

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

NILBA LIMA DE SOUZA

**SIGNIFICADOS E PERCEPÇÕES DE PUÉRPERAS SOBRE AS SÍNDROMES
HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ E PARTO PREMATURO**

Natal, Rio Grande do Norte
2009

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

NILBA LIMA DE SOUZA

**SIGNIFICADOS E PERCEÇÕES DE PUÉRPERAS SOBRE AS SÍNDROMES
HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ E PARTO PREMATURO**

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

Natal, Rio Grande do Norte
2009

NILBA LIMA DE SOUZA

**SIGNIFICADOS E PERCEPÇÕES DE PUÉRPERAS SOBRE AS SÍNDROMES
HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ E PARTO PREMATURO**

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

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

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Iris do Céu Clara
Costa

Natal, Rio Grande do Norte
2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE

S729s

Souza, Nilba Lima de.

Significados e percepções de puérperas sobre as síndromes hipertensivas da gravidez e parto prematuro / Nilba Lima de Souza. – Natal, 2009.

101f.

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

Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Iris do Céu Carla Costa.

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

1. Gravidez de alto risco – Tese. 2. Pré-eclâmpsia – Tese.

3. Nascimento Prematuro – Tese. I. Araújo, Ana Cristina Pinheiro Fernandes de. II. Título.

RN-UF/BS-CCS

CDU: 618.3(043.2)

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

COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE:
PROF.^a. DR.^a. TÉCIA MARIA DE OLIVEIRA MARANHÃO

Natal, Rio Grande do Norte
2009

NILBA LIMA DE SOUZA

**SIGNIFICADOS E PERCEPÇÕES DE PUÉRPERAS SOBRE AS SÍNDROMES
HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ E PARTO PREMATURO**

BANCA EXAMINADORA

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

Prof. Dr. Ednaldo Cavalcante de Araújo - UFPE

Prof^a. Dr^a. Normélia Maria Freire Diniz - UFBA

Prof^a. Dr^a. Rosineide Santana de Brito - UFRN

Prof^a. Dr^a. Simone da Nóbrega Tomaz Moreira- UFRN

Aprovado em: 18/12/2009

Dedicatória

Este estudo é dedicado às puérperas, mães de bebês prematuros, e aos bebês prematuros, fonte de inspiração, que diariamente me ensinam o sentido da perseverança e a capacidade do ser humano de resistir aos obstáculos.

Ao meu pai, Petronilo Antônio de Souza (In memória), que está sempre presente em minha vida, fluindo sua energia positiva para que eu não desistisse dos meus sonhos. Obrigada por ter me ensinado a ser perseverante.

A minha amada mãe, Espedita Campos de Souza, pela paciência em suportar meus estresses e minhas ausências e por se manter sempre atenta as minhas necessidades. O seu amor por mim me dá segurança como também a certeza de ter sempre alguém orando por mim para que eu siga em frente.

A minha querida irmã Núbia Maria Lima de Sousa, minha eterna incentivadora, sempre disponível a ouvir os meus desabafos. Você não é apenas irmã, você é o meu exemplo de amor incondicional;

A João Batista que entrou na minha vida no meio dessa luta, e aliou-se aos meus sonhos, por vezes semelhantes aos seus. Saiba que você favoreceu para que os dias dessa trajetória fossem mais agradáveis.

Agradecimentos

A Deus e ao mestre Jesus que me permitiu nessa vida, conhecer pessoas e oportunidades que serviram para compor minha história, meu crescimento pessoal, profissional e principalmente espiritual. Obrigada por me ensinar que cada coisa acontece no seu tempo e da forma que for mais favorável para nossa evolução moral.

Aos meus Guias de Luz e a equipe de irmãos espirituais do Lar Cristão Espírita Angorá pelos sopros de intuição que me forneceram durante esse estudo, tornando as situações mais evidentes e a tomada de decisão mais coerente. Meu caminho ficou mais fácil de ser trilhado depois que vocês me ajudaram a ter esperança e exercitar a fé.

À Prof^a. Dr^a. Ana Cristina incentivadora dessa jornada. O ser humano necessita de alguém que lhe mostre por onde começar a caminhar. Você acreditou em minha vontade de lutar, aliou-se a ela, favoreceu o meu título de mestre, com isto possibilitou meu acesso a docência (meu grande sonho profissional) e tornou viável meu Doutorado. Eternamente obrigada pela confiança, pelo incentivo, pela amizade e dedicação para que eu conquistasse passos tão importantes da minha vida.

A Prof^a. Dr^a. Iris do Céu Claro Costa, anjo de luz na minha vida. A sua capacidade de transformar obstáculos em situações viáveis torna os caminhos daqueles que lhe procuram mais fáceis de serem trilhados. Felizes são as pessoas que tem a felicidade de lhe encontrar pelo caminho. Obrigada de coração.

Ao Prof^o. Antônio Junior pela disponibilidade, confiança, dedicação e pelas suas contribuições enriquecedoras na análise dos dados desse estudo.

Aos professores que compuseram a banca de qualificação pelas contribuições em aperfeiçoar o estudo.

As amigas Rosineide Brito, Hylarina Diniz, Helena Mazzo e Edilma Costa que me acolheram de forma tão carinhosa no Departamento de Enfermagem da UFRN e que souberam emprestar seus ouvidos para que eu pudesse compartilhar minhas ansiedades, inseguranças e receber sempre apoio, solidariedade e incentivo para consolidação desse estudo.

A amiga Francis Tourinho pela disponibilidade em me ajudar nas horas de grande sufoco.

A Jovanka pela amizade dispensada com a qual nos apoiamos e construímos etapas profissionais tão importantes para nossas vidas. Obrigada pelo incentivo, tolerância e equilíbrio.

A Richardson, grande incentivador e amigo, que participou de momentos importantes nesse percurso no qual vivenciamos ansiedades, dificuldades, mas principalmente grandes conquistas. Obrigada pela sua fidelidade e companheirismo.

A Lourdes Costa, grande amiga, obrigada por se fazer tão presente na minha vida e por estar sempre tão disponível em cooperar para o meu sucesso.

Aos meus colegas professores do Departamento de Enfermagem, da UFRN, que me propiciaram um ambiente de trabalho solidário e tranquilo para que eu pudesse dar seguimento nessa trajetória.

A Marília de Souza que se vestiu de paciência para me ajudar na confecção dos gráficos. Você contribuiu para colorir esse estudo. Muito obrigada.

A Denyze Santos, Fabíola Barbosa e Naira Beatriz pelo apoio e pela disponibilidade em cooperar para o bom andamento desse estudo.

Aos meus alunos da graduação em Enfermagem da UFRN. Com vocês eu exerço diariamente o que me dá tanto prazer na minha vida profissional: o ato de ensinar e aprender.

Aos verdadeiros amigos, pela força constante, preocupação e capacidade em ouvir os desabafos.

**Que Deus os iluminem e que as forças do universo conspiram
favoravelmente em prol do sucesso de todos nós!**

Um dia eu sonhei. No outro, planejei. Depois eu fui à luta, conheci os obstáculos e aprendi a desafiá-los. Então chegaram as conquistas. Porém, precisava ir mais longe, porque o sentido da vida está em ter sempre metas a atingir.

(Nilba Lima)

SUMÁRIO

Dedicatória.....	vi
Agradecimentos.....	vii
Lista de figuras.....	xi
Lista de tabelas.....	xii
Listas de quadros.....	xiii
Lista de siglas.....	xiv
Resumo.....	xv
Abstract	xvi
1 INTRODUÇÃO.....	01
2 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO.....	07
2.1 Políticas pública de saúde e reprodutiva.....	07
2.2 Contextualização do papel social reprodutivo feminino.....	10
2.2 Síndromes hipertensivas da gravidez.....	14
2.3 Pressupostos das representações sociais.....	18
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	22
3.1 Caracterização do estudo.....	22
3.2 Participantes do estudo.....	22
3.3 Aspectos éticos.....	22
3.4 Local do estudo.....	23
3.4 Técnicas e instrumentos de coleta de dados.....	23
3.5 Processamento dos dados e análise dos resultados.....	28
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	35
4.1 Caracterização das mulheres.....	35
4.2 Apresentação das unidades temáticas.....	39
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
6 REFERÊNCIAS.....	86
7 APÊNDICE	
8 ANEXOS	

LISTA DE FIGURAS

Esquema figurativo 1-	Identificação da estrutura das representações sociais sobre as síndromes hipertensivas da gravidez evocadas por 70 puérperas.....	41
Figura 1-	Imagens mentais evocadas por 70 puérperas sobre as síndromes hipertensivas da gravidez	44
Figura 2-	Palavras que representaram para 70 puérperas o universo das síndromes hipertensivas da gravidez	46
Esquema figurativo 2-	Identificação da estrutura da representação social da prematuridade evocada por 70 puérperas.....	55
Figura 3-	Imagens mentais evocadas por 70 puérperas sobre a prematuridade.....	57
Figura 4-	Palavras que representaram para 70 puérperas a prematuridade como consequência da síndrome hipertensiva da gravidez.....	58
Esquema figurativo 3-	Identificação da estrutura da representação social da UTIN evocadas por 70 puérperas. Natal-RN, 2009.....	63
Figura 5-	Imagens mentais evocadas por 70 puérperas sobre a UTIN.....	66
Figura 6-	Palavras que representam para 70 puérperas a UTIN.....	68
Esquema figurativo 4-	Representações sócias das SHG e algumas de suas consequências: nascimento prematuro e UTIN para 70 puérperas. Natal-RN, 2009.	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição das 70 puérperas entrevistadas com SHG segundo os dados sócio-econômicos e demográficos. Natal-RN, 2009.....	36
Tabela 2- Distribuição das 70 puérperas entrevistadas com SHG segundo os dados obstétricos e perinatais. Natal-RN, 2009.....	37

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Quadro de quatro casas referentes aos elementos da representações sociais	30
Quadro 2- Categorização dos vocábulos referentes aos estímulos indutores: pressão alta na gravidez, prematuridade e UTIN evocadas no TALP por 70 puérperas. Natal-RN, 2009.....	31
Quadro 3- Categorização dos vocábulos referentes as Síndromes hipertensivas da gravidez evocadas no TALP por 70 puérperas. Natal-RN, 2009.	40
Quadro 4- Categorização dos vocábulos referentes à prematuridade evocados no TALP por 70 puérperas. Natal-RN, 2009.....	54
Quadro 5- Categorização dos vocábulos referentes a UTIN evocados no TALP por 70 puérperas. Natal-RN, 2009.....	62
Quadro 6- Categorização obtida pelos multimétodos analisados sobre a representatividade das síndromes hipertensivas da gravidez, prematuridade e UTIN para 70 puérperas. Natal-RN, 2009.....	76

LISTA DE SIGLAS

ALCESTE	Análise lexical por contexto de um conjunto de segmentos de texto
EVOC	Ensemble de Programmes Permettant L' Analyse des Evocations
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
HELLP	Hemolysis; Elevated Liver enzymes; Low Platelets
MEJC	Maternidade Escola Januário Cicco
PHPN	Programa de Humanização do pré-natal e nascimento
RN	Recém-nascido
TALP	Teste de associação livre de palavras
TRS	Teoria das Representações sociais
TNC	Teoria do Núcleo Central
SHG	Síndromes Hipertensivas da Gravidez
UCE	Unidade de contexto específico
UCI	Unidade de contexto inicial
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Souza, NL **SIGNIFICADOS E PERCEPÇÕES DE PUÉRPERAS SOBRE AS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ E PARTO PREMATURO**. 2009. 101 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007

RESUMO

As síndromes hipertensivas da gravidez (SHG) são complicações do período gravídico puerperal e podem levar à prematuridade neonatal e consequente hospitalização do recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). O estudo objetivou compreender percepções, significados e sentimentos de puérperas relativos às SHGs que tiveram como consequência o parto prematuro e a hospitalização do filho na UTIN. É um estudo qualitativo que teve como referencial teórico metodológico a Teoria das Representações Sociais (TRS), na abordagem complementar da Teoria do Núcleo Central. Participaram do estudo 70 mulheres ; com idade média de 29 anos; a maioria com nível médio de escolaridade; em união consensual; primíparas e com parto cesário ocorrido entre 32 e 37 semanas de gestação. Os dados foram coletados de maio a dezembro de 2008, na Maternidade Escola Januário Cicco, em Natal/RN, por meio de: questionário para caracterização sociodemográfica das participantes; técnica de associação livre de palavras (TALP); construção verbalizada de imagens mentais; e entrevista, com a seguinte questão norteadora: O que significou para você ter uma gravidez com pressão alta e, como consequência, o nascimento de um filho prematuro? A análise de dados foi realizada por meio de multimétodos, a partir do processamento de dados pelos *software* EVOC (Ensemble de programmes permettant L'analyse des evocations) e ALCESTE (Análise lexical por contexto em um conjunto de segmentos de texto), e análise temática categorial. Os resultados foram apresentados em quatro unidades temáticas, no âmbito dos seguintes universos representativos: SHG; prematuridade como consequência das SHGs; UTIN; e as representações sociais de puérperas sobre as SHGs seguidas do nascimento prematuro e hospitalização do filho na UTIN. Os resultados obtidos por meio dos multimétodos de análise apresentaram construções semelhantes entre si e apontam a morte como núcleo periférico, aspectos negativos, estratégias de enfrentamento, necessidades de cuidados, conhecimento sobre a doença, fragilidade e significados da UTIN. Considera-se que as percepções, significados e sentimentos de puérperas relativas às SHGs e ao parto prematuro constituem uma representação social negativa, com elementos representacionais que podem ter influenciado os efeitos adversos sobre a doença e suas consequências. Sugere-se atuação sobre os elementos periféricos dessa representação, com orientações adequadas, diagnóstico precoce, condutas efetivas, postura acolhedora da equipe, atitudes de promoção à saúde e políticas públicas eficazes, de forma a melhorar a assistência às mulheres/puérperas, acolhendo-as adequadamente e minimizando seus sofrimentos.

Descritores: Gravidez de alto risco; Pré-eclâmpsia; Nascimento prematuro; Enfermagem obstétrica; Serviços de saúde materno-infantil.

Souza, NL **SIGNIFICADOS E PERCEPÇÕES DE PUÉRPERAS SOBRE AS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ E PARTO PREMATURO**. 2009. 101 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio grande do Norte, Natal, 2007

ABSTRACT

Hypertensive syndromes in pregnancy (HSP) are configured as one of the major complications in the pregnancy and postpartum period and can lead premature newborn and subsequent hospitalization of the newborn to the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). This study aimed to analyze the perceptions, meanings and feelings of mothers on the hypertensive syndromes in pregnancy and premature obstetric labor. The research was qualitative and has a theoretical methodological the Social Representations Theory(SRT) in the approach to the Central Nucleus Theory. The study included 70 women, mean age 29 years, predominantly school to high school, most of them married or in consensual union, primiparous and prevalence of cesarean delivery occurred between 32 and 37 weeks of pregnancy. The data were collected from may to december 2008 in the Maternity School Januário Cicco in Natal , and obtained through the following instruments for data collection: questionnaire including questions about socio-demographic status; the Free Words Association Test (FWAT) and and verbalized mental image construction used three stimuli: such as pregnancy with high blood pressure, preterm birth and NICU, and interview with the following guiding question: what it meant for you to have a pregnancy with high blood pressure and consequently the birth of a premature baby? Data analysis was performed using multi-method obtained from the data processing by EVOG (*Ensemble Programmes Permettant L 'Analyse des Évocations*) and ALCESTE (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segment de Texte*) and thematic analysis in categories. The results will be presented in four thematic units under the following representative universes: HSP, prematurity as a result of HSP, NICU and the social representations of mothers on the hypertensive disorder of pregnancy sequenced premature birth and hospitalization of the child in the NICU. The results obtained by multimethod analyses showed similar constructions and point to death as the central nucleus and negative aspects, coping strategies, need of care, knowledge about the disease, fragility and meanings of the NICU as peripheral elements. It is considered that the perceptions, meanings and feelings of puerperal women in relation to HSPs and to premature delivery are a negative social representation, with representational elements that may have influenced the adverse effects on the disease and its consequences. We suggest action on the peripheral elements of this representation, with adequate orientation, early diagnosis, effective conduct, receptive attitude on the part of the team, health promotion measures and effective public policies, in order to improve the care provided to puerperal women, making them feel welcome and minimizing their suffering.

Descriptors: High-risk pregnancy; Preeclampsia; Premature birth; Obstetric nursing; Maternal-child health services.

1 INTRODUÇÃO

A gravidez é um fenômeno biológico e socialmente aceitável, com mudanças fisiológicas toleráveis para a maioria das mulheres. No cotidiano feminino, se apresenta como uma nova experiência de vida que, embora aconteça na maior parte dos casos sem intercorrências, em 20% delas o risco de algum tipo de agravo está aumentado.¹ Nessa condição, são consideradas gestações de alto risco com repercussões maternas e fetais, nas quais a vida da mãe e/ou do feto, ou mesmo de ambos, apresentam probabilidade elevada de morbidade e mortalidade.²

Dentre as patologias que caracterizam a gravidez de alto risco, a hipertensão induzida pelo estado gravídico, conhecida como síndromes hipertensivas da gravidez (SHGs), merecem destaque. Elas são conceituadas como o aumento da pressão arterial que se manifesta, mais especificamente, na segunda metade da gravidez.³ Incidem entre 10% a 22% nas gravidezes consideradas de alto risco, e figuram entre as patologias de maior impacto, nas complicações do ciclo gravídico puerperal com tendência a partos prematuros.^{4,5} Em países desenvolvidos, 16,1% das mortes maternas têm como causa as SHGs e as hemorragias.⁶

No Brasil, os dados demonstram que, das SHGs, a pré-eclâmpsia configura-se como a principal causa de óbito materno e fetal, com maiores ocorrências registradas nas Regiões Nordeste e Centro-Oeste e a menor na Região Sudeste.³ Tratando-se do Rio Grande do Norte, não há registro preciso da incidência dessas síndromes, apesar da existência de dois hospitais públicos de referência para os casos graves. Acredita-se que esse fato seja decorrente da subnotificação. Entretanto, um estudo realizado constatou aumento no número das formas graves da pré-eclâmpsia nesse estado.⁷

No que concerne às estratégias apresentadas para redução dos riscos, faz-se necessário o acompanhamento pré-natal, com o objetivo de detectar fatores predisponentes, como também sinais e sintomas que indicam o surgimento da doença. Nos casos de maior gravidade, a mulher deve ser referenciada aos serviços de alta complexidade, com vistas a minimizar complicações maternas e fetais advindas de um diagnóstico tardio ou da demora em adotar condutas adequadas.

Convém ressaltar que as complicações fetais e neonatais mais frequentes são caracterizadas por restrição do crescimento uterino, parto prematuro, hipóxia e morte perinatal.⁸⁻¹⁰ Estudos revelam que 11% dos partos entre a 34^a a 37^a semanas de gestação são de mulheres que desenvolveram pré-eclâmpsia; e, no caso de recorrência, isso se duplica para 22%.¹¹⁻¹⁴ Outro estudo aponta que 33% dos prematuros advindos de gravidez com pré-eclâmpsia necessitaram de cuidados intensivos, com permanência na UTIN variando de 3 a 10 dias de internamento.¹⁴ Dessa forma, percebe-se que as SHGs favorecem o nascimento prematuro e a consequente hospitalização em UTIN, sendo considerada, portanto, de alto risco gravídico e perinatal.

Assim, quando um fator de risco gravídico se instala, há uma tendência para que as gestantes desenvolvam alterações emocionais e psicológicas mais acentuadas do que as esperadas em uma gravidez considerada de baixo risco. Geralmente são encontrados sentimentos como depressão, sensação de culpa e surpresa pela descoberta da doença.¹⁵ Nessa situação, elas necessitam de apoio e informação que possam favorecer o entendimento da doença e suas estratégias de enfrentamento.

Vivencio essa realidade, como enfermeira-docente de unidade neonatal e de alojamento conjunto, em que se percebe inseguranças, dúvidas, medos,

preocupações e ansiedades demonstrados por mães cuja gravidez cursou com síndrome hipertensiva, seguida de parto pré-termo e hospitalização do filho na UTIN, agravados por uma assistência voltada à valorização dos aspectos fisiopatológicos da doença, tanto no que se refere à mulher, como ao neonato de alto risco.

Nessa perspectiva, houve o interesse em conhecer os aspectos subjetivos que cercam a maternidade em uma situação de alto risco gravídico. Em função disso, durante o mestrado desenvolvi um estudo sobre as vivências maternas com o prematuro advindo de uma gravidez com pré-eclâmpsia. A partir desse estudo, identificaram-se aspectos que necessitavam ser desvelados, como forma de subsidiar ações voltadas para as mães, no contexto da prematuridade resultante de uma gravidez com síndrome hipertensiva, visto que elas, ao se referirem ao nascimento do filho prematuro, faziam alusão a essa patologia e às dificuldades vivenciadas com o estabelecimento da mesma.

Na busca do referencial teórico e científico que respaldasse esta investigação, foram observados avanços no enfoque clínico quanto à fisiopatologia, prevenção, tratamento das SHGs, porém existe escassez de estudos que contemplem os aspectos emocionais presentes na gravidez de alto risco, especialmente voltados para aquelas que a cursam com hipertensão arterial e ameaça de parto prematuro. Dentre os consultados, há relatos de ansiedades, desconfiança, baixa autoestima, diante das ameaças de morte materna e fetal, bem como de desconstrução da gravidez idealizada, podendo causar desorganizações familiares, roturas de vínculos e de papéis.^{16,17}

Cabe salientar que, como profissional de saúde, atuando junto à mulher nas diversas fases do seu ciclo reprodutivo, observo a expectativa criada por ela, pelo cônjuge, como também pela família, em torno de uma gravidez normal, um parto

sem complicação, um nascimento de um filho saudável e o retorno ao lar o mais precoce possível. Todavia, na vigência de uma gestação de alto risco e quando a sua resolução ocorre antes do período previsto, a mãe desconstrói o ideal de maternidade e passa a conviver com a realidade de um filho que inspira cuidados e risco de morrer, com repercussões em todo o contexto familiar.

Diante desse fato, observa-se que qualquer intercorrência durante o ciclo gravídico resulta em tensão para a mulher, a família e para os profissionais de saúde. Portanto, é imprescindível que, no atendimento à mulher em situação de alto risco gravídico, seja valorizada a intersubjetividade dos envolvidos nesse processo. Dessa forma, tanto os que necessitam de cuidados como aqueles que os executam precisam compartilhar sentimentos, emoções e percepções construídos a partir do processo dialógico que intermedia as relações entre quem recebe e quem presta cuidados,¹⁸ tornando o processo de acolhimento viável.

