

EUNICE DELGADO CAMERON DE SOUZA

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GESTANTES QUE FREQUENTAM PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO.

CAMPO GRANDE

2009

EUNICE DELGADO CAMERON DE SOUZA

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GESTANTES QUE FREQUENTAM PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO.

Dissertação elaborada como exigência do Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro Oeste, nível de Mestrado na Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.

Linha de Pesquisa: Atenção à saúde integral da criança, do adolescente e da gestante.

Orientação: Profa. Dra. Sandra Lucia Arantes

CAMPO GRANDE

2009

FOLHA DE APROVAÇÃO

A dissertação intitulada “Representações sociais de gestantes que freqüentam um serviço de pré-natal de alto risco”, apresentada por Eunice Delgado Cameron de Souza à banca examinadora, como exigência para obtenção do título de Mestre em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro Oeste pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, foi considerada aprovada pelos membros que seguem abaixo:

Dra. Sandra Lucia Arantes – UFMS
Orientadora

Dra. Joana Soares de Arruda – UNIDERP
Membro Titular

Dra. Maria Auxiliadora de Souza Gerk – UFMS
Membro Titular

Dr. Wilson Ayach – UFMS
Membro Suplente

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Deus que me iluminou e capacitou para a realização deste trabalho.

À minha orientadora, Profa. Dra. Sandra Lucia Arantes que, me incentivou, orientou e teve confiança na concretização deste trabalho, lapidando-me para que eu pudesse ter os elementos necessários para alcançar meus objetivos.

Aos meus queridos filhos Bruno e Camila, e meu esposo Olimpio que ao meu lado, compartilharam desse sonho com carinho, respeito, ajuda e muito amor.

À minha mãe Eusébia pela vida, apoio e incentivo para enfrentar os obstáculos mais difíceis.

Aos meus irmãos, cunhadas, cunhados e sobrinhos que torceram por mim.

Muito Obrigada!

AGRADECIMENTOS

Às gestantes de alto risco, que se dispuseram a compartilhar comigo suas experiências e seus mais variados sentimentos, sem as quais a realização deste trabalho teria sido impossível.

À Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), que investe na capacitação de seus servidores.

Ao ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS, sem o qual esta pesquisa teria sido impossível.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação, Key Fabiano Souza Pereira e Valdir Siroma, pela participação na banca de pré-defesa, contribuindo com este estudo.

A todos da Diretoria, Divisão, Seção de Enfermagem e colegas do NHU/UFMS.

Aos docentes do programa de Mestrado, pelos ensinamentos e pela cooperação.

A todos os colegas do Mestrado, pela convivência e troca de conhecimentos.

Enfim, a todos que, de alguma maneira, contribuíram para a realização deste estudo, para meu aprendizado e conseqüente crescimento profissional.

Muito Obrigada!

... nada é mais sublime que o fenômeno da gestação...

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AIDS** – Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida
- DHEG** – Doença Hipertensiva Específica da Gestação
- DMG** – Diabetes Mellitus Gestacional
- DSC** – Discurso do Sujeito Coletivo
- DST** – Doença Sexualmente Transmissível
- ECH** – Expressão-chave
- IAD1** – Instrumento de Análise do Discurso 1
- IAD2** – Instrumento de Análise do Discurso 2
- IC** – Idéia Central
- MS** – Ministério da Saúde
- NHU** – Núcleo do Hospital Universitário
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- OPAS** – Organização Pan-Americana de Saúde
- PAISM** – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
- PHPN** – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
- PMI** – Programa Nacional de Saúde Materno Infantil
- PNAR** – Pré-Natal de Alto Risco
- SISPRENATAL** – Sistema de Informação sobre o programa de Humanização Pré-natal e Nascimento
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UFMS** - Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
- USP** – Universidade São Paulo

RESUMO

A gestação, o parto e o puerpério são eventos fisiológicos na vida da mulher. No entanto, a gestação de alto risco provoca mais alterações físicas e emocionais, as quais exigem cuidado especializado e acompanhamento contínuo por parte dos profissionais de saúde, bem como, o envolvimento da família. O objetivo deste estudo foi compreender o significado, conhecimento e sentimento de vivenciar uma gestação de alto risco para as gestantes que frequentam o pré-natal de alto risco no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do Núcleo de Hospital Universitário (NHU) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). A população estudada foi constituída de 21 gestantes que apresentavam, no mínimo, uma intercorrência clínica e que estavam realizando acompanhamento. O instrumento utilizado nas entrevistas foi um roteiro semi-estruturado e previamente testado. O estudo percorreu os caminhos metodológicos da pesquisa qualitativa, sob o enfoque do discurso emitido pelas gestantes, segundo a abordagem metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e o referencial de análise foi a Representação social. A análise das representações sociais sobre o significado da gestação de alto risco, na visão desse grupo de mulheres, reforça a concepção de que vivenciar esta gestação significa uma prova de força, de coragem, a gestante se percebe diferente e manifesta desejo de ser acolhida e ter direito de participar do "seu" processo de reprodução. Sentem grande ansiedade e expectativa com relação à integridade física e a preservação da vida delas e dos filhos que estão gestando. Quanto ao conhecimento sobre a gestação, este é praticamente inexistente. Elas representaram incertezas no futuro. Conhecer melhor as experiências das gestantes de alto risco, como pensam, seus conhecimentos e medos, pode ser de grande valia na prática da equipe que assiste essas mulheres. A atuação da equipe multiprofissional na assistência a gestante pode proporcionar o atendimento das necessidades assistenciais e educativas a que toda gestante tem direito, uma vez que, a construção da qualidade da atenção pré-natal preconizada pelo Ministério da Saúde está implícita na valorização do acolhimento como um de seus componentes.

Descritores: Saúde da mulher. Gravidez de alto risco. Cuidado pré-natal.

ABSTRACT

The pregnancy, the birth and the puerperium are the woman's life physiological events. However, the high-risk pregnancy causes more physical and emotional changes, which requires special care and monitoring by the health professional, as the family involvement. The objective of this study was to comprehend the meaning, knowledge and feeling to experience a high-risk pregnancy for the pregnant woman that attend the high-risk prenatal at the Gynecology and Obstetrics clinic of the nucleus of the University Hospital (NHU) of the Federal University of state of Mato Grosso do Sul (UFMS). The studied population is made of twenty-one pregnant women who had, at last, one clinical complication and being monitored. The instrument used in the interviews was a semi-structured script and previously tested. The study went in the methodology way of qualitative research, by the focus of the pregnant women speech, according to the methodological approach of the Discourse of the Collective Subject (DSC) and the analysis reference was the social representation. The representation analysis under the meaning of high-risk pregnancy, in the female group view, reinforces the idea that living this pregnancy means a strength and braveness proof, the pregnancy is noticed different and express desire to be accepted and have the right to participate "her" reproduction process. They feel a great anxiety and expectation of the physical integrity and their and their generating children lives preservation. About the pregnancy knowledge, it is almost nonexistent. They represent future uncertainties. Knowing better the experience of pregnant woman high-risk pregnancy, how they think, their knowledge and fears, can be of great value in the practice of the team which attends these women. The performance of the multi-professional team in the assistance of the pregnant woman can provide the care of social and educational needs that every pregnant woman have right, since the prenatal quality construction recommended by the Health Ministry is implicitly in the appreciation of reception as one of its components.

Key-Words: Women's health. High-risk pregnancy. Prenatal Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 Saúde da Mulher – o corpo feminino inserido num contexto social	15
2.2 A Assistência Pré-Natal	16
2.3 A Gestação de Alto Risco e a Assistência Multiprofissional	20
2.4 O Enfermeiro na Assistência à Mulher no Pré-Natal	24
3 OBJETIVOS	27
3.1 Objetivo Geral	27
3.2 Objetivos Específicos	27
4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	28
4.1 Representações sociais	28
4.1.1 Contexto histórico	28
4.1.2 O que são representações sociais	29
4.1.3 Processos	30
4.2 Discurso do Sujeito Coletivo	31
4.2.1 Contexto	31
4.2.2 Figuras metodológicas	31
4.2.3 Discurso do Sujeito Coletivo: a síntese.....	32
4.2.4 Atributos quantitativos do Discurso do Sujeito Coletivo.....	32
4.2.5 Instrumento de análise de discurso.....	33
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	34
5.1 A Escolha de um Método	34
5.2 A População Estudada	35
5.3 O local do Estudo	35
5.4 O Instrumento	36
5.5 A Coleta de Dados	36
5.6 A Análise dos Dados	37
5.6.1 Análise descritivo-exploratória da população estudada	37

