. 3ª ed. São Paulo (SP): Saraiva. 1996. 208 p.
26. Brito RS, Soares JDD. Dificuldades enfrentadas pelo homem durante a gravidez da companheira. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2008.
27. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3ª ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2005.
28. Santos C. A História de vida de gestantes de alto risco na teoria transcultural de enfermagem de Madeleine Leininger. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Ana Nery; 2003.
29. World Health Organization (WHO). Maternal Mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFA. Geneva: World Health Organization, 2003.

30. Von DP, Magee L. What matters in preeclampsia are the associated adverse outcomes: the view from Canada. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 2008; 20: 110-15.
31. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PFA. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*, 2006; 367: 1066-74.
32. Leão MD. Redução da morbi-mortalidade na síndrome de HELLP completa com o uso de altas doses de dexametasona [Tese de doutorado]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde; 2007.
33. Peraçoli, JC, Parpinelli, MA. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005; 27 (10): 637-4.
34. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas à saúde. Área técnica Saúde da Mulher. Urgências e emergências maternas. Manual técnico. 2<sup>a</sup> ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
35. Pridjian G, Puschett JB. Preeclampsia. Part 1. Clinical and pathophysiologic considerations. *Obstetrical and Gynecological Survey*. 2002; 57 (9): 598-618.
36. Sibai BM, Dekker G, Kupfermanc M. Pré-eclâmpsia. *Lancet*. Inglaterra. 2005; 365 (9461): 785-99.
37. Kharfi A, Giguère Y, Sapin V, Massé J, Dastugue V, Forest JC. Trophoblastic remodeling in normal and preeclamptic pregnancies: implication of cytokines. *Clinical Biochemistry* 2003; 36 (5): 323-31.
38. Magee LA, Helewa M, Muotquin JM, Von Daleszen P. Diagnosis, evaluation and management of the hypertensive disorders of pregnancy. Society of Obstetricians and Gynecology of Canada (SOGC) Clinical Practice Guideline. *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada*. 2008; 30(3): s1-s48.
39. Milne F, Redman C, Walker J, Bradley J, Cooper C et al. The pre-eclampsia community guideline (PRECOG): how to screen for and detect onset of pre-eclampsia in the community. *BMJ*. 2005; 330: 570-80.

40. Duckitt K, Harrington D. Risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking: systematic review of controlled studies. *British Medical Journal*. [periódico na internet]. 2005 [Acesso em 31 out 2009]. Disponível em: <http://bmj.bmjournals.com>.
41. Barton JR, Sibai BM. Prediction and prevention of recurrent preeclampsia. *Obstetrics & gynecology*. 2008; 20: 107-09.
42. Sibai BM. Hypertensive disorders of pregnancy: The United States perspective *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 2008; 20:102-06.
43. Abric J-C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC. *Estudos Interdisciplinares de representação social*. Goiana: AB; 1998. p.27-46.
44. Sá CP. *Núcleo central das representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 2002.
45. Costa ICC. *Atenção odontológica à gestante na triangulação médico-dentista-paciente: os (des)caminhos desse cotidiano*. [Tese de Doutorado]. Araçatuba (SP): Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia; 2000.
46. Carvalho MCRD. *Representações sociais do medicamento genérico por médicos, farmacêuticos e usuários: uma contribuição à política dos genéricos no Brasil*. [Tese de Doutorado]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde; 2004.
47. Moscovici S. *La psychanalyse, son image ET son public*. Paris: P.U.F, 1961. 650p.
48. Jodelet D. representações sociais: um domínio em expansão. In Jodelet D. *As representações sociais*. Trad Ulup L. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 17-44.
49. Nóbrega SM. Sobre a teoria das representações sociais. In Moreira ASP. *Representações sociais: teoria e prática*. João Pessoa: Ed. Universitária UFPB, 2001.
50. Nóbrega SM, Coutinho MPL. O teste de associação livre de palavras. In: Coutinho MPL, Lima AS, Oliveira FB. *Representações sociais: abordagem multidisciplinar*. João Pessoa: Ed. Universitária UFPB, 2003. p 67-77.
51. Moscovici S. On social representations. In Sá CP. *Núcleo central das representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 1996.

52. Madeira MC, Tura ML, Tura LFR. Refletindo sobre as políticas sociais: a contribuição da teoria das representações sociais. In: Coutinho MPL, Lima AS, Oliveira FB, Fortunato ML. Representações sociais: abordagem interdisciplinar. João Pessoa: Ed. Universitária UFPB, 2003. p. 108-19.
53. Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC. Estudos interdisciplinares de representação social. Goiania: AB, 2000. P 27-38.
54. Polit D, Beck, CT, Hungler BP. Fundamentos da pesquisa qualitativa em enfermagem. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
55. Triviños ANS. Introdução a pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992
56. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.
57. Denzin NK. The research act. Chicago: Aldine Publishing Company, 1973.
58. Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed, 2005.
59. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
60. Rio Grande do Norte. Secretaria de Estado da Saúde. Subcoordenadoria de Vigilância à Saúde Dados epidemiológicos. 2009.
61. Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética – CONEP. Resolução 196/1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
62. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos da metodologia científica. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2006
63. Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
64. Vergés P. Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations. EVOC 2000. Version 5 (acesso em abril 2002). Manuel. Disponível em: <http://www.pucsp.br/pos/ped/rsee/evoc.htm>.
65. Oliveira DC, Marques SC, Gomes AMT, Teixeira MATV. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações

- sociais. In: Moreira ASP, Camargo BV, Jesuíno JC, Nóbrega SM. Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa: Ed. Universitária UFPB, 2003. p. 573-603).
66. Rosas DAS. Sur l'usage des associations libres dans l'étude des représentations sociales de la maladie mentale. Rome: Connexions, 1988.
67. Aiello-Vaisberg TM. O uso de procedimentos projetivos na pesquisa de representações sociais: projeção e transicionalidade. Psicologia USP São Paulo 1996; 6(2): 103-127.
68. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2009.
69. Ministério da Saúde (Brasil). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
70. Silva MLC. Interação entre a equipe de enfermagem e a gestante com diagnóstico de pré-eclampsia. [Dissertação de Mestrado]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Enfermagem; 2008.
71. Wikipédia a enciclopédia livre. Definição de medicina holística. [textos na internet]. 2008 [Acesso em 02 mar 2010]. Disponível em: [http://pt.wikipedia.org/wiki/medicina\\_holistica](http://pt.wikipedia.org/wiki/medicina_holistica).
72. Cavalcanti, MAA. A experiência do homem no cuidado pré-natal. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007.
73. Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. O cuidado em enfermagem materna. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed editora, 2002
74. Maldonado MTP. Psicologia da gravidez. 8ª ed. São Paulo (SP): Saraiva, 2002.
75. Pesamosca LG, Fonseca AD, Gomes VL. Percepção de gestantes acerca da importância do envolvimento paterno nas consultas pré-natal: um olhar de gênero. Rev Reme 2008 abr-jun; 2 (2) 182-89.
76. Rodrigues J. Importância do contato, da auto regulação orgânica e da relação de casais no início da vida e na formação de identidade. IGT na Rede 2006 ago 3 (5).

77. Duarte G. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2007; 29 (4):171-174.
78. Oliveira VJ. Vivenciando a gravidez de alto-risco: entre a luz e a escuridão [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem; 2008.
79. Dole N, Savitz DA, Hertz-Picciotto I, Siega-Riz AM, McMahon MJ, Buekens P. Maternal stress and preterm birth. *Am J Epidemiol.* 2003 Jan; 157(1):14-24.
80. Carvalho JBL, Brito RS, Araújo ACPF, Souza NL. Feeling undergone by the father at birth of his child. *Rev RENE.* 2009 jul-set; 10 (3): 89 - 96.
81. Carvalho JBL, Araújo ACPF, Costa ICC, Souza NL. Representação social de pais sobre o filho prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev. Bras. enferm.* 2009 set-out; 62 (5): 734:738
82. Carvalho JBL, Brito RS. Atitudes do pai diante do nascimento. *Rev RENE.* 2008 out-dez; 9 (4): 76 -84.
83. Souza NL, Araújo ACPF, Costa ICC, Carvalho JBL, Silva MLC. Representações de mães sobre a hospitalização do filho prematuro. *Rev. Bras. enferm.* 2009 set-out; 62 (5): 729:733
84. Di Silvestre PMC. Estudio descriptivo de las creencias masculinas em torno AL embarazo y los controles prenatales. *Rev Chil Salud Public;* 1998 2(2): 141-9.
85. Piccinini CA, Silva MR, Gonçalves TR, Lopes RS. O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia Reflexão e crítica.* 2004; 17 (3): 303-314.
86. Montgomery M. O novo pai. São Paulo: Ediouro, 2005.
87. Azevedo DV. A experiência da pré-eclampsia vivenciada por gestantes e profissionais de saúde. [Tese de Doutorado]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, Centro de Ciências da Saúde; 2009.
88. Richter MS, Parkes C, Chaw-Kant J. Listening to the voices of hospitalized high-risk antepartum patients. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 2007; 36: 313-18.