Por compreender que as gestantes de alto risco são biologicamente mais vulneráveis às alterações emocionais, reconhece-se que atender suas necessidades requer dos profissionais percepção, sensibilidade e valorização dos sentimentos que permeiam a vida dessas mulheres. No entanto, isso só é possível quando se busca uma aproximação maior, assim como permitindo que elas falem dos seus medos e suas angústias. De forma contrária, estudos têm demonstrado que nas consultas pré-natais as mulheres não encontram espaço para manifestar suas queixas e medos.¹⁹ Isto ocorre porque a assistência à saúde no Brasil ainda é baseada no modelo biomédico, com ênfase na dimensão orgânica da enfermidade e com pouca atenção aos sentimentos dos doentes.²⁰

Diante do exposto, observa-se que a gravidez de alto risco e o nascimento prematuro se caracterizam como contrários ao fisiológico, assinalando um momento

difícil na vida da mulher e da família. Assim sendo, parte-se do pressuposto de que, ao perceber a especificidade de uma gravidez com síndrome hipertensiva e, como consequência, o nascimento de um filho prematuro, a mulher passa a vivenciar sentimentos de natureza diversa, os quais a levam a atribuir significados e a uma maternidade em situação de alto risco.

Dessa forma, considerando que a maternidade não é apenas um ato biológico-reprodutivo, mas um fenômeno social, e com a intenção de aprofundar os estudos sobre a problemática dos aspectos sociais e emocionais que envolvem a mulher no contexto da gravidez de risco e parto pré-termo, reconhece-se a necessidade de investigar as representações sociais das SHGs para aquelas que experienciaram essa situação. Para tanto, parte-se da seguinte questão de pesquisa:

Quais as representações sociais das SHGs para mulheres que tiveram como consequência o nascimento de um filho prematuro e a hospitalização do mesmo em UTIN?

Com vistas a responder a esse questionamento, foram elaborados os seguintes objetivos:

Objetivo geral

Compreender percepções, significados e sentimentos de puérperas sobre as síndromes hipertensivas na gravidez que teve como consequência o parto prematuro e a hospitalização do filho na UTIN.

Objetivos específicos

- Analisar os aspectos subjetivos das puérperas sobre as síndromes hipertensivas da gravidez que tiveram como consequência o nascimento de um filho prematuro e hospitalização em UTIN.
- Identificar os sentimentos e percepções maternas com o nascimento prematuro e a hospitalização do filho na UTIN como consequências da gravidez com síndrome hipertensiva.

Com o alcance desses objetivos, espera-se trazer contribuições para que profissionais que atuam na área de saúde reprodutiva planejem suas ações com base na identificação e na compreensão de aspectos que envolvem a mulher e a família no contexto da gravidez de risco, e, em particular, das síndromes hipertensivas da gravidez.

2 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

2.1 Políticas públicas de saúde reprodutiva

A integralidade das ações de saúde, diretriz estabelecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, garante a atenção à saúde da mulher de forma equânime no contexto das políticas públicas e norteia as práticas dos profissionais de saúde nos diversos níveis de complexidade, no intuito de assegurar acesso às redes de serviços públicos.

No que se refere ao ciclo gravídico e puerperal, foi instituído no Brasil, no século XIX, o acompanhamento pré-natal, reconhecido como meio de diminuir a incidência de problemas inerentes ao estado gravídico, identificando e intervindo em problemas de saúde que possam resultar em morbidade e mortalidade materna e/ou fetal. Outras iniciativas foram desenvolvidas pelos órgãos governamentais ao longo das décadas. Em 1984, o Ministério da Saúde (MS) preocupado com os índices de mortalidade materna e neonatal, lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), sob forte influência do movimento sanitário da época e formulação do SUS, com a proposta de descentralização, hierarquização, regionalização e equidade da atenção à mulher.²¹

Todavia, tratando-se da atenção a gestantes e à família, novas necessidades foram identificadas, com vistas a melhorar a assistência pré-natal. Assim sendo, em 2000, pela Portaria 569 do Ministério da Saúde, instituiu-se no país o Programa de Humanização de Pré-natal e Nascimento – PHPN, que objetiva ampliar o acesso ao pré-natal em todos os níveis de assistência, com vistas a promover melhorias na cobertura e na qualidade das consultas.²² Esse evento representou avanços significativos, por inserir em sua proposta ações educativas e de acolhimento às grávidas e seus parceiros, tanto na gravidez como no parto e pós-parto.

Nesse contexto, assistir com qualidade a mulher, no ciclo gravídico-puerperal, requer considerar diferentes aspectos, tais como: acessibilidade da gestante à unidade básica de saúde, qualidade da assistência à saúde no que se refere a recursos materiais, capacitação dos profissionais que atuam no serviço, apoio laboratorial e serviços de referência e contrarreferência. Soma-se a isso manter-se em estado de alerta para prevenir patologias próprias da gravidez, diagnosticar e tratar doenças preexistentes e/ou intercorrentes ao estado gestacional, identificar e acompanhar a gravidez de risco, assim como qualificar a assistência ao parto e ao puerpério, como fatores primordiais para redução da morbidade e mortalidade materna e neonatal.^{22,23}

Para assegurar esse atendimento, a Portaria Ministerial nº. 1.067, de 4 de julho de 2005, estabeleceu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, criando mecanismos de regulação, fluxo de referência e contrarreferência, garantia de atendimento adequado à mulher no ciclo gravídico-puerperal e identificação de forma permanente dos fatores de riscos aos quais as grávidas estão expostas.²⁴

Assim, uma vez confirmado o alto risco gestacional, a mulher deverá ser encaminhada para um nível de maior complexidade, em virtude dos agravos aos quais estão submetidos a mãe e o feto.²⁴ Dessa forma, diagnosticar precocemente a gestante de risco e proporcionar o encaminhamento é o que se espera do nível básico de assistência, com apoio na própria integralidade proposta pelo SUS, no Brasil.²⁵

Porém, na realidade observa-se que a hierarquização existente entre os níveis de complexidade do sistema dificulta o acesso das mulheres aos serviços de alta complexidade e as coloca em situação de vulnerabilidade, contrariando as recomendações do PHPN, que, entre outras, assegura o cadastramento da gestante

no sistema de informação do pré-natal (SISPRENATAL) e garante o vínculo com a maternidade de referência para o parto seguro.²²

No tocante às políticas de humanização do parto no Brasil, em abril de 2005, foi sancionada a Lei n. 11.108, que dá às parturientes o direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. No entanto, a presença desse acompanhante no centro obstétrico, embora tenha efeitos positivos para as mulheres, provoca reações adversas dos profissionais, pois, enquanto uns os apoiam e são receptivos, outros fazem com que eles sintam essa participação como dispensável.^{26, 27}

Todavia, o suporte contínuo à mulher no período intraparto está associado a um maior benefício, quando feito por membros externos ao hospital,²⁸ visto que os profissionais tendem a priorizar a técnica em detrimento do manejo emocional e social do trabalho de parto.²⁹ Portanto, a presença do acompanhante escolhido pela parturiente deve ser vista como uma oportunidade benéfica para o serviço, e cabe aos profissionais fornecerem as orientações necessárias para que essas pessoas desempenhem o papel de provedoras desse suporte.^{30,31}

No que concerne ao período puerperal, as mesmas políticas públicas de atenção à gestação e ao parto estabelecem a continuidade da assistência à puérpera e ao recém-nascido. Porém, na realidade, as consultas puerperais têm apresentado baixa frequência nas unidades básicas de saúde,³² embora os serviços reconheçam sua importância. Assim, percebe-se que os cuidados puerperais parecem ainda estarem centrados no tempo de hospitalização materna, sem contemplar ações de promoção a saúde para o seguimento pós-alta.

De maneira mais ampla, o pós-parto envolve risco mediato e imediato que revelam a probabilidade de danos à saúde materna e fetal. Visto isso, requer uma

assistência qualificada, especialmente nos casos em que a gravidez foi diagnosticada como de alto risco. Sabe-se que as SHGs, as hemorragias, as complicações pós-aborto e as infecções puerperais são apontadas como as maiores causas de morte materna no país, especialmente nas Regiões Norte e Nordeste.³³

Para as puérperas cuja gravidez cursou com SHG, o acompanhamento puerperal estendido torna-se imprescindível. Autores relatam que, nesse período, nas mulheres que necessitaram de hospitalização na UTI, os sintomas como cefaleia e perda de concentração persistiram por cerca de seis meses após o parto³⁴. Soma-se a isso a alta probabilidade de hipertensão gestacional subsequente, em história anterior de pré-eclâmpsia.³⁵

Geralmente a atenção puerperal, sobretudo às puérperas consideradas de alto risco, não está consolidada nos serviços de saúde. A maioria dessas mulheres não está suficientemente informada para compreenderem a importância da consulta puerperal. Isto demonstra que, apesar do empenho do governo no sentido de promover melhorias na assistência ao pré-natal, parto e puerpério, existem lacunas no seguimento pós-alta dessas mulheres, especialmente para as que foram submetidas a determinados tratamentos, por complicações específicas ao período gestacional, no decorrer de sua vida reprodutiva.³⁶

2.2 Contextualização do papel social reprodutivo feminino

No que concerne à reprodução humana, durante muito tempo esta foi uma responsabilidade inerente à mulher que, por séculos, desempenhou na sociedade funções restritas ao lar e ao exercício da maternidade. Nesses cenários, ainda nos dias atuais são provedoras afetivas e cuidadoras da família.

Ao longo de sua história, com o advento do capitalismo, a mulher foi inserida no mercado de trabalho, não como um reconhecimento de suas habilidades, mas pela necessidade de trabalhadores, transformando-as em operárias eficientes, mãos de obra de baixo custo e com jornada de trabalho desumana.³⁷ No entanto, essa nova atuação feminina não afastou as mulheres de suas funções junto à família, o que resultou em sobrecarga funcional, pela necessidade de jornada dupla de trabalho. Embora os movimentos sociais lutem pela garantia dos seus direitos, ainda são evidentes as desigualdades de gênero entre os papéis exercidos por homens e mulheres na sociedade atual.

Com a descoberta dos métodos anticoncepcionais e as políticas de controle da natalidade, no século XX, visando conter o excesso populacional, novas discussões sobre temas relacionadas à saúde da mulher e à saúde reprodutiva foram desencadeadas. A partir desse evento e com a inserção cada vez mais forte nas decisões políticas e sociais, as mulheres passaram a decidir sobre quando e quantos filhos gostariam de ter, o que implicou em uma redução no tamanho das famílias,³⁸ embora ainda se observe a pressão social de que o papel materno se sobrepõe ao papel profissional.

Prosseguindo na história, durante os anos de 1970 não havia separação das políticas de atenção à mulher e à criança. Ambas eram vista como saúde materno-infantil, o que vinculava à saúde materna a saúde da criança. Somente em 1980 o Ministério da Saúde fez a desvinculação, através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) e do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este contemplou o aspecto relevante da assistência à mulher no pré-natal, parto e puerpério.

Entretanto, com relação ao período gravídico e puerperal, apesar dos avanços científicos na área obstétrica, ele ainda se constitui como risco para a mulher, com repercussão para a família. Atualmente ainda são consideradas altas as ocorrências de morbidade e mortalidade materna, fazendo com que esses eventos sejam vivenciados por meio de expectativas, ansiedades e alterações emocionais. Investigações abordam os traumas existentes no ciclo reprodutivo feminino no período de gravidez, parto e puerpério.^{39,40} De forma semelhante, as complicações obstétricas, como a pré-eclâmpsia e o nascimento prematuro, são situações que proporcionam a instalação do que autores consideram um transtorno de estresse pós-traumático,^{41,42} que podem dificultar e retardar o exercício da maternidade.

Nessa linha de consideração, surgem as discussões acerca da maternidade e da paternidade. Algumas questões são socialmente distorcidas, quando se espera que a mulher já esteja naturalmente preparada para exercer suas funções maternas, enquanto que ao homem é permitido um processo gradativo de amadurecimento para o exercício da paternidade. Este tipo de crença desconhece que apenas a gestação e o parto são biologicamente definidos para a mulher e que tanto o exercício da maternidade como da paternidade são socialmente aprendidos.⁴³

No processo da maternidade, as mães costumam apontar o suporte do companheiro como o principal apoio recebido, o que o torna um dos membros mais importantes na rede social, quando se considera a mãe e a família.⁴⁴ Acredita-se que esse suporte assuma maior relevância nas situações de gravidez e nascimento de alto risco. De forma contrária, quando não existe a presença efetiva dele, isso pode gerar conflitos emocionais que põem em risco a nova construção familiar.

Na atualidade, já há indícios de uma participação mais efetiva do homem no processo reprodutivo feminino, embora exista pouco incentivo por parte dos serviços de saúde. Estudos têm demonstrado que essa participação é detectada nas consultas pré-natal e no parto, embora os homens relatem dificuldades no entendimento do seu papel nesse processo e nas questões de aceitação por parte dos profissionais.⁴⁵ Outros revelam os sentimentos por eles vivenciados nas situações de nascimento prematuro e no suporte a suas companheiras durante a hospitalização do filho na UTIN.^{46,47}

Porém, o que se constata é a necessidade da participação do casal em todo o processo reprodutivo, pois comumente gerar filhos constitui uma fase essencial na dinâmica familiar, também considerada um momento de transição, no qual novos papéis são estabelecidos tanto para a mãe como para o pai, que nem sempre comungam das mesmas expectativas.

Cabe ressaltar que, nas situações consideradas de alto risco reprodutivo, sobretudo no contexto hospitalar, as mulheres ainda experienciam as relações de desigualdade entre profissionais de saúde, serviços de alta complexidade e usuárias, dada a vulnerabilidade em que se encontram, em presença dos riscos maternos e fetais. Em situação de hospitalização, essa vulnerabilidade é decorrente da ameaça à autonomia familiar, frente às incertezas, exposição ao dano, conflitos com a equipe e submissão ao desconhecido.⁴⁸

Assim, no tocante às questões reprodutivas femininas, ainda que haja avanços nas políticas públicas e sociais, são registradas desigualdades de gênero, pouca valorização às decisões das mulheres sobre a sua saúde, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e insuficiente adesão do homem ao ciclo gravídico puerperal de sua companheira. Acredita-se que essas desigualdades sejam mais

acentuadas na vigência de uma gravidez de alto risco, principalmente quando acompanhada por SHG e nascimento prematuro, em virtude das repercussões em toda a dinâmica familiar.

2.3 Síndromes hipertensivas da gravidez

As doenças hipertensivas da gravidez são caracterizadas pelo aumento da pressão arterial e podem ser classificadas como: hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia, hipertensão arterial crônica superposta por pré-eclâmpsia, e a hipertensão gestacional.^{17,49}

A hipertensão arterial crônica é a elevação da pressão arterial antes da gravidez, ou antes da 20ª semana de gestação, não atribuída à doença trofoblástica gestacional.¹⁷ Já a hipertensão gestacional surge comumente após a 20ª semana de gestação, com ou sem proteinúria, e tende à normalidade dos níveis tensionais até 12 semanas após o parto. A pré-eclâmpsia é o aumento dos níveis pressóricos com valores sistólicos superiores a 140 mmHg e diastólico a 90 mmHG, além de proteinúria maior que 300mg nas 24 horas. A hipertensão arterial crônica superposta por pré-eclâmpsia surge em mulheres anteriormente hipertensas e que apresentam aumento acentuado da proteinúria a partir da 20ª semana de gestação e diminuição das plaquetas.^{49,50}

As formas graves das SHG incluem a eclâmpsia, considerada uma patologia gravídica caracterizada pela presença de convulsão durante a gestação, parto ou pós-parto,³ e a Síndrome HELLP (Hemolysis; Elevated Liver enzymes; Low Platelets), frequentemente relacionada à coagulação intravascular disseminada e hematoma hepático subcapsular.^{42,7} Associa-se a esse quadro as alterações laboratoriais que caracterizam anemia hemolítica, elevação das transaminases e

plaquetopenia.^{42,51} Essas formas podem favorecer o acidente vascular cerebral, descolamento prematuro da placenta, edema pulmonar, insuficiência renal aguda ou crônica, diabetes mellitus e, doença arterial coronária.⁵ Há registro de aumento da morbidade materna por complicações renais, edema agudo de pulmão e insuficiência respiratória.^{52,3}

As SHGs diferem quanto à prevalência, gravidade e efeitos sobre o feto.^{53,54} A hipertensão arterial crônica (HAC) acomete em torno de 5% das gestações, sendo que cerca de 20 a 50% das pacientes com hipertensão gestacional têm progressão para pré-eclâmpsia.⁵⁵ Já a prevalência de pré-eclâmpsia é descrita, com variações na literatura, em torno de 5 a 8%, apresentando maiores índices (14%) nas gestações gemelares.⁵⁴

Uma vez acometido pela patologia, o organismo materno sofre as alterações vasculares que limitam o fluxo placentário e fetal. Isso decorre da vasoconstrição que reduz a perfusão sistêmica, caracterizando a sintomatologia clínica da doença como cefaleia, filtração glomerular reduzida e escotomas.^{56,57}

Em relação aos fatores predisponentes para o surgimento das SHGs, a literatura aponta a idade avançada, agregação familiar (familiares de primeiro grau), raça negra, gemelaridade, intervalo maior ou igual a 10 anos desde a última gestação, índice de massa corporal maior ou igual a 35, condições sociais e econômicas desfavoráveis e aspectos psicossociais.^{58,59} Porém, o desconhecimento sobre os fatores determinantes dessas síndromes estabelecem limites na prevenção de suas formas graves.

O tratamento medicamentoso de escolha é a administração de sulfato de magnésio para os casos de iminência de eclâmpsia ou a própria eclâmpsia.⁶⁰ Não há consenso quanto à eficácia do uso de antiplaquetários, suplementação de zinco,

magnésio e vitamina A,⁶¹ porém há evidências de que a suplementação de cálcio previne a hipertensão arterial e a pré-eclâmpsia, especialmente, em populações com deficiência nutricional desse mineral.⁶²

Das síndromes hipertensivas, a pré-eclâmpsia é a mais frequentemente encontrada e costuma surgir como doença da primeira gravidez, com maior incidência nos extremos da vida reprodutiva.^{12,3} Há evidências que apontam maiores riscos em mulheres usuárias de método anticoncepcional de barreira, visto que dificulta uma exposição prévia ao esperma do parceiro responsável antes da concepção.^{3,36} Autores também atribuem a etiologia da pré-eclâmpsia a fatores genéticos e imunológicos,^{12,63} enquanto outros revelam que as filhas de mulheres que tiveram pré-eclâmpsia têm duas vezes maior probabilidade de desenvolverem essa patologia.⁶⁴

No tocante às questões emocionais presentes na mulher em situação de SHG, há poucos estudos na literatura que enfocam tais aspectos. Dentre esses, é revelado que, no caso de pré-eclâmpsia, os sintomas de estresse aumentam com a progressão da doença.⁶⁵ Outros revelam o medo como o sentimento mais presente, especialmente o medo de morrer ou de perder o bebê, e também o medo do desconhecido, a insegurança quanto ao tipo de assistência que irá receber, além dos sentimentos de solidão e desamparo e a preocupação com a família.^{66,67}

São reveladas também dificuldades enfrentadas pelas mulheres quanto ao entendimento da doença, em virtude da pouca valorização dos profissionais às queixas relativas à dimensão emocional da doença, da dificuldade em serem escutadas^{68,20} e dos conflitos culturais estabelecidos nas relações de poder entre profissionais de saúde e a paciente. Nessa linha de consideração, é oportuno ressaltar investigações que apontam as gestantes com pré-eclâmpsia e diabetes

como as que apresentaram maior índice de estresse, quando comparadas àquelas com ameaça de aborto ou de parto prematuro, não relacionados a esses agravos.⁶⁹

Assim, outro fator de estresse na gravidez que cursa com a síndrome hipertensiva é o parto pré-termo. O nascimento prematuro é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o nascimento que ocorre antes da 37ª semana completa de gestação. Sua incidência varia entre 6% e 12%, responsabilizando-se por 75% dos óbitos observados no período neonatal.⁷⁰ É capaz de gerar surpresas, pela antecipação do processo da maternidade e sofrimentos relacionados aos cuidados específicos demandados pela frágil condição clínica do bebê, ao nascer.⁷¹ Nesse sentido, o parto pré-termo gera sentimentos de insegurança e medos atribuídos à vivência do luto antecipado pela perda do bebê imaginário, sendo um momento de crise e desequilíbrio psicológico.⁷²

Os bebês prematuros comumente necessitam de hospitalização na UTIN. Esse ambiente costuma provocar medo e impacto sobre as necessidades físicas e psicológicas desses recém-nascidos e de suas famílias.⁷³ Por tratar-se de um lugar com grandes aparatos tecnológicos, é capaz de desencadear sentimentos maternos ambíguos, mediante a certeza da necessidade dos recursos terapêuticos e a frustração de não poder segurar o bebê no colo, não amamentá-lo e não ter definição do papel materno, despertando culpa e anseios de fuga da realidade.⁷⁴

Cabe também destacar que, por estar vivenciando uma gravidez rotulada de “alto risco”, esse termo já contribui para a formação de estigmas e dificuldades adaptativas emocionais,¹⁶ que estabelecem uma condição de vulnerabilidade para a mulher, agravando os sentimentos de medo e angústia.

A gestante cuja gravidez cursa com síndrome hipertensiva requer atenção especializada, de forma a evitar a instalação dos quadros mais graves da doença.

Autores reforçam a importância, no pré-natal, de programas educacionais sobre os cuidados com a gravidez de risco.⁷⁵ As formas mais graves requerem hospitalização em um nível de maior complexidade, com vistas a favorecer a sobrevivência da mãe e do feto, já que comumente há tendências para o nascimento prematuro e necessidade da hospitalização do recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).¹⁴

Diante do exposto, é imprescindível que, no cuidado à mulher com uma gravidez de alto risco, o modelo médico-clínico seja associado ao modelo psicológico de atenção à saúde, para que possam ser respeitadas a subjetividade e a singularidade dos seres humanos envolvidos no processo da gestação, parto e nascimento.⁷⁶ Assim sendo, percebe-se que a gestação de alto risco é um processo complexo, dinâmico, subjetivo e diversificado, que agrega aspectos individuais ou coletivos.⁷⁷ Dessa forma, pode-se considerar que, na realidade que envolve as SHGs, encontram-se as representações de quem as vivencia.