5.6.2 Análise qualitativa das entrevistas	38
5.7 Aspectos Éticos da Pesquisa	39
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
6.1 Caracterização da população entrevistada	40
6.2 Análise dos discursos	43
6.2.1 Significado da gestação de alto risco	43
6.2.1.1 Acredita ser a gestação normal/boa, apesar do problema de saúde	44
6.2.1.2 Considera a gestação como fonte de bons sentimentos	45
6.2.1.3 Viver esta gestação não está sendo fácil	46
6.2.1.4 Expõe a necessidade de apoio profissional e suporte familiar	47
6.2.2 Conhecendo o problema de saúde e sua influência na gestação	51
6.2.2.1 A gestação expõe mãe e bebê a riscos	51
6.2.2.2 A gestação expõe mãe e bebê a riscos, inclusive de morte	53
6.2.3 O sentimento de vivenciar uma gestação de alto risco	54
6.2.3.1 Sentimentos de alegria, felicidade e amor ancorados na crença religiosa	55
6.2.3.2 Sentimentos de vitória e alegria com a gravidez e de expectativa pelo nascimento e integridade do bebê	57
6.2.3.3 Sentimentos de medo da morte	58
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ...	70
APÊNDICE B – ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO PARA ENTREVISTA	72
APÊNDICE C – AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS	74
APÊNDICE D – QUESTÕES NORTEADORAS	75
ANEXO A – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos	87
ANEXO B – Parecer do Conselho Diretivo do NHU/UFMS	88

1 INTRODUÇÃO

A gestação, o parto e o puerpério são eventos fisiológicos na vida da mulher. No entanto, caracterizam-se por provocar alterações físicas e emocionais que requerem um acompanhamento contínuo por parte dos profissionais de saúde e envolvimento da família.

Toda gestação traz em si mesma risco para a mãe ou para o feto. No entanto, em pequeno número delas esse risco está aumentado. Desta forma, pode-se conceituar gravidez de risco “aquela na qual a vida ou saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido, tem maiores chances de serem atingidas” (BRASIL, 2000b).

Tedesco (2000a) considera que a gestação é um período de crise psicológica, e constitui-se de uma fase de mudanças relacionadas com o fisiológico, o emocional e as associações interpessoais, entretanto considera, também, que esses eventos são geralmente transitórios.

Dentro do ciclo vital da mulher, a gravidez é um dos períodos críticos de transição que demanda mudanças no papel social, reajustamentos pessoais e variadas adaptações físicas e emocionais. Essa transição, que faz parte do processo do desenvolvimento gestacional, ocorre também no homem, sendo a paternidade uma transição no seu desenvolvimento emocional (ESPIRITO SANTO, 2000; MALDONADO, 2002).

As expectativas da gravidez, parto e puerpério são pontos importantes na trajetória de vida dos seres humanos, afetando profundamente as mulheres, os homens, os bebês e suas famílias. Além da necessidade de adaptação as mudanças físicas impostas pela gravidez, a mulher e sua família terão que se ajustar ao desafio de redefinir seus papéis e lugares na estrutura familiar, abrindo espaço para o bebê em suas vidas (ESPIRITO SANTO, 2000).

A assistência pré-natal é a denominação de um conjunto de medidas e atividades realizadas pelos profissionais de saúde com as mulheres durante a gravidez e no preparo para o parto. Em geral, a consulta pré-natal envolve procedimentos bastante simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a escutar as demandas da gestante, transmitindo nesse momento apoio e a confiança necessária para que ela se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação e o parto (BRASIL, 2000b; BARUFFI, 2004).

Uma assistência pré-natal adequada e de qualidade tem preocupado instituições como a Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Pan - Americana de Saúde (OPAS), e o

Ministério da Saúde (MS) do Brasil, pois consideram reais as possibilidades de diagnóstico e tratamento da maioria das situações patológicas, podendo repercutir favoravelmente em resultados maternos e em melhores condições dos recém-nascidos (FERREIRA, 2002).

O objetivo predominante da assistência pré-natal de reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal por meio do atendimento da mulher grávida em suas necessidades físicas é relevante. Contudo, não se observa a preocupação e adequação da assistência às necessidades sentidas e manifestadas pela mulher de acordo com seu contexto socioeconômico-cultural. Para ser efetivo, o serviço de pré-natal deve propiciar assistência ampla e eficaz às gestantes, sendo indispensável que a equipe multidisciplinar disponha das normas e rotinas do serviço e conheça os direitos da mulher em ser assistida em suas reações humanas, suas necessidades física, emocional, social e cultural em relação à sua saúde e à gestação (BONADIO; TSUNECHIRO, 2003).

Para o monitoramento da atenção pré-natal e puerperal, de forma organizada e estruturada, foi criado e disponibilizado pelo Ministério da Saúde o Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), de uso obrigatório nas unidades de saúde em âmbito nacional, o qual possibilita a avaliação da atenção a partir do acompanhamento de cada gestante, através de um sistema informatizado que disponibiliza todos os indicadores de processo, por localidade e período (BRASIL, 2006a).

Lopes e Campos (2005) consideram que as reações humanas, especialmente as das mulheres, são fenômenos que devem ser investigados para fundamentar, sobretudo a prática da enfermagem. Na complexidade do ciclo grávido-puerperal, é importante considerar vários fatores, como a história pessoal da gestante e seu passado obstétrico, o contexto dessa gravidez com relação à sua idade e vínculo com parceiro, características da gravidez, ou seja, se é normal ou de risco, oferecendo perigo de vida para o feto ou para a mulher, e o contexto da assistência pré-natal, verificando se oferece qualidade ou não (MALDONADO, 2002).

Com o objetivo de compreender o significado vivenciado por mulheres grávidas que freqüentam um serviço de pré-natal de alto risco, buscou-se, nesta proposta, esclarecer a representação social tendo como substrato os depoimentos. Assim, o estudo foi desenvolvido por meio de pesquisa qualitativa de caráter exploratório descritivo.

Considerando que a representação social é coletiva e reflete a experiência do real (MOSCOVICI, 2001) e que, a pesquisa qualitativa permite conhecer o pensamento de uma

comunidade com relação a um tema (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003b), optou-se por desenvolver este estudo sob o enfoque do discurso emitido pelas gestantes, enquanto sujeitos da comunidade, segundo a abordagem metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para conhecer a experiência das mulheres, considerou-se pertinente abordar na revisão de literatura, aspectos relacionados à história de saúde da mulher, à assistência pré-natal e sua relevância durante a gestação e à assistência da equipe multiprofissional na gestação de alto risco.

2.1 Saúde da Mulher - o corpo feminino inserido num contexto social

As caracterizações de gênero são marcadas intensamente pela maneira como nos fazemos notar pelo outro e como estamos situados no mundo. Cada cultura determina a validade e a normalidade das diferentes formas de agir de um homem e de uma mulher para que sejam reconhecidos de acordo com o seu sexo (RODRIGUES, 2000).

Anteriormente a década de 1970, era clara a criação que os filhos recebiam dos pais. Eram poucos os indivíduos que discutiam o modelo tradicional de educar meninas apenas para serem mães, donas de casa e esposas. E apesar de tudo, meninas eram ensinadas a cuidar de todos, não delas mesmas (SHAEVITZ, 1986).

As crianças eram criadas em modelos onde as características classificadas como normais eram: mulher passiva, doce, insegura, delicada, vaidosa, bela, monogâmica e dependente, isto é, feminilidade; homem firme, ofensivo, independente, indiferente, forte e polígamo, ou seja, masculinidade (COSTA, 1999).

Na questão da reprodução não era diferente, as mulheres eram preparadas para as obrigações com a maternidade. Porém, na perspectiva feminina, os direitos reprodutivos são relacionados à igualdade e à liberdade da vida reprodutiva. Já os direitos sexuais enfatizam a igualdade e a liberdade do exercício da sexualidade (ÁVILA, 2003).

O movimento feminista foi um marco importante para que a ordem, onde o masculino fazia do feminino o seu avesso, fosse violada, possibilitando a desconstrução de verdades que num outro momento foram consideradas como inquestionáveis. (COSTA, 1999).

A mulher teve o seu papel redefinido, assumindo novas atividades no lar e fora dele; alcançou novos direitos, ganhou dignidade, conseguiu espaço no trabalho extra lar com mais valorização profissional, maior liberdade e chances de constituir-se como mulher e cidadã do mundo (VAL, 2003).

Durante décadas, as políticas de saúde da mulher no Brasil enfocaram, exclusivamente, o atendimento às demandas decorrentes da gestação, do parto, restringindo a atenção ao processo reprodutivo (BRASIL, 2002). O Ministério da Saúde reforça esta afirmação ao expor os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 1930, 1950 e 1970, que traduziam uma visão restrita sobre a mulher. Baseavam-se na especificidade biológica feminina e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e cuidados com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2004).

Na reconstrução histórica dos Programas de Saúde voltados às mulheres, criados no Brasil no século XX, Osis (1994) afirma que as abordagens sobre o corpo das mulheres resumiam-se à área da reprodução. O enfoque era para o tratamento e as estratégias, de forma exclusiva, de intervenção sobre os corpos das mulheres-mães, com o intuito de assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades de construção de uma nação forte e sadia.