89. Blackford KA, Richardson H, Grieve S. Prenatal education for mothers with disabilities. *Journal of advanced Nursing* 2000; 32(4):898-904.
90. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
91. Santos OMB, Siebert ERC. The Humanization of Birth Experience at the University of Santa Catarina Maternity Hospital. *Journal Gynecol* 2001; 75 (suppl.1):73-79.
92. Agencia Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas / Agencia Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS; 2008.
93. Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2004; 26 (7): 517-525.
94. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa –SEGEP. Pacto pela Saúde: possibilidade ou realidade?. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
95. Costa AM. Atenção integral à saúde das mulheres: quo vadis? uma avaliação da integralidade na atenção à saúde das mulheres no Brasil. [Tese de Doutorado]. Brasília: Universidade de Brasília, 2004.
96. Goulart LMHF, Somarriba MG, Xavier CC. A perspectiva das mães sobre o óbito infantil: uma investigação além dos números. *Cad. Saúde Pública* 2005 mai-jun; 21 (3) 715-723.

## 7.ANEXOS

## Anexo 1

## Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte



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

Parecer Nº 81/2007  
(Final)

Protocolo nº	206/06 CEP-UFRN
Folha de Rosto	119609 – CAAE – 0190.0.051.000-06
Título do Projeto	Sentimentos paternos frente ao filho prematuro advindo de uma gravidez de risco
Área de Conhecimento	Ciências da Saúde – Enfermagem – Grupo III
Pesquisador Responsável	Jovanka Bittencourt Leite de Carvalho
Instituição Onde Será Realizado	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Instituição de Coleta de Dados	Maternidade Escola Januário Cicco
Finalidade	Tese de Doutorado
Período de Realização – Início	1º semestre/2007 – coleta de dados: 2º semestre 2007
Fim	1º semestre/2010
Revisão Ética em	24 de maio de 2007

## RELATO

Considerando que as pendências expostas por este Comitê, foram adequadamente cumpridas, o Protocolo de Pesquisa em pauta enquadra-se na categoria de APROVADO.

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

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

Os formulários para relatórios parciais e final encontram-se na página do CEP. ([www.ética.ufrn.br](http://www.ética.ufrn.br)).

Natal, 24 de maio de 2007.

  
Dulce Almeida

Vice-Coordenadora do CEP-UFRN

## Anexo 2

Resultados do Teste de Associação Livre de Palavras processado pelo software EVOC 2000.

**RANGMOT**

fichier initial : C:\Documents and Settings\Cleide\Meus documentos\JOVANKA\Gravidez\Gravidez de risco.Tm2

**NOUS ALLONS RECHERCHER LES RANGS**

Nous avons en entree le fichier : C:\Documents and Settings\Cleide\Meus documentos\JOVANKA\Gravidez\Gravidez de risco.Tm2

ON CREE LE FICHIER : C:\Documents and Settings\Cleide\Meus documentos\JOVANKA\Gravidez\Gravidez de risco.dis et C:\Documents and Settings\Cleide\Meus documentos\JOVANKA\Gravidez\Gravidez de risco.tm3

ENSEMBLE DES MOTS	RANGS
	:FREQ.: 1 * 2 * 3 * 4 * 5 *
afeto	: 3 : 0* 1* 2*
moyenne :	2.67
afeto"	: 1 : 0* 0* 0* 0* 1*
moyenne :	5.00
ansiedade	: 14 : 2* 0* 7* 5*
moyenne :	3.07
ansiedade"	: 5 : 0* 0* 0* 0* 5*
moyenne :	5.00
choro	: 1 : 0* 0* 1*
moyenne :	3.00
choro"	: 1 : 0* 0* 0* 0* 1*
moyenne :	5.00
convulsão	: 1 : 0* 0* 1*
moyenne :	3.00
convulsão"	: 1 : 0* 0* 0* 0* 1*

moyenne : 5.00  
 cuidados : 15 : 1\* 1\* 3\* 10\*  
 moyenne : 3.47  
 cuidados" : 9 : 0\* 0\* 0\* 0\* 9\*  
 moyenne : 5.00  
 depressão : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*  
 moyenne : 4.00  
 desconforto : 1 : 0\* 0\* 1\*  
 moyenne : 3.00  
 dificuldades : 4 : 0\* 1\* 1\* 2\*  
 moyenne : 3.25  
 doença-grave" : 5 : 0\* 0\* 0\* 0\* 5\*  
 moyenne : 5.00  
 esperança : 6 : 2\* 2\* 0\* 2\*  
 moyenne : 2.33  
 falta-de-informação : 1 : 0\* 0\* 1\*  
 moyenne : 3.00  
 inchaço : 3 : 0\* 0\* 0\* 3\*  
 moyenne : 4.00  
 insegurança : 5 : 0\* 1\* 0\* 4\*  
 moyenne : 3.60  
 insegurança" : 3 : 0\* 0\* 0\* 0\* 3\*  
 moyenne : 5.00  
 insônia" : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
 moyenne : 5.00  
 medo : 40 : 21\* 8\* 6\* 5\*  
 moyenne : 1.88  
 medo" : 4 : 0\* 0\* 0\* 0\* 4\*  
 moyenne : 5.00

medo-de-morte : 4 : 1\* 1\* 2\*  
 moyenne : 2.25  
 medo-do-desconhecido : 1 : 1\*  
 moyenne : 1.00  
 medo-eclampsia : 1 : 0\* 0\* 1\*  
 moyenne : 3.00  
 morte : 15 : 7\* 3\* 4\* 1\*  
 moyenne : 1.93  
 morte" : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
 moyenne : 5.00  
 morte-da-cmpanheira : 5 : 5\*  
 moyenne : 1.00  
 morte-da-companheira : 19 : 8\* 8\* 2\* 1\*  
 moyenne : 1.79  
 morte-do-bebe : 23 : 4\* 12\* 5\* 2\*  
 moyenne : 2.22  
 morte-do-bebe" : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
 moyenne : 5.00  
 paciencia : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*  
 moyenne : 4.00  
 perigo : 8 : 1\* 2\* 3\* 2\*  
 moyenne : 2.75  
 perigo" : 2 : 0\* 0\* 0\* 0\* 2\*  
 moyenne : 5.00  
 pre-eclampsia : 1 : 0\* 1\*  
 moyenne : 2.00  
 pre-eclampsia" : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
 moyenne : 5.00  
 preocupação : 43 : 2\* 10\* 20\* 11\*

moyenne : 2.93  
 preocupação" : 5 : 0\* 0\* 0\* 0\* 5\*  
 moyenne : 5.00  
 pressão-alta : 5 : 3\* 1\* 1\*  
 moyenne : 1.60  
 pressão-alta" : 8 : 0\* 0\* 0\* 0\* 8\*  
 moyenne : 5.00  
 risco-de-morte : 4 : 1\* 2\* 1\*  
 moyenne : 2.00  
 risco-de-morte-da-companheira : 5 : 3\* 0\* 1\* 1\*  
 moyenne : 2.00  
 risco-de-morte-da-companheira" : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
 moyenne : 5.00  
 risco-de-morte-do-bebe : 4 : 0\* 3\* 0\* 1\*  
 moyenne : 2.50  
 saúde : 2 : 1\* 0\* 0\* 1\*  
 moyenne : 2.50  
 saúde" : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
 moyenne : 5.00  
 sequelas : 3 : 0\* 1\* 2\*  
 moyenne : 2.67  
 sequelas" : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
 moyenne : 5.00  
 sofrimento : 8 : 1\* 6\* 0\* 1\*  
 moyenne : 2.13  
 sofrimento" : 2 : 0\* 0\* 0\* 0\* 2\*  
 moyenne : 5.00  
 susto : 1 : 1\*  
 moyenne : 1.00

tristeza : 1 : 0\* 1\*

moyenne : 2.00

uti" : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

moyenne : 5.00

DISTRIBUTION TOTALE : 303 : 65\* 65\* 65\* 54\* 54\*

RANGS 6 ... 15 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\*

RANGS 16 ... 25 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\*

RANGS 26 ... 30 0\* 0\* 0\* 0\* 0\*

Nombre total de mots differents : 53

Nombre total de mots cites : 303

moyenne generale : 2.89

#### DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq. \* nb. mots \* Cumul evocations et cumul inverse

1 *	22	22	7.3 %	303	100.0 %
2 *	3	28	9.2 %	281	92.7 %
3 *	4	40	13.2 %	275	90.8 %
4 *	5	60	19.8 %	263	86.8 %
5 *	7	95	31.4 %	243	80.2 %
6 *	1	101	33.3 %	208	68.6 %
8 *	3	125	41.3 %	202	66.7 %
9 *	1	134	44.2 %	178	58.7 %
14 *	1	148	48.8 %	169	55.8 %
15 *	2	178	58.7 %	155	51.2 %
19 *	1	197	65.0 %	125	41.3 %
23 *	1	220	72.6 %	106	35.0 %
40 *	1	260	85.8 %	83	27.4 %
43 *	1	303	100.0 %	43	14.2 %