2.4 Pressupostos das Representações Sociais

A Teoria das Representações Sociais (TRS) teve como precursor Moscovici, que considerou essa teoria de alcance amplo, compreendida como um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas dos processos de comunicação interpessoais obtidos na vida diária.⁷⁸

Embora não exista uma definição que contemple o universo das Representações Sociais, sabe-se que ela é uma forma de saber prático que liga um sujeito a um objeto de natureza social, material e ideal,⁷⁹ originada dentro de grupos de uma determinada cultura, entre indivíduos de diferentes posições sociais, que recebem influências das relações e práticas específicas desses grupos.⁸⁰

Assim, o estudo das Representações Sociais tem como pressuposto básico a compreensão de conceitos, proposições e explicações advindas do cotidiano, no curso das comunicações interpessoais.⁸¹ Pode-se ainda compreendê-las como expressões que partem de sujeitos pensantes, construídas a partir das experiências vividas no seu cotidiano, elaboradas e compartilhadas socialmente, de maneira que indivíduos ou grupos deem sentido às suas condutas.⁸²

Dessa forma, se o saber sobre um determinado objeto social é elaborado a partir do cotidiano, este servirá de guia para as práticas dos sujeitos em relação ao objeto representado.^{83,82} Nesse sentido, os acontecimentos são reconhecidos por significados sociais que ressignificam esquemas de pensamento.⁸⁴

Como forma de conhecimento socialmente partilhado,⁸² a RS permite compreender porque alguns problemas se destacam numa sociedade e porque alguns aspectos são por ela apropriados, possibilitando debates e conflitos dentro de grupos e ou entre diferentes pessoas.⁸⁵ Além disso, é capaz de produzir e determinar comportamentos, definindo a natureza dos estímulos que nos envolvem e a significação das respostas a esses estímulos.⁷⁸

As RSs têm quatro funções essenciais: funções de saber, que permitem compreender e explicar a realidade (saber prático do senso comum); funções identitárias, que definem a identidade e especificidades dos grupos (controle social e processo de socialização); funções de orientação, que guiam os comportamentos e as práticas (definem o lícito e o aceitável em um dado contexto social); e funções justificatórias, que explicam as tomadas de posição e os comportamentos.⁸⁰

Assim, as RSs são modalidades de conhecimento que se articulam no cotidiano, a partir de dois processos fundamentais que configuram seu aspecto estrutural por meio de processos sociocognitivos: a objetivação que transforma o

abstrato em elemento concreto,⁸⁶ também definida como a transformação de uma ideia em conceito ou uma opinião em algo concreto,⁸⁷ que, ao cristalizar-se, constitui o núcleo central de uma representação; e a ancoragem, que transforma algo estranho e perturbador em um sistema particular de categorias, ou seja, para classificar e denominar coisas estranhas e ao mesmo tempo ameaçadoras,⁸⁸ incorporando novos elementos de saber em categorias mais familiares.⁸⁹

Como uma grande teoria, a RS pode ter uma abordagem complementar, assim considerada como Teoria do Núcleo Central (TNC),⁹⁰ proposta pela primeira vez por Abric (1974), como forma de organização interna das RSs. Para esse autor, a organização de uma representação possui características particulares que se organizam em torno de um núcleo central, constituído de um ou de alguns elementos que dão significados às representações.⁹¹

O núcleo central é formado pelas significações fundamentais da representação, que lhe conferem identidade; e ele possui duas funções: a primeira possibilita a criação ou transformação do sentido dos elementos constituintes da representação; e a segunda determina o elo entre esses elementos representacionais considerados organizadores.⁹¹ A identificação do núcleo central possibilita um caráter mais estável da representação, já que estão vinculados aos sistemas culturais mais amplos presentes na memória coletiva; porém essas construções não possuem caráter definitivo, pois, em virtude de serem construções sociais, são mutáveis, recebendo forte influência dos núcleos periféricos.⁹⁰

O sistema periférico representa as expressões mais individualizadas ligadas ao cotidiano que, por terem um caráter mais flexível e passivo de mudanças, respondem a três funções principais: função de concretização, que constitui a interface entre a situação concreta e a realidade elaborada; a função de regulação,

que corresponde à adaptação, o aspecto móvel e evolutivo da representação;⁹² e a função de defesa que, segundo Flament (2001),⁹³ é considerada de para-choque da representação, tida como contradições. As modificações nos núcleos periféricos permitem a flexibilidade ao sistema representacional e promovem alterações no núcleo central, que, uma vez transformado, modifica a representação.

Essas considerações nos levam a eleger a TNC como adequada ao propósito deste estudo, baseado no entendimento de que as SHGs, o nascimento de um filho prematuro e o cotidiano materno na UTI neonatal são situações que se revestem de significados, sentimentos e percepções maternas. Estes, uma vez conhecidos, podem favorecer a criação de estratégias para minimizar sofrimentos maternos, na perspectiva de integrar as puérperas, efetivamente, no autocuidado e no cuidado com os seus filhos prematuros e hospitalizados.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, de natureza qualitativa, que teve como referencial teórico metodológico a Teoria da Representação Social⁷⁸ com base na Teoria do Núcleo Central.⁹⁰ A abordagem qualitativa favorece a interação entre pesquisador e sujeitos da pesquisa, de forma a facilitar a apreensão dos resultados.⁹⁴

3.2 Participantes do estudo

Participaram do estudo 70 mulheres que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: portadoras de síndromes hipertensivas da gravidez, cuja confirmação diagnóstica se deu pelo prontuário das mesmas; que estivessem com 48 horas ou mais da ocorrência de parto pré-termo; e que tivessem realizado pelo menos duas visitas ao filho prematuro na UTIN. Justifica-se esse período, por se considerar como o tempo mínimo para elaboração das primeiras percepções e vivências da mãe com o filho, nesse setor.

Não foram incluídas mulheres com diagnóstico de síndrome hipertensiva cuja resolução do parto ocorreu por óbito fetal intraútero, registro de morte neonatal precoce, e presença de doença física ou mental que viessem interferir nas respostas emitidas pelas participantes.

3.3 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa(,) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CEP-UFRN), sob o nº 195/06 (Anexo I). O Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice I) foi lido conjuntamente com cada participante e assinado por todas. Nele constava a permissão para que a entrevista fosse gravada. A pesquisa foi realizada com base nos princípios da Declaração de Helsinki.⁹⁵

3.4 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no ano de 2008, em uma maternidade escola pertencente à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), localizada em Natal, capital do Estado do Rio Grande do Norte (RN), Brasil. Essa instituição é referência estadual para gestação, parto, puerpério e nascimento de alto risco. Em média, registra a ocorrência de 400 partos por mês e, destes, 16% são pré-termos. No ano de 2007, o número de admissões de mulheres consideradas de alto risco materno e fetal foi de 460 pacientes, das quais 380 estavam relacionadas às SHGs e, dentre essas, ocorreram 208 partos prematuros. Assim, a amostra deste estudo foi calculada obedecendo a 30% dos valores referentes à ocorrência de SHG com parto pré-termo, no ano anterior à coleta de dados (2007).⁹⁶

A pré-testagem dos instrumentos foi realizada em uma maternidade pertencente à Secretaria de Saúde Pública do RN, também de referência estadual para gravidez e nascimento de alto risco no Estado do RN. Participaram dessa etapa 11 puérperas, seguindo os mesmos critérios de inclusão. Nesse procedimento, se observou a adequação dos instrumentos de coleta de dados.

3.5 Técnicas e instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados aconteceu de maio a dezembro de 2008, na unidade de internamento das puérperas, porém em um local reservado, com duração média de

50 minutos. Nesse processo utilizaram-se múltiplas técnicas e vários instrumentos, com vista a obter as informações necessárias ao desenvolvimento do estudo. Esses procedimentos foram empregados sequencialmente, em um único momento, para evitar construções elaboradas pelas participantes frente a mudanças no contexto vivenciado/, quais sejam, alterações do seu quadro clínico e/ou do recém-nascido.

3.5.1 Questionário para caracterização sociodemográfica e dados obstétricos

Com vista a caracterizar as mulheres sujeitos do estudo, aplicou-se um questionário (Apêndice II) constando questões sociodemográficas, como nome, idade, endereço, dados obstétricos e dados relativos aos recém-nascidos. Nos estudos sobre Representações Sociais, os aspectos sociodemográficos são importantes, porque, a partir deles, os indivíduos constroem suas representações, transformando-as e modificando-as de acordo com realidade socio-histórica na qual estão inseridos.⁸⁸

3.5.2 Técnica de Associação Livre de Palavras – TALP

A TALP é uma técnica projetiva usada em psicologia clínica que tem como objetivo localizar zonas de bloqueamento de um indivíduo.⁹⁷ Foi adaptada no campo da psicologia social e, dado o seu caráter espontâneo, permite apreender elementos constitutivos do conteúdo da representação, o que justifica sua utilização sistemática no estudo das representações sociais.^{98,91}

Essa técnica é utilizada como estratégia de acesso ao núcleo central, no intuito de apreender os elementos representacionais centrais e periféricos do estudo, no qual são sugeridas evocações livres, mediante estímulos indutores coerentes com os objetivos da pesquisa. Para responder a esses estímulos, são permitidas construções verbais (palavras, ideias, frases, provérbios) ou não verbais (figuras e

fotografias), no entanto não há consenso quanto ao número de respostas solicitadas e estímulos a serem utilizados; porém, quanto mais ágil e indutiva forem as respostas, maior seu efeito de validade.^{90,99} Na presente pesquisa, utilizaram-se as construções verbais.

Para se obter informações das participantes sobre o entendimento das SHGs, e por ser este um termo técnico-científico, optou-se por substituí-lo pelo termo “pressão alta na gravidez”, por considerá-lo de fácil compreensão e de maior proximidade com o nível de entendimento das entrevistadas, sem no entanto, causar prejuízos para o estudo. Assim, foram selecionados os estímulos indutores: pressão alta na gravidez, prematuridade e UTIN; e foi sugerido que, para cada um deles, fossem mencionadas cinco evocações. Posteriormente, foi solicitado que as participantes ordenassem as respostas emitidas e justificassem a que considerassem de maior importância. Salienta-se que a resposta apontada como de maior significação para as depoentes assume um maior grau de representatividade no contexto das representações sociais.

A escolha por esses estímulos indutores justifica-se por se tratar de situações inerentes à vivência da mulher com as SHGs. A razão disso relaciona-se ao fato de que, na literatura pertinente, as SHGs mostram a ocorrência de partos pré-termo e, como consequência, a hospitalização de neonatos na UTIN.

Antes de iniciar o procedimento da TALP, realizou-se um exercício prévio com as participantes, utilizando-se estímulos indutores da vida cotidiana a fim de exercitar a técnica e obter maior agilidade nas respostas, no intuito de evitar frases elaboradas. Para execução da TALP utilizou-se um roteiro (Apêndice III), com evocações livres, no qual se buscou abordar as principais representações das

mulheres frente às palavras-estímulo (pressão alta na gravidez, prematuridade e UTIN). Isso foi realizado a partir das seguintes perguntas:

1. Quando eu falo “pressão alta na gravidez”, quais as cinco palavras que vêm imediatamente à sua mente?
2. Quando eu falo “prematividade”, quais as cinco palavras que vêm imediatamente à sua mente?
3. Quando eu falo “UTIN”, quais as cinco palavras que vêm imediatamente à sua mente?

Em virtude da diferença do grau de escolaridade das participantes e visando dinamizar a utilização da técnica, o registro das palavras evocadas foi efetuado pela pesquisadora.

3.5.3 Construção verbalizada de imagens mentais

As representações sociais são compostas de figuras e expressões organizadas em imagens e linguagem, que realçam e simbolizam atos e situações que são comuns no cotidiano. Assim, as imagens mentais permitem ao homem representar os acontecimentos à sua volta e que se encontram registrados em sua memória, podendo ou não compartilhá-las socialmente. Elas também orientam o desencadeamento de aspecto da memória que a entrevista, por si só, não conseguiria obter. ^{100,101}

O uso dessa técnica permitiu identificar a construção imaginária da mulher sobre a pressão alta na gravidez, prematuridade e UTIN, e detectar aspectos subjetivos de como elas percebem, reagem e interagem, na vivência de um ciclo gravídico e puerperal considerados de alto risco. A fim de obter a construção verbalizada de imagens mentais, sobre os temas propostos, foram utilizadas as

mesmas palavras indutoras empregadas na evocação livre de palavras; porém, para melhor entendimento acerca da imagem sobre a “prematividade”, essa palavra foi substituída por “bebê prematuro”. A abordagem foi assim realizada (Apêndice IV):

1. Diga para mim como você desenharia uma “mulher grávida” com pressão alta.
2. Diga para mim como você desenharia um “bebê prematuro”.
3. Diga para mim como você desenharia a “UTIN”.

Optou-se por não apresentar imagens ou fotos indutoras, para não influenciar a escolha por algo preestabelecido que pudesse interferir no imaginário das pesquisadas.

3.5.4 Entrevista

A técnica de entrevista foi empregada com todas as participantes, com a finalidade de fortalecer o conteúdo obtido por meio das evocações e imagens. Considerada um dos instrumentos básicos de coleta de dados em pesquisas qualitativas, a entrevista permite a compreensão aprofundada dos valores, das crenças e das experiências dos participantes. As informações são fundamentadas nos discursos, e o pesquisador tenta apreender o que é significativo nas vidas dos entrevistados, bem como suas percepções e interpretações.¹⁰²⁻¹⁰⁴

Para a entrevista, foi utilizado um roteiro não estruturado contendo a seguinte questão norteadora: **O que foi para você ter pressão alta na gravidez e, como consequência, o nascimento de um filho prematuro?** (Apêndice V).

As falas foram gravadas em MP4/WMA/REC/FM da marca GO TEC, modelo 2008. As entrevistas foram transcritas na íntegra, procedimento realizado pela própria pesquisadora.

As mães que, ao término da coleta de dados, se apresentavam emocionalmente mais abaladas, foram encaminhadas para um suporte psicológico com profissionais da própria instituição, situação evidenciada em seis participantes.

3.7 Processamento dos dados e análise dos resultados

3.7.1 Questionário dos dados sociodemográficos e obstétricos

Para análise do perfil sociodemográfico das mães arroladas no estudo, utilizou-se a estatística descritiva obtida por meio do SPSS editor, versão 15.0, e os resultados foram apresentados pela distribuição das pacientes por idade, cor/raça, nível de escolaridade, estado civil, tipo de parto e dados do recém-nascido.

3.7.2 Dados da TALP

Os dados coletados por meio da TALP foram codificados obedecendo às seguintes etapas: inicialmente, as palavras evocadas foram digitadas em um arquivo tipo texto, obedecendo às respostas específicas para cada estímulo indutor; em seguida elaboraram-se dicionários correspondentes a cada estímulo, considerando não apenas os adjetivos, mas expressões similares, construindo-se um banco de dados por meio de uma planilha eletrônica. A semântica das palavras favoreceu o reagrupamento por semelhança, como, por exemplo: “bebê magrinho”, “pequininho”, “fraquinho”, “miudinho” foram categorizadas como “bebê frágil”. Para nomear essas ocorrências, levaram-se em consideração as palavras que apresentaram maior frequência de evocação.

A validação das categorias foi feita por três juízes externos e, após concordância, o material foi submetido à análise lexicográfica realizada pelo *software* EVOG (Ensemble de Programmes Permettant L'Analyse des Evocations) versão 2000, que organiza as palavras evocadas por ordem de frequência e média

de evocações.¹⁰⁵ A partir da definição dos vocábulos do corpus, cria-se o LEXIQUE, que compreende o seguinte conjunto de programas:

1. RANGMOT – fornece a frequência e a distribuição das médias, por cada palavra.
2. LISTVOC – fornece a lista de todas as palavras, dentro de seu contexto.
3. AIDECAT – analisa as coocorrências das palavras mais frequentes.
4. RANGFRQ – identifica os elementos centrais e periféricos, bem como a ordem média e frequência.

O RANGFRQ possibilita desenhar um quadro de quatro casas e, por meio dele, um esquema figurativo com a frequência e ordem média de evocação (OME) das palavras. As frequências são obtidas quando se divide o número de evocações pela quantidade de categorias adotadas no preparo do material, antes de submetê-lo ao processamento dos dados. A OME é obtida atribuindo-se peso 1 à evocação realizada em primeiro lugar, peso 2 à mencionada em segundo, e assim sucessivamente.¹⁰⁶ O somatório desses resultados dividido pelos valores das frequências das categorias, nas diversas posições, apontará a ordem de evocação das palavras.⁹⁰ Consideram-se representativas as palavras que tiverem maior frequência e menor OME.

O EVOC também permite selecionar o número mínimo de evocações que o pesquisador deseja considerar como representativo. Assim, na análise dos dados não foram consideradas as palavras que tiveram número de evocações igual ou inferior a dois.

A frequência de evocações e OME de cada palavra possibilitaram identificar as palavras ou categorias que, provavelmente, pertencem ao núcleo central da representação.⁹⁰ A partir da interseção da frequência média de evocação do

conjunto de palavras e a média de suas respectivas ordens médias de evocações, é possível definir quatro quadrantes, também chamados de quadro de quatro casas, ou gráfico de dispersão. Ele confere diferentes graus de centralidade aos vocábulos, sendo que cada quadrante representa um núcleo da representação,^{105,91} conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Quadro de quatro casas referentes aos elementos das representações sociais *

<OME	>Frequência	>OME	>Frequência
Quadrante 1 - Elementos do núcleo central		Quadrante 2 - Elementos intermediários	
<OME	<Frequência	>OME	<Frequência
Quadrante 4 - Elementos de contrastes		Quadrante 3 - Elementos periféricos	

*Quadro de quatro casas modelo padronizado por Vergès(1992)⁸⁸

Conforme observado no Quadro 1, o eixo vertical refere-se à ordem média de evocação. Os elementos com menor OME estarão no quadrante à esquerda e os que possuem OMEs maiores ficarão à direita. Tomando por base o eixo horizontal, encontram-se as frequências de evocações assim distribuídas: quadrantes superiores: as frequências mais elevadas; e quadrantes inferiores: as menores frequências. No quadrante superior esquerdo, estão os elementos mais evocados e com menor ordem de evocação, e eles serão considerados elementos do núcleo central da representação social. No quadrante inferior direito, situam-se os de menores frequências de evocação e maiores OME, integrantes do núcleo periférico. Os outros quadrantes requerem uma interpretação menos direta, devido à proximidade com o núcleo central, e estão relacionados a certa instabilidade da representação.¹⁰⁶

Alguns autores consideram como mais importantes de uma representação os elementos que se apresentam no quadrante 1, classificados como elementos do núcleo central, os quais representam a ideia coletiva. Os elementos periféricos estão situados no quadrante 3, constituindo as representações individualizadas, e dão sustentabilidade ao núcleo central.^{80,90} Para efeito de análise, os outros núcleos não eram considerados importantes na RS, porém, mais recentemente, estudos têm demonstrado que, pela proximidade com o núcleo central, o segundo quadrante composto pelos elementos intermediários exerce influência no sistema representativo, por apresentar valores muito próximos dos elementos que compõem o sistema central da representação.⁹⁰ Esse fato foi observado neste estudo e, portanto, optou-se por considerar os elementos intermediários relevantes, os quais serão apresentados como representativos do objeto estudado, no momento da discussão de cada temática.

O material coletado por meio da TALP foi constituído por um total de 1007 evocações, assim distribuídas: para o estímulo *pressão alta na gravidez* foram evocadas 335 palavras; para *prematuridade*, 333 vocábulos; e, para *UTIN*, 339 expressões e suas respectivas categorias, organizadas conforme o Quadro 2.

Quadro 2 – Categorização dos vocábulos referentes aos estímulos indutores: *pressão alta na gravidez*, *prematuridade* e *UTIN*, evocados na TALP por 70 puérperas. Natal/RN, 2009.

Estímulo	Cat. 1	Cat.2	Cat.3	Cat.4	Cat. 5
Pressão alta na gravidez	Morte	Aspectos negativos	Estratégias de enfrentamento	Conhecimento sobre a doença	Necessidade de cuidados
Prematuridade	Morte	Necessidade de cuidado	Aspectos negativos	Fragilidade	Estratégias de enfrentamento
UTIN	Morte	Aspectos negativos	Significado da UTI		

3.7.3 Construção verbalizada de imagens mentais

As imagens evocadas pelas participantes foram organizadas por semelhanças e frequência de aparição, resultando em 21 grupos, assim distribuídos: nove referentes à gravidez com pressão alta (Figura 1), quatro relativas à prematuridade (Figura 2) e oito à UTIN (Figura 3). Essas imagens serão apresentadas, analisadas e discutidas juntamente com as categorias referentes aos temas abordados.

3.7.4 As Entrevistas

Os depoimentos foram processados pelo *software* ALCESTE 4.8 – Análise Lexical por Contexto em um Conjunto de Segmentos de Texto. Esse programa efetua de maneira automática a análise das entrevistas, quantifica palavras e extrai significados mais fortes da estrutura textual. Inicialmente o texto é preparado por meio de leitura, correções e codificações, e passa a ser chamado de *Corpus*. A entrada dos dados deve ser efetuada por um único arquivo, reconhecido como unidades de contextos iniciais (UCI), e divididos em segmentos de textos de tamanho similares, denominados de unidades de contextos específicos (UCE). Esse procedimento é realizado sem interferência do pesquisador, visando preservar o caráter aleatório das informações.¹⁰⁷

O processamento do material textual do estudo em apreço, inerente aos temas (SHG, prematuridade e UTIN), se deu a partir de linhas de comando também chamadas de variáveis ou classes de forma reduzida (shg, prem, utin). Isto permitiu a separação das UCIs referentes às respostas das participantes, em cada classe. As fragmentações dessas respostas compuseram as UCEs, agrupadas em radicais ou palavras que tiveram maior frequência no texto, e a eles foram atribuídos valores quantitativos.

Os dados foram submetidos ao programa em quatro arquivos separados. Os três primeiros corresponderam aos três temas – *síndrome hipertensiva da gravidez* (shg) com 35 páginas; *prematuridade* (prem) com 31 páginas e *UTIN* com 45 páginas. Essa divisão foi adotada em virtude da grande quantidade de material coletado e para melhor aproveitamento do conteúdo das entrevistas. Por considerar que os temas investigados eram parte da vivência da puérperas com síndromes hipertensivas, sujeitos desse estudo, e com vistas a atender o propósito da pesquisa, foram abstraídas de cada arquivo apenas as respostas inerentes à representação da SHG, da prematuridade e da UTIN. Esse material correspondeu a 32 páginas e compôs o quarto arquivo submetido ao programa.

Assim sendo, o tratamento analítico dos depoimentos seguiu as etapas do ALCESTE. Na etapa A, ocorreu a leitura do texto e cálculo dos dicionários; na etapa B, os cálculos das matrizes de dados e classificação das UCEs; na etapa C, a descrição das classes, fornecendo n^o, frequência, percentual, qui-quadrado e forma reduzida das palavras; e, por fim, na etapa D, os cálculos complementares.

O corpus analisado pelo ALCEST representa 100% das entrevistas, no qual se identificaram 529 UCEs e, destas, 441 foram utilizadas e assim distribuídas: 187 UCEs pertencentes à classe das síndromes hipertensivas da gravidez; 93 à prematuridade e 161 à UTIN. Essas UCEs correspondem a 83.36% do total presente no corpus. Desse processo resultaram quatro unidades temáticas, que serão evidenciadas na apresentação e discussão dos resultados.