Surge então, na Conferência Nacional de Saúde de 1974, a base para formulação e implementação do Programa Nacional de Saúde Materno Infantil (PMI). Tal programa abordava a atenção à saúde da mulher restrita às ações voltadas para o ciclo gravídico-puerperal, visando à formação de indivíduos hígidos (NASCIMENTO, 1992).

Até o final da década de 1970 do século passado, a “saúde da mulher” estava associada aos problemas de saúde das gestantes. Porém, nos anos 1980, com a emergência da Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida (AIDS) e as mudanças no padrão procriativo, conceitos como sexualidade e contracepção ganharam relevância em relação à contracepção, a gravidez e o parto (BRASIL, 2002).

A década de 1980 foi marcada como um período de transição democrática, fazendo despontar a organização de vários movimentos sociais, dentre eles o movimento feminista. As mulheres passaram a reivindicar direitos relacionados à saúde reprodutiva, como o planejamento familiar, a sexualidade, a democratização de informação em saúde, além de outras medidas compreendidas na esfera da saúde pública e não mais na esfera biomédica (MOURA; RODRIGUES, 2003).

As propostas do movimento feminista e do movimento sanitário brasileiro convergiram e originaram o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983, e trouxe o

conceito de saúde integral à mulher e o direito à opção de exercer ou não a maternidade (NASCIMENTO, 1992).

A criação do PAISM representou um marco histórico, pois foi construído com base em vários programas desenvolvidos no Brasil desde os anos de 1960, tanto pelo Ministério da Saúde como por outras instituições, e incluía a saúde da mulher durante seu ciclo vital, atendendo a todos os aspectos de sua saúde (GALVÃO, 1999). O programa tinha como proposta ser um instrumento de mudanças, rompendo com as formas tradicionais de atendimento, com a dicotomia entre a prevenção e a cura e com o autoritarismo nas atividades educativas (BONADIO; TSUNECHIRO, 2003).

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, doença sexualmente transmissível (DST), câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (GALVÃO, 1999; BRASIL, 2004).

A partir das mudanças, surgiu a dificuldade de como abordar a saúde da mulher de forma integral, sem desconsiderar problemas graves e complexos com relação à saúde da mulher no Brasil. Desta forma, o Ministério da Saúde, desde o ano de 1998, direcionou ações para identificar os maiores problemas e como alterar a realidade constatada - diminuição das taxas de mortalidade por causas evitáveis, condições de decisão sobre o direito reprodutivo e garantia de assistência integral e humanizada - no sentido de fortalecer as ações preventivas e de promoção à saúde (BRASIL, 2002).

Atualmente, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM n. 569 de 01/06/2000, baseia-se na análise das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no parto. A finalidade desse programa é reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, parto, puerpério e neonatal, e ampliar as ações já adotadas com relação à gestação de alto risco por meio de investimentos nas unidades hospitalares integrantes nas redes estaduais de assistência e para o incremento do custeio de procedimentos específicos (BRASIL, 2000a).

Entretanto, inovações nos conceitos relacionados à problemática da saúde da mulher ainda são necessárias. Segundo Tyrrell e Araújo (2003), nas últimas décadas do século XX, o Estado abordou a saúde materno-infantil de forma tradicional e conservadora e, para que inovações sejam

promovidas, é necessário que o Estado e as escolas de formação de recursos humanos elaborem propostas de modelos de assistência à saúde da mulher que abordem a questão de gênero, saúde e direitos reprodutivos e, também, temas emergentes, como violência, processo de trabalho e sexualidade.

Para Baruffi (2004) é fundamental que, além da abordagem desses temas relacionados à assistência à saúde da mulher, seja reconhecida e valorizada a importância da assistência pré-natal, considerando que a adesão das mulheres a esse serviço está relacionada com o acolhimento, a qualidade do atendimento e o preparo do profissional da saúde.

2.2 A Assistência Pré-Natal

Datada do início do século passado, a assistência pré-natal teve início nos Estados Unidos, em ambulatorios que quase não atendiam gestantes aparentemente normais. Os médicos e as parteiras davam prioridade à assistência ao parto e suas complicações, não existindo atenção nos meses anteriores, a menos que fosse observada alguma complicação na gestação (CHAMBERLAIN, 1993).

No Brasil, em 1925, criou-se o serviço pré-natal com caráter universitário por Raul Briquet. Em 1972, houve a ampliação desse serviço, tornando-o especializado no atendimento de gestantes que apresentassem fatores de risco gestacional (NEME; MARETTI, 2002).

O principal objetivo da atenção pré-natal é acolher a mulher desde o início da gestação, assegurando o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2006a).

Uma atenção pré-natal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis de atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2006a, p. 10).

A assistência pré-natal pauta-se em três linhas de atuação: no rastreamento das gestantes de alto risco, em ações profiláticas específicas para a gestante e o feto, bem como na educação em saúde. A identificação da grávida de alto risco representa o principal elemento na prevenção da morbimortalidade materna e infantil, demandando um acompanhamento especializado, embora as outras funções de profilaxia e monitoramento da gravidez, desenvolvidas durante a assistência pré-

natal, se constituem em práticas de promoção da saúde e de preparação para a maternidade (LEAL et al., 2004).

Atualmente, no Brasil e no mundo, a assistência pré-natal é reconhecida como um componente essencial para a redução significativa da taxa de mortalidade materna e perinatal, sendo esses coeficientes importantes indicadores da qualidade da assistência existente em uma comunidade (THEME-FILHA; SILVA; NORONHA, 1999; VICTORA, 2001). Por outro lado, a ausência da assistência pré-natal, por si só, já representa um fator de risco para a gestante e o recém-nascido (BRASIL, 2000b).

Segundo Victora (2001), Neme e Maretti (2002), Serruya, Lago e Cecatti (2004), o ideal seria que a assistência pré-natal começasse desde o início da gestação, objetivando fortalecer a adesão da mulher e possibilitando a detecção e tratamento precoce de qualquer complicação existente sem, contudo, considerar que a questão da qualidade da assistência pré-natal seja um aspecto mais importante do que a quantidade de atendimentos.

Coutinho et al. (2003), destacam o índice alarmante dos indicadores dos coeficientes de mortalidade materna e perinatal, motivando o surgimento de políticas voltadas ao ciclo gravídico-puerperal, como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento que tem o objetivo de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da assistência ao parto e puerpério às gestantes e aos recém-nascidos.

A OMS estabelece a seguinte classificação para os índices de mortalidade materna, em relação a 100.000 nascidos vivos: ideal (até 10 óbitos), baixa (>10 e $< \text{ou} = 20$ óbitos), média (>20 e $< \text{ou} = 49$ óbitos), alta (>50 e $< \text{ou} = 149$ óbitos) e muito alta ($> \text{ou} = 150$ óbitos). A taxa oficial brasileira de mortalidade materna é de 64,84 mortes de mulheres para cada 100 mil nascidos vivos, mas, esse número não reflete a realidade, uma vez que nem todas as mortes são registradas como tendo causas relacionadas à gravidez ou ao parto (BRASIL, 2002).

Um estudo amplamente divulgado, realizado em 2000 pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade São Paulo (USP) e Ministério da Saúde em 25 capitais e no Distrito Federal comprovou que o número real de mortes maternas é 67% maior do que o computado. Esse estudo coordenado pelo Prof. Ruy Laurenti, propôs um fator de correção para cálculo da morte materna, ou seja, de 1,4% no Brasil e 1,1% em Mato Grosso do Sul (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004; BRASIL, 2006b).

Fazendo uma análise da mortalidade materna por regiões do Brasil, verificou-se que as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, onde se sabe que o problema é mais grave, tiveram, contraditoriamente, os menores índices de mortes maternas. Estima-se que, para cada caso de morte materna notificada, exista um outro não-registrado. Nas regiões Sul e Sudeste, os registros estão aumentando, em especial por causa da atuação mais consistente dos Comitês de Morte Materna. Esses comitês, que têm formação interinstitucional e multiprofissional, procuram identificar os casos de mortes ligadas à gravidez e apontar medidas de intervenção para a sua redução (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004).

Baruffi (2004) afirma que o pré-natal é uma área propícia para a atuação do enfermeiro, já que é um momento favorável para a prevenção e promoção da saúde, e um momento ímpar para auxiliar a mulher a enfrentar a gestação, o parto e o puerpério independente do risco gestacional.

Desta forma, o trabalho em equipe multiprofissional deve ser desenvolvido por profissionais com o compromisso comum de melhor atender à mulher, respeitando a sua condição feminina e de cidadã (TYRRELL; ARAÚJO, 2003). Esses princípios asseguram a proteção, a promoção e o suporte necessário para se atingir um cuidado perinatal efetivo.