#### LISTEVOC

Fichier Initial : C:\Documents and Settings\Cleide\Meus documentos\JOVANKA\Gravidez\Gravidez de risco.tm2

Nous avons en entree le fichier : C:\Documents and Settings\Cleide\Meus documentos\JOVANKA\Gravidez\Gravidez de risco.tm2

## LISTE DES MOTS DANS LEUR CONTEXTE

MOT : afeto

\*\*\*

1medo-de-morte 2insegurança 3afeto 4"

1\*cuidados 2afeto 3afeto 4"

1\*cuidados 2afeto 3afeto 4"

MOT : afeto"

\*\*\*

1\*perigo 2esperança 3cuidados 4paciencia 5afeto"

MOT : ansiedade

\*\*\*

1\*morte 2medo 3ansiedade 4preocupação 5insegurança"

1\*ansiedade 2medo 3preocupação 4perigo 5choro"

1\*morte-da-companheira 2morte-do-bebe 3preocupação 4ansiedade 5pressão-alta"

1\*medo 2preocupação 3ansiedade 4inchaço 5doença-grave"  
1\*ansiedade 2medo 3preocupação 4dificuldades 5ansiedade"

1\*medo 2sofrimento 3preocupação 4ansiedade 5pre-eclampsia"  
1\*medo 2preocupação 3ansiedade 4inchaço 5sequelas"

1\*medo 2preocupação 3ansiedade 4morte 5cuidados"

1morte -da-companheira 2preocupação 3ansiedade 4morte-do-bebe 5pressão-alta"

1\*pressão-alta 2medo 3preocupação 4ansiedade 5convulsão"

1\*preocupação 2medo 3ansiedade 4perigo 5morte"

1\*medo 2morte 3preocupação 4ansiedade 5doença-grave"

1\*morte 2preocupação 3ansiedade 4ansiedade 5medo"

1\*morte 2preocupação 3ansiedade 4ansiedade 5medo"

MOT : ansiedade"

\*\*\*

1\*medo 2

morte 3preocupação 4cuidados 5ansiedade"

1\*medo 2preocupação 3risco-de-morte-da-companheira 4risco-de-morte-do-bebe 5ansiedade"

1\*ansiedade 2medo 3preocupação 4dificuldades 5ansiedade"

1\*morte-da-companheira 2morte-do-bebe 3medo 4preocupação 5ansiedade"

1\*medo 2pressão-alta 3choro 4morte-da-companheira 5ansiedade"

MOT : choro

\*\*\*

1\*medo 2pressão-alta 3choro 4morte-da-companheira 5ansiedade"

MOT : choro"

\*\*\*

1\*ansiedade 2medo 3preocupação 4perigo 5choro"

MOT : convulsão

\*\*\*

1 \*pressão-alta 2pre-eclampsia 3convulsão 4medo 5preocupação"

MOT : convulsão"

\*\*\*

1\*pressão-alta 2 medo 3preocupação 4ansiedade 5convulsão"

MOT : cuidados

\*\*\*

1\*morte 2morte-do-bebe 3preocupação 4cuidados 5saúde"

1\*cuidados 2afeto 3afeto 4"

1\*risco-de-morte-da-companheira 2morte-do-bebe 3sequelas 4cuidados 5preocupação"

1\*medo 2morte 3preocupação 4cuidados 5ansiedade"

1\*risco-de-morte-da-companheira 2risco-de-morte-do-bebe 3cuidados 4

1 \*medo 2tristeza 3preocupação 4cuidados 5insegurança"

1\*morte-da-companheira 2sofrimento 3morte-do-bebe 4cuidados 5sofrimento"

1\*medo 2morte 3preocupação 4cuidados 5insegurança"

1\*pressão-alta 2morte -da-companheira 3preocupação 4cuidados 5pressão-alta"

1\*morte-da-companheira 2preocupação 3cuidados 4cuidados 5doença-grave"

1\*perigo 2esperança 3cuidados 4paciencia 5afeto"

1\*morte-da-companheira 2preocupação 3cuidados 4cuidados 5doença-grave"

1\*morte 2esperança 3preocupação 4cuidados 5doença-grave"

1\*medo 2cuidados 3morte 4preocupação 5risco-de-morte-da-companheira"

1\*morte-da-companheira 2morte-do-bebe 3preocupação 4cuidados 5cuidados"

MOT : cuidados"

\*\*\*

1\*morte 2preocupação 3risco-de-morte 4medo 5cuidados"

1\*preocupação 2risco-de-morte-do-bebe 3medo-de-morte 4risco-de-morte-da-companheira 5cuidados"

1\*medo 2medo-de-morte 3preocupação 4sofrimento 5cuidados"

1\*esperança 2perigo 3medo 4insegurança 5cuidados"

1\*morte-da-companheira 2morte-do-bebe 3medo 4preocupação 5cuidados"

1\*morte- da-companheira 2morte-do-bebe 3medo-eclampsia 4preocupação 5cuidados"

1\* morte-da-companheira 2morte-do -bebe 3preocupação  
4cuidados 5cuidados"

1\*medo 2preocupação 3ansiedade 4morte 5cuidados"

1\*esperança 2perigo 3medo 4insegurança 5cuidados"

MOT : depressão

\*\*\*

1\*medo 2morte-da-companheira 3morte-do-bebe 4depressão  
5medo"

MOT : desconforto

\*\*\*

1\*morte 2sequelas 3desconforto 4"

MOT : dificuldades

\*\*\*

1\*morte-d o-bebe 2morte-da-companheira 3dificuldades 4"

1\*morte-do-bebe 2dificuldades 3perigo 4"

1\* ansiedade 2medo 3preocupação 4dificuldades  
5ansiedade"

1\*medo 2preocupação 3morte 4dificuldades 5pressão-alta"

MOT : doença-grave"

\*\*\*

1\*morte-do-bebe 2morte-da-companheira 3preocupação 4medo 5doença-  
grave"

1\*medo 2preocupação 3ansiedade 4inchaço 5doença-grave"

1\*morte 2esperança 3preocupação 4cuidados 5doença-grave"

1\*morte-da-cmpañheira 2preocupação 3cuidados 4cuidados 5doença-  
grave"

1\*medo 2morte 3preocupação 4ansiedade 5doença-grave"

MOT : esperança

\*\*\*

1\*saúde 2medo 3morte-da-companheira 4esperança 5perigo"

1\*perigo 2esperança 3cuidados 4paciencia 5afeto"

1\*esperança 2perigo 3medo 4insegurança 5cuidados"

1\*morte 2esperança 3preocupação 4cuidados 5doença -  
grave"

1\*morte 2medo 3preocupação 4esperança 5pressão-alta"  
1\*esperança 2perigo 3medo 4insegurança 5cuidados"

MOT : falta-de-informação

\*\*\*

1\*medo 2risco-de-morte 3falta-de-informação 4"

MOT : inchaço

\*\*\*

1\*medo 2preocupação 3perigo 4inchaço 5preocupação"  
1\* medo 2preocupação 3ansiedade 4inchaço 5doença-grave"  
1\* medo 2preocupação 3ansiedade 4inchaço 5sequelas"

MOT : insegurança

\*\*\*

1medo-de-morte 2insegurança 3afeto 4"

1\*medo 2risco-de-morte 3preocupação 4insegurança 5morte-  
do-bebe"

1\*esperança 2perigo 3medo 4insegurança 5cuidados"

1\*esperança 2perigo 3medo 4insegurança 5cuidados"

1\*medo 2sofrimento 3preocupação 4insegurança  
5sofrimento"

MOT : insegurança"

\*\*\*

1\*medo 2tristeza 3preocupação 4cuidados 5insegurança"

1\*morte 2 medo 3ansiedade 4preocupação 5insegurança"

1\*medo 2 morte 3preocupação 4cuidados 5insegurança"

MOT : insonia"

\*\*\*

1\*morte-da-cmpañheira 2morte-do-bebe 3preocupação 4saúde 5insonia"

MOT : medo

\*\*\*

1\*medo 2risco-de-morte 3falta-de-informação 4"

1\*medo 2morte-da-compañheira 3morte-do-bebe 4depressão 5medo"

1\*medo 2morte 3preocupação 4cuidados 5ansiedade"

1\*medo 2preocupação 3perigo 4inchaço 5preocupação"

1\*medo 2sofrimento 3preocupação 4"

1\*saúde 2medo 3morte-da-compañheira 4esperança 5perigo"

1\*medo 2morte-da-compañheira 3morte-do-bebe  
4preocupação 5uti"

1\*medo 2risco-de-morte 3preocupação 4insegurança  
5morte-do-bebe"