Para análise dos resultados utilizaram-se multimétodos, tais como: EVOC para os dados obtidos através do TALP; e ALCESTE para as entrevistas.

Por fim, procedeu-se à interpretação dos resultados subsidiados pelo referencial teórico metodológico proposto pela TRS na abordagem complementar da

TNC, e discutidos com base na literatura pertinente sobre as SHGs, prematuridade e UTIN. Percebe-se que estudar o fenômeno das SHGs à luz das representações sociais permite identificar construções de aspectos culturais que revelam significados e sentidos construídos pelas mulheres na vivência de um ciclo gravídico e puerperal de alto risco e suas consequências.

Respeitando os princípios éticos e o anonimato das entrevistadas, foram utilizados nomes de pedras preciosas como pseudônimos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização das mulheres

A caracterização sociodemográfica das 70 puérperas pesquisadas pode ser observada na Tabela 1, na qual se detecta que, em relação à faixa etária, 14,30% estavam entre 16 e 19 anos, e 86,7% encontravam-se com mais de 29 anos, sendo a média de idade de $28,87 \pm 7,86$ anos. Alguns estudos apontam que a idade avançada é um fator de risco para o desenvolvimento da hipertensão na gravidez, independente do estado gestacional.^{108,58} Porém, esse fato não foi observado entre as pesquisadas, uma vez que apenas 10 mulheres estavam acima de 35 anos de idade.

Quanto ao grau de instrução, foi revelada uma média de $9,24 \pm 2,95$ anos de estudo, com predomínio para o ensino médio (58,60%). A renda familiar das entrevistadas variou de menos de um salário até três salários mínimos, perfazendo um percentual de 75,70%, corroborado por dados encontrados na literatura, os quais revelam que a situação socioeconômica desfavorável propicia o estabelecimento da pré-eclâmpsia.⁵⁴ Esse resultado também reflete o perfil da população atendida pelo serviço público de saúde, realidade inerente ao campo de pesquisa.

No que se refere à procedência, a maioria (55,70%) afirmou residir no interior estado. A constatação de que 71,40% eram de cor parda e negra vai ao encontro dos estudos literários que mostram a relação entre a cor negra e a ocorrência das SHGs.^{58,59} Tratando-se do estado civil, observou-se que grande parcela das mulheres era casada ou em união consensual. Essa constatação leva ao entendimento de que o estado civil na população estudada não se constituiu fator predisponente às SHGs.

Tabela 1 – Distribuição das 70 puérperas entrevistadas com síndrome hipertensiva da gravidez, segundo os dados socioeconômicos e demográficos. Natal/RN, 2009

Variáveis	Nº	%
Faixa etária		
16 a 19 anos	10	14,30
20 a 29 anos	29	41,40
> 30 anos	31	44,30
Grau de instrução		
Fundamental	24	34,30
Médio	41	58,60
Superior	05	7,10
Renda familiar		
< 1 SM	12	17,20
De 1 a 3 SM	53	75,70
> 4 SM	5	7,10
Procedência		
Capital	31	44,30
Interior	39	55,70
Cor		
Branca	20	28,60
Parda	26	37,10
Negra	24	34,30
Estado civil		
Casada	24	34,30
Solteira	05	7,10
União consensual	41	58,60

Ao se avaliar os dados obstétricos e perinatais observados na Tabela 2, percebe-se que 85,70% das pesquisadas apresentaram mais de quatro consultas pré-natais, com média de $5,59 \pm 2,25$. O que pode ser considerado boa frequência pré-natal, visto que, para todas elas, o parto ocorreu antes do termo. O American College of Gynecology and Obstetrics recomenda que o número mínimo de consultas pré-natais deve variar entre 11 e 14 consultas.⁵⁴ Entretanto, o Ministério da

Saúde considera ideal que a gestante sem fator de risco frequente pelo menos seis consultas, no decorrer da gestação, e determina um acompanhamento mais sistematizado no caso de gravidez de alto risco, em conformidade com a necessidade de cada grávida.²²

Tabela 2 – Distribuição das 70 puérperas entrevistadas com síndromes hipertensivas da gravidez, segundo os dados obstétricos e perinatais. Natal/RN, 2009

Variáveis	n	%
Consultas pré-natais		
0 a 3	10	14,30
4 a 5	25	35,70
6 e mais	35	50,00
Paridade		
Primípara	40	57,14
Múltipara	30	42,86
Tipo de parto		
Parto normal	07	10,00
Parto cesárea	63	90,00
Grau da prematuridade		
Entre 26-28 semanas	4	5,70
Entre 29-31 semanas	6	8,60
Entre 32-34 semanas	29	41,40
Entre 35-37 semanas	31	44,30
Peso ao nascer do recém-nascido		
De 500 a 1.500 g	30	42,90
De 1.501 a 2.500 g	40	57,10

Tratando-se da paridade, 57,14% das mulheres eram primíparas. Esse dado confirma o que a literatura revela, isto é, a primiparidade como fator de risco reprodutivo.¹⁰⁹ Na via de resolução da gravidez foi predominante o parto cesárea, em 90% dos casos. Acredita-se que esse número elevado de partos cirúrgicos ocorreu em virtude da gravidade clínica estabelecida pela patologia. Sabe-se que as

gestantes com síndrome hipertensiva são mais susceptíveis à necessidade da indução do trabalho de parto na 36^a semana de gestação.¹⁸

Prosseguindo com a análise da Tabela 2, observa-se que a ocorrência de parto entre 32-37 semanas foi de 85,7%. Outros estudos apontam um crescente aumento de nascimentos prematuros, nessa faixa de idade gestacional, em mulheres com hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia, bem como a necessidade da hospitalização do filho na UTIN.¹²⁻¹⁴

O peso, ao nascer, considerado baixo (< 1500g) foi registrado em 42,90% dos recém-nascidos, sendo essa faixa de peso a de maior risco para morbidade e mortalidade neonatal, norteando a gravidade do quadro hipertensivo e a predisposição que a doença estabelece para essas condições de nascimento.^{5,17}

De forma geral, observa-se que as entrevistadas apresentavam aspectos cognitivos, nível de escolaridade e frequência ao pré-natal satisfatórios. A partir dessas características, podemos considerar que as representações sociais, neste estudo, foram construídas por mulheres com capacidades cognitivas para entender as alterações na gravidez e apreender informações repassadas pelos profissionais, durante o acompanhamento do ciclo gravídico e puerperal, desde que estas fossem condizentes para favorecer a identificação de fatores de risco, adesão ao tratamento e condutas de promoção à saúde.

4.2 Apresentação das Unidades temáticas

Nesta etapa serão apresentadas as quatro unidades temáticas emergidas dos temas: SHG, prematuridade e UTIN, assim nomeadas:

- **Unidade temática I** – Representatividade de puérperas sobre as síndromes hipertensivas da gravidez
- **Unidade temática II** – Representatividade de puérperas sobre a prematuridade como consequência das síndromes hipertensivas da gravidez
- **Unidade temática III** – Representatividade de puérperas sobre a UTIN
- **Unidade temática IV** – As representações sociais de puérperas sobre as síndromes hipertensivas da gravidez sequenciadas do nascimento prematuro e hospitalização do filho na UTIN

De acordo com a análise obtida pelos multimétodos, cada unidade temática será apresentada inicialmente pelos resultados obtidos por meio da TALP, seguida das construções verbalizadas das imagens e, por último, dos resultantes do ALCESTE. A discussão dos resultados será feita com base no referencial teórico metodológico proposto e ilustrada por depoimentos maternos.

Unidade temática I – Representatividade de puérperas sobre as síndromes hipertensivas da gravidez

Nessa unidade temática serão discutidos os resultados sobre a representatividade das puérperas em relação às SHGs, obtidos inicialmente na TALP, e posteriormente reforçados pela verbalização das imagens mentais e aprofundadas por meio das entrevistas processadas e analisadas pelo ALCESTE, conforme apresentado a seguir:

1. Síndrome hipertensiva da gravidez – TALP

Com relação ao estímulo indutor “pressão alta na gravidez”, foram obtidas 335 evocações, sendo 91,3% delas de natureza semelhante, o que reflete a homogeneidade nas respostas das mulheres. Esses vocábulos foram distribuídos em cinco categorias, conforme observado no Quadro 3.

Quadro 3 – Categorização dos vocábulos referentes às síndromes hipertensivas da gravidez evocadas na TALP por 70 puérperas. Natal/RN, 2009

Estímulo	Cat. 1	Cat.2	Cat.3	Cat.4	Cat. 5
Pressão alta na gravidez	Morte	Aspectos negativos	Estratégia de enfrentamento da doença	Conhecimento sobre a doença	Necessidade de cuidados
	Morte	Angústia Culpa Desespero Dificuldade Fuga Surpresa Terrível Tristeza	Fé Perseverança	Complicação Sintomas	Cuidado

Essas cinco categorias e seus elementos representativos foram distribuídos no Esquema Figurativo 1, no qual se observa que a categoria *morte* surge no primeiro quadrante, como a representação mais forte das SHGs, por ter obtido elevada frequência de evocação e menor OME, o que justifica sua posição como categoria que representa o núcleo central.

OME<2,9	frequência >67		OME>2,9	frequência>67	
	f	OME		f	OME
CAT 1 - Morte	125	2,5	CAT 2-Aspectos negativos	102	3,2
Morte	125	2,5	Angústia, dúvida, tristeza		
			Desespero, dificuldades,		
			Surpresa, fuga e culpa		
				54	3,5
			CAT 4 - Conhecimento sobre a		
			doença		
			Complicação e sintomas		
OME<2,9	frequência < 67		OME>2,9	frequência<67	
				f	OME
			CAT 5- Necessidade de Cuidados	33	3,1
			Cuidado		
				21	3,1
			CAT 3 - Estratégias de		
			enfrentamento		
			Fé, perseverança		

Total de evocações consideradas na categorização das SHGs = 335

Esquema Figurativo 1 – Identificação da estrutura das representações sociais sobre as síndromes hipertensivas da gravidez evocadas por 70 puérperas

A mulher, ao associar as SHGs à morte, torna real a sua própria condição de risco e de vulnerabilidade frente a uma doença desconhecida e surpreendente, que a remete às dificuldades, precoce hospitalização, distanciamento familiar e impotência diante da impossibilidade de levar a gravidez a termo. Nesse sentido, a morte surge não apenas com o cessar da vida, mas contrária à celebração da maternidade e do papel exercido pela mulher no contexto social em que vive.

Comumente, a morte no cotidiano é discutida como uma situação inerente aos outros e não a si próprio.¹¹⁰ Assim, para as entrevistadas, conviver com o risco de morte, tanto para si como para o filho, intensificou as ansiedades e medos, por vivenciarem a objetivação da sua real condição de risco.

No quadrante 2, considerado núcleo intermediário, surgem a segunda categoria, correspondendo aos *aspectos negativos da doença*, na qual foram agrupados os sentimentos, as incertezas e as dificuldades que contribuíram para uma vivência permeada por desesperos, tristezas, angústias, culpas e desejo de fugir da própria realidade. Sabe-se que, por apresentar um caráter insidioso, as SHGs costumam causar surpresa e, algumas vezes, as mulheres, ao vivenciarem essas síndromes, revelam sentimento de culpa por não terem aderido às orientações dos profissionais, como: controle da dieta, repouso e uso de medicamentos específicos.

Nesse mesmo quadrante, surge a categoria *conhecimento sobre a doença*, relativa às complicações e sintomas referidos pela puérperas, nos quais se destacaram o aumento da pressão arterial, dores epigástricas, cefaleias, edema e outras alterações.

No quadrante 3, considerado como sistema periférico, surgem a quinta e a terceira categorias, denominadas respectivamente por *necessidade de cuidados* e

estratégias de enfrentamento. Percebe-se que, conscientes da sua gravidade clínica, as mulheres sentem a necessidade de cuidados específicos e de se autocuidarem, para preservar a sua vida e especialmente a do filho, como também buscam a religiosidade para enfrentar as alterações físicas e emocionais que a doença lhes confere.

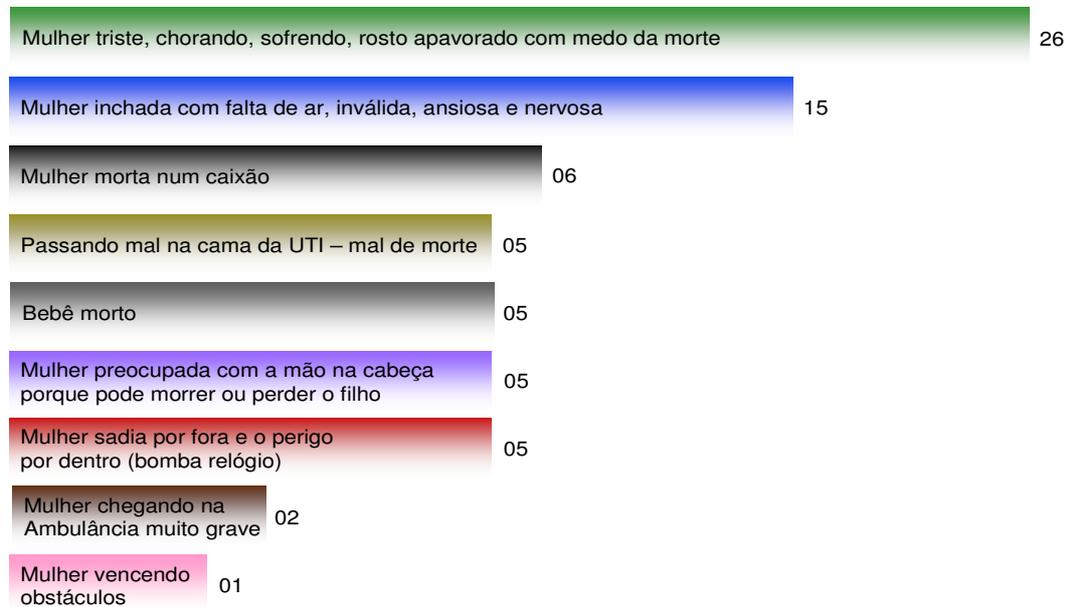
Contrária a outras situações de risco iminente de morte, a doença não estabeleceu o sentido de impotência, provavelmente pelo desejo da mulher em assegurar a sua própria vida. Essa suposição encontra respaldo na concepção de que, preservando a sua vida, a mulher exerce o papel materno de não privar o recém-nascido, também considerado de risco, desses cuidados maternos.

Assim sendo, as categorias *necessidade de cuidados e estratégias de enfrentamento* surgem como formas alternativas de evitar um desfecho desfavorável da doença e como a tentativa de afastar o risco iminente de morte, com o qual as mulheres com SHG convivem. Nesse sentido, utilizam a perseverança e a fé para transpor os obstáculos que a doença lhes estabelece. A religião, nesses casos, fornece recursos para enfrentar o sofrimento e confere fator de encorajamento diante do risco gravídico.^{111,112}

2 - Síndromes hipertensivas da gravidez - Imagens mentais verbalizadas

Com o desencadeamento das SHGs, a morte passa também a fazer parte do imaginário da mulher como construção mental. A constatação do alto risco gravídico e fetal, como saber científico, tem seu eixo norteador na fisiopatologia da doença, porém, para a mulher, devido ao desconhecimento sobre o que acontece ao seu corpo, a palavra “risco” favorece uma construção imaginária negativa da doença, permeada pelo sentimento de tristeza, sofrimento e desespero, vislumbrando

dificuldades e situações que as aproximam do contexto da morte, conforme observado na Figura 1.



Valores correspondentes à frequência de evocações

Figura 1 – Imagens mentais evocadas por 70 puérperas sobre as síndromes hipertensivas da gravidez

A análise da Figura 1 permite identificar que as pesquisadas verbalizaram imagens que se configuram como a de uma mulher com aspecto próximo da morte ou mesmo a morte do próprio filho, enquanto que, apenas para uma delas, o sentido de sobrevivência, “mulher vencendo obstáculos,” estava presente. Estudos têm revelado que, na construção da autoimagem, a grávida denigre o seu próprio corpo e passa a ter uma baixa autoestima, julgando-se incapaz de produzir um “bom bebê”.⁷² Tal situação foi detectada nas imagens mentais construídas pelas puérperas deste estudo que, na sua maioria, simbolizaram aspectos negativos das SHGs.

Essas construções permitem identificar um caráter mais subjetivo de manifestação da doença. São dimensões de origem não físicas, sem caracterizar os sintomas clássicos de uma patologia. Nesse contexto, a doença pode estar ligada a vários sentidos, alguns deles ambíguos¹¹³ e se apresentar não apenas pela observação de uma disfunção, mas pelos sentimentos de angústia e vulnerabilidade aos quais as pessoas estão expostas frente às sequelas e ao temor da morte.¹¹⁴

3. Síndromes hipertensivas da gravidez - ALCESTE

Os resultados por meio do ALCESTE, sobre a representatividade das SHGs, corresponderam a 24 páginas de discurso, com um total de 187 UCEs correspondendo a 42.40 % do corpus.

Na Figura 2 são apresentadas as palavras que, durante as entrevistas, apresentaram alta frequência, favorecendo maiores qui-quadrados no processamento dos dados pelo programa.

Assim, as SHGs foram fortemente representadas pela palavra *morte*, como maior qui-quadrado (χ^2 109. 27). Observa-se também que os outros vocábulos se direcionam para o mesmo sentido (morte), apresentando estreita relação entre si, quando caracterizam o “medo” da morte, o “risco” de morrer ou de perder o filho, e as incertezas quanto à “sobrevivência” tanto da mãe como a do filho.

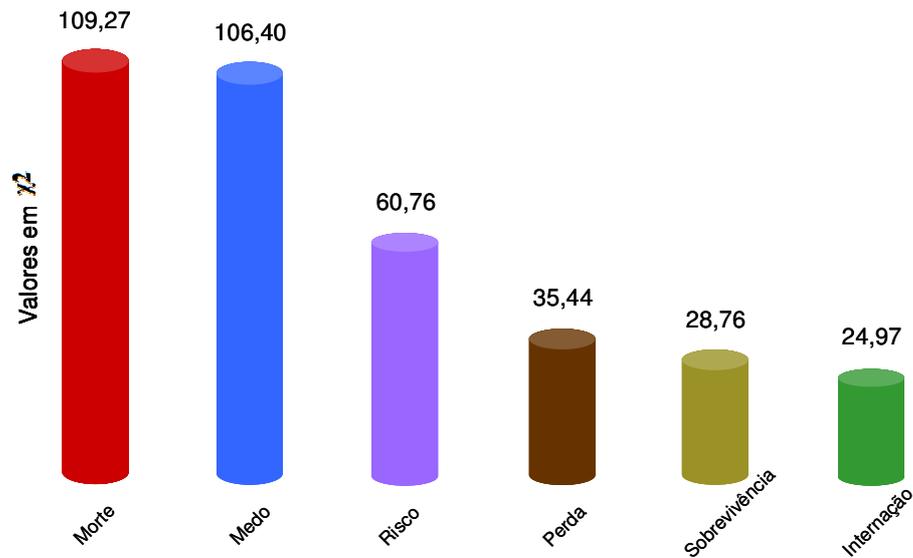


Figura 2 - Palavras que representaram para 70 puérperas o universo das síndromes hipertensivas da gravidez

Nesses resultados também foi identificado que as entrevistadas consideravam o aumento nos níveis da pressão arterial como fator caracterizador das SHGs, e de risco de morte materno e fetal. Nesse sentido, há uma discreta correlação entre o que é apreendido pelo saber popular sobre os riscos gravídicos inerentes à pressão alta na gravidez, com o que foi absorvido do conhecimento científico frente à patologia instalada. Porém esses conhecimentos são limitados e a gravidade clínica somente passa a ser percebida, por ocasião da necessidade de atendimento em um serviço de maior complexidade.

As dificuldades vivenciadas com as SHGs se ancoraram no receio da morte e encontraram objetivação quando as mulheres necessitaram de hospitalização precoce. Porém, a palavra “internação” surge como meio de preservar a vida materna e fetal, passando a ser compreendida como necessária para evitar um desfecho desfavorável da gravidez. De forma contrária, ela também se configura como desencadeadora de dificuldades maternas, por afastar abruptamente a mulher do seu convívio social e familiar e por submetê-la a uma rotina hospitalar.

A permanência hospitalar prolongada é considerada um estressor psicossocial para a mulher¹¹⁵ e as angústias que surgem nesse período são fortalecidas pelo papel social exercido por ela, no contexto familiar, e pelas desordens que sua ausência gera nessa conjuntura. As falas apresentadas a seguir expressam as questões abordadas acima.

*[...] representou conviver com a morte, o medo do bebê morrer ou de nós dois não sobreviver, porque, quando a gente pensa no risco, pensa que vai morrer. Eu tive que ser internada às pressas para ver se não morria e nem perdia meu bebê.
(Brilhante)*

*Representou muito medo, não por mim, mais pelo meu filho. Quando eu soube que tinha isso, eu pensei: Meu Deus! Eu acho que vou ter meu filho antes do tempo e será que ele vai sobreviver? [...] quando disseram que eu tinha uma gravidez de alto risco eu me vi morta, eu me senti uma pessoa inútil.
(Safira)*

Por meio dos relatos das puérperas, foi possível detectar que a sobrecarga emocional à qual estavam submetidas influenciou negativamente no seu estado geral e favoreceu a respostas insatisfatórias à terapêutica usada para controle do quadro hipertensivo, bem como para inibição do parto pré-termo.

As alterações adaptativas, comuns na gravidez de risco, são decorrentes da nova situação e da perda do controle em relação à gravidez.¹¹⁵ Autores revelam que a ansiedade altera as frequências das contrações uterinas em mulheres com franco

trabalho de parto, quando elas são admitidas em um hospital e submetidas a intervenções dos profissionais.¹¹⁶ Outros demonstram as influências dos aspectos emocionais, sobretudo a ansiedade no desencadeamento do parto prematuro.^{117,118}

Outro fator agravante, no percurso da mulher com SHGs, é a espera pela decisão médica quanto à melhor via de resolução do parto e o momento oportuno. Esse período foi marcado por expectativas pela indefinição de interromper ou não a gravidez e tendenciou as mulheres a optarem pelo parto cesáreo, na tentativa de resolver mais rapidamente o seu problema e garantir a sobrevivência do filho.

Sabe-se que o parto é um evento de mudança de vida, com implicações para a mulher e para a sociedade como um todo.¹¹⁹ Em condição de uma gravidez normal, é uma experiência que incorpora subjetivos processos psicológicos e fisiológicos, influenciados por aspectos sociais, ambientais, organizacionais e contextos políticos.¹²⁰ A variedade de experiências que permeiam o ato de parir requer políticas de atenção à mulher e à família no que diz respeito às diversidades culturais, envolvendo perspectivas não apenas biomédicas institucionalizadas, mas sociais e emocionais, como uma maneira eficaz de preparar e apoiar as mulheres e seus parceiros para esse evento.