2.3 A Gestação de Alto Risco e a Assistência Multiprofissional

A avaliação de risco não é tarefa fácil. Uma vez que, o conceito de risco está associado ao de probabilidades, e o encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre está explicitado. Para implementar as atividades de controle pré-natal, é necessário a identificação dos riscos aos quais cada gestante está exposta, permitindo assim, a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez (BRASIL, 2006a).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2000b) considera a gestação como um fenômeno fisiológico e, por isso, sua evolução se dá, na maior parte dos casos, sem intercorrências. Apesar deste fato, há uma parcela de gestantes, cerca de 20% delas, que, por terem características específicas ou por sofrerem algum agravo, apresenta maiores probabilidades de evolução desfavorável tanto para o feto como para a mãe. Essa parcela constitui o grupo chamado de “gestante de alto risco” (BRASIL, 2000b; TEDESCO, 2000a).

Fonseca (1993) e Brasil (2000b) definem gestação de alto risco como aquela gestação durante a qual, ou depois do parto, por uma razão qualquer, a gestante, o feto, o recém-nascido ou ambos apresentam uma morbidade ou mortalidade aumentada.

Tedesco (2000a) acrescenta, contudo, que nas gestações de alto risco, toda condição considerada como de risco para a mãe, atinge também o feto, entretanto nem todo o problema fetal, como por exemplo, a malformação fetal, atinge a gestante.

A visão do processo saúde-doença, denominada Enfoque de Risco, fundamenta-se no fato de que nem todos os indivíduos apresentam a mesma probabilidade de adoecer ou morrer. Essa diferença estabelece um gradiente de necessidade de cuidados que vai desde o mínimo, para as gestantes de baixo risco, até o máximo, para aquelas com alta probabilidade de sofrer danos à saúde. A identificação precoce de gestantes de alto risco faz com que a equipe de saúde disponha de instrumentos para gerar e fornecer cuidados à saúde, de maneira diferenciada (BRASIL, 2000b).

Para Belfort (2005) a assistência pré-natal é de fundamental importância para a mãe e o conceito e acrescenta que a sua ausência está associada à mortalidade perinatal, cinco vezes superior àquela encontrada nas clínicas de atendimento pré-natal que rastreiam as gestações de alto risco, sífilis, anemia, além de fazer a profilaxia da toxemia tardia da gravidez.

As gestações de alto risco comprometem a mãe e o conceito, sendo que 10 a 20% das grávidas podem ser consideradas de alto risco e responsáveis por 50% da mortalidade fetal antes do parto (TEDESCO, 2000a; BRASIL, 2001; REZENDE; MONTENEGRO, 2006). As hemorragias estão presentes entre 10% a 15% das gestações e a mesma frequência é estimada para os desvios de crescimento fetal (BRASIL, 2000b). Já, a hipertensão incide em quase 10% de todas as gestações e é a intercorrência clínica mais importante da obstetrícia atual em consequência de sua influência nos índices de mortalidade materna e fetal. A toxemia gravídica, juntamente com as infecções e as hemorragias são as três principais causas de morte materna no Brasil (REZENDE; MONTENEGRO, 2006).

Diversos são os fatores que podem levar uma gestação ao risco, sobretudo em um país de grandes dimensões e com muitas diferenças sociais, econômicas e culturais como o Brasil (TEDESCO, 2000a; BRASIL, 2000b). Diante disto, são enumerados, pelo Ministério da Saúde, 35 fatores considerados como os mais comuns, agrupados em quatro grandes grupos (BRASIL, 2000b):

1. Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis: Idade menor que

17 e maior que 35 anos; Ocupação relacionada a esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse; Situação conjugal insegura; Baixa escolaridade; Condições ambientais desfavoráveis; Altura menor que 1,45 m; Peso menor que 45 kg e maior que 75 kg; Dependência de drogas lícitas ou ilícitas; 2. **História reprodutiva anterior:** Morte perinatal explicada e inexplicada; Recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou malformado; Abortamento habitual; Esterilidade / infertilidade; Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos; Nuliparidade e multiparidade; Síndrome hemorrágica ou hipertensiva; Cirurgia uterina anterior; 3. **Doença obstétrica na gravidez atual:** Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico; Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada; Ganho ponderal inadequado; Pré-eclâmpsia e eclâmpsia; Diabetes gestacional; Amniorrexe prematura; Hemorragias da gestação; Aloimunização; Óbito fetal; 4. **Intercorrências clínicas:** Hipertensão arterial; Cardiopatias; Pneumopatias; Nefropatias; Endocrinopatias; Hemopatias; Epilepsia; Doenças infecciosas.

Com o objetivo de reduzir as complicações nos casos de gestação de alto risco notificados no país, o Ministério da Saúde vem incentivando a implementação de programas estaduais de referência hospitalar para atendimento dessa clientela, mediante a adequação das maternidades, capacitação dos profissionais de saúde, aquisição de equipamentos, disponibilização de mais leitos obstétricos e reestruturação da área física para atenção a essas gestantes, objetivando organizar a rede de atendimento de maior complexidade (BRASIL, 2002).

As iniciativas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde são importantes para as mulheres que possuem riscos, seja pela presença de patologias associadas ao ciclo gravídico-puerperal ou riscos próprios da gestação, devendo o profissional estar atento às questões referentes à qualidade e ao aprimoramento da assistência prestada de modo a diminuir suas repercussões (TASE, 2000).

Um acompanhamento pré-natal adequado não deve se restringir apenas aos aspectos fisiológicos da gestação. Toda a equipe é responsável por observar a gestante de forma abrangente. Para alguns autores (TEDESCO, 2000a; GOMES et al., 2001; NEME; MARETTI, 2002), a assistência pré-natal à gestante de alto risco envolve diferentes profissionais que integram a equipe de saúde e acreditam que uma melhor compreensão das ações voltadas para essa problemática, por todos que compõem a equipe multiprofissional pode ampliar a discussão no campo da saúde materno-infantil.

O avanço do conhecimento científico e dos fenômenos físicos em obstetrícia tem proporcionado habilidades fundamentais a médicos e enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos permitindo-lhes a prática de atendimento que gera estado de confiança maior na mulher. Entretanto, as condutas baseadas somente nos aspectos físicos não são suficientes, necessitando, ser potencializados pela compreensão dos processos psicológicos que envolvem o período gestacional, notadamente, no caso das gestantes de alto risco que, vivenciam sobrecarga emocional trazida pela gravidez (BRASIL, 2006a).

A atuação de uma equipe multiprofissional na assistência dessas gestantes agrega valor quando Zampieri (2001a) aponta que vivenciar uma gestação de alto risco é um processo complexo, dinâmico, subjetivo e diversificado, podendo ser individual e social, uma vez que envolve transformações fisiológicas, psicológicas, sociais, econômicas, culturais, espirituais e, também, alterações de papéis implicando na aceitação ou não da gravidez.

Os aspectos que motivaram a realização deste estudo no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS foram a dificuldade da gestante em vivenciar a realidade e experiência da gestação de alto risco, os problemas que podem ser desencadeados e identificados na assistência para essa clientela e, quais os reflexos positivos que uma assistência pré-natal de boa qualidade pode representar nos índices de mortalidade materna e neonatal associados a fatores de risco, com a necessidade de integrar o presente estudo ao acompanhamento posterior.

Assim, o estudo foi delineado com o propósito de trazer informações sobre o assunto, onde a gravidez de alto risco é freqüente e como o enfermeiro poderá contribuir para prestar assistência de enfermagem de forma sistematizada e decisiva à gestante de alto risco. Pois, as gestantes que adoecem fazem mais consultas, hospitalizam-se mais, correm mais risco de morte, podem parir prematuros que são internados em unidades de terapia intensiva neonatal e que, quando sobrevivem – não raro – apresentam maior grau de dependência da família e da sociedade civil.

2.4 O Enfermeiro na Assistência a Mulher no Pré-Natal

Os ajustes emocionais, sociais e físicos impostos pela gestação causam variados níveis de ansiedade e estresse individual e familiar. Para que a assistência de enfermagem prestada no pré-natal seja adequada e eficaz, é de suma importância que se realize o atendimento à gestante, ao seu companheiro e a sua família, que também se encontra grávida.

O enfermeiro atua no pré-natal por meio da Consulta de Enfermagem e de atividades em grupo. Conhecendo as necessidades da população materno-infantil, o enfermeiro tem a responsabilidade de atuar na assistência de enfermagem, no ensino, na pesquisa e na administração, dando ênfase a prevenção de doenças incidentes no ciclo gravídico-puerperal, além de atuar como agente multiplicador (MARANHÃO, 1990; FERREIRA, 2002).

Através do art. 11, inciso I, alínea “i” da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do decreto 94.406/87 que a regulamenta, é legalizada a Consulta de Enfermagem, sendo uma atividade privativa do enfermeiro (COFEN, 2005).

Considerando a oficialização da Consulta de Enfermagem para possibilitar a concretização de um modelo assistencial moldado às condições das necessidades de saúde do povo, a resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 159/1993 resolve no art. 1º que em todos os níveis de atendimento à saúde, instituição pública ou particular, a Consulta de Enfermagem deve ser obrigatoriamente cumprida na Assistência de Enfermagem (COFEN, 2005).