1\*morte

2preocupação 3risco-de-morte 4medo 5cuidados"

1\*medo 2tristeza 3preocupação 4cuidados 5insegurança"

1\*susto 2medo 3morte 4preocupação 5pressão-alta"

1\*medo 2sofrimento 3morte 4"

1\*medo 2preocupação 3risco-de-morte-da-compañheira  
4risco-de-morte-do-bebe 5ansiedade"

1\*morte-do-bebe 2morte-da-compañheira 3medo 4preocupação 5medo"

1\*ansiedade 2medo 3preocupação 4perigo 5choro"

1\*morte-do-bebe 2morte -da-compañheira 3preocupação 4medo  
5doença-grave"

1\*medo 2preocupação 3ansiedade 4inchaço 5doença-  
grave"

1\*morte 2medo 3ansiedade 4preocupação 5insegurança"

1\*medo 2medo-de-morte 3preocupação 4sofrimento  
5cuidados"

1\*morte- da-cmpanheira 2morte-do-bebe 3medo  
4preocupação 5cuidados"

1\*morte 2medo 3preocupação 4esperança 5pressão-alta"

1\*esperança 2perigo 3medo 4insegurança 5cuidados"

1\*medo 2morte 3preocupação 4cuidados 5insegurança"

1\*risco-de-morte 2morte-da-companheira 3morte-do-bebe 4medo  
5preocupação"

1\*medo 2morte 3preocupação 4ansiedade 5doença-  
grave"

1\*ansiedade 2medo 3preocupação 4dificuldades 5ansiedade"

1\*medo 2preocupação 3ansiedade 4morte 5cuidados"

1\*medo 2cuidados 3morte 4preocupação 5risco-de-morte-  
da-companheira"

1\*medo 2preocupação 3morte 4dificuldades 5 pressão-  
alta"

1\*preocupação 2medo 3ansiedade 4perigo 5morte"

1\*pressão-alta 2medo 3preocupação 4ansiedade 5convulsão"

1\*pressão-alta 2pre-eclampsia 3convulsão 4medo 5preocupação"

1\*medo 2sofrimento 3preocupação 4ansiedade 5pre-eclampsia"

1\*medo 2pressão-alta 3choro 4morte-da-companheira  
5ansiedade"

1\*morte-da-companheira 2morte-do-bebe 3medo  
4preocupação 5perigo"

1\*esperança 2perigo 3medo 4insegurança 5cuidados"

1\*morte-da-companheira 2morte-do-bebe 3medo  
4preocupação 5ansiedade"

1\*medo 2preocupação 3ansiedade 4inchaço 5sequelas"

1\*medo 2sofrimento 3preocupação 4insegurança  
5sofrimento"

1\*morte-da-cmpanheira 2morte-do-bebe 3pressão-alta 4medo  
5preocupação"

MOT : medo"

\*\*\*

1\*medo 2morte-da-companheira 3morte-do-bebe 4depressão 5medo"

1\*morte-do-bebe 2morte-da-companheira 3medo 4preocupação 5medo"

1\*sofrimento 2sofrimento 3morte-da-companheira  
4morte-do-bebe 5medo"

1\*morte 2preocupação 3ansiedade 4ansiedade 5medo"

MOT : medo-de-morte

\*\*\*

1\*preocupação 2risco-de-morte-do-bebe 3medo-de-morte  
4risco-de-morte-da-companheira 5cuidados"

1\*risco-de-morte-da-companheira 2risco-de-morte-do-bebe 3medo-de-morte  
4"

1medo-de-morte 2insegurança 3afeto 4"

1\*medo 2medo-de-morte 3preocupação 4sofrimento 5

cuidados"

MOT : medo-do-desconhecido

\*\*\*

1\*medo-do-desconhecido 2morte-da-companheira 3morte-  
do-bebe 4preocupação5pressão-alta"

MOT : medo-eclampsia

\*\*\*

1\*morte-da-companheira 2morte-do-bebe 3medo-eclampsia  
4preocupação 5cuidados"

MOT : morte

\*\*\*

1\*medo 2sofrimento 3morte 4"

1\*morte 2morte-do-bebe 3preocupação 4cuidados  
5saúde"

5cuidados" 1\*morte 2preocupação 3risco-de-morte 4medo

1\*susto 2medo 3morte 4preocupação 5pressão-alta"

1\*medo 2morte 3preocupação 4cuidados 5ansiedade"

1\*morte 2sequelas 3desconforto 4"

grave" 1\*morte 2esperança 3preocupação 4cuidados 5doença-

1\*medo 2morte 3preocupação 4cuidados 5insegurança"

1\*morte 2medo 3preocupação 4esperança 5pressão-alta"

1\*morte 2medo 3ansiedade 4preocupação 5insegurança"

1\*medo 2morte 3preocupação 4ansiedade 5doença-grave"

1\*morte 2preocupação 3ansiedade 4ansiedade 5medo"

1\*medo 2cuidados 3morte 4preocupação 5risco-de-morte-da-companheira"

1\* medo 2preocupação 3ansiedade 4morte 5cuidados"

1\*medo 2preocupação 3morte 4dificuldades 5pressão-alta"

MOT : morte"

1\*preocupação 2medo 3ansiedade 4perigo 5morte"

MOT : morte-da-companheira

\*\*\*

1\*morte-da-cmpanheira 2morte-do-bebe 3medo

4preocupação 5cuidados"

1\*morte-da-cmpanheira 2morte-do-bebe 3preocupação

4saúde 5insonia"

1\*morte-da-cmpanheira 2preocupação 3cuidados

4cuidados 5doença-grave"

1\*morte-da-copanheira 2morte-do-bebe 3pressão-alta 4medo

5preocupação"

1\*morte-da-companheira 2morte-do-bebe 3medo

4preocupação 5perigo"

MOT : morte-da-companheira

\*\*\*

1morte-da-companheira 2morte-do-bebe 3sequelas 4"

1\*morte-do-bebe 2morte-da-companheira 3dificuldades 4"

1\*saúde 2medo 3morte-da-companheira 4esperança 5perigo"

1\*medo 2morte-da-companheira 3morte-do-bebe 4depressão  
5medo"

1\*medo 2morte-da-companheira 3morte-do-bebe  
4preocupação 5uti"

1\*morte-da-companheira 2morte-do-bebe 3perigo  
4preocupação 5pressão-alta"

1\*morte-do-bebe 2morte-da-companheira 3preocupação  
4medo5doença-grave"

1\*morte-da-companheira 2morte-do-bebe 3medo-  
eclampsia 4preocupação 5cuidados"

1\*morte-do-bebe 2morte-da-companheira 3medo 4preocupação  
5medo"

1\*risco-de-morte 2morte-da-companheira 3morte-do-bebe 4medo  
5preocupação"

1\*pressão-alta 2morte-da-companheira 3preocupação 4cuidados  
5pressão-alta"

1\*sofrimento 2sofrimento 3morte-da-companheira 4morte-do-bebe  
5medo"

1\*morte-da-companheira 2morte-do-bebe 3preocupação  
4ansiedade 5pressão-alta"

1\*morte-da-companheira 2sofrimento 3morte-do-bebe  
4cuidados 5sofrimento"

1\*morte-da-companheira 2morte-do-bebe 3preocupação  
4cuidados 5cuidados"

1\*medo 2pressão-alta 3choro 4morte-da-companheira 5ansiedade"

1\*medo-do-desconhecido 2morte-da-companheira 3morte-do-bebe 4pre-  
ocupação 5pressão-alta"

1\*morte-da-companheira 2morte-do-bebe 3medo  
4preocupação 5ansiedade"

1morte-da-companheira 2preocupação 3ansiedade  
4morte-do-bebe 5pressão-alta"

MOT : morte-do-bebe

1\*morte-do-bebe 2morte-da-companheira 3dificuldades 4"

1\*morte 2morte-do-bebe 3preocupação 4cuidados 5saúde"

1morte-da-companheira 2morte-do-bebe 3sequelas 4"

1\*medo 2morte-da-companheira 3morte-do-bebe 4preocupação 5uti"

1\*morte-do-bebe 2dificuldades 3perigo 4"

1\*morte-da-companheira 2morte-do-bebe 3perigo 4preocupação 5pressão-  
alta"

1\*risco-de-morte-da-companheira 2morte-do-bebe  
3sequelas 4cuidados 5preocupação"

1\*medo 2morte-da-companheira 3morte-do-bebe 4depressão 5medo"

1\*morte-da-cmpanheira 2morte-do-bebe 3medo 4preocupação  
5cuidados"

1\*morte-do-bebe 2morte-da-companheira 3medo  
4preocupação 5medo"

1\*morte-do-bebe 2morte-da-companheira 3preocupação  
4medo 5doença-grave"

1\*morte-da-cmpanheira 2morte-do-bebe 3preocupação 4saúde  
5insonia"