Algumas vezes, a decisão pelo parto precoce envolve questões de ética médica, a fim de garantir a vida materna. Entretanto, vai de encontro aos sentimentos maternos de doação, acrescidos da culpa por sua impossibilidade de levar a gravidez a termo e expor o filho aos sofrimentos decorrentes da prematuridade. Além disso, a interrupção precoce da gravidez ainda que seja alternativa para assegurar a sobrevivência da mulher e do feto, revelou a ruptura de um sonho de ter um bebê a termo e saudável, substituído pelo medo de resultados perinatais desfavoráveis, como revelado por esta depoente:

Eu cheguei no sábado, e só na quarta-feira é que chegou uma doutora e disse: 'Você vai ter normal, eu vou botar um remédio na sua vagina e você vai ter normal.'. Aí eu disse: Não, eu não vou aceitar esse remédio. Aí eu falei pra ela: Imagine eu com a pressão alta e com as dores de parto, minha pressão subir e depois ter que fazer cesáreo, fazer as duas coisas eu não tenho condição, ou uma coisa ou outra. Então a médica disse: 'Eu vou botar no seu prontuário que você se nega a usar o remédio.', – eu disse:Tá certo, pode botar. Aí eu pedi muita força a Deus, porque eu acho que no parto normal eu ia fazer mais esforço, a pressão ia subir mais e o meu filho podia morrer mais rápido. Aí, quando tiraram o bebê eu senti que ele chorou. Aí veio o médico, mostrou, mandou eu beijar ele e eu beijei. Mas tiveram que levar ele pra UTI, porque o choro dele está diferente e respirando pouquinho. Eu fiquei triste e ao mesmo tempo conformada, porque pelo menos lá ele tinha chance de sobreviver, embora eu tenha ficado angustiada.

(Esmeralda)

Esse depoimento denuncia a conduta dos profissionais no âmbito assistencial obstétrico. A atitude desse profissional frente à recusa da mulher em não aceitar as determinações médicas traduz a comodidade de alguns em responsabilizar a gestante pelo seu prognóstico. Observa-se que a grávida, de alguma forma, justificou a sua reação, e percebe-se que a mesma não foi informada da importância

de aderir ao tratamento médico proposto. Tal fato caracteriza a relação de poder que se estabelece a nível institucional por parte de quem presta, em detrimento de quem recebe cuidado, contrariando a humanização da assistência obstétrica proposta pelo SUS.

Para mães de prematuro, o parto passa a ser verbalizado como a concretização da perda da gravidez e do nascimento idealizados, e deixa de ser um momento de realização, pois, ainda que manifeste alívio pelo fato de o filho ter nascido vivo, surgem os conflitos inerentes à hospitalização na UTIN. Assim, nesse momento as mulheres convivem com as incertezas quanto às condições do parto, do nascimento e da concretude de parir e não ter a consolidação da maternidade, uma vez que, após o parto, esses bebês são separados delas, sem que lhes sejam permitidas trocas interativas, dada a necessidade de cuidados intensivos imediatos.

Assim a admissão no centro cirúrgico ou obstétrico foi passo a passo revelada pelas mulheres como momentos de ansiedade. Inicialmente, a sua própria condição clínica já fundamenta o medo e as inseguranças, porém percebeu-se que o choro e as atitudes apreensivas surgiram no sentido de preservação da vida do filho, ainda que isso implique em comprometer a sua própria existência, conforme verbalizado no depoimento a seguir:

Quando me disseram que eu ia pro centro cirúrgico minha pressão tava controlada, mas dava muita vontade de chorar, com medo dele não aguentar. Eu vi na hora que ele nasceu. Então eu disse: Doutora o menino tá cansadinho, e ela disse: Vamos cuidar de você porque sua pressão tá subindo. Ela não entendia que minha pressão tava subindo porque eu tava

angustiada com medo de perder ele. Eu ficava mais tranquila se cuidasse da vida dele. Eu percebi que ele parou de chorar e eu comecei a passar mal e vomitar. Queria me levantar e correr pra cuidar do meu filho. Eu tava muito angustiada, não me portava que me deixasse morrer, eu queria é que salvasse ele. Quando eu já tava saindo do centro cirúrgico, a doutora que fez meu parto disse: 'Pense em você, porque agora ele não tá bem não.'. Aí foi pior pra mim, porque eu fiquei pensando só nele. Foi horrível sair de lá sem seu filho, é uma sensação de perda, ainda mais que eu sabia que ele tava grave. (Topázio)

Esse relato permite o entendimento de que o estado clínico da mãe piora em decorrência da constatação da gravidade do filho, e revela que os aspectos comportamentais, sobretudo os emocionais, interferem diretamente na vivência de mulheres com SHG e são agravadas por ocasião do parto pré-termo. As falas ainda revelam que as mães esperam que os profissionais se aliem à sua luta e não somente lhes dispensem os cuidados necessários para garantir sua vida, mas que, de forma semelhante, empenhem-se em assegurar a do filho. Nesse contexto, de forma não totalmente consciente, elas esperam um cuidar com característica de integralidade, na qual mãe e filho têm direitos de serem dignamente assistidos.

As memórias do parto prematuro e seus significados são sinalizados pelos riscos à vida que envolvem mãe e filho. Os acontecimentos demarcam momentos de maior apreensão e medo vivenciados diante das complicações da gestação, em face da deficiência das políticas públicas que respondem com falta de leitos na terapia

intensiva neonatal e a dificuldade de manejo profissional diante das intercorrências que podem acompanhar o processo de nascimento humano.¹²¹

Com relação aos três métodos utilizados para caracterização das SHGs, é possível observar que, a partir da TALP, formaram-se cinco categorias *morte*; *aspectos negativos*; *conhecimento sobre a doença*; *necessidade de cuidados*; e *enfrentamento da doença*. De forma semelhante, encontram-se na construção das imagens mentais elementos que também estão relacionados a essas categorias, assim explicado: *morte*: mulher morta no caixão, passando mal na cama da UTI – mal de morte; bebê morto; mulher preocupada com a mão na cabeça, porque pode morrer ou perder o filho; *aspectos negativos*: mulher triste, chorando, sofrendo, rosto apavorado com medo da morte; *conhecimento sobre a doença*: mulher sadia por fora e perigo por dentro – bomba relógio; e, *estratégias de enfrentamento*: mulher vencendo obstáculos.

Na análise do ALCESTE, foram encontradas as palavras “morte” e “perda”, que reforçam a categoria *morte*; como *aspectos negativos*: “medo”, “risco” e “sobrevivência” (sentido de dúvida quanto à sobrevivência da mãe e do filho); e “internação” como a *necessidade de cuidado e estratégia de enfrentamento* da doença.

Assim, analisando os resultados obtidos por meio do multimétodos, pode-se considerar coerência na formação das categorias, que dão sustentabilidade para que se possa considerar que a representação social das SHGs, para as puérperas desse estudo, tem como núcleo central a *morte*. Como elementos periféricos, surgem os *aspectos negativos* na vivência de período gravídico e puerperal de alto risco, como também o discreto *conhecimento da doença* revelado na identificação de suas complicações e gravidade. Tal constatação faz com que as mulheres

portadoras dessas síndromes percebam a necessidade de *cuidados especiais* para evitar desfecho desfavorável tanto para ela como para o filho.

Nesse sentido os multimétodos utilizados para apreender a representatividade das síndromes hipertensivas da gravidez apresentam-se coerentes. Diante disso, pode-se considerar que as SHGs, para as participantes deste estudo, são representadas pelo núcleo central *morte* e pelos elementos periféricos *aspectos negativos, conhecimento sobre a doença, necessidades de cuidados e estratégias de enfrentamento*.

Unidade temática II – Representatividade de puérperas sobre a prematuridade como consequência das síndromes hipertensivas da gravidez

Nesta unidade temática serão abordados os resultados obtidos sobre a representatividade de puérperas, no que se refere à prematuridade. Eles serão apresentados sequencialmente, pela TALP, verbalização das imagens mentais e ALCESTE, conforme já mencionado.

1. Prematuridade – TALP

A partir do estímulo indutor “prematividade”, obteve-se 333 evocações, sendo 81% delas de natureza semântica. Esses vocábulos foram inicialmente distribuídos em cinco categorias, conforme observado no Quadro 4.

Quadro 4 – Categorização dos vocábulos referentes à prematuridade evocados no TALP por 70 puérperas. Natal/RN, 2009

Estímulo	Cat. 1	Cat.2	Cat.3	Cat.4	Cat. 5
Prematuridade	Morte	Cuidados especiais	Aspectos negativos	Percepção sobre o prematuro	Perseverança
	Morte	Amor	Sufrimento	Bebê-frágil	Fé
		Cuidado especial	Tristeza		Luta
			Culpa		

A distribuição dessas categorias constituiu a estrutura representativa da prematuridade observada no Esquema Figurativo 2, no qual encontra-se, no quadrante 1, a palavra “morte” como a representação mais forte da prematuridade, compondo o núcleo central.

Relacionar a morte à prematuridade é conviver com as incertezas quanto à sobrevivência do filho e o insucesso da tentativa de levar a gravidez a termo. Sobre esse aspecto, pode-se afirmar que o parto pré-termo gera sentimentos de insegurança e medos atribuídos à vivência do luto antecipado, sendo um momento de crise, com desequilíbrio ou confusões psicológicas.⁷² Assim, o nascimento prematuro é capaz de gerar surpresas, pela antecipação do processo da maternidade e sofrimentos relacionados aos cuidados específicos demandados pela frágil condição clínica do bebê, ao nascer.⁷¹

OME<2,5	frequência >67		OME>2,5	frequência>67	
	f	OME		f	OME
CAT 1 - Morte Morte	90	2,3	CAT - 4 Fragilidade Bebê-frágil	98	3,0
OME<2,5	frequência < 67		OME>2,5	frequência<67	
				f	OME
			CAT 2 - Necessidade de cuidados Cuidado especial e amor	85	3,1
			CAT 3 - Aspectos negativos Sofrimento, tristeza e culpa	45	3,3
			CAT 5 - Estratégias de enfrentamento Luta e fé	15	2,7

Total de evocações consideradas na categorização da prematuridade = 333

Esquema Figurativo 2 – Identificação da estrutura das representações sociais da prematuridade evocada por 70 puérperas

Prosseguindo com a análise do Esquema Figurativo 2, encontra-se no quadrante 2 a categoria *fragilidade*, emergida da expressão materna em descrever o prematuro como “bebê frágil”. Esse termo apresentou alta frequência de evocação e poderia ser inserido como núcleo central, se não fosse pela OME alta. Como elemento periférico, no terceiro quadrante, surge a categoria *necessidade de cuidados*. Em perceber a fragilidade do filho, a mãe desperta para a necessidade de oferecer cuidados especiais e muito amor, revelando o empenho materno em se

dedicar à recuperação do filho. É uma espécie de solicitude, dedicação e inquietação adotadas pela mãe, visando contribuir com a recuperação do filho.¹²²

Nesse mesmo quadrante, os sentimentos negativos surgem na categoria *aspectos negativos* (sofrimento, tristeza e culpa) e refletem as dificuldades maternas com a prematuridade, iniciadas desde a constatação de não poder levar a gravidez a termo, gerando a culpa; e, após o parto, pela visão de um bebê doente cercado de fios e aparelhos. Tal situação é agravada quando o quadro clínico do filho não evolui satisfatoriamente e a mãe não encontra espaço para falar de suas angústias e medos. Autores revelam que as mães, ao expressarem seus sentimentos, lidam melhor com a hospitalização do filho.¹²³

A categoria *estratégia de enfrentamento* reflete a utilização da fé e a luta como mecanismo de suporte para superar as adversidades vivenciadas diante de um filho prematuro submetido tratamento intensivo. Nesse sentido, como parte relevante da vida, a religiosidade não pode ser negligenciada e precisa ser valorizada e inserida como acréscimo ao tratamento medicalizado.¹²⁴

2. Prematuridade - Imagens mentais verbalizadas

Frente ao estímulo indutor “bebê prematuro”, as mães verbalizaram as imagens mentais por elas construídas sobre a prematuridade, conforme apresentadas na Figura 3. Percebe-se que as construções imaginárias que apresentaram maior frequência de evocação correspondem ao risco de vida do bebê, reforçando a categoria *morte* encontrada na TALP como núcleo central da prematuridade.



Valores correspondentes à frequência de evocações

Figura 3 – Imagens mentais evocadas por 70 puérperas sobre a prematuridade

Observou-se que essas imagens passaram a fazer parte do imaginário materno por ocasião da sua primeira visita ao filho na UTIN. Nesse momento, a reação inicial mencionada foi de choque, justificada pela imagem de um “bebê frágil” e “pequeno” que parece um ser inacabado. A visão de um bebê cheio de aparelhos denota o sofrimento do filho e, no imaginário materno, estabelece o sentido de que o filho está “lutando pela vida, e sofrendo muito” e de “uma vida pedindo socorro”.

Essas significações merecem ser valorizadas, pois a produção simbólica que provém de um sujeito ativo e criativo configura a construção social da sua realidade.¹²⁵ Outros autores fazem alusão ao caráter inseparável das atividades simbólicas do sujeito como resultado de sua inserção na totalidade social.^{126,127}

3. Prematuridade – ALCESTE

Nesta análise foram encontrados resultados que reforçam os identificados nos métodos anteriores. O material foi abstraído de 15 páginas de discurso, em um total de 93 UCEs, correspondendo a 21,09% do corpus.

Inicialmente buscou-se investigar a associação feita pelas entrevistadas entre as SHGs e o parto pré-termo. Dessa forma, o termo “pressão alta”, conforme

observado na Figura 4 surge para as entrevistadas como a principal causa de desencadeamento da prematuridade.

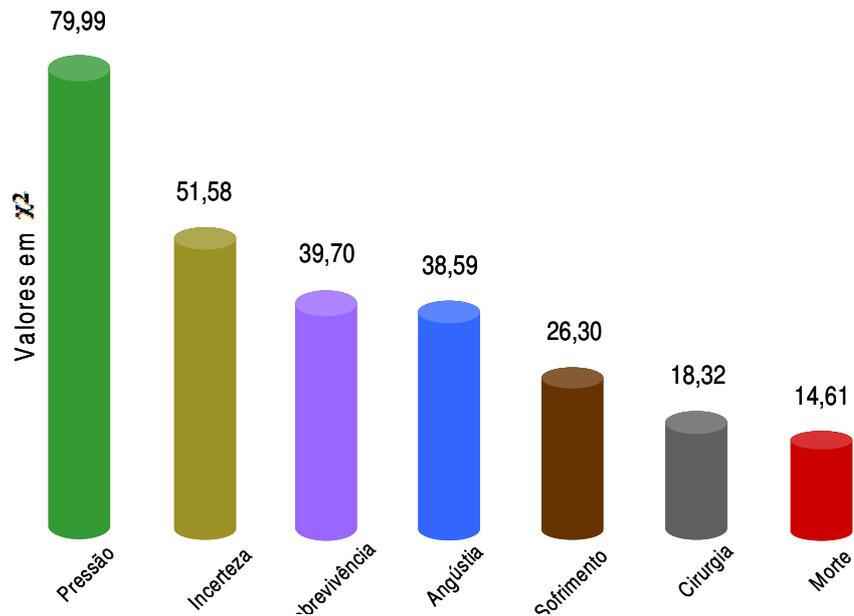


Figura 4 – Palavras que representaram para 70 puérperas a prematuridade como consequência das síndromes hipertensivas da gravidez

Entretanto, ao se aprofundar nos depoimentos, percebe-se que as mães sentem-se responsáveis pelo fato de não terem seguido as orientações médicas quanto à dieta, repouso e tratamento indicado para o controle hipertensivo. A mãe poderá culpar-se pela prematuridade ou qualquer defeito que possa surgir no filho, mesmo que haja outras justificativas para isso.¹²⁸ Esse fato é observado nas falas destas mães:

Eu acho que foi por causa desses meus problemas de pressão alta. Eu podia também ter tido mais cuidado durante a gestação, eu não gostava de comer sal, eu gostava mais de açúcar. (Topázio)

*“eu acho que foi devido à pressão alta, por causa de eclâmpsia que eu tive. Aí ela nasceu assim. Talvez se eu tivesse tido mais repouso, tivesse me alimentado melhor, comido insosso, podia ter evitado isso.
(Esmeralda)*

Nesse contexto, percebe-se que, por um lado, com o discreto conhecimento adquirido do saber científico de que a pressão alta pode levar à prematuridade, o saber consensual traz à tona a responsabilidade materna da incapacidade de gerar filhos saudáveis. Tal fato faz com que as mães adotem com os filhos prematuros uma postura de doação e cuidados, concentrando esforços que favoreçam a sua sobrevivência e, por vezes, desconsideram os seus próprios riscos puerperais, presentes na persistência da elevação dos níveis pressóricos pós-parto.

Prosseguindo com a análise da Figura 4, observa-se que as palavras “incerteza” e “sobrevivência” reforçam o sentido da morte também presente no tocante à prematuridade, e expressam as dúvidas quanto à sobrevivência do filho. Os vocábulos “angústia” e “sofrimento” são oriundos dos conflitos maternos e da diversidade de sentimentos que permeiam o universo da mãe do prematuro.

A palavra “cirurgia” foi mencionada como a resolução das SHGs que não respondem ao tratamento específico, fato comum para as participantes deste estudo. Essa palavra também foi mencionada como recurso para garantir a sobrevivência da mulher e do recém-nascido, e evitar desfecho desfavorável, como a morte materna ou fetal.

Constata-se que, quando o parto ocorre antes do período previsto, e caso a criança necessite de cuidados especiais, como os recém-nascidos prematuros, a mãe desconstrói a celebração da maternidade e passa a conviver com a realidade

de um filho que inspira cuidados e risco de não sobreviver. Essa realidade configura-se como a perda de um sonho também considerado por alguns autores como o confronto entre a realidade e as expectativas vividas durante a gestação.¹²⁹

Soma-se a isso o fato de a mãe sentir-se incapaz de gerar filhos saudáveis ou abrigá-los durante os nove meses em seu útero, confirmando a constituição de um ser não biologicamente saudável, gerando sentimentos de culpa. Nessa situação, a culpa origina-se da necessidade humana de encontrar causas racionais que justifiquem o nascimento prematuro.¹³⁰

Dessa forma, o nascimento prematuro se caracteriza contrário ao fisiológico, assinalando um momento difícil na vida da mulher, e requer o desenvolvimento de novas habilidades para cuidar e proteger o filho, mesmo em ambientes estranhos e desconhecidos, como a UTI neonatal. Portanto, ter um filho prematuro significa alterações na vida da mulher, quando consideram-se seu contexto social e o papel materno que desenvolvem no âmbito familiar.

Nessa linha de consideração, o significado da prematuridade para as puérperas foi revelada na TALP por meio das seguintes categorias: *morte*; *fragilidade*; *necessidade de cuidados*; *aspectos negativos*; e *estratégias de enfrentamento*. Pelas imagens mentais, foram identificado resultados semelhantes às categorias encontradas na TALP, assim detectadas: *fragilidade*: bebê frágil, pequeno, triste e correndo risco de vida; *necessidade de cuidados*: uma pequena luz dando sinal de vida; *aspectos negativos*: uma vida pedindo socorro, pedindo a Deus que não aconteça nada com ele; e *estratégia de enfrentamento*: lutando pela vida e sofrendo muito.

No ALCESTE, inicialmente surgiu o termo “pressão alta”, como desencadeadora da prematuridade; seguida das palavras “incertezas”, “angústia”,

“sofrimentos” e “sobrevivência” (sentido de dúvida) que caracterizam os *aspectos negativos*. Em relação aos *cuidados especiais*, aparece o vocábulo “cirurgia”; e, por último, a palavra “morte”, que dá sustentabilidade à categoria *morte* encontrada na TALP.

De forma similar à unidade anterior (representatividade das síndromes hipertensivas da gravidez), observa-se coerência entre os resultados obtidos nos três métodos de análise, fortalecendo as categorias apresentadas. Diante disso, pode-se considerar que a prematuridade, para as puérperas entrevistadas, é representada pelo núcleo central *morte* e pelos elementos periféricos *fragilidade*, *necessidade de cuidados*, *aspectos negativos* e *estratégias de enfrentamento*.

Unidade temática III – Representatividade de puérperas sobre a UTIN

A representatividade da UTIN, nesta unidade temática, será apresentada de forma semelhante às unidades anteriores, sequenciada pelos multimétodos de análise utilizados.

1. UTIN – TALP

Para o estímulo indutor “UTIN”, foram obtidas 339 evocações, 89 % delas de naturezas similares. Esses vocábulos foram agrupados em três categorias, conforme apresentado no Quadro 5.

Quadro 5 – Categorização dos vocábulos referente à UTIN evocados na TALP por 70 puérperas. Natal/RN, 2009

Estímulo UTIN	Cat 1. Morte	Cat 2. Aspectos negativos	Cat 3. Significado da UTIN
	Morte	Angústia Sofrimento Tristeza	Aparato tecnológico Cuidado especial Profissionais qualificados Sobrevivência Ventre materno Assustadora Esperança

Essas categorias foram processadas pelo EVOG e distribuídas em quadrantes de acordo com a sua representatividade, conforme observado no Esquema Figurativo 3.

Nesse esquema figurativo, a categoria *morte* aparece no primeiro quadrante, como a representatividade mais forte da UTIN. O entendimento popular sobre a UTI traz como definição um lugar no qual há pessoas muito graves, próximas da morte. Esse ambiente remete para as mães a visão de um lugar desconhecido e atemorizante, no qual, com frequência, presenciam a morte de outros bebês e o sofrimento das outras mães. E essas situações reforçam a sensação de conviver diariamente com o risco de perder o filho. Assim sendo, ter um filho prematuro nesse ambiente é inicialmente conviver com o sentido da perda.

OME<2,5	frequência >113		OME>2,5	frequência>113	
	f	OME		f	OME
CAT 1 - Morte	115	2,1	CAT 3- Significados da UTIN	148	3,1
Morte	115	2,1	Lugar assustador, aparato tecnológico		
			Lugar de esperança		
			Profissionais qualificados		
			Cuidado especial		
			Sobrevivência		
			Ventre materno		
OME<2,5	Frequência < 113		OME>2,5	frequência 113	
				f	OME
			CAT - 2 aspectos negativos	76	3,3
			Angústia, sofrimento, e tristeza		

Total de evocações consideradas na categorização da UTIN = 339

Esquema Figurativo 3 – Identificação da estrutura das representações sociais da UTIN evocada por 70 puérperas

Ainda, no que se refere ao Esquema Figurativo 3, observa-se no quadrante 2 a categoria *significados da UTIN*, que suscitam o tipo de cuidado especializado que se concede ao prematuro por meio de aparatos tecnológicos, profissionais qualificados e cuidados especiais. Essa especificidade de assistência contribui para ressignificação desse setor, no qual o sentido da morte, embora convivido

diariamente, vai sendo substituído pela percepção de que os recursos disponíveis aumentam as chances de vida do filho.