A resolução nº 223/99 do Conselho Federal de Enfermagem refere que é de competência do enfermeiro obstetra, Especialista em Enfermagem Obstétrica e Assistência à Saúde da Mulher, além das atividades previstas na Lei do Exercício Profissional, o acompanhamento da cliente sob seus cuidados desde o pré-natal, internação até a alta (COFEN, 2005). Dessa forma torna-se relevante sua participação na assistência materno-infantil.

Ademais, [...] o Ser-Enfermeiro é um ser humano, com todas as suas dimensões, potencialidades e restrições, alegrias e frustrações; é aberto para o futuro, para a vida, e nela se engaja pelo compromisso assumido com a enfermagem. Este compromisso levou-o a receber conhecimentos, habilidades e formação de enfermeiro, sancionados pela sociedade que lhe outorgou o direito de cuidar de gente, de outros seres humanos. Em outras palavras: o Ser-Enfermeiro é gente que cuida de gente (HORTA, 1979, p. 3, apud, HOGA, 2006).

A assistência de enfermagem à mulher, ao casal e a família no ciclo gravídico-puerperal visa a atender as necessidades da cliente e de suas famílias de maneira individualizada e humanizada, estabelecendo um relacionamento interpessoal de confiança e de respeito mútuos. A utilização da Sistematização de Enfermagem como metodologia de trabalho favorece o alcance desse objetivo e o preparo do casal para a maternidade e paternidade (FREITAS, et al., 2002).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2000b) estabelece como compromisso, a promoção da maternidade segura e a garantia de atendimento pré-natal humanizado e ressalta a necessidade de

atenção especial à parcela de mulheres grávidas que são portadoras de doenças que se agravam na gestação ou são desencadeadas nesse período, as gestantes de alto risco.

A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro e permite o exercício de sua autonomia (GERK, 2002). Especificamente, no pré-natal tem por objetivo cuidar do binômio mãe e filho no período de gestação, considerando o contexto familiar e social da gestante, e a prepará-la para um parto e puerpério mais seguros e saudáveis possíveis.

Por ser uma atividade para voltada para a assistência, como tal deve ser sistematizada, envolvendo uma seqüência dinâmica de etapas que direcionam as ações de modo a contribuir no atendimento às necessidades de saúde individual e coletiva, além de ser uma oportunidade viável para a autonomia na medida em que é uma atividade-fim do enfermeiro (GERK, 2002).

Para ser efetivo, o serviço de pré-natal deve propiciar assistência ampla e eficaz às gestantes, sendo indispensável que a equipe multidisciplinar disponha das normas e rotinas do serviço e conheça os direitos da mulher em ser assistida em suas reações humanas, suas necessidades física, emocional, social e cultural em relação à sua saúde e à gestação.

Sendo o pré-natal um espaço adequado para que a mulher prepare-se para viver o parto de forma positiva, integradora, enriquecedora e feliz, entendemos que o processo educativo (educação em saúde) é fundamental não só para a aquisição de conhecimentos sobre o processo de gestar e parir, mas também para o seu fortalecimento como ser e cidadã.

A carência de informações, ou informações inadequadas sobre o parto, o medo do desconhecido, bem como os cuidados a serem prestados ao recém-nascido nos primeiros dias são fatores mais comuns de tensão da gestante, que influenciam negativamente durante todo o processo. É de competência da equipe de saúde acolher a gestante e a família, desde o primeiro contato com a unidade de saúde. O termo acolhimento deve ser considerado na abordagem da grávida como o significado que a gestação tem para ela e sua família, uma vez que é nessa fase que se inicia o desenvolvimento do vínculo afetivo com o novo ser.

Neste sentido, devem ser valorizados as emoções, os sentimentos e as histórias relatadas pela mulher e seu parceiro de forma a individualizar e a contextualizar a assistência pré-natal. Para tanto, as autoras Zampieri (2001b), Saito e Gualda (2003) recomendam utilizar estratégias como a escuta aberta, sem julgamento e preconceitos e o diálogo franco, permitindo à mulher falar de suas

dúvidas e necessidades, possibilitando, assim, o estabelecimento e fortalecimento do vínculo profissional-cliente.

Para Freire (1987), somente o diálogo gera um pensar crítico que é capaz, também, de gerar o diálogo. Com a visão do processo educativo numa tendência libertadora, a enfermeira estimula o falar fazendo com que a gestante interfira, dialogue e se sinta capaz. A premissa básica daqueles que realizam o processo educativo dentro dessa perspectiva deve ser a de propiciar o fortalecimento pessoal dos seres humanos com quem interagem. O importante é ajudar o ser humano a ajudar-se, fazendo-o agente de sua recuperação, com uma postura crítica e reflexiva de seus problemas.

No pré-natal o enfermeiro deve ficar atento para também, interpretar a percepção que a gestante tem com relação a sua experiência da maternidade no contexto mais amplo (ambiente, família, mudanças físicas, psicológicas e sociais) por ser essa uma experiência única. O profissional enfermeiro não deve impor seus conhecimentos e desconsiderar a realidade do cliente; caso isto aconteça, as orientações dadas poderão não ser adotadas por incompatibilidade com essa realidade. Conhecer as necessidades de aprendizagem das gestantes no período do pré-natal é considerar a importância da cliente na determinação de seu autocuidado.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Compreender o significado da gestação de alto risco para as gestantes que freqüentam o pré-natal no ambulatório de ginecologia e obstetrícia.

3.2 Objetivos Específicos

Caracterizar as gestantes de alto risco segundo variáveis sociodemográficas, história reprodutiva e intercorrências gestacionais;

Verificar o conhecimento e os sentimentos das gestantes em relação à gestação de alto risco e seu fator de risco.

4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

4.1 Representações sociais

4.1.1 Contexto histórico

A teoria das representações sociais surgiu da obra de Serge Moscovici intitulada *La psychanalyse: son image et son public*, publicado na França em 1961.

As representações sociais não pertencem a um único campo de conhecimento, possuem suas raízes na sociologia, atravessam a psicanálise de Freud e se desenvolvem na psicologia social de Moscovici, estudada posteriormente por Denise Jodelet. O interesse pelo estudo dos fenômenos do domínio simbólico, a explicação destes, com recursos de noções de consciência e imaginário, passaram a ser estudados a partir de 1960. Incluem-se as noções de representação e memória social, que também fazem parte dessas buscas de explicações que receberão após os anos 1980, sua teorização, passando a servir como ferramenta para outros campos, como a saúde, a educação, a didática e o meio ambiente, com propostas teóricas diversificadas.

Vergara e Ferreira (2005), discutem que anteriormente a publicação de Moscovici sobre as representações sociais, as teorias existentes estabeleciam uma interface entre dois níveis de fenômenos perceptivos: o individual e o coletivo. O termo “representação social”, ou “representação coletiva” foi proposto, como é sabido, por Durkheim, que desejava enfatizar a especificidade e a primazia do pensamento social em relação ao pensamento individual. Para esse autor, assim como a representação individual deve ser considerada um fenômeno psíquico autônomo não redutível à atividade cerebral que a fundamenta, a representação coletiva não se reduz à soma das representações dos indivíduos que compõem a sociedade. Ela é também uma realidade que se impõe a eles: “as formas coletivas de agir ou pensar têm uma realidade fora dos indivíduos que, em cada momento, conformam-se a elas. São coisas que têm existência própria. O indivíduo as encontra formadas e nada pode fazer para que sejam ou não diferentes do que são” Desse modo, as representações inseridas em uma coletividade influenciam as decisões individuais dos seres humanos.

Moscovici (2003) discorre que Durkheim tratava a representação individual como um fenômeno inteiramente psíquico, irredutível à atividade cerebral que o permite, e que a representação coletiva não se restringe à soma das representações dos indivíduos que compõem uma sociedade. Encontramos aí talvez o problema mais comum – mas também dos mais difíceis – das Ciências Sociais: a influência recíproca da estrutura social e do autor. A noção de representação social, tal como Moscovici procurou elaborar, constituiu uma tentativa de articulá-los. Mas sem dúvida a ênfase era colocada, sobretudo num lado: a reflexão se apoiava mais no sujeito ativo, construtor do mundo a partir dos materiais que a sociedade lhe fornece, do que na própria estrutura social.

4.1.2 O que são representações sociais

Definir representações sociais não é tarefa fácil, dada sua composição polimorfa.

Por representações sociais, entendemos como um conjunto organizado de informações, atitudes, crenças que um indivíduo ou um grupo elabora a propósito de um objeto, de uma situação, de um conceito, de outros indivíduos ou grupos apresentando-se, portanto, como uma visão subjetiva e social da realidade (MOSCOVICI, 2003, p. 64).

As representações sociais, para Jodelet (2002), são uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado com um objetivo prático e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Elas são equivalentes aos mitos e crenças de uma sociedade, ou seja, ao senso comum. Para essa autora, a representação social deve ser estudada articulando-se elementos efetivos, mentais e sociais, interagindo-os ao lado da cognição, linguagem e comunicação, às relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideal sobre a qual elas vão intervir.