1\*morte-da-companheira 2morte-do-bebe 3medo-eclampsia  
4preocupação 5cuidados"

1\*morte-da-companheira 2morte-do-bebe 3preocupação 4ansiedade  
5pressão-alta"

1\*sofrimento 2sofrimento 3morte-da-companheira 4morte-do-bebe  
5medo"

1\*morte-da-companheira 2sofrimento 3morte-do-bebe  
4cuidados 5sofrimento"

1\*morte-da-companheira 2morte-do-bebe 3preocupação 4cuidados 5cu  
idados"

1\*medo-do-desconhecido 2morte-da-companheira 3morte-do-bebe  
4preocupação 5pressão-alta "

1\*risco-de -morte 2morte-da-companheira 3morte-do-bebe  
4medo 5preocupação"

1\*morte-da-cmpanheira 2morte-do-bebe 3medo 4preocupação 5perigo "

1\*morte-da-cmpanheira 2morte-do-bebe 3pressão-alta 4medo  
5preocupação"

1morte-da-companheira 2preocupação 3ansiedade 4morte-do-  
bebe 5pressão-alta"

1\*morte-da-companheira 2morte-do-bebe 3medo 4preocupação 5ansiedade"

MOT : morte-do-bebe"

\*\*\*

1\*medo 2risco-de-morte 3preocupação 4insegurança 5morte-do-  
bebe"

MOT : paciencia

\*\*\*

1 \*perigo 2esperança 3cuidados 4paciencia 5afeto"

MOT : perigo

\*\*\*

1\*morte-da-companheira 2morte-do-bebe 3perigo  
4preocupação 5pressão-alta"

1 \*morte-do-bebe 2dificuldades 3perigo 4"

1\*medo 2preocupação 3perigo 4inchaço 5preocupação"

1\*esperança 2perigo 3medo 4insegurança 5cuidados"

1\*perigo 2esperança 3cuidados 4paciencia 5 afeto"

1\* ansiedade 2medo 3preocupação 4perigo 5choro"

1\*esperança 2perigo 3medo 4insegurança 5cuidados"

1\* preocupação 2medo 3ansiedade 4perigo 5morte"

MOT : perigo"

\*\*\*

1\*saúde 2medo 3morte-da-companheira 4esperança 5perigo"

1\*morte-da-cmpanheira 2morte-do-bebe 3medo 4preocupação 5perigo"

MOT : pre-eclampsia

\*\*\*

1\*pressão-alta 2pre-eclampsia 3convulsão 4medo 5preocupação"

MOT : pre-eclampsia"

\*\*\*

1\*medo 2sofrimento 3preocupação 4ansiedade 5pre-eclampsia"

MOT : preocupação

\*\*\*

1\*morte 2preocupação 3risco-de-morte 4medo 5cuidados"

1\*medo 2risco-de-morte 3preocupação 4insegurança 5morte-do-bebe"

1\*medo 2sofrimento 3preocupação 4"

1\*morte-da-companheira 2morte-do-bebe 3perigo 4preocupação  
5pressão-alta"

1\*susto 2medo 3morte 4preocupação 5pressão-alta"

1\*preocupação 2risco-de-morte-do-bebe 3medo-de-  
morte 4risco-de-morte-da- companheira 5cuidados"

1\*medo 2morte 3preocupação 4cuidados 5ansiedade"

1\*medo 2morte-da-companheira 3morte-do-bebe 4preocupação 5uti"

1\*morte 2morte-do-bebe 3preocupação 4cuidados 5saúde"

1\*medo 2tristeza 3preocupação 4cuidados 5insegurança"

1\*medo 2preocupação 3perigo 4inchaço 5preocupação"

1\*morte 2medo 3preocupação 4esperança 5pressão-alta"

1\*morte-da-companheira 2morte-do-bebe 3medo-eclampsia  
4preocupação 5cuidados"

1\*medo 2medo-de-morte 3preocupação 4sofrimento 5cuidados"

1\*morte-da-cmpañheira 2morte-do-bebe 3medo 4preocupação  
5cuidados"

1\*morte 2medo 3ansiedade 4preocupação 5insegurança"

1\*morte 2esperança 3preocupação 4cuidados 5doença-grave"

1\*morte-da-companheira 2morte-do-bebe 3preocupação 4ansiedade  
5pressão-alta"

1\*morte-da-cmpanheira 2preocupação 3cuidados 4cuidados 5doença-grave"

1\*ansiedade 2medo 3preocupação 4perigo 5choro"

1\*pressão-alta 2morte-da-companheira 3preocupação 4cuidados 5pressão-alta"

1\*morte- da-cmpanheira 2morte-do-bebe 3preocupação 4saúde 5insonia"

1\*medo 2morte 3preocupação 4cuidados 5insegurança"

1\*morte-do-bebe 2morte-da-companheira 3medo 4preocupação 5medo"

1\*medo 2preocupação 3risco-de-morte-da-companheira 4risco-de-morte-do-bebe 5ansiedade"

1\*medo 2preocupação 3ansiedade 4inchaço 5doença- grave"

1\*morte-do-bebe 2morte-da-companheira 3preocupação 4medo 5doença-grave"

1\*medo 2preocupação 3morte 4dificuldades 5pressão-alta"

1\*morte-da-companheira 2morte-do-bebe 3preocupação 4cuidados 5cuidados"

1\*preocupação 2medo 3ansiedade 4perigo 5morte"

1\*morte-da-comp anheira 2morte-do-bebe 3medo 4preocupação 5ansiedade

1\*medo 2preocupação 3ansiedade 4inchaço 5sequelas"

1\*medo 2sofrimento 3preocupação 4insegurança 5sofrimento"

1\*medo 2morte 3preocupação 4ansiedade 5doença-grave"

1\*medo 2preocupação 3ansiedade 4morte 5cuidados"

1\*ansiedade 2medo 3preocupação 4dificuldades 5ansiedad

1\*medo 2sofrimento 3preocupação 4ansiedade 5pre-eclampsia"

1 \*medo-do-desconhecido 2morte-da-companheira 3morte-do-bebe 4preocupação 5pressão-alta"

1\*morte 2preocupação 3ansiedade 4ansiedade 5medo"

1\*medo 2cuidados 3morte 4preocupação 5risco-de-morte-dacompanheira"

1\*morte-da-companheira 2morte-do-bebe 3medo 4preocupação  
5perigo"

1\*pressão-alta 2medo 3preocupação 4ansiedade 5convulsão"

1morte-da-companheira 2preocupação 3ansiedade 4morte-do-bebe 5  
pressão-alta"

MOT : preocupação"

\*\*\*

1\*risco- de-morte-da-companheira 2morte -do-bebe 3sequelas  
4cuidados 5preocupação"

1\*medo 2 preocupação 3perigo 4inchaço 5preocupação"

1\*risco-de-morte 2morte-da-companheira 3morte-do-bebe  
4medo 5preocupação"

1\*pressão-alta 2pre-eclampsia 3convulsão 4medo 5preocupação"

1\*morte-da-companheira 2morte-do-bebe 3pressão-alta 4medo  
5preocupação"

MOT : pressão-alta

\*\*\*

1\*pressão-alta 2morte-da-companheira 3preocupação  
4cuidados 5pressão-alta"

1\*morteda-companheira 2morte-do-bebe 3pressão-alta 4medo  
5preocupação"

1\*pressão-alta 2pre-eclampsia 3convulsão 4 medo  
5preocupação"

1\*medo 2pressão-alta 3choro 4morte-da-companheira  
5ansiedade"

1\*pressão-alta 2medo 3preocupação 4ansiedade  
5convulsão"

MOT : pressão-alta"

\*\*\*

1\*morte-da-companheira 2morte- do-bebe 3perigo 4preocupação 5pressão-  
alta"

1\*susto 2medo 3morte 4preocupação 5pressão-alta"

1 \*pressão-alta 2morte-da-companheira 3preocupação  
4cuidados 5pressão-alta"

1\*morte 2 medo 3preocupação 4esperança 5pressão-alta"

1\*morte-da-companheira 2morte-do- bebe 3preocupação  
4ansiedade 5pressão-alta"

1\*medo 2preocupação 3morte 4dificuldades 5pressão-alta"

1morte-da-companheira 2preocupação 3ansiedade  
4morte-do-bebe 5pressão-alta"

1\*medo-do-desconhecido 2morte-da-companheira

3morte-do-bebe 4preocupação 5pressão-alta"

MOT : risco-de-morte

\*\*\*

1\*medo 2risco-de-morte 3falta-de-informação 4"

1\*medo 2risco-de-morte 3preocupação 4insegurança 5morte-  
do-bebe"

1\*morte 2preocupação 3risco-de-morte 4medo 5cuidados"

1\*risco-de-morte 2morte-da-companheira 3morte-do-bebe  
4medo 5preocupação"

MOT : risco-de-morte-da-companheira

\*\*\*

1\*risco-de-morte-da-companheira 2risco- morte-do-bebe  
3medo-de-morte "