Tal situação fez com que algumas mães considerassem a UTIN como “ventre materno”, dando a ela o significado de uma continuidade da gravidez e, portanto, responsável pela complementação da gestação interrompida precocemente, com eminência de necessidade materna e neonatal. No âmbito dos cuidados intensivos, os “aparatos tecnológicos” inicialmente concretizam uma objetivação assustadora da UTIN para as mães e, posteriormente, a ressignificação para um lugar no qual se pode se salvaguardar a vida do filho.

No terceiro quadrante, como sistema periférico, é encontrada a categoria *aspectos negativos*, oriundos dos sentimentos vivenciados pelas mães como acompanhantes do filho na UTIN. É oportuno destacar que um neonato em situação de cuidados intensivos leva seus pais, na maioria das vezes, a vivenciar preocupações, ansiedades, angústia, sofrimentos e tristezas, tornando imprescindível que, na proposta de um cuidado integral ao neonato, seja pensado o cuidar da família prematura.

As UTINs foram criadas com objetivo de oferecer condições para redução da morbidade e mortalidade neonatal. Entretanto, percebe-se que, nesse ambiente, é comum os profissionais voltarem suas ações às necessidades biológicas do recém-nascido, enquanto que ocorre uma fragmentação do atendimento das necessidades maternas e familiares, também presentes no contexto do nascimento e hospitalização de um filho prematuro.

As dificuldades maternas com o nascimento de um filho prematuro e hospitalização deste na UTIN começam a ser delineadas quando a mãe, ainda no centro obstétrico, escuta do pediatra que o mesmo necessitava de cuidados

intensivos. Com relação a esse momento, as depoentes deste estudo verbalizaram o desespero em aceitar um fato estranho ao cotidiano de um processo de parto normal. Acredita-se que para elas essa situação passou a ser mais temida, mediante o consenso popular de que a UTI é um ambiente no qual estão aquelas pessoas com pouca chance de sobrevivência. Dessa forma, a UTI se aproxima do sentido de morte, assim verbalizado por esta depoente:

[...] por que a ideia que você tem da UTI é que só vai quem tá grave. E muitos bebês morreram lá, por isso a gente pensa logo que vai morrer. (Jade)

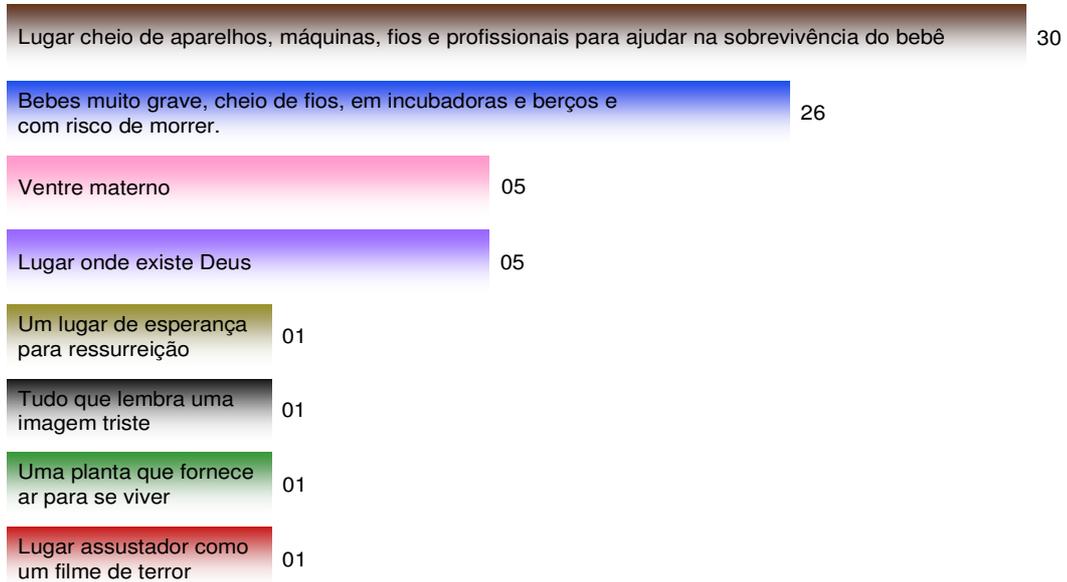
Ter um filho na UTIN requer novas habilidades do “ser mãe” e é evidenciado o desejo de fugir dessa realidade, em decorrência do medo materno de se apegar a essa criança e depois perdê-la. Isso contribui para retardar a formação do vínculo entre mãe e filho e para dificuldades adaptativas que, comumente, ocorrem de forma desestruturada, o que aumenta as angústias e ansiedades maternas.

Assim, o período de adaptação materna à realidade da prematuridade pode denotar tempo, porém não impede a incorporação diária de novos saberes, sobretudo quando a mãe sente-se acolhida pelos profissionais. As mães, no contexto da UTIN, parecem estar propícias a apresentar ansiedade frente às situações estressantes e, portanto, podem ser consideradas grupo de risco para alterações emocionais.¹³¹

2. UTIN – Imagens mentais verbalizadas

As imagens evocadas sobre a UTIN podem ser observadas na Figura 5 e reforçam os resultados obtidos na TALP, trazendo como imagem mental: a

gravidade clínica do filho, os aparatos tecnológicos e os profissionais especializados (Figura 5).



Valores correspondentes à frequência de evocações

Figura 5 – Imagens mentais evocadas por 70 puérperas sobre a UTIN

O sentido de *fragilidade* é construído pela imagem de um *bebê muito grave, cercado de cuidados e aparelhos*, situação muito dolorosa para os pais. Sobre esse aspecto, é ressaltada a necessidade de se inserir na sistematização da assistência neonatal o suporte aos aspectos emocionais maternos, e que esses cuidados sejam estendidos a toda a família do prematuro.^{131,132} Pelo relato seguinte, é possível identificar como a mãe percebe essa fragilidade do filho:

Fiquei chocada ao chegar na UTIN. Quando vi minha bebezinha, tão pequeninha, tão frágil, tão indefesa. Ela é de alto risco, chegou a pesar 865 g, cada dia que passava, mais desesperada eu fico. Estou angustiada com tudo que tá acontecendo, quando a gente pensa que se livrou de um

problema vem outro maior. Enquanto ele tiver lá dentro, eu tenho certeza que minha pressão não vai baixar, porque todo dia é um sofrimento diferente. (Safira)

Nesse relato, além de verbalizar a percepção materna do sofrimento ao qual o filho está submetido, a mãe reconhece que a situação de estresse pela qual está passando favorece a persistência do seu quadro hipertensivo.

Entretanto, a UTIN assim como tem significados negativos, por vezes ameaçadores, paradoxalmente surgem significados positivos como um *lugar de esperança*, que dá seguimento ao desenvolvimento do bebê, não completado no útero materno, e que salva vidas. Nesse aspecto, a construção imaginária da UTIN gera ambivalência entre a vida e morte.

3 UTIN – ALCESTE

Esta classe foi construída por 18 páginas de discurso, num total de 161 UCEs, e correspondeu a 36,51% do corpus. Conforme observado na Figura 6, os vocábulos se assemelham aos mencionados nas unidades anteriores.

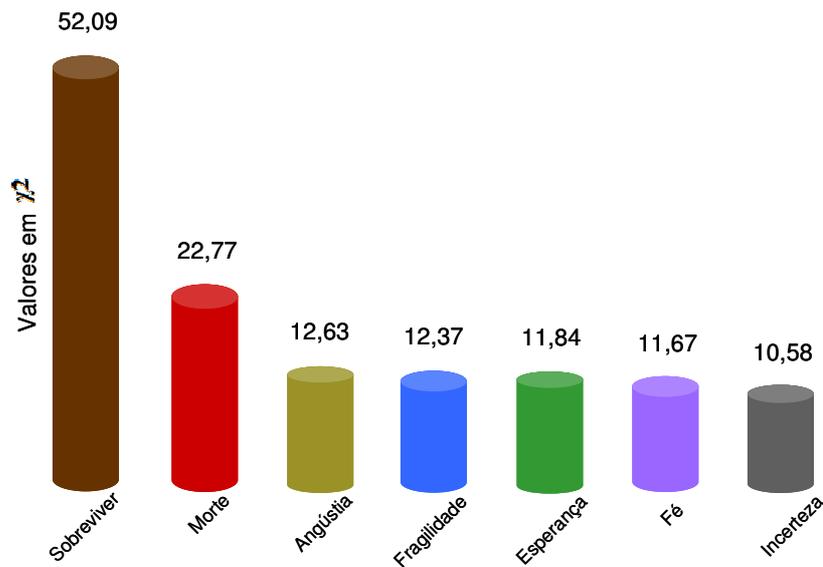


Figura 6 – Palavras que representaram a UTIN para 70 puérperas

A palavra *sobreviver* aparece como a de maior qui-quadrado no contexto da UTIN. Conforme observado também na análise das imagens mentais, essa palavra é revelada em sentido ambíguo. Em alguns momentos ela representa as incertezas quanto à vida do filho, em outros a esperança de que os cuidados intensivos afastem os riscos aos quais o filho está exposto.

Sequencialmente surge a palavra *morte*, que reforça o consenso popular também encontrado na TALP em caracterizar a UTI como um lugar de proximidade com a morte. Essa projeção gera *sentimentos de angústia, incerteza e fragilidade* vividos de forma mais intensa, logo após o nascimento do filho, com a constatação da necessidade de hospitalização na UTIN, conforme explicado no depoimento seguinte:

Representou tristeza e sofrimento de ver ele ali tão pequenininho, tão frágil e lutando pra viver. A gente não sabe se vai ou não se salvar, sabe que pode morrer ou não, essa é a minha angústia e ficar nessa incerteza. Eu tive muito medo dele não sobreviver,

dele morrer e fiquei muito triste. Quando falaram que ele precisava ir pra UTI, e pensei logo que era o fim. (Água Marinha)

Porém, no cotidiano, elas percebem que, associada aos cuidados de profissionais especializados, a tecnologia contribui para a recuperação do filho. Assim, a UTIN, conforme encontrado também nas imagens mentais, ora tida como o espaço da “morte”, passa a ter o sentido de “esperança” e, de estranha, passa a ser uma aliada para a sobrevivência do filho.

Dá desespero e angústia. A gente só pensa que ele vai morrer. É um lugar que dá angústia, tristeza, mas ajuda o bebê a se salvar. E graças a Deus existe, porque senão, como é que eles iam viver?(Jade)

A UTI representa o lugar que salva vida deles. É difícil, mas eu acho que é o único e a última tentativa de salvar a vida daqueles bebês. Gera angústia, mas é necessário eles irem pra lá. Porque lá tem todos os cuidados [...] a UTI acaba sendo uma esperança, porque, enquanto tá lá, a gente tem esperança que sobreviva e cuidado. Lá eu sei que cuidaram muito bem de meu filho. (Água Marinha)

Mesmo vivenciando a vulnerabilidade de um período puerperal de risco, após a hospitalização do filho as mães são conduzidas a participarem dos cuidados com o filho na UTIN e, sem muita clareza do seu papel nesse setor, tentam sufocar suas angústias objetivadas pelo desejo de contribuir para a recuperação dele. Tal

situação faz com que as mães adotem uma postura irreal de firmeza e determinação, embora, no seu íntimo, convivam diariamente com o medo de perdê-lo. Assim, reforçados no ideal de amor materno, justificam os comportamentos de sacrifícios e abnegação.⁷¹

A aceitação às regras da rotinização hospitalar, por parte das mães, fica evidente pela necessidade de garantir cuidados que assegurem a sobrevivência do filho e, dessa forma, se submetem ao que lhes é estabelecido e tentam manter acesas a fé e a “esperança” de superar as dificuldades vivenciadas. Assim, os profissionais devem considerar a relação “mãe e puérpera de risco” e com vistas a identificar suas individualidades e ajudá-las a elaborar mecanismos de enfrentamento para o cotidiano da UTIN. Acredita-se que a adoção de condutas que incentivem a participação das mães nos cuidados com o filho favorece a canalização de sentimentos positivos.¹³³ Atender às necessidades dos pacientes é um compromisso profissional daqueles que buscam um cuidado humanizado.¹³⁴

Sabe-se que ser mãe é uma aceitação social que denota, em algumas mulheres, a sensação de poder, implicada na lógica social de que a mulher saudável é aquela que consegue reproduzir. Isso também se confirma no meio familiar, no qual a partir da relação de cuidados com os filhos, marido, enfim, com a família, a mulher cumpre a sua função socialmente aceita pela sociedade.¹³⁵ Essa construção social parece receber novos valores, quando a mulher vivencia uma gravidez de risco e o nascimento de um filho prematuro hospitalizado na UTIN.

O ambiente tecnológico da UTI neonatal e o sentido de impotência diante da gravidade do filho fazem com que as mães sintam-se incapazes de cuidar desses bebês. Essa situação é agravada pela pouca sensibilidade da equipe neonatal em perceber as dificuldades maternas para adaptar-se à função de “mãe

acompanhante” e apreender novas habilidades para cuidar de um filho prematuro, conforme o relato a seguir.

Elas pensam que basta ensinar uma vez, que a gente já vai saber fazer da outra vez. Não é tão simples assim. Pra eles é fácil, que estudaram pra isso, mas pra gente é tudo muito complicado, pois além do medo tem a questão da gente está com um monte de preocupação na cabeça com as coisas em casa, que dificulta a gente pensar só no que está acontecendo aqui. A gente se esforça e às vezes se sente até com pouca inteligência. (Turmalina)

Percebe-se, nessa fala materna, que o sentimento de incapacidade na aquisição de conhecimentos sobre os cuidados ao prematuro, por vezes decorrente da própria vulnerabilidade em que se encontram, faz com que as mães vivenciem a rotina da UTI neonatal sentindo-se culpadas por não apresentarem habilidades suficientes para realizar atividades consideradas pela equipe como rotineiras e de fácil execução. Em função disso, perdem a sua autonomia de mãe, adotando com o filho aqueles cuidados estabelecidos pela equipe como, por exemplo, oferecer dieta, trocar fraldas e higienizá-lo, sem o incentivo para trocas interativas entre mãe e filho.

Considera-se ser imprescindível o incentivo à participação materna, no cuidado com o filho na UTIN, de forma a influenciar positivamente para que a mãe se adapte a essa nova realidade e exerça com o filho a maternagem. Os cuidados maternos com o bebê ajudam a concretizar a maternidade e favorecem o surgimento

de energia afetiva que gera a sensação de pertencimento, o que diferencia do cuidado profissionalizado.¹³⁶

No presente estudo observou-se que, mesmo vivenciando dificuldades e incertezas quanto à sobrevivência do filho, as mães valorizam os cuidados técnicos dispensados pela equipe na UTIN. Entretanto, reconhecem-se as dificuldades na comunicação entre profissionais e mães, evidenciando o estabelecimento das relações de poder. As entrevistadas fazem alusão ao uso excessivo da linguagem técnica por parte dos profissionais da UTIN, o que dificulta o entendimento sobre a evolução clínica do filho, especialmente para aquelas de menor escolaridade, o que potencializa o sofrimento materno e retarda a compreensão do seu papel como mãe de um filho hospitalizado na UTIN. Essa concepção é corroborada por outros estudos, que consideram o ambiente da UTI neonatal e a equipe de saúde como principais causadores dos medos e inseguranças maternas.¹³⁷

Como provedoras da integração familiar, as mulheres, na condição de mães acompanhantes, convivem com a ambiguidade de sentimentos entre suprir as necessidades dos outros filhos ou permanecer no hospital contribuindo para a sobrevivência do prematuro.

Ter um filho prematuro internado em UTIN requer das mães separação do contexto social e lhes conduz a permanecer no hospital, por vezes, por longos períodos, até que o filho se restabeleça.^{138,139} Essa realidade desencadeia sentimentos antagônicos entre a importância de acompanhar o bebê e a impossibilidade de exercer atividades diárias com a família.⁶⁷ Tais dificuldades podem surgir da pressão social em considerar a mulher como um elemento agregador imprescindível, sem o qual a unidade familiar não sobrevive.¹⁴⁰

Nas visitas diárias ao filho na UTI, algumas genitoras informaram que muitas vezes chegam tristes nesse setor e, habitualmente, escutam dos profissionais a alusão de se manterem equilibradas e não chorarem junto aos bebês, para que não lhes transmitam energias negativas, embora se encontrem fragilizadas e necessitadas de atenção especial. Todavia, quando acolhem essas informações como verdadeiras, adotam postura de aparente fortaleza, enquanto que outras preferem se distanciar da UTI e passam a visitar seus filhos com menor frequência, por não conseguirem exprimir seus sentimentos.

Nessas circunstâncias as mães, embora tentem suplantar a tristeza e angústia que lhes acometem, não conseguem trazer para o seu cotidiano, fato atípico, as expectativas de um recém-nascido a termo. Assim sendo, em alguns momentos, negligenciam os cuidados que poderiam ser prestados ao próprio filho, principalmente nos primeiros dias de internação na UTI neonatal, retardando o processo de vinculação entre mãe e filho.

Percebe-se que os aspectos emocionais presentes na vivência materna de ter um filho prematuro na UTIN não estão sendo valorizados pelos profissionais desse serviço, provavelmente pelo tecnicismo exagerado, comum nas unidades de terapia intensiva. Tal fato pode trazer repercussões negativas no processo de aprendizagem materna dos cuidados com o filho durante sua hospitalização e no preparo para a alta. Nesse processo, torna-se imprescindível a sensibilidade dos profissionais da UTIN em perceber que as mães não podem ser vistas como repetidoras ou copiadoras de condutas hospitalares, mas como um pensador crítico que incorpora aspectos estruturais, culturais e contextuais que o cercam.¹⁴¹

Apesar de considerar a UTIN como um ambiente assustador, a mãe, em um processo de ancoragem, procura trazer para o seu cotidiano o significado da UTIN

como meio de salvaguardar a vida do filho. Isto significa dizer que as mães, apesar de terem um conceito prévio da UTIN associado à morte, durante o processo de acompanhamento do filho constroem outros saberes e adquirem novas experiências, por vezes advindas da comunicação com a equipe neonatal, conforme o relato a seguir:

Eu imaginava outra coisa, porque a gente sempre soube que pra UTI vai quem tá nas últimas. Não deixa de ser um lugar assustador, mas é uma ajuda pra gente, porque lá tem todo o cuidado que um bebê prematuro precisa. Então, de qualquer forma, passa também segurança pra gente [...] lá eles sabem cuidar direitinho, coisa que eu como mãe não sei, porque eu nunca tive prematuro. (Ametista)

Cabe considerar que, como mães acompanhantes do filho na UTIN, as puérperas vivenciam dificuldades emocionais inerentes ao período puerperal, situação que sinaliza para a necessidade de uma atuação profissional que valorize e considere esse período como de vulnerabilidade materna. Acredita-se que as mães, sentindo-se cuidadas, terão melhores condições de cuidar do filho prematuro.

A significação de puérperas sobre a UTIN, apreendida pelos métodos de análise utilizados, possibilitou identificar por meio da TALP as seguintes categorias: *morte*, *significados da UTIN* e *aspectos negativos*. Pelas imagens mentais, observa-se que o sentido da construção imaginária apresenta semelhança com as categorias identificadas na TALP, podendo ser assim especificadas: *morte* (bebês muito graves cheios de fios, em incubadoras e berços, com risco de morte); *significados da UTIN* (lugar com aparelhos, máquinas, fios, profissionais, lugar assustador como filme de terror e ventre materno); e *aspectos negativos* (tudo que lembra uma imagem triste).

No ALCESTE também foi identificada a palavra “morte”. No que se refere aos *significados da UTIN* surgem as palavras “sobreviver”, “esperança” e “fé” e, por fim, nos *aspectos negativos*, “incerteza”, “angústia” e “esperança”.

Na consolidação dos três métodos de análise é encontrada coerência entre eles. E revelam que, para as puérperas deste estudo, a representatividade da UTIN tem como núcleo central a *morte* e como elementos periféricos os *significados da UTIN*, que se alternam entre negativos, quando denotam dificuldades, e positivos, quando mantêm as esperanças de que esse ambiente favoreça a sobrevivência do filho. E, por fim, os *aspectos negativos* vivenciados pelas mães com a hospitalização do filho nesse setor.

Unidade temática IV – As representações sociais de puérperas sobre as síndromes hipertensivas da gravidez sequenciada do nascimento prematuro e hospitalização do filho na UTIN

As representações precisam de um núcleo que represente um pensamento social e que, em torno deste, haja certa quantidade de crenças coletivamente construídas e determinadas historicamente, que garantam identidade e a permanência de um grupo social.¹⁴²

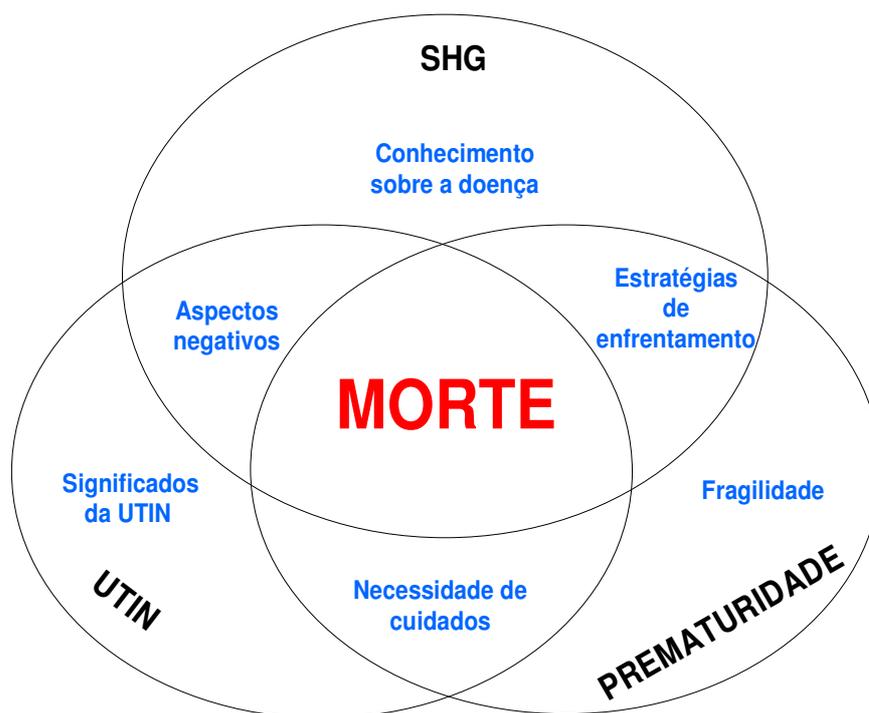
Assim, por meio dos multimétodos de análise utilizados para apreender os resultados das representações sociais de puérperas sobre as síndromes hipertensivas da gravidez sequenciadas do nascimento prematuro que evoluiu para hospitalização do filho na UTIN, foi possível identificar que as categorias *morte*, *aspectos negativos*, *estratégias de enfrentamento* e *necessidades de cuidados* são comuns aos três universos representativos. Isso pode ser observado no Quadro 6,

confirmando que trata-se de uma vivência de contexto único, embora com consequências diversas.