Spink (1993, p. 300) conceitua representações sociais como sendo modalidades de conhecimento prático orientadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideativo em que vivemos.

As representações sociais segundo Moscovici (2003) devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que já sabemos. Elas ocupam uma posição, em algum ponto entre conceitos, que tem o objetivo de abstrair sentido do mundo e introduzir nele ordem e percepções que reproduzem o mundo de forma significativa.

Elas funcionam como um sistema de interpretação da realidade e atua nas relações dos indivíduos no meio em que estão inseridos, orientando seus comportamentos e práticas. Entretanto, não determinam inteiramente as decisões tomadas pelos indivíduos, elas limitam e orientam o universo quanto as possibilidades colocadas a sua disposição (VERGARA; FERREIRA, 2005).

Segundo Siman (2005) as representações sociais dão às coisas uma nova forma por meio da atividade psíquica. Envolve uma relação entre o sujeito e o objeto-mundo. O sujeito se insere em uma comunidade concreta e simbólica, porém, não está condenado a simplesmente reproduzir essa realidade. O indivíduo elabora constantemente a tensão entre o mundo e seus próprios esforços para ser um sujeito. Ao mesmo tempo em que esse sujeito recria a realidade social e suas representações, é também modificado em sua própria relação com o mundo.

Parada e Packer (2006) relatam que as representações sociais são equivalentes ao senso comum, idéias, imagens, concepções e visão do mundo que o indivíduo possui sobre a realidade. Desenvolve-se principalmente no meio urbano, onde o homem busca apropriar-se do mundo, e para tanto utiliza-se de conceitos, afirmações e explicações provenientes do dia-a-dia, a respeito de qualquer objeto social ou natural, tornando-o familiar e, desse modo, garantindo a comunicação no interior de um grupo.

A teoria das representações sociais vistas por Almeida e Cunha (2003, p. 15) correspondem as teorias do senso-comum ou teorias populares, correspondendo aos significados psíco-sociais. Significados compreendidos, constituídos e constitutivos pela realidade social, sendo portanto explicativos e prescritivos da realidade social. As autoras consideram que as representações sociais

estão intimamente articuladas às teorias científicas e que estas se submetem aos conhecimentos científicos através de um processo de ressignificação, visto que são negociadas e recriadas à luz das teorias populares, procurando compreender os significados e os processos elaborados pelos homens para explicar o mundo no qual estamos inseridos.

De acordo com Abric (2000), as representações sociais, inseridas na psicologia social, oferecem um quadro de análise e interpretação, permitindo a compreensão da interação entre o individual e as condições sociais nos quais os atores sociais evoluem. Permite compreender os processos que intervêm na adaptação sociocognitiva dos indivíduos à realidade cotidiana e às características do meio social e ideológico.

4.1.3 Processos

De acordo com Moscovici (2003) os fundamentos da construção do saber são sistematizados em dois processos. Um é denominado objetivação e elucida como se estrutura o conhecimento do objeto. Primeiramente seleciona e descontextualiza elementos do que vai representar, fazendo um enxugamento das informações. Segue-se a fragmentação do conhecimento prévio, com base em nosso conhecimento anterior, na experiência e em nossos valores. Recosturam-se os fragmentos de modo que se tornem o centro figurativo das representações. Desse modo, o objeto, que era misterioso, é destrinchado e recomposto, tornando-se objetivo e palpável, adquirindo sentido natural. A ancoragem é o outro processo, que dá sentido ao objeto. É o modo pelo qual o conhecimento se enraíza no social e retorna a ele.

A descrição da natureza convencional e precritiva das representações sociais contribuem para a elucidação de como o pensamento é considerado como um ambiente (social e cultural). Cada um de nós está cercado, tanto individual quanto coletivamente, por palavras, idéias e imagens que penetram em nossos olhos, ouvidos e mente independentemente de nossa vontade e sem que percebamos tal evento (MOSCOVICI, 2003).

As representações convencionalizam os objetos, pessoas ou acontecimentos que encontram. Elas lhes dão uma forma definitiva, os situam em categorias e os tornam modelos de determinado tipo, distinto e partilhado por um grupo de pessoas. Os novos elementos se agrupam a esse modelo e se sintetizam nele. Nenhuma mente está livre de condicionamentos anteriores que lhes são impostos por suas representações, linguagem ou cultura. Nosso pensamento é determinado pela linguagem e os organizamos de acordo com um sistema pertencente ao nosso grupo (MOSCOVICI, 2003).

As representações são prescritivas, ou seja, atuam sobre nós como uma força irresistível. Essa força resulta da combinação de uma estrutura que está presente antes mesmo que comecemos a pensar e de uma tradição que decreta o que deve ser pensado. As representações, mesmo sendo partilhadas, penetrando e influenciando a mente de cada um, não são pensadas por um único indivíduo, mas são re-pensadas, re-citadas e re-apresentadas (DUARTE, 2007).

O sujeito busca o que lhe é familiar para fazer uma conversão daquilo que é novidade e participa com os demais membros de um grupo ou sociedade em que está inserido, legitimando comportamentos, atitudes, crenças e valores (ARRUDA, 2002).

4.2 Discurso do Sujeito Coletivo

4.2.1 Contexto

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é uma técnica da construção do pensamento coletivo com o intuito de revelar como as pessoas pensam, atribuem sentidos e manifestam posicionamentos sobre dado assunto. Refere-se a um compartilhamento de idéias dentro de um grupo social.

Surgiu na década de 1990, de uma pesquisa realizada com servidores públicos com o objetivo de conhecer a opinião destes sobre o Programa de Gerenciamento Integrado, programa proposto durante a gestão Pinotti na Secretaria de Saúde de São Paulo. Diante dos dados coletados, observou-se que as respostas eram muito semelhantes, diferindo em alguns critérios, embora não mudando o resultado. O processamento desses discursos deu origem ao DSC, que posteriormente recebeu as figuras metodológicas que o transformaram em referencial metodológico, sendo utilizado em pesquisas qualitativas que tem depoimentos como base.

Segundo Lefèvre e Lefèvre (2003a, p.15), metodologicamente o discurso do sujeito coletivo “é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos, artigos de jornal, matérias de revistas semanais, cartas, papers, revistas especializadas, etc”. Para a sua construção são utilizadas como figuras metodológicas as expressões-chave, as idéias centrais e as ancoragens.

4.2.2. Figuras metodológicas

4.2.2.1 Expressões-chave

São pedaços ou trechos do discurso que formam descrições literais dos depoimentos, revelando a essência do conteúdo das representações ou teorias subjacentes a estas que estão presentes nesse depoimento. São parte essencial para análise e constituem os recortes do discurso.

4.2.2.2 Idéia central

Nome ou expressão lingüística que revela e descreve de maneira sintética e precisa o sentido presente nos depoimentos. Descreve o sentido usando as palavras do entrevistado, não constituindo interpretação.

As idéias centrais são elaboradas pelo pesquisador diante do discurso do entrevistado utilizando a fala que indica a idéia central.

Torna-se necessário um critério que justifique a idéia central. Então, o pesquisador faz uma síntese daquilo que foi justificado.

Exemplos de expressões-chave:

“A gestação está sendo normal igual às outras, de todas é a mais calma.... O meu único problema é a pressão e começa a subir só agora, então está bem tranqüila, mas isso é normal... ... estou melhor e eu vou conseguir chegar até o final da minha gravidez”.

Temos como idéia central:

“Acredita ser a gestação normal/boa, apesar dos problemas de saúde”.

As idéias centrais servem para agrupar o discurso, e numa mesma fala pode haver mais de uma idéia central, devendo todas ser consideradas separadas e trabalhadas na categorização.

4.2.2.3 Ancoragem

É a manifestação de uma teoria, ideologia ou crença que o autor do discurso professa e em que acredita. É uma afirmação genérica do enunciador para enquadrar uma determinada situação.

A ancoragem deve ser redigida sempre no positivo. Os valores estão embutidos na crença, na fala. Trata-se de um forte valor que está presente em um determinado grupo.

A ancoragem não responde a pergunta, no entanto, as idéias centrais têm de respondê-la. É uma idéia básica que sustenta o discurso.

“Está complicado, mas se Deus mandou é porque posso agüentar...”

A pessoa expressa e acredita naquilo que falou. As idéias centrais são descrições do sentido presente nas expressões-chave e não interpretações. Tanto a idéia central quanto as ancoragens tem as mesmas expressões-chave. A diferença entre a idéia central e a ancoragem é que a mesma expressão-chave remete tanto ao seu sentido mais direto, representado pela idéia central, quando a teoria, a ideologia ou a crença subjacente, representada pela ancoragem.

4.2.3 Discurso do Sujeito Coletivo: a síntese

É a reunião, em um único discurso redigido na primeira pessoa do singular, das expressões-chave que apresentam idéias centrais ou ancoragens semelhantes.