1\*risco-de-morte-da-companheira 2risco-de- morte-do-  
bebe 3cuidados

1\*preocupação 2risco-de- morte-do-bebe 3medo-de-morte 4risco-de-  
morte-da-companheira 5cuidados"

1\*risco-de-morte-da-companheira 2morte-do- bebe  
3sequelas 4cuidados 5preocupação"

1\*medo 2preocupação 3risco-de-morte-da-companheira 4risco-de-  
morte-do-bebe 5ansiedade"

MOT : risco-de-morte-da-companheira"

\*\*\*

1\*medo 2 cuidados 3morte 4preocupação 5risco-de-morte-da-companheira"

MOT : risco-de-morte-do-bebe

\*\*\*

1\*risco-de-morte-da-companheira 2risco-de-morte-do-bebe 3cuidados 4"

1\*risco-de-morte-da-companheira 2risco-de-morte-do-bebe 3medo-de-morte 4"

1\*preocupação 2risco-de-morte-do-bebe 3medo-de-morte 4risco-de-morte-da-companheira 5 cuidados"

1\*medo 2preocupação 3risco-de-morte-da-companheira 4risco-de-morte-do-bebe 5ansiedade"

MOT : saúde

\*\*\*

1\*saúde 2medo 3morte-da-companheira 4esperança 5perigo"

1\*morte-da-companheira 2morte-do-bebe 3preocupação 4saúde 5insonia"

MOT : saúde"

\*\*\*

1\*morte 2morte-do-bebe 3preocupação 4cuidados 5saúde"

MOT : sequelas

\*\*\*

1morte-da-companheira 2morte-do-bebe 3sequelas 4"

1\*morte 2sequelas 3desconforto 4"

1\*risco-de-morte-da-companheira 2morte-do-bebe 3sequelas 4cuidados 5preocupação"

MOT : sequelas"

\*\*\*

1\*medo 2preocupação 3ansiedade 4inchaço 5sequelas"

MOT : sofrimento

\*\*\*

1\*medo 2sofrimento 3preocupação 4"

1\*medo 2sofrimento 3morte 4"

1\*morte-da-companheira 2sofrimento 3morte-do-bebe 4cuidados  
5sofrimento"1\*sofrimento 2sofrimento 3morte-da-companheira 4morte-do-bebe  
5medo"1\*medo2medo-de-morte 3preocupação 4sofrimento  
5cuidados"1\*sofrimento 2sofrimento 3morte-da-companheira 4morte-do-  
bebe 5medo"

1\*medo 2sofrimento 3preocupação 4insegurança 5sofrimento"

1\*medo 2sofrimento 3preocupação 4ansiedade 5pre-  
eclampsia"

MOT : sofrimento"

\*\*\*

1 \*morte-da-companheira 2sofrimento 3morte-do-bebe  
4cuidados 5sofrimento"

1\*medo 2sofrimento 3preocupação 4insegurança 5sofrimento"

MOT : susto

\*\*\*

1\*susto 2medo 3morte 4preocupação 5pressão -alta"

MOT : tristeza

\*\*\*

1\*medo 2tristeza 3preocupação 4cuidados 5insegurança"

MOT : uti"

\*\*\*

1\*medo 2morte-da-companheira3morte-do-bebe 4preocupação 5uti"

1\*medo 2morte-da-companheira 3morte-do-bebe 4preocupação 5uti"

**AIDECAT**

fichier initial : C:\Documents and Settings\Cleide\Meus documentos\JOVANKA\Gravidez\Gravidez de risco.Tm3

**FIN TRI SANS PROBLEME**

Nombre d enregistrements en entree du tri : 53

Nombre d enregistrements en sortie du tri : 53

**FIN TRI SANS PROBLEME**

Nombre d enregistrements en entree du tri : 25

Nombre d enregistrements en sortie du tri : 25

1 : ansiedade

2 : ansiedade"

3 : cuidados

4 : cuidados"

5 : dificuldades

6 : doença-grave"

7 : esperança

8 : insegurança

9 : insegurança"

10 : medo

11 : medo"

12 : medo-de-morte

13 : morte

14 : morte-da-cmpanheira

15 : morte-da-companheira

16 : morte-do-bebe

17 : perigo

18 : preocupação

19 : preocupação"

20 : pressão-alta

21 : pressão-alta"

22 : risco-de-morte

23 : risco-de-morte-da-companheira

24 : risco-de-morte-do-bebe

25 : sofrimento

separation nb= 58

separation nb= 0

FIN TRI SANS PROBLEME

Nombre d enregistrements en entree du tri : 258

Nombre d enregistrements en sortie du tri : 258

#### EDITION DE LA MATRICE DES COOCCURENCES

\*\*\*\*\*

Numero

Categ. 10 18 15 13 16 14 1 20 7 3 23 22

\*\*\*\*\*

10 *	0	30	8	11	9	3	10	4	4	4	1	4
18 *	30	0	11	13	14	4	13	2	2	9	2	2
15 *	8	11	0	0	16	0	2	2	1	3	0	1
13 *	11	13	0	0	1	0	4	0	2	5	0	1
16 *	9	14	16	1	0	4	2	1	0	4	1	1
14 *	3	4	0	0	4	0	0	1	0	1	0	0
1 *	10	13	2	4	2	0	0	1	0	0	0	0
20 *	4	2	2	0	1	1	1	0	0	1	0	0
7 *	4	2	1	2	0	0	0	0	0	2	0	0
3 *	4	9	3	5	4	1	0	1	2	0	2	0
23 *	1	2	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0
22 *	4	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
17 *	5	4	1	0	2	0	2	0	3	1	0	0

24 *	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0
5 *	2	2	1	1	2	0	1	0	0	0	0	0
12 *	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
8 *	4	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1
2 *	5	4	2	1	1	0	1	1	0	1	1	0
19 *	4	1	1	0	3	1	0	2	0	1	1	1
9 *	3	3	0	2	0	0	1	0	0	2	0	0
21 *	3	8	5	3	4	0	2	1	1	1	0	0
6 *	3	5	1	2	1	1	2	0	1	2	0	0
11 *	2	2	3	1	3	0	1	0	0	0	0	0
4 *	6	7	2	2	3	1	1	0	2	1	1	1

Numero

Categ. 17 24 5 12 8 2 19 9 21 6 11 4

\*\*\*\*\*

10 *	5	1	2	1	4	5	4	3	3	3	2	6
18 *	4	2	2	2	2	4	1	3	8	5	2	7
15 *	1	0	1	0	0	2	1	0	5	1	3	2
13 *	0	0	1	0	0	1	0	2	3	2	1	2
16 *	2	0	2	0	0	1	3	0	4	1	3	3
14 *	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1
1 *	2	0	1	0	0	1	0	1	2	2	1	1
20 *	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0
7 *	3	0	0	0	2	0	0	0	1	1	0	2
3 *	1	1	0	0	0	1	1	2	1	2	0	1
23 *	0	4	0	2	0	1	1	0	0	0	0	1
22 *	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1
17 *	0	0	1	0	2	0	1	0	1	0	0	2
24 *	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	1
5 *	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0

```

12 * 0 2 0 0 1 0 0 0 0 0 0 2
8 * 2 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 2
2 * 0 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0
19 * 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
9 * 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
21 * 1 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0
6 * 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
11 * 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
4 * 2 1 0 2 2 0 0 0 0 0 0 0

```

### EDITION DE LA MATRICE DES PREFERENCES

\*\*\*\*\*

Numero

Categ. 10 18 15 13 16 14 1 20 7 3 23 22

\*\*\*\*\*

```

10 * 0 24 0 5 -5 -3 6 -2 0 4 1 0
18 * -24 0 -11 -9 -12 -4 7 -2 0 7 2 0
15 * 0 11 0 0 10 0 2 -2 1 3 0 -1
13 * -5 9 0 0 1 0 2 0 2 3 0 1
16 * 5 12 -10 -1 0 -4 0 1 0 4 -1 -1
14 * 3 4 0 0 4 0 0 1 0 1 0 0
1 * -6 -7 -2 -2 0 0 0 -1 0 0 0 0
20 * 2 2 2 0 -1 -1 1 0 0 1 0 0
7 * 0 0 -1 -2 0 0 0 0 0 2 0 0
3 * -4 -7 -3 -3 -4 -1 0 -1 -2 0 -2 0
23 * -1 -2 0 0 1 0 0 0 0 2 0 0
22 * 0 0 1 -1 1 0 0 0 0 0 0 0
17 * -1 -2 -1 0 -2 0 -2 0 -1 1 0 0
24 * -1 -2 0 0 0 0 0 0 0 1 -2 0
5 * -2 -2 -1 -1 -2 0 -1 0 0 0 0 0