Quadro 6 – Categorização obtida pelos multimétodos analisados sobre a representatividade das síndromes hipertensivas da gravidez, prematuridade e UTIN para 70 puérperas. Natal/RN, 2009

TEMA	SHG	Prematuridade	UTIN
	Morte	Morte	Morte
	Aspectos negativos	Aspectos negativos	Aspectos negativos
	Estratégias de enfrentamento	Estratégias de enfrentamento	Significados da UTIN
	Necessidades de cuidados	Necessidade de cuidados	
	Conhecimento sobre a doença	Fragilidade	

A partir da consolidação dessas categorias, foi elaborado o Esquema Figurativo 4, no qual se observa que a palavra “morte” surgiu com frequência elevada e esteve presente em todos os métodos de análise. Dessa forma, podemos considerar que a categoria *morte* constitui o núcleo central do estudo sobre a representação social da gravidez que cursa com síndrome hipertensiva e que teve como consequência o parto pré-termo e a hospitalização do filho na UTIN, para as 70 puérperas estudadas.



Esquema Figurativo 4 – Representações sociais das SHGs e algumas de suas consequências: nascimento prematuro e UTIN, para as 70 puérperas. Natal/RN, 2009

Os elementos como sentimentos, percepções, significados, atitudes e dificuldades surgidas a partir de expressões individualizadas representam, coletivamente, o cotidiano das entrevistas durante a gravidez, parto, puerpério e nascimento de alto risco. Eles compuseram as categorias: *aspectos negativos*, *estratégias de enfrentamento*, *necessidades de cuidados*, *conhecimento sobre a doença*, *fragilidade* e *significados da UTIN*, e constituíram o núcleo periférico da representação social deste estudo.

Com o respaldo nas definições de Abric (1998)⁸³, compreende-se que os elementos periféricos neste estudo assumem suas funções da seguinte forma: “função de concretização”, quando a mulher e o filho prematuro necessitam de hospitalização em unidade de alto risco, desencadeando os *aspectos negativos* das

SHGs e suas consequências. A “função de regularização”, pelas *necessidades de cuidados* despertadas pelas mulheres, na tentativa de evitar desfecho desfavorável das SHGs, como a morte materna, fetal ou neonatal. A “função de defesa” revela as *estratégias de enfrentamento* da mulher para vencer as dificuldades inerentes a um período gravídico e puerperal de alto risco.

Esses reflexos sociais cristalizam os aspectos negativos das SHGs com tendências a prejuízos físicos, emocionais e sociais. Em função disso, é estabelecida a necessidade de um “cuidar” com atenção especial aos aspectos subjetivos presentes na vivência de uma gravidez que cursa com hipertensão arterial, e resultou no nascimento de um filho de risco e hospitalizado na UTIN.

Portanto, é imprescindível considerar as particularidades da mulher no contexto social da gravidez e nascimento de alto risco, de forma a oferecer subsídios para o enfrentamento e adaptação a uma realidade permeada por dificuldades, sentimentos negativos, atitudes desesperadoras. E para a reconstrução social e individual de um novo papel materno que vá ao encontro das exigências reprodutivas e sociais impostas para a mulher/mãe, ao longo dos anos. Com vistas ao bem-estar da mãe e do filho, estudos têm demonstrado que o diagnóstico de gravidez de alto risco já é fator de estresse^{143,65} e que a ansiedade e a vulnerabilidade das mulheres quanto à incerteza dos resultados da gravidez são, frequentemente, percebidas nas situações de alto risco gestacional.¹⁴⁴

Cabe destacar que, em todos os momentos da vivência da mulher nesse contexto, estiveram presentes as questões referentes ao relacionamento entre profissional de saúde e usuárias.

Inicialmente, em relação ao pré-natal, foi mencionado pelas pesquisadas um desencontro de informações e condutas contraditórias entre a equipe da atenção

básica, que dificultaram o entendimento da doença. Esses fatores contribuíram para o descrédito em relação à equipe e fortaleceram os medos e a angústia das mulheres no desvelar do diagnóstico. Tal situação favoreceu para que as entrevistadas apontassem indicadores que necessitam ser melhorados na atenção básica, como: falta de recursos materiais, ausência de uma escuta qualificada e quantidade insuficiente de recursos humanos. A falta de recursos materiais e, por vezes, o despreparo de alguns membros da equipe estabelecem uma relação de desconfiança por parte da gestante, comprometendo a qualidade da assistência. Se a usuária não confia na equipe que a assiste, todo o processo fica comprometido.¹⁴⁵

Eu ia tirar a pressão e um dizia: “Tá normal.”. Outro dizia que tava alta. No outro mês, diziam que tava um pouco alta, mas é de se esperar [...]. “Você precisa ficar de repouso, tomar chá e não comer sal.” – Eu não sabia em quem acreditar. Chegava até a pensar que fosse o aparelho que não era muito bom [...] mas aí, quando foram cuidar, eu já tava muito mal mesmo. Talvez se eles tivessem cuidado mais cedo, nada disso tinha acontecido. (Rubi)

No serviço de alta complexidade, as mulheres não fazem menção a condutas inadequadas dos profissionais na condução do quadro clínico. Porém, há evidências de um atendimento realizado de forma especializada, com foco na doença, sem ênfase nas ações de acolhimento, comprometendo a formação de vínculo entre a equipe e as mulheres. O serviço de saúde deve adotar práticas centradas no

usuário, desenvolvendo a capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar.¹⁴⁶

De forma semelhante, após o parto, com a hospitalização do filho na UTIN, as relações entre profissionais e usuárias tenderam ao agravamento. Observou-se que as mulheres não questionaram a qualidade da assistência especializada, mas os aspectos relacionais que integram a subjetividade do cuidado e a desatenção às necessidades emocionais maternas.

No serviço de referência, não foi assegurada a valorização dos aspectos emocionais das mulheres na vivência de uma gravidez de alto risco, bem como os desgastes inerentes às várias tentativas de atendimento. Percebe-se que esse momento foi permeado pelo medo do desconhecido e da despersonalização da mulher como sujeito social, desconsiderando as ações de acolhimento.

Autores lembram que o acesso e o acolhimento articulam-se e complementam as práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado, constituindo a porta de entrada e integração entre os níveis do sistema de saúde.¹⁴⁷⁻¹⁴⁹ Essa realidade também é corroborada por outros autores, quando afirmam que as pacientes com diagnóstico de pré-eclâmpsia são encaminhadas frequentemente para um hospital que dispõe de recursos tecnológicos e profissionais especializados, contudo não priorizam aspectos relacionados à subjetividade da mulher.¹⁵⁰

Foram mencionadas fragmentações nas informações fornecidas pela equipe, especialmente quanto à evolução do quadro clínico do recém-nascido, e queixas relativas ao uso abusivo da linguagem técnica. Houve domínio do diálogo verbal, pautado na relação de poder por parte da equipe, provavelmente em decorrência da

vulnerabilidade em que se encontravam as mulheres frente à doença e suas consequências, como evidenciado na fala de uma das entrevistadas:

Eu acho que os médicos devem ser verdadeiros e realistas quanto ao diagnóstico do bebê, mas com um pouco de doçura e de cautela. Já é difícil passar por um parto traumático e doloroso e, ao chegar em uma UTI, ser tratada de forma seca por quem está acompanhando seu bebê. É difícil. Às vezes a gente não está nem com condição de fazer alguma coisa, ainda não sabe dar a dieta e estava triste pra ficar ali, mas eles ficam acusando a gente de desinteresse. Mas, pra ver meu filho saudável, eu faço qualquer sacrifício, até mesmo aguentar o olhar de reprovação da equipe da UTI. Parece que elas não gostam quando eu vou lá, pois dizem que eu pergunto demais. Mas se eu não nasci sabendo, claro que eu tenho que perguntar, não acha? (Opala)

Cabe destacar que, nos serviços de saúde, o sentido de integralidade deve produzir reações de acolhimento, dignidade, vínculo e respeito.¹⁵¹ No tocante à mulher como puérpera e mãe, vivenciando o mundo das SHGs, cabe aos profissionais, por meio de uma postura acolhedora, respeitar as limitações individuais que a doença lhe estabelece. E, no que se refere à mãe do prematuro, considerá-la como um ser único em processo de mudança, passível de aprendizado, mas que tem experiências pessoais e um contexto sociocultural próprio.

Nessa linha de consideração, sugere-se aos profissionais de saúde, sobretudo aos enfermeiros, que revejam sua atuação e adotem condutas em consonância com as particularidades das mães no âmbito da gravidez e nascimento de alto risco, e que estejam atentos à valorização dos aspectos subjetivos presentes na vida dessas mulheres. Assim, poderia ser fortalecida a dimensão cuidadora, através do uso das chamadas tecnologias leves.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados permitiu identificar que, para as puérperas avaliadas neste estudo, as SHGs e suas consequências, como o nascimento prematuro e hospitalização do filho na UTIN, revelam a construção de uma representação social negativa, que teve como núcleo central a morte, que apresentou frequência mais elevada em todos os métodos de análise.

Em um primeiro momento, o sentido de “morte” foi representado pelo risco de não sobrevivência materna e fetal. Após o parto, as entrevistadas admitiram esquecer seus próprios riscos e se projetaram para aqueles aos quais o filho estava submetido, pela prematuridade e o necessitar de hospitalização na UTIN. Nesse cenário, mesmo que a resolutividade no serviço de alta complexidade tenha diminuído ou afastado o risco de morte materna ou fetal, o “sentido de morte” continuou fortalecido, pelo rompimento da gravidez idealizada e antecipação da chegada de um filho em situação contrária ao desejado.

De modo geral, o conjunto das diversas ideias que favoreceram a construção do núcleo central revela que as puérperas deste estudo percebiam as SHGs com estreita relação com a morte, aproximando o saber popular, por elas revelado, de que as SHGs e suas consequências, à luz das representações sociais, assim como os demais marcos teóricos que a fundamentam no âmbito do saber científico, representam o risco de morte materna, fetal ou neonatal.

Essas representações evidenciaram que os aspectos negativos presentes nas vivências maternas com as SHGs e a prematuridade também estão relacionados às influências sociais trazidas pela mulher de que a maternidade, inerente ao universo feminino, ocasiona repercussões desastrosas no seu estado emocional, quando algo não acontece como esperado. Tal fato coloca a mulher em situação de

vulnerabilidade familiar, especialmente para as mães que atribuem para si as responsabilidades de terem sido acometidas por uma doença que lhes atribuiu a incapacidade de gerar um filho saudável.

Como sistemas periféricos, foram apresentados *aspectos negativos, estratégias de enfrentamento, necessidades de cuidados, conhecimento sobre a doença, fragilidade e significados da UTIN* advindos de sentimentos, percepções, significados, atitudes e dificuldades vivenciados pelas mulheres em um ciclo gravídico, puerperal e perinatal de alto risco.

Nessa circunstância, os resultados confirmam que o pressuposto deste estudo foi prontamente atendido. E apontam que a mulher, diante da especificidade de uma gravidez com síndromes hipertensiva e tendo como consequência o nascimento de um filho prematuro, passa a vivenciar sentimentos de natureza diversa e lida com perdas, separações, conflitos, medos e o sentido de morte, que podem influenciar os efeitos adversos das SHGs, o parto prematuro e a consequente hospitalização do filho na UTIN.

A não identificação de elementos de contraste que comporiam os quadrantes inferiores esquerdos, nos esquemas figurativos, obtidos pelo EVOG, para as três situações investigadas, sugere que, neste estudo, nenhum elemento se opôs ao senso comum quanto à definição do núcleo central. Isso nos leva a supor que poucos ou quase nenhum aspecto da assistência recebida pelas puérperas investigadas neste estudo tenham favorecido a desconstrução social de atribuir as SHGs e suas consequências à morte.

Ao estudar essa temática, espera-se estar oferecendo subsídios valiosos, sobretudo para os enfermeiros atuantes nas áreas de saúde da mulher e da criança, no sentido de nortear ações frente à problemática que envolve a gestante/puérpera,

especialmente nas SHGs, com vistas a garantir condições dignas de atendimento. E, como consequência, minimizar as percepções de conotações negativas, levando a enfrentar com menos desgastes os efeitos adversos decorrentes de uma gravidez e nascimento de alto risco.

Espera-se que esses resultados subsidiem também gestores e profissionais de saúde, a fim de que pautem suas ações com base em aspectos que possam favorecer a interação entre os serviços de saúde, nos diversos níveis de atenção. Com vistas a respeitar princípios estabelecidos pelo SUS, os quais teoricamente garantem o acesso aos diversos níveis de atenção à saúde, especialmente em situação de alto risco gravídico-puerperal, proporcionando o que de fato essas gestantes/puérperas/mães necessitam nesses momentos: segurança, resolutividade, acolhimento digno e assistência de qualidade.

Assim, para que se promovam alterações nos aspectos negativos das SHGs e suas consequências, identificados neste estudo, é necessária atuação sobre os elementos periféricos da representação social identificados, com orientações adequadas, postura acolhedora da equipe, atitudes de promoção à saúde e políticas públicas efetivas. E, de forma especial, valorização dos aspectos subjetivos presentes na vivência de um ciclo gravídico e puerperal de alto risco.

6 REFERÊNCIAS

1. Tedesco JJA. Gravidez de alto risco: fatores psicossociais. In: Tedesco JJA, editor. A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra. São Paulo: Atheneu; 1999; p.27-41.
2. Zugaib M, Bittar RE. Protocolos assistenciais: clínica obstétrica. São Paulo: Atheneu, 1999.
3. Sibai B, Dekker G, Kupferminc M. Pre-eclampsia. *Lancet*. 2005; 365:785-99.
4. Barton JR, Sibai BM. Prediction and prevention of recurrent preeclampsia. *Obstetric and gynecology*. 2008; 112(2 pt 1):359-72.
5. Sibai BM. Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. *Obstet Gynecol*. 2003; 102(1):181-92.
6. 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.
7. Araújo ACPF, Leão MD, Nóbrega MH, Bezerra PF, Pereira FV, Dantas EM, et al. Characteristics and treatment of hepatic rupture caused by HELLP syndrome. *Am J Obstet Gynecol*. 2006; 195(1):129-33.
8. Gay J, Hardee K, Judice N, Agarwal K, Fleming K, Hairston A, et al. What works: a policy and program guide to the evidence on family planning, safe motherhood, and STI/HIV/AIDS interventions. Module 1 – Safe motherhood. Policy project [Internet]. Washington; 2003 [cited 2005 Jun 22]. Available from: http://www.policyproject.com/pubs/generalreport/SM_WhatWorksps2.pdf.
9. McDonagh M. Is antenatal care effective in reducing maternal morbidity and mortality? *Health Policy Plann*. 1996; 11(1):1-15.
10. Fayyad AM, Harrington KF. Prediction and prevention of preeclampsia and IUGR: Intrauterine growth restriction. *Early Human Development*. 2005;81(11):865-76

11. Hauth JC, Ewell MG, Levine RL, Esterlitz JR, Sibai BM, Curet LB. Pregnancy outcome in healthy nulliparous women who subsequently developed hypertension. *Obstetrics & Gynecology*. 2000; 95 (1):24-8.
12. Hnat MD, Sibai BM, Caritis S, Hauth J, Lindheimer MD, Macpherson C, et al. National Institute of Child Health and Human Development Network of Maternal-Fetal Medicine-Units: perinatal outcome in women with recurrent preeclampsia compared with women who develop preeclampsia as nulliparas. *Am J Obstet Gynecol*. 2002; 186(3):422-6.
13. Mendilcioglu I, Trak B, Uner M, Umit S, Kucukosmanoglu M. Recurrent preeclampsia and perinatal outcome: a study of women with recurrent preeclampsia compared with women with preeclampsia who remained normotensive during their prior pregnancies. *Acta Obstetrica & Gynecologica Scandinavica*. 2004; 83(11):1044-8.
14. Habli M, Levine RJ, Qian C, Sibai B. Neonatal outcomes in pregnancies with preeclampsia or gestational hypertension and in normotensive pregnancies that delivered at 35, 36, or 37 weeks of gestation. *Am J Obstet Gynecol*. 2007; 197(4):406.e1-406.e7.
15. OMS;FNUAP;UNICEF; Banco Mundial; Departamento Salud Reproductiva e investigaciones conexas. Manejos de las complicaciones del embarazo Y del parto. Guia para obstetras y médicos. OMS/OPS 2002.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Gestaçao de alto Risco: Manual técnico. 3ªed. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
17. Merigui MAB. Reflexões sobre a qualidade da assistência de enfermagem à mulher no período gravídico puerperal. *Rev. Enferm. UERJ*. 2000; 8(1):253-8.
18. Crossetti MGO. O elemento dialógico no cuidado de enfermagem: um ensaio com base em Martin Buber. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008; 12(3): 544-48.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Urgências e emergências maternas - guia para diagnóstico e condutas em situação de risco de morte materna. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.119p
20. Azevedo DV, Araújo ACPF, Costa ICC, Junior AM. Percepções e sentimentos de gestantes e puérperas sobre a pré-eclâmpsia. Rev Salud Pública. 2009; 11(3):347-58.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001 a.
22. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2001b.
23. Costa A M, Guilhem D, Walter MIMT. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Pública. 2005 Oct; 39(5): 768-74.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº. 1.067, de 04 de julho de 2005. Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
25. Buchabqui JA, Capp E, Ferreira J. Adequação dos encaminhamentos de gestações de alto-risco na Rede Básica de Atenção à Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2006 maio; 6(1): 23-9.
26. Ratto KMN. É possível humanizar a assistência ao parto? Avaliação de dois anos da Maternidade Leila Diniz. Saúde em Foco. 2001; 21: 115-35.
27. Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2003;19 Suppl 2:419-27.
28. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyer GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). The Cochrane Library, issue 2, 2005. Oxford: Update Software.
29. Scott KD, Berkowitz G, Klaus M. A comparison of intermittent and continuous support during labor: a meta-analysis. Am J Obstet Gynecol 1999; 180:1054-9.

30. Brüggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJD. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(5): 1316-1327
31. Spink MJ. *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes; 2003.
32. Serruya SJ, Cecatti JG, Iago TG. O programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: Resultados iniciais. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(5):1281-9.
33. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. As mortes de mulheres por complicações da gestação, parto e puerpério representam em 90% dos casos um desperdício de vidas. In _____. *Dossiê de mortalidade materna*. São Paulo, 2000. 20 p.
34. Roes EV, Raijmakers MTM, Schoonenberg M, Wanner N, Peters WHM, Steegers EAP. Physical well-being in women with a history of severe preeclampsia. *The Journal of Maternal and Neonatal Medicine*. 2005; 18(1):39-45.
35. Sattar N, Greer IA. Pregnancy complications and maternal cardiovascular risk: opportunities for intervention and screening? *BMJ*. 2002 Jul 20; 325(7356):157-60.
36. Dekker GA, Robillard PY. Preeclampsia: a couple's disease with maternal and fetal manifestations. *Curr Pharm Des*. 2005; 11(6):699-710.
37. Almeida CF. *Papel social da mulher*. [Científico ano II vol I. Salvador agost-dezemb.; 2002.] <http://www.frb.br/ciente>
38. Neiverth IS, Alvas GB. Gravidez na adolescência e mudança do papel social da mulher. *Paidéia*. 2003,12(24), 229-240
39. Soderquist J, Wijma K, Wijma B. Traumatic stress in late pregnancy. *J Anxiety Disord*. 2004; 18(2): 127-42.
40. Born L, Phillips SD, Steiner M, Soares CN. Trauma e o ciclo reprodutivo feminino. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005; 27(Supl II):S65-72

41. Geller PA, Kerns D, Klier CM. Anxiety following miscarriage and the subsequent pregnancy: a review of the literature and future directions. *J Psychosom Res.* 2004; 56(1): 35-45.
42. Van Pampus MG, Wolf H, Weijmar Schultz WC, Neeleman J, Aarnoudse JG. Posttraumatic stress disorder following preeclampsia and HELLP syndrome. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2004; 25(3- 4): 183-7.
43. Trindade ZA, Enumo SRF. Representações sociais de infertilidade feminina entre mulheres casadas e solteiras. *Psicologia, Saúde & Doenças.* 2001, 2 (2), 5-26
44. Dessen MA, Braz MP. Rede Social de Apoio Durante Transições Familiares Decorrentes do Nascimento de Filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* set-dez.; 2000, 16 (3): 221-231
45. Brito RS, Oliveira EMF, Carvalho FLA. Percepção do homem sobre o pós-parto da mulher/companheira. *Revista Eletrônica de Enfermagem.* 2008; 10: 1072-79.
46. Tronchin DMR, Tsunehiro MA. Cuidar e o conviver com o filho prematuro: a experiência do pai. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2006 janeiro-fevereiro; 14(1): 93-101.
47. Carvalho JBL, Araujo AC, Costa ICC, Brito RS, Souza NL. Representação social de pais sobre o filho prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem (Impresso).* 2009; 62:734-38.
48. Pettengill MAM, Angelo M. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2005; 13(6): 982-8.
49. Report of the national high blood pressure education program working group on high blood pressure in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2000; 183(1):S1-S22.
50. Roberts JM, Pearson G, Cutler J, Lindheimer M. Summary of the NHLBI Working Group on research on hypertension during pregnancy. *Hypertension.* 2003; 41(3):437-45.