A metodologia do DSC pretende “resgatar o discurso como signo e conhecimento dos próprios discursos”, por meio do entrelaçamento dos fragmentos dos discursos de cada indivíduo para a construção de um discurso que possa expressar um modo de pensar ou a representação social sobre um determinado fenômeno (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003a, p. 19).

4.2.4 Atributos quantitativos do DSC

Intensidade ou força: trata-se do numero de sujeitos que contribuíram com suas expressões-chave relativas às idéias centrais ou ancoragens semelhantes ou complementares.

Amplitude: medida do DSC considerando o campo ou o universo pesquisado.

4.2.5 Instrumento de análise de discurso

O instrumento de análise de discurso é uma forma de organizar as figuras metodológicas para posterior confecção do DSC.

Sujeito	Expressões-chave	Idéias centrais	Ancoragens
S4	Uma gravidez é considerada de risco quando a mãe e o bebê têm algum tipo de doença. Por exemplo, a pressão alta e o diabetes. No meu caso eu tenho que me cuidar mais para não acontecer nada comigo ou com meu bebê. Vou fazer o pré-natal certinho, porque eu já perdi um bebê com seis meses porque eu tive pré-eclampsia. Então eu sei bem como é ter gestação de risco, a gente perde mesmo o bebê se não se cuidar. Então eu estou me empenhando ao máximo para ter uma gravidez tranquila com menos problemas possíveis. Na primeira gravidez eu não fiz pré-natal por falta de informação, sei lá	Risco para a mãe e para o bebê Risco de morte	Não há
S11	Na verdade eu acho que a gestação de alto risco é quando existe qualquer doença na mulher durante a gravidez que pode prejudicar o desenvolvimento do feto. O risco para a saúde da mãe e do bebê é muito grande. Eu já ouvi falar e também já li a respeito da existência de alguns fatores de risco que podem favorecer para uma gestação de alto risco, tais como: a idade da mãe menor do que 15 anos e maior que 35 anos, doenças do coração, pressão alta, diabetes melito, obesidade, doenças como a rubéola, tem também aquela doença do gato, eu acho que se chama toxoplasmose. Essas doenças causam desde problemas para os bebês que podem ser má formação, problemas de crescimento, como até a morte do bebê. E para a mãe também, pode causar tantos problemas, inclusive a morte.	Risco para a saúde da mãe e do bebê. Podem causar tantos problemas, inclusive a morte	

O passo seguinte consiste na construção do Discurso do Sujeito Coletivo, onde são estabelecidas a partir da identificação nos instrumentos de análise de discursos, de cada um dos grupamentos o que, na realidade, implica criar uma idéia central ou ancoragem-síntese, que expresse da melhor maneira possível, todas as expressões-chave, idéias centrais e ancoragens de mesmo sentido.

Idéia central: A gestação expõe a mãe e bebê a riscos, inclusive de morte.

Expressões-chave	Discurso do Sujeito Coletivo
Uma gravidez é considerada de risco quando a mãe e o bebê têm algum tipo de doença. Gestação de alto risco é quando existe qualquer doença na mulher durante a gravidez que pode prejudicar o desenvolvimento do feto. E para a mãe também, pode causar tantos problemas, inclusive a morte.	A gravidez é considerada de alto risco, quando a mãe ou o bebê tem algum tipo de doença. É um problema de saúde antes da gestação, que a mãe já tenha ou que vem adquirir depois, durante a gestação.

5 PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS

5.1 A Escolha do Método

Quando pretende-se conhecer o pensamento de uma comunidade com relação a um tema, é preciso realizar uma pesquisa qualitativa, considerando que os pensamentos para serem acessados, “na qualidade de expressão da subjetividade humana, precisam passar, previamente, pela consciência humana” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003b, p. 9).

Assim, optou-se por estudar o significado da gestação de alto risco utilizando a pesquisa qualitativa, cuja finalidade é documentar e interpretar o mais completo possível os aspectos do fenômeno estudado, tendo como partida o ponto de vista da pessoa envolvida, na tentativa de identificar atributos que fazem o fenômeno ser o que ele é. A preocupação da pesquisa qualitativa vem ao encontro de definições da OMS, que define como primordiais os fatores característicos do contexto sociocultural, ou seja, valores, crenças, condições socioeconômicas entre outros (BONADIO; TSUNECHIRO, 2003; MINAYO, 2003; OSIS, 2005).

Quevedo (2001) acredita que com relação à abordagem qualitativa, esta privilegia os pressupostos fundamentais da vida da pessoa e responde ao processo de como ocorrem às relações e não somente os seus resultados. Possibilitando, conforme afirmam Merighi e Praça (2003), que o pesquisador capte a maneira como os indivíduos pensam e reagem diante da questão focalizada.

Reforçando a idéia que as representações sociais são intimamente ligadas, Spink (1994) e Moscovici (2001) acreditam que o indivíduo é pressionado pelas representações dominantes da sociedade em que está inserido e, nesse meio, manifesta seus sentimentos correspondentes ao tipo de sociedade e suas práticas.

Desse modo, a representação social é coletiva e perdura entre as gerações à medida que exerce coerção sobre os indivíduos e reflete a experiência do real.

Considerando as perspectivas da pesquisa qualitativa para a enfermagem, acredita-se que essa abordagem contribui para a compreensão holística do ser humano, oferece oportunidades de discussão profunda do assunto, permite explorar melhor alguns problemas da assistência de enfermagem, leva o enfermeiro a refletir mais e contribui para o desenvolvimento da enfermagem como profissão e ciência (GUALDA et al., 1995).

5.2 A População Estudada

A população estudada foi constituída por 21 gestantes que apresentaram, no mínimo, uma intercorrência clínica, conforme classificação elaborada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000b), e que estavam realizando acompanhamento pré-natal de alto risco às 3^a, 4^a e 6^a feira no ambulatório de ginecologia e obstetrícia de NHU/UFMS.

Para garantir a privacidade das participantes e assegurar o sigilo dos dados, foi utilizado um sistema de codificação, substituindo os nomes próprios pela letra S precedida por numeração em ordem crescente.

O critério para a inclusão das gestantes, foi o diagnóstico clínico de alguma intercorrência clínica independente da idade gestacional e do número de consultas, ou seja, uma doença diagnosticada e com tratamento instituído na atual gestação, e que não apresentem nenhum tipo de complicação que impeça sua comunicação. A escolha das gestantes foi aleatória.

Considerando que as entrevistas realizadas com as gestantes transcorreram com tempo livre para a coleta das informações e que muitas vezes apenas uma entrevista era realizada por dia, foram necessários três meses para completar a pesquisa.

As entrevistas foram interrompidas no momento em que houve a repetição dos discursos coletados, através de análise prévia e contínua das entrevistas para definir a ocorrência das repetições.

A participação das gestantes foi voluntária e, no momento em que concordaram em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

5.3 O Local do Estudo

Dentro do Sistema Único de Saúde, o ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS, é um dos serviços de referência para o Estado do Mato Grosso do Sul e Município de Campo Grande no atendimento à gestação de alto risco, vinculado administrativamente à Vice Reitoria da UFMS, e realiza atividades de assistência, ensino e pesquisa.

O Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia atende aproximadamente 590 gestantes com diagnóstico de gestação de alto risco por ano, segundo agenda dos profissionais. O atendimento é

realizado por profissionais médicos, docentes, residentes da Ginecologia e Obstetrícia e acadêmicos do Curso de Medicina e, eventualmente, quando encaminhadas, as gestantes são avaliadas por outras especialidades médicas, tais como cardiologia, nefrologia, pneumologia, moléstias infecciosas, entre outras, sem, contudo caracterizar uma assistência multidisciplinar. Além disso, quando solicitado pelo profissional médico ou por livre demanda, as gestantes recebem assistência do assistente social, nutricionista e psicólogo.

5.4 O Instrumento

O roteiro da entrevista semi-estruturada com questões abertas e semi-abertas buscou apreender: características sociodemográficas e antecedentes obstétricos, por meio do preenchimento manual do questionário pela pesquisadora, enquanto que, o conhecimento e os sentimentos quanto à experiência de vivenciar uma gravidez de alto risco, foram gravados e transcritos (Apêndice B).

Lefèvre e Lefèvre (2003a) acreditam que a questão aberta representa o pensamento dos indivíduos, uma vez que é um procedimento de pesquisa que proporciona maiores possibilidades do indivíduo expressar-se com um discurso.

Para que a gestante entrevistada fizesse um discurso, respondendo o que estava sendo investigado sem prejuízo no resultado da pesquisa, e permitisse melhor compreensão do objeto de estudo, foi realizado um levantamento piloto de todas as gestantes que realizaram consulta de pré-natal no ambulatório de ginecologia e obstetrícia do NHU/UFMS no primeiro trimestre de 2008, para se obter uma noção aproximada de quantas gestantes seriam entrevistadas de acordo com o critério de seleção. O resultado do levantamento permitiu identificar as dificuldades e as falhas na técnica de aplicação e adequar o procedimento de coleta dos dados da pesquisa, ajustando a estrutura do roteiro da entrevista.