```

```

12 * -1  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0
 8 * -4 -2  0  0  0  0  0  0 -2  0  0 -1
 2 * -5 -4 -2 -1 -1  0 -1 -1  0 -1 -1  0
19 * -4 -1 -1  0 -3 -1  0 -2  0 -1 -1 -1
 9 * -3 -3  0 -2  0  0 -1  0  0 -2  0  0
21 * -3 -8 -5 -3 -4  0 -2 -1 -1 -1  0  0
 6 * -3 -5 -1 -2 -1 -1 -2  0 -1 -2  0  0
11 * -2 -2 -3 -1 -3  0 -1  0  0  0  0  0
 4 * -6 -7 -2 -2 -3 -1 -1  0 -2 -1 -1 -1

```

Numero

Categ. 17 24 5 12 8 2 19 9 21 6 11 4

\*\*\*\*\*

```

10 *  1  1  2  1  4  5  4  3  3  3  2  6
18 *  2  2  2  0  2  4  1  3  8  5  2  7
15 *  1  0  1  0  0  2  1  0  5  1  3  2
13 *  0  0  1  0  0  1  0  2  3  2  1  2
16 *  2  0  2  0  0  1  3  0  4  1  3  3
14 *  0  0  0  0  0  0  1  0  0  1  0  1
 1 *  2  0  1  0  0  1  0  1  2  2  1  1
20 *  0  0  0  0  0  1  2  0  1  0  0  0
 7 *  1  0  0  0  2  0  0  0  1  1  0  2
 3 * -1 -1  0  0  0  1  1  2  1  2  0  1
23 *  0  2  0  0  0  1  1  0  0  0  0  1
22 *  0  0  0  0  1  0  1  0  0  0  0  1
17 *  0  0 -1  0  2  0  1  0  1  0  0  2
24 *  0  0  0  2  0  1  0  0  0  0  0  1
 5 *  1  0  0  0  0  1  0  0  1  0  0  0
12 *  0 -2  0  0  1  0  0  0  0  0  0  2
 8 * -2  0  0 -1  0  0  0  0  0  0  0  2

```

```

2 *  0 -1 -1  0  0  0  0  0  0  0  0  0
19 * -1  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0
9 *  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0
21 * -1  0 -1  0  0  0  0  0  0  0  0  0
6 *  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0
11 *  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0
4 *  -2 -1  0 -2 -2  0  0  0  0  0  0  0

```

### EDITION DE LA MATRICE DES EGALITES

\*\*\*\*\*

Numero

Categ. 10 18 15 13 16 14 1 20 7 3 23 22

\*\*\*\*\*

```

10 *  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0
18 *  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0
15 *  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0
13 *  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0
16 *  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0
14 *  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0
1 *  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0
20 *  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0
7 *  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0
3 *  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0
23 *  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0
22 *  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0
17 *  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0
24 *  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0
5 *  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0
12 *  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0
8 *  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0  0

```



```

9 * 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
21 * 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
6 * 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
11 * 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
4 * 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

```

### TABRGRAF

es 3 colonnes correspondent respectivement :

au Mot

à sa Fréquence

à son Rang Moyen

Le Fréquence minimale des mots est 2

\*\*\*\*\*

Cas ou la Fréquence  $\geq 13$

et

le Rang Moyen  $< 2.9$

medo	40	1.875
morte	15	1.933
morte-da-companheira	19	1,789
morte-do-bebe	23	2,217
morte		

\*\*\*\*\*

Cas ou la Fréquence  $\geq 13$

et

le Rang Moyen  $\geq 2.9$

ansiedade	14	3.071
-----------	----	-------

cuidados	15	3.467
preocupação	43	2,930

\*\*\*\*\*

Cas ou la Fréquence < 13

et

le Rang Moyen < 2.9

afeto	3	2,667
esperança	6	2,333
medo-da-morte	4	2,250
medo-do-desconhecido	4	2,250
perigo	8	2,750
pré-eclampsia	1	2,000
pressão-alta	5	1,600
risco-de-morte	4	2,000
risco-de-morte-da-companheira	5	2,000
risco-de-morte-do-bebe	4	2,500
saúde	2	2,500
seqüelas	3	2,667
sofrimento	8	2,125
susto	1	1,000
tristeza	1	2,000

\*\*\*\*\*

Cas ou la Fréquence < 13

et

le Rang Moyen >= 2.9

afeto	1	5,000
ansiedade	5	5,000
choro	1	3,000

choro"	1	5,000
convulsão	1	3,000
convulsão"	1	5,000
cuidados"	9	5,000
depressão	1	4,000
desconforto	1	3,000
dificuldades	4	3,250
doença-grave	5	5,000
falta-de-informação	1	3,000
inchaço	3	4,000
insegurança	5	3,600
insegurança"	3	5,000
insônia"	1	5,000
medo-eclampsia	1	3,000
morte	1	5,000
morte-do-bebe	1	5,000
paciência	1	4,000
perigo"	2	5,000
pré-eclampsia"	1	5,000
preocupação	5	5,000
pressão-alta"	8	5,000
risco-de-morte-da-companheira"	1	5,000
saude"	1	5,000
seqüelas	1	5,000
sofrimento	2	5,000
uti"	1	5,000

**TRICAT**

fichier initial : C:\Documents and Settings\Cleide\Meus  
documentos\JOVANKA\Gravidez\Gravidez de risco.CAA

NOUS ALLONS MAINTENANT TRIER LE FICHER des CATEGORIES

JE LIS LE FICHER : C:\Documents and Settings\Cleide\Meus  
documentos\JOVANKA\Gravidez\Gravidez de risco.CAA

LISTE DES MOTS PAR ORDRE DE CATEGORIES

\*\*\*\*\*

Categ	Freq	Mot
1	1	morte"
1	1	morte-do-bebe"
1	1	medo-eclampsia
1	1	saúde"
1	1	medo-do-desconhecido
1	2	saúde
1	4	medo-de-morte
1	4	medo"
1	5	morte-da-companheira
1	15	morte
1	19	morte-da-companheira
1	23	morte-do-bebe
1	40	medo
2	1	uti"
2	1	afeto"
2	1	choro"
2	1	tristeza
2	1	choro
2	2	sofrimento"
2	3	insegurança"
2	3	afeto
2	5	insegurança

2 5 ansiedade”  
2 6 esperança  
2 8 sofrimento  
2 14 ansiedade  
3 1 paciencia  
3 1 susto  
3 1 falta-de-informação  
3 1 risco-de-morte-da-companheira”  
3 2 perigo  
3 4 risco-de-morte-do-bebe  
3 4 risco-de-morte  
3 4 dificuldades  
3 5 doença grave  
3 5 preocupação  
3 5 risco-de-morte-da-companheira  
3 8 perigo  
3 9 cuidados”  
3 15 cuidados  
3 43 preocupação  
4 1 convulsão”  
4 1 pre-eclampsia”  
4 1 convulsão  
4 1 insônia”  
4 1 depressão  
4 1 sequelas”  
4 1 desconforto  
4 3 inchaço  
4 3 sequelas  
4 5 pressão-alta

4 8 pressão-alta”

FIN TRI SANS PROBLEME

Nombre d enregistrements en entree : 53

Nombre d enregistrements en sortie : 53

### STATCAT

Nb Mots Occurrences	Occu-	Mots	en nombre e rences	frequents	% sur
Categorie : 0	0	0	0		
%	0.0	0.0	0.0		
Categorie : 1	13	117	117		
%	24.5	38.6	100.0		
Categorie : 2	13	51	51		
%	24.5	16.8	100.0		
Categorie : 3	15	108	108		
%	28.3	35.6	100.0		
Categorie : 4	12	27	27		
%	22.6	8.9	100.0		
TOTAL :	53	303	303	100.0	

### DISCAT

fichier initial : C:\Documents and Settings\Cleide\Meus documentos\JOVANKA\Gravidez\Gravidez de risco.CAA

On a en entree les fichiers :C:\Documents and Settings\Cleide\Meus documentos\JOVANKA\Gravidez\Gravidez de risco.DIS et C:\Documents and Settings\Cleide\Meus documentos\JOVANKA\Gravidez\Gravidez de risco.CAA

### TOTAL PAR CATEGORIE

Categorie\* Freq.\* Moy. \* Distribution des Rang de : 1 10

0 \* 0 \* 0.0 \* 0 \* 0 \* 0 \* 0 \* 0 \* 0 \* 0 \* 0 \* 0 \*  
\* \* en % \* 0 \* 0 \* 0 \* 0 \* 0 \* 0 \* 0 \* 0 \* 0 \* 0 \* 0 \*