51. Haram k, Svendsen E, Abildgaard U. The HELLP Syndrome: clinical issues and management. A review. *BMC Pregnancy and childbirth*. 2009; 9(8):1-15.
52. Coppage KH, Sibai BM. Treatment of hypertensive complications in pregnancy. *Curr Pharm Des*. 2005; 11(6):749-57.
53. Ray JG, Burrows RF, Burrows EA, Vermeulen MJ. MOS HIP: Mc Master outcome study of hypertension in pregnancy. *Early Hum Dev*. 2001; 64:129-143.
54. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. *Obstet Gynecol*. 2002; 33:159-67.
55. Buchbinder A, Sibai BM, Caritis S, MacPherson C, Hauth J, Lindheimer MD, et al. Adverse perinatal outcome are significantly higher in severe gestational hypertension than in mild preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol*. 2002; 186(1):66-71.
56. Anderson CM. Preeclampsia: exposing future cardiovascular risk in mothers and their Children. *Journal of Obstetrics, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 2007;36(1):1-8.
57. Pijnenborg R, Vercruyse L, Hanssens M. The uterine spiral arteries in human pregnancy: facts and controversies. *Placenta*. 2006; 27:939-58.
58. Smith RA, Baker PN. Risk factors, prevention and treatment of hypertension in pregnancy. *Minerva Ginecol*. 2005; 57(4):379-88.
59. Milne F, Redman C, Walker J, Baker P, Bradley J, Cooper C et al. The pre-eclampsia community guideline (PRECOG): how to screen for and detect onset of pre-eclampsia in the community. *BMJ*. 2005; 330:576-80.
60. The Safe Motherhood Inter-Agency Group. The Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the Next Decade [Internet]. Conference Report prepared by Ann Starrs, Family Care International 1998. Available from: <http://www.unicef.org/health/files/safemotherhoodlibrary.pdf>

61. De Brouwere V, Van Lerberghe W. Safe motherhood strategies: a review of the evidence [Internet]. Antwerp: ITP Press; 2001 [cited 2005 Jun 22]. (Studies in health services organizations & policy, 17). Available from: <http://www.itg.be/itg/GeneralSite/generalpage.asp?wpid>.
62. Hofmeyr GJ, Duley L, Atallah. Dietary calcium supplementation for prevention of pre-eclampsia and related problems: a systematic review and commentary. *BJOG* 2007;114: 933–943. Available from: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext>
63. Sargent IL, Borzychowski AM, Redman CWG. NK Cells and pre-eclampsia. *J Reprod Immunol.* 2007; 76:40-4.
64. Skjaerven R, Vatten LJ, Wilcox AJ, Rønning T, Skjærven R, Vatten LJ, et al. Recurrence of pre-eclampsia across generations: exploring fetal and maternal genetic components in a population based cohort. *Br Med J.* 2005 Oct ; 331(7521):877-81.
65. Black KD. Stress, symptoms, self-monitoring confidence, well-being, and social support in the progression of preeclampsia/gestacional hypertension. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing.* 2007; 36:419-29
66. Leal MVP. Conhecimento e sentimentos de mulheres portadoras de Doença Hipertensiva Específica da Gestação. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2004; 17(1): 21-6.
67. Souza NL, Araujo ACPF, Azevedo GD, Jerônimo SMB, Barbosa LM, Sousa NML. Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclampsia. *Rev. Saúde Pública.* 2007; 41(5): 704-10.
68. Sheppard VB, Zambrana RE, O'Malley A. Providing health to low-income women: a matter of trust. *Fam Pract.* 2004 Oct; 21(5):484-491.
69. Semczuk M, Steuden S; Szymona K. The stress level and structure in parents awaiting babies from high risk pregnancies. *Ginekol Pol.* 2004; 75(6):417-24.

70. World Health Organization. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF, and UNFPA. Geneva: World Health Organization; 2003.
71. Moura SMSR, Araujo MF. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. *Psicol Ciênc Prof.* 2004 mar.;24(1):44-55.
72. Maldonado MT. Psicossomática e obstetrícia. In: Mello Filho J, editor. *Psicossomática hoje*. São Paulo: Artes Médicas; 1989.p.208-14.
73. Conde-Agudelo A, Diaz-Rossello JL, Belizan JM. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants, 2000. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003; Issue 2. Art. No.: CD002771. DOI: 10.1002/14651858.CD002771.
74. Charpak N, Ruiz-Pelaez JG, Figueroa CZ, Charpak Y. A randomized, controlled trial of kangaroo mother care: results of follow-up at 1 year of corrected age. *Pediatrics.* 2001 Nov; 108(5):1072-9.
75. Yucesoy G, Ozkan S, Bodur H, Tan T, Caliskan E, Vural B, Corakci A. Maternal and perinatal outcome in pregnancies complicated with hypertensive disorder of pregnancy: a seven year experience of a tertiary care center. *Arch Gynecol Obstet.* 2005; 273(1):43–49. doi: 10.1007/s00404-005-0741-3. [\[PubMed\]](#)
76. Oliveira ME. *Cuidado humanizado: possibilidades e desafios para a prática de enfermagem*. Florianópolis: Cidade Futura; 2003.
77. Zampieri MFM. Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestante de alto risco e seus acompanhantes. *Texto Contexto: Enferm.* 1999 jan.; 8(1): 141-65.
78. Moscovici S. *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: Presses Universitaires de France; 1976.
79. Jodelet, D. *Lês représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France; 1989.

80. Abric JC. L'organisation interne des représentations sociales: système central et système périphérique. In: Guimelli G, publisher. Structure, dynamique et transformation des représentations sociales. Delachaux et Niestlé: Neuchâtel; 1994; p.73-84.
81. Moscovici S. On social representations. In: Forgas, JP, publisher. Social cognition: perspectives on everyday understanding. London: Academic Press; 1981; p.181-209.
82. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, editor. As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001. P.17-44.
83. Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira, D, organizadores. Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia: Editora HB, 1998.p.27-38.
84. Jodelet D. A experiência e representações sócias In: Moreira ASP, organizadora. Perspectivas teóricas-metodológicas em representações sócias. João Pessoa: Editora Universitária; 2005. p. 23-56.
85. Herzlich C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. Physis: Rev Saúde Coletiva. 2005; 15 Suppl: 57-70.
86. Jodelet D. Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie. In: Moscovici, S, publisher. Psychologie sociale. Paris: Presses Universitaires de France; 1984; p.357-378.
87. Franco MLPB. Representações sociais, ideologias e desenvolvimento da consciência. Cad. Pesqui. 2004 abr.; 34(112): 167-83.
88. Moscovici S. The phenomenon of social representations. In: Farr R, Moscovici S, organizers. Social Representations. Cambridge: Cambridge University Press; 1984. p.3-69.
89. Doise W. Les représentations sociales. In: Ghiglione R, Bonnet C, Ricard JF, publishers. Traité de psychologie cognitive. Paris: Dunod; 1990.p.111-174.
90. Sá CP. Núcleo central das representações sociais. 2ªed. Petrópolis: Vozes; 2002.

91. Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadoras. Estudos interdisciplinares de representação social. 2ªed. Goiânia: AB; 2000; p.27-38.
92. _____. O estudo experimental das representações sociais. In: Jodelet D, organizador. As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001. p.155-169.
93. Flament C. Estrutura e dinâmica das representações sociais. In: Jodelet D, organizador. As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p.173-186.
94. Costa ICC. Atenção odontológica à gestante na triangulação médico-dentista-paciente: os (des) caminhos desse cotidiano [tese]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Odontologia; 2000.
95. World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human subjects [Internet]. 2002. [Cited 2009 aug 14]. Available from: <http://www.wma.net/e/policy/pdf/17c.pdf>
96. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Maternidade Escola Januário Cicco. Dados estatísticos institucionais. Natal, RN: UFRN; 2007; p.1-10.
97. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1995.
98. Di Giacomo JP. Aspects méthodologiques de l'analyse des représentations sociales. Cah Psychol Cognit Curr Psychol Cognit. 1981;1(1):397-422.
99. Nóbrega SM, Coutinho MPL. O teste da associação Livre de palavras. In: Coutinho MPL, Oliveira MLF, organizadores. Representações sociais: abordagem interdisciplinar. João Pessoa: Editora Universitária UFPB; 2003.
100. Loizos P. Vídeo, filme e fotografias como documentos de pesquisa. In: Bauer MW, Gaskell G, organizador. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2001. p. 137-55.

101. Brêtas JRS, Pereira SR. A abordagem da representação social. In: Matheus MCC, Fustinoni SM. Pesquisa qualitativa em enfermagem. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora; 2006.p. 43-52
102. Victora CG, Barros FC. Infant mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional patterns and possible interventions. São Paulo Med J. 2001 Jan; 119 (1):33-42.
103. Gaskell G. Entrevistas individuais e grupais. In: Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. 4ªed. Petrópolis: Vozes; 2005. P.137-55.
104. Chaves EC, Domingues TAM. A entrevista. In: Matheus MCC, Fustinoni SM. Pesquisa qualitativa em enfermagem. São Paulo: Editora; 2006. p. 99-103.
105. Vergès P. L'évocation de l'argent: une méthode our la definition du noyau central d'une représentation. Bulletin de Psychologie. 1992;45(405):203-9.
106. Cromack LMF, Bursztyn I, Tura LFR. O olhar do adolescente sobre saúde: um estudo das representações sócias. Ciênc. Saúde Coletiva. 2009 abr.;14(2): 627-34.
107. Camargo BV. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: Moreira ASP, organizador. Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa: Editora Universitária UFPB; 2005.p.511-539.
108. Vreburg SA, Jacobs DJ, Dekeker GA, Heard AR, Priest KR, Chan A. Hypertension during pregnancy in South Australia, Part 2: risk factores for adverse maternal and/or perinatal outcome-results of multivariables analysis. Aust NZJ Obstet Gynaecol.2004; 44(5):410-8.
109. Harrison MJ, Kushner KE, Benzies K, Rempel G, Kimac C. Women's satisfaction with their involvement in health care decision during a high-risk pregnancy. Birth. [Internet]. 2003 June Oct [cited 2003 maio 27]; 30(2):109-15. Available from: www.pubmed.com
110. Heidegger. Ser e tempo. 11ªed. Petrópolis: Vozes; 2004.

111. Figueira SMA. Jesus, o médico dos médicos, a cura no pentecostalismo segundo usuários de um serviço local de saúde [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 1996.
112. Dourado V G, Peloso S M. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. *Acta Paul. Enferm.* 2007 mar.; 20(1): 12-7.
113. Kleinman A. *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. United States of America: Basic Books; 1988.
114. Kottow AR, Kottow MH. The disease-subject as a subject of literature. *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*. [Internet]. 2007 June [cited 2009 oct 12]; 2(10):1-6. Available from: <http://www.peh-med.com/content/2/1/10>
115. Quevedo, MP, Lopes CMC, Lefèvre F. Os significados da maternidade para mulheres cardiopatas e diabéticas com gravidez de risco. *Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum.* 2006 abr.; 16(1):12-21.
116. Walsh TC. Exploring the effect of hospital admission on contraction patterns and labour outcomes using women's perceptions of events. *Midwifery*. 2009 Jun; 25(3):242-52.
117. Vendittelli F, Lachcar P. Threat of premature labor, stress, psychosocial support and psychotherapy: a review of the literature. *Gynecol Obstet Fertil*. 2002 June;30(6):503-13.
118. 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.
119. Manero E, Turner L. Users in the driving seat. In: Kirkham, M, publisher. *Birth Centres: a social model for maternity care*. [S.l]: Books for Midwives; 2003; p.63–70.
120. Larkin P, Begley CM. Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*. 2009; 25: e49-e59.
121. Arruda DC, Marcon SS. A família em expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto do bebê prematuro com muito baixo peso. *Texto Contexto: Enferm.* 2007 març.;16(1):120-8.

122. Silva IJ, Oliveira MFV, Silva SED, Polaro SHI, Radüz V, Santos EKA, Santana ME. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2009 set.; 43(3): 697-703.
123. Klaus MH, Kennell JH, Klaus PH. Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
124. Faria JB, Seidl EMF. Religiosidade e enfrentamento em contexto de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicol. Reflex. Crít.* 2005 dez. 18(3): 381-389.
125. Arruda A. Teorias das representações sócias e teorias de gênero. *Cad Pesqui*. 2002 nov.; 117:127-47.
126. Madeira M. Representações sociais e educação: importância teórico-metodológica de uma relação. In: Moreira AP, organizador. *Representações sociais: teoria e prática*. João Pessoa; UFPB; 2001.
127. Moscovici S. *Representações sócias: investigações em psicologia social*. 2ªed. Petrópolis: Vozes; 2004.
128. Brazelton TB. *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.
129. Piccinini CA, Gomes AG, Moreira LE, Lopes R. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psic.: Teor. e Pesq.* 2004 dez. 20(3): 223-32.
130. Fraga ITG, Pedro ENR. Sentimentos de mães de recém-nascidos prematuros: implicações para a enfermagem. *Rev Gauch Enferm*. 2004; 25(1): 89-97.
131. Padovani FHP, Linhares MBM, Carvalho AEV, Martinez FE. Avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI - Neonatal. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004; 26(4): 252-4.
132. Cleveland LM. Parenting in the neonatal intensive care unit. *Journal of Obstetrics, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 2008; 37(6):666-91.

133. Wigert H, Johansson R, Berg M, Hellstro AL. Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. *Scand J Caring Sci.* 2006 Mar.; 20(1): 35–41.
134. Holga LAK. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2004 mar. 38(1): 13-20.
135. Granzotto IZ. A preparação do casal grávido para mudanças familiares decorrentes do nascimento do bebê, segundo a percepção da mulher grávida [monografia]. Santa Catarina: Universidade do Sul de Santa Catarina; 2007.
136. Folle E, Geib LTC. Representações sociais das primíparas adolescentes sobre o cuidado materno ao recém-nascido. *Rev Lat -am Enferm.* 2004; 12 (2):183-90.
137. Scochi CGS, Kokuday MLP, Riul MJS, Rossanez LSS, Fonseca LMM, Leite AM. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. *Rev. Latino-Am Enfermagem.* 2003 jul.; 11(4): 539-43.
138. Baldini SM, Krebs VLJ. Reações psicológicas nos pais de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva. *Pediatria Moderna.* 2000; (34): 242-46.
139. Bradt JO. Tornando-se pais: famílias com filhos pequenos. In: McGoldrick M, Carter B. *As mudanças no ciclo familiar: uma estrutura para terapia familiar.* Porto Alegre: Artes Médicas; 2001.
140. Favaro C. Mulher e família um binômio (quase) inseparável. In: Strey MN, Neto JAS, Horta RL, organizadores. *Família e gênero.* Porto Alegre: EDIPUCRS; 2007.p.39-56
141. Vieira JA. A identidade da mulher na modernidade. *DELTA [online].* 2005,vol.21, n.spe [cited 2009-11-29], pp. 207-238. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/delta/v21nspe/29258.pdf>

142. Abric JC. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: Campos PHF, Loureiro MCS, organizadores. Representações sociais e práticas educativas. Goiânia: Ed da UCG; 2003.p. 37-57.
143. Gupton A, Heaman M, Ashcroft T. Bed rest from the perspective of the high-risk woman. *Journal of Obstetrics, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 1997; 26(4):423 -30.
144. McCain GC, Deatrick JA. The experience of high-risk pregnancy. *Journal of Obstetrics, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 1994; 23(5):421-27.
145. Valentim IVL, Kruehl AJ. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa saúde da Família. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2007 junj; 12(3): 777-88.
146. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, organizador. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Editora Xamã; 1998. p. 103-20.
147. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 1999; 15(2): 345-53.
148. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: ONU; Ministério da Saúde; 2004.
149. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24 Supl 1:S100-S110.
150. Rugolo LMMSS, Bottino J, Scudeler SRM, Bentlin MR, Trindade CEP, Perosa GB, et al. Sentimentos e percepções de puérperas com relação à assistência prestada pelo serviço materno-infantil de um hospital universitário. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2004 dez.; 4(4): 423-33.

151. Pizardi FL, Pinheiro R, Guizardi FL. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC; UERJ; 2004. p.21-36.

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

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA - SIGNIFICADOS E PERCEPÇÕES DE PUÉRPERAS SOBRE AS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ E PARTO PREMATURO

PESQUISADORES:

Nilba Lima de Souza

Ana Cristina Pinheiro Fernandes de Araújo

Íris do Céu Clara Costa

Você esta sendo convidada a participar da pesquisa “**SIGNIFICADOS E PERCEPÇÕES DE PUÉRPERAS SOBRE AS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ E PARTO PREMATURO.**” Você foi selecionada por ter tido gravidez de risco e encontrar-se com seu bebe internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, porém, você não é obrigada a participar desta pesquisa e a qualquer momento poderá desistir e retirar seu consentimento sem sofrer nenhum dano ou prejuízo, nem modificações na assistência que vem recebendo.

O objetivo deste estudo é conhecer o que representa para você ter um filho prematuro, após ter vivenciado uma gravidez de risco.

Você informará dados para o preenchimento de quatro questionários: o primeiro referente aos seus dados pessoais como idade, escolaridade, profissão, endereço e dados relacionado à sua gravidez e referentes a seu bebê. Algumas dessas informações serão completadas através de consultas ao seu prontuário O segundo constará de um grupo de palavras nas quais você diz o significado delas para você e posteriormente descreverá uma imagem ou figura que vem a sua mente quando mencionadas essas palavras. O terceiro contará de uma entrevista com perguntas abertas que com a sua permissão será gravada e posteriormente transcrito e o quarto um questionário com perguntas fechadas. Solicitamos autorização para relatar e utilizar as informações coletadas preservando sua identificação, assegurando seu anonimato quando na publicação dos resultados da pesquisa. O material coletado, após a conclusão da pesquisa será destruído.

Os riscos prováveis quanto a sua participação serão mínimos e dar-se ao fato de que em relatando sentimentos você possa sentir-se emocionalmente mais abalada, porém mediante esse fato, disponibilizamos psicólogos da própria instituição para lhe dar suporte psicológico, sem qualquer custo adicional para você ou sua família. Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa, mesmo assim os pesquisadores e a UFRN se responsabilizam pela indenização e compensação de eventuais danos.

O benefício provém de que conhecendo suas experiências com o nascimento do filho prematuro após ter vivido uma gravidez de risco possamos traçar estratégias para melhorias na qualidade da assistência prestada a você, seu filho e outras mulheres que vivenciarão situação semelhante a que você está vivendo.

Sua participação é voluntária e o tratamento dispensado a você e seu filho não será diferenciado por não querer participar ou desistir em qualquer momento da pesquisa.

Você não terá nenhum tipo de remuneração por participar da pesquisa, e o ressarcimento de despesas decorrentes à sua participação, caso venham a ocorrer, serão por conta do pesquisador.

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

Você poderá chamar as pesquisadoras, se desejar fazer alguma pergunta sobre a pesquisa, pelo telefone: Nilba Lima de Souza (84) 99862606 Ana Cristina (84) 32023402 e Íris do Céu (84) 32154133.

NILBA LIMA DE SOUZA

Pesquisadora principal

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

Natal, -----de -----de 2008.

Assinatura da participante



Esta pesquisa foi previamente avaliada pelo CEP-UFRN – FONE: 32153135



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Pesquisa significados e percepções de puérperas sobre as síndromes hipertensivas da
gravidez e parto prematuro
Pesquisador responsável: Nilba Lima de Souza - Fone(84) 99862606
Nº. CEP: 195/06

APÊNDICE II - Questionário sócio demográfico e obstétrico

1. IDENTIFICAÇÃO

Data...../...../.....

Registro

Nome

Data Nasc/...../.....

Cor: Branca () Parda () negra ()

Naturalidade.....

Endereço:

.....

Telefone:

Unidade onde fez o pré-natal

Profissional que acompanhou o pré-natal

() Médico

() Enfermeiro

2. DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

2.1. Escolaridade

Quantos anos de estudo completo _____

2.2 Estado civil

Casada ()

Solteira ()

União consensual ()

Separada/divorciada ()

Viúva ()

2.3. Renda familiar

Quantos salários mínimos _____

2.4. Profissão _____

3. DADOS GINECOLÓGICOS E OBSTÉTRICOS

3.1 Número de partos: (incluindo o atual)

Para I () Para II ()

Para III () Para IV ()

Mais de IV () Aborto ()

Número de filhos vivos ()

3.2. Número de gestação; (incluindo a anterior)

Gesta I () Gesta II ()

Gesta III () Gesta IV ou mais ()

3.3 Tipo de parto (última gestação)

Parto normal ()

Parto Cesário ()

Parto fórceps ()

3.4 Intercorrência na última Gravidez

() . Sim Qual

() . Não

3.5. Na última gravidez houve encaminhamento ao pré-natal de alto risco

() sim () não Porque? _____

3.6. Se sim em que mês foi encaminhada ao pré-natal de alto risco

() antes do 4º mês

() no 5º mês

() no 6º mês

() a partir do 7º mês

3.7. Diagnóstico médico atual

5. IDENTIFICAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO

5.1.Peso ao nascer. _____

600 gramas ()

De 601 a 1000g ()

De 1001 a 1500g ()

De 1501 a 2000g ()

De 2001 a 2500g ()

5.2 Semanas de gestação (capurro até 36 semanas). _____

1. De 28 a 30 semanas ()

2. De 31 a 33 semanas ()

3. De 34 a 36 semanas ()

5.3 Sexo

1. Feminino ()

2. Masculino ()

5.4 APGAR

1. 1º minuto _____

2. 5º minuto _____



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Pesquisa: significados e percepções de puérperas sobre as síndromes hipertensivas da
gravidez e parto prematuro
Pesquisador responsável: Nilba Lima de Souza - Fone(84) 99862606
Nº. CEP: 195/06

APÊNDICE III - Teste de associação livre de palavras*

1. Quando eu falo “pressão alta na gravidez” quais as cinco palavras que vêm imediatamente a sua mente?

.....
.....
.....
.....
.....

2. Quando eu falo “prematividade” quais as cinco palavras que vêm imediatamente a sua mente?

.....
.....
.....
.....
.....

3. Quando eu falo “UTIN” quais as cinco palavras que vêm imediatamente a sua mente?

.....
.....
.....
.....
.....

Atribuir ordem de importância e justificar a que consideraram como mais importante



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Pesquisa: significados e percepções de puérperas sobre as síndromes hipertensivas da gravidez e parto prematuro
Pesquisador responsável: Nilba Lima de Souza - Fone(84) 99862606
Nº. CEP: 195/06

APÊNDICE IV- Formação da imagem*

1. Diga para mim como você desenharia uma “mulher grávida” com pressão alta.

.....

2. Diga para mim como você desenharia um “bebê prematuro”.

.....

3. Diga para mim como você desenharia a “UTIN”.

.....

* Atribuir ordem de importância e justificar a que consideraram como mais importante



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Pesquisa: significados e percepções de puérperas sobre as síndromes hipertensivas da gravidez e parto prematuro
Pesquisador responsável: Nilba Lima de Souza - Fone(84) 99862606
Nº. CEP: 195/06

APÊNDICE V- Entrevista

O que foi para você ter pressão alta na gravidez e, como consequência, o nascimento de um filho prematuro ?

1. O que representa para você a gravidez com pressão alta?
 - Sentimentos, percepções e atitudes sobre a patologia.
 - O encaminhamento para o serviço terciário.
 - A entrada no serviço de média complexidade.
2. O que representa para você ter um bebê prematuro tendo vivido uma gravidez com pressão alta?
 - Momento do parto.
 - Relação entre o parto pré-termo e a síndrome hipertensiva.
 - Significados da prematuridade.
 - Sentimentos percepções e atitudes com o nascimento prematuro.
3. O que representa para você a UTIN?
 - 1ª visita na UTIN.
 - Significados da UTIN.
 - Sentimentos percepções e atitudes com o filho na UTIN.

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](#)