5.5 A Coleta de Dados

Os dados foram coletados nos meses de junho a setembro de 2008. O roteiro da entrevista guiou a coleta dos dados que foram gravados.

As entrevistas foram realizadas no dia em que as gestantes compareceram ao NHU para realizar a consulta de pré-natal. Elas aconteceram em uma sala reservada, preparada e em clima de tranquilidade, proporcionando privacidade tanto para a pesquisadora como para as gestantes.

Após a abordagem da pesquisadora, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) quanto aos objetivos e aspectos legais da pesquisa para cada gestante, foram realizadas as entrevistas (Apêndice A) e anotados aspectos considerados relevantes observados pela pesquisadora. A legitimidade desse procedimento ganha reforço quando, Cruz Neto (2003) afirma que nada substitui o olhar de um pesquisador atento à realidade das relações sociais em sua investigação no trabalho de campo. Para garantir o anonimato e omitir os nomes verdadeiros das gestantes, as fitas foram identificadas com letras e número sequencial.

Os discursos foram transcritos obedecendo à ordem em que ocorreram as entrevistas.

5.6 A Análise dos Dados

5.6.1 Análise descritivo-exploratória da população estudada

A análise teve como objetivo caracterizar as gestantes, coletando variáveis sociodemográficas, história reprodutiva e intercorrências gestacionais como: Idade, grau de escolaridade, estado civil, atividade econômica, renda familiar em salários mínimos, conforme a situação em que se encontravam quando foram entrevistadas; antecedentes obstétricos, número de filhos vivos, idade, duração, realização de pré-natal e intercorrências nas gestações anteriores, uso de método contraceptivo e o método utilizado no caso de uso de algum; Motivos do agendamento no Pré-Natal de Alto Risco, profissional responsável pelo encaminhamento, procedência, idade gestacional e intercorrências na atual gestação.

A avaliação de risco não é tarefa fácil. Os sistemas que utilizam pontos ou notas sofrem, ainda, pela exatidão do valor atribuído a cada fator e a associação entre eles. Assim, a realidade epidemiológica local deverá ser levada em consideração para dar maior ou menor relevância aos fatores de risco para a gravidez atual (BRASIL, 2006a).

5.6.2 Análise qualitativa das entrevistas

Mediante dados coletados em prontuários e das entrevistas transcritas, caracterizou-se as gestantes participantes do estudo e os DSCs foram construídos a partir das expressões-chave de cada grupamento de idéias centrais.

Para organização dos dados qualitativos, utilizou-se a abordagem metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Entretanto, antes de descrever como foi efetuada a organização das entrevistas e a construção dos DSCs, é importante explicar a denominação das figuras metodológicas, expressões-chave, idéia central e discurso do sujeito coletivo.

As expressões-chave (ECH) são:

pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso [...] revelando a essência do depoimento”, resgatando a literalidade do depoimento. Elas são a matéria-prima na construção do DSC, sendo consideradas como “[...] uma *prova discursivo-empírica* da verdade das idéias centrais e das ancoragens e vice-versa (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003a, p. 17).

A idéia central (IC) é:

[...] uma expressão lingüística que revela e descreve, da maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECH, que vai dar nascimento, posteriormente, ao DSC (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003a, p. 17).

Por sua vez, o discurso do sujeito coletivo, considerada a principal das figuras metodológicas, é a reunião, num único discurso redigido na primeira pessoa do singular, das expressões-chave que apresentam idéias centrais ou ancoragens semelhantes.

A metodologia do DSC pretende “resgatar o discurso como signo e conhecimento dos próprios discursos”, por meio do entrelaçamento dos fragmentos dos discursos de cada indivíduo para a construção de um discurso que possa expressar um modo de pensar ou a representação social sobre um determinado fenômeno (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003a, p. 19).

Na etapa seguinte, procedeu-se a impressão do conjunto das idéias centrais da questão em análise. Nesse momento, as idéias centrais impressas cujos discursos eram equivalentes, semelhantes ou complementares foram reunidas em uma mesma categoria, representadas por uma letra do alfabeto, iniciando pela letra A e seguindo a ordem alfabética até que todas as idéias centrais tivessem sido categorizadas.

O instrumento metodológico do DSC possibilitou a análise do material verbal coletado, extraindo-se de cada depoimento as expressões-chaves montando-se assim o instrumento de análise de discurso (IAD1). Retiramos a seguir as idéias centrais e montamos o instrumento de análise do discurso (IAD2), com as suas respectivas idéias centrais semelhantes. Por fim, compusemos os DSC, na primeira pessoa do singular identificando a presença de um sujeito individual no discurso.

Desta forma os discursos estão sendo apresentados de acordo com as questões norteadoras da pesquisa: 1. Qual o significado de gestação de alto risco para você?, 2. O que você sabe sobre gestação de alto risco?, 3. O que sente vivenciando uma gestação de alto risco?

5.7 Aspectos Éticos da Pesquisa

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, atendendo à determinação da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Pesquisa, obtendo a aprovação sob o parecer nº 32/2008 (Anexo A). Foi obtida, também, a autorização do Conselho Diretivo do Núcleo do Hospital Universitário para a realização da coleta de dados nos prontuários hospitalares e entrevistas com as gestantes (Anexo B).

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Caracterização da população entrevistada

Este capítulo descreve os resultados obtidos após o tratamento dos dados coletados ao longo da pesquisa.

Preliminarmente, apresenta-se a caracterização das gestantes para facilitar a compreensão da população atendida no ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS onde foi desenvolvida a pesquisa e melhor situa-las em termos de contexto sociocultural.

As 21 gestantes entrevistadas estavam na faixa etária entre 14 e 38 anos, sendo que três tinham idade acima de 35 anos e duas idade abaixo de 15 anos. Ziegel e Cranley (1985); Neme (2000); Rezende e Montenegro (2006) classificaram gestações em mulheres com menos de 15 anos ou mais de 35 anos como fator de risco para gestação. Estas faixas etárias podem predispor as mulheres e/ou fetos às complicações tanto no período gestacional como neonatal.

Segundo o Ministério da Saúde, as mulheres com idade entre 10 e 49 anos são consideradas mulheres em idade fértil e representam 65% do total da população feminina do Brasil, ou seja, parcela importante e merecedora da atenção das políticas de saúde (BRASIL, 2004).

A escolaridade das gestantes pesquisadas, em relação aos anos de estudo, demonstrou que a maioria 75% tem escolaridade mínima, ou seja, o Ensino Fundamental. A escolaridade materna é um dos indicadores do nível socioeconômico e importante influenciador dos índices de saúde materno-infantil. Acerca do estado civil, houve predominância de mulheres casadas, bem como de mulheres que exercem ou exerceram atividades fora do lar.

A maioria das gestantes (16) afirmou ter companheiro, enquadrando-se nesse item tanto as mulheres casadas como as que viviam uma relação consensual, e, apenas cinco, declarou-se como solteira. A situação conjugal instável e a maternidade para as solteiras são situações apresentadas como fator de risco gravídico e agravante para as complicações obstétricas como parto pré-termo, baixo peso ao nascer, aumento da mortalidade perinatal por diversos autores (TEDESCO, 2000a; ARAGÃO et al., 2004). Em contraponto, o fato de viver com companheiro é considerado como um fator favorável para a gestação, pois o casal tem a oportunidade de assumir e dividir a

responsabilidade pela vida do filho e, como consequência, influenciar positivamente em resultados perinatais (OSIS, 1993; ARAGÃO et al., 2004).

A história reprodutiva da mulher, especialmente com relação a complicações obstétricas, também é um fator que merece atenção da equipe que a assiste. Dentre as mulheres entrevistadas, 38,1% (8) eram primigestas, 23,8% (5) eram secundigestas e 38,1% (8) estavam vivenciando a gestação, no mínimo, pela terceira vez. Dentre as 61,9% (13) que já haviam tido, no mínimo, uma gestação, 23,8% (5) dessas apresentavam história de abortamento e/ou parto prematuro em gestações anteriores. Segundo Neme (2000); Rezende e Montenegro (2006), a ocorrência de abortamentos não tem necessariamente relação com a gestação de alto risco. Consideram que, do ponto de vista clínico, 10 a 15% das gestações terminam espontaneamente no primeiro trimestre, e a grande maioria dos casos de abortamento espontâneo é determinada por causas cromossômicas ou genéticas. Entretanto, o índice encontrado dentre as gestantes entrevistadas foi bastante acima do previsto pelos autores, provavelmente devido à relação dos abortamentos com as intercorrências clínicas apresentadas pelas gestantes previamente.

Todas as gestantes exceto as primigestas relataram ter realizado acompanhamento pré-natal com consultas mensais durante todas as gestações anteriores. A maioria, 92,3% (12), realizou o pré-natal em unidade básica de saúde