1 \* 117 \* 2.1 \* 48\* 32\* 20\* 10\* 7\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\*  
 \* \* en % \* 41 \* 27 \* 17 \* 8 \* 5 \* 0 \* 0 \* 0 \* 0 \* 0 \*  
 2 \* 51 \* 3.3 \* 5\* 11\* 10\* 12\* 13\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\*  
 \* \* en % \* 9 \* 21 \* 19 \* 23 \* 25 \* 0 \* 0 \* 0 \* 0 \* 0 \*  
 3 \* 108 \* 3.3 \* 9\* 19\* 30\* 28\* 22\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\*  
 \* \* en % \* 8 \* 17 \* 27 \* 25 \* 20 \* 0 \* 0 \* 0 \* 0 \* 0 \*  
 4 \* 27 \* 3.7 \* 3\* 3\* 5\* 4\* 12\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\*  
 \* \* en % \* 11 \* 11 \* 18 \* 14 \* 44 \* 0 \* 0 \* 0 \* 0 \* 0 \*  
 TOTAL \* 303 \* 2.9 \*

## CATINE

Fichier Initial : C:\Documents and Settings\Cleide\Meus documentos\JOVANKA\Gravidez\Gravidez de risco.tm4

Fichier Final : C:\Documents and Settings\Cleide\Meus documentos\JOVANKA\Gravidez\Gravidez de risco.DAT

NOUS ALLONS MAINTENANT TRIER LE FICHIER

separation nb= 103

separation nb= 0

FIN TRI SANS PROBLEME

Nombre d enregistrements en entree du tri : 303

Nombre d enregistrements en sortie du tri : 303

Nombre de sujets recodes : 65

Tableau analysant la redondance des categories chez un meme sujet

! Nombre de sujets ou la categorie apparait 1, 2, 3... fois

Nombre Total de sujets ayant utilises

une categorie !

et pourcentage sur nombre total

de sujets !

et pourcentage des rangs 2 et plus

sur nombre total de la categorie

categories ! 1\* 2\* 3\* 4\* 5\* 6\* 7\* 8\* Total ! % ! %

1 !	24*	23*	13*	2*	0*	0*	0*	0*	62 !	95.4 !	61.3
2 !	20*	23*	14*	2*	0*	0*	0*	0*	59 !	90.8 !	66.1
3 !	22*	10*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	32 !	49.2 !	31.3
4 !	17*	4*	1*	0*	0*	0*	0*	0*	22 !	33.8 !	22.7

### EDITION DE LA MATRICE DES COOCCURENCES

\*\*\*\*\*

Numero

Categ. 1 2 3 4

\*\*\*\*\*

1 \* 0 56 30 22

2 \* 56 0 29 18

3 \* 30 29 0 8

4 \* 22 18 8 0

### EDITION DE LA MATRICE DES PREFERENCES

\*\*\*\*\*

Numero

Categ. 1 2 3 4

\*\*\*\*\*

1 \* 0 40 20 16

2 \* -40 0 5 10

3 \* -20 -5 0 4

4 \* -16 -10 -4 0

Apêndice I

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

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Natal, RN, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2008.

Prezado Sr.,

Estamos desenvolvendo uma pesquisa sobre "*Sentimentos paternos frente ao filho prematuro advindo de uma gravidez de alto risco*", que tem como objetivo : Analisar o significado para o pai de ter um filho prematuro advindo de uma gravidez de risco e internado em uma unidade de terapia intensiva neonatal - UTIN.

Dessa forma, solicitamos a sua participação no sentido de conceder-nos uma entrevista sobre o significado do nascimento de seu filho. A sua colaboração será muito importante para a realização desta pesquisa. Assim, gostaríamos de lhe dar algumas informações:

- A pesquisadora chama-se Jovanka Bittencourt Leite de Carvalho, aluna do curso de doutorado em Ciências da Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- A pesquisa de que o senhor participará trata da sua experiência em relação ao nascimento do seu filho prematuro advindo de uma gravidez de risco.
- Asseguramos o seu anonimato, pois as informações obtidas de cada pai são confidenciais, e somente serão usadas para este estudo.
- Caso o senhor deseje fazer alguma pergunta sobre a pesquisa, poderá entrar em contato com a pesquisadora no Campus Universitário – Escola de Enfermagem de Natal ou pelo telefone: (84) 3215-4774.
- Caso o senhor necessite se comunicar com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN, o endereço é Praça do Campus Universitário, CP 166, Natal-RN. CEP 59078-970. Telefone: (84) 3215-3135. Site: [www.ética.ufrn.br](http://www.ética.ufrn.br)
- O senhor poderá solicitar e receber os resultados da pesquisa, quando forem publicados.
- Este termo de consentimento será guardado em acervo particular da pesquisadora por cinco anos e, em nenhuma circunstância, ele será dado a outra pessoa.
- A entrevista só será gravada com o seu consentimento, podendo ser realizada sem o uso do gravador.
- Sua decisão em responder à entrevista é voluntária. Portanto, se o senhor não desejar participar do estudo, não sofrerá nenhum dano ou prejuízo quanto à assistência prestada à sua esposa, filho e à sua família na Maternidade Escola Januário Cicco.
- O senhor não é obrigado a responder a entrevista ou parte dela. Logo, poderá se retirar no momento em que julgar oportuno.
- Não haverá nenhum ganho financeiro para o senhor, ao participar desta pesquisa.
- Não haverá nenhuma despesa para o senhor, ao participar da pesquisa. É de responsabilidade da pesquisadora ressarcir possíveis gastos que o senhor venha a ter durante a entrevista.
- Sua participação no estudo poderá acarretar riscos mínimos para a sua pessoa, ou seja, algum constrangimento ao responder as perguntas que lhe serão feitas, no entanto o

senhor tem o direito de deixar de responder qualquer questão que cause constrangimento.

- Caso haja algum dano durante a entrevista , o senhor será indenizado pela pesquisadora mediante comprovação legal.
- A sua participação na pesquisa beneficiará a assistência ao pai que esteja com o seu filho internado na UTI Neonatal.
- Após receber estas informações, concordo em participar da pesquisa dando o meu consentimento.

### TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, após ter lido e compreendido as informações acima descritas, concordo em participar da pesquisa sobre *sentimentos paternos frente ao filho prematuro advindo de uma gravidez de alto risco*, realizada pela enfermeira Jovanka Bittencourt Leite de Carvalho, aluna do curso de doutorado em Ciências da Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Autorizo a utilização das informações obtidas através da entrevista com a finalidade de desenvolver a pesquisa citada, podendo utilizar meus depoimentos, inclusive, para fins de ensino e divulgação em jornais e/ou revistas científicas do país e do estrangeiro, desde que seja mantido o sigilo da minha identidade.

Estando informado sobre os objetivos do estudo e de que posso a qualquer momento me desligar da pesquisa sem nenhum constrangimento, autorizo a realização da entrevista com:

Uso do gravador ( )  
gravador ( )

Sem uso do

Natal, RN, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura do participante : \_\_\_\_\_



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

Apêndice II

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

### Questionário

**1. Identificação** Número do prontuário: \_\_\_\_\_  
Nome do pai: \_\_\_\_\_  
Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_  
Idade do pai: \_\_\_\_\_  
Idade da mãe: \_\_\_\_\_

### 2. Dados sócio-demográficos

2.1 Escolaridade: \_\_\_\_\_  
2.2 Estado civil: ( ) casado ( ) solteiro ( ) união consensual ( ) separado  
( ) viúvo ( ) outros  
2.3 Nº de Filhos: \_\_\_\_\_ Idade do último filho: \_\_\_\_\_  
2.4 Renda Familiar: \_\_\_\_\_  
2.5 Profissão: \_\_\_\_\_  
2.6 Situação habitacional: ( ) casa própria ( ) cedida ( ) alugada  
2.7 Tipo de moradia: ( ) alvenaria ( ) taipa  
2.7 Condições da água: ( ) encanada ( ) poço ( ) cisterna  
2.8 Tratamento da água: ( ) mineral ( ) filtrada ( ) fervida ( ) outros \_\_\_\_\_

Apêndice III

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS - TALP**

1. Quando digo a expressão PRESSÃO ALTA NA GRAVIDEZ, quais as cinco palavras que imediatamente vêm na sua mente?

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

Justifique:

---

---

---

---

Apêndice IV

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

### **IMAGEM MENTAL**

1. Quando digo a expressão PRESSÃO ALTA NA GRAVIDEZ, quais as duas imagens que imediatamente vêm na sua mente?

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Justifique:

---

---

---

---

Apêndice V

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

**ROTEIRO DE ENTREVISTA Nº \_\_\_\_\_**

**1. Dados ginecológicos e obstétricos da mãe**

1.1 Diagnóstico da gestação atual \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

1.2 Gesta \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_ Aborto \_\_\_\_\_

1.3 A gestante realizou pré-natal? ( ) não ( ) sim Quantas consultas? \_\_\_\_\_

1.4 Fez pré-natal de alto risco? ( ) não ( ) sim Quantas consultas? \_\_\_\_\_

1.5 O senhor acompanhou as consultas? ( ) sim ( ) não

Recebeu alguma orientação? \_\_\_\_\_

2. Questão norteadora da entrevista: O que representou para o senhor a gravidez de risco de sua companheira com pressão alta?

# 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](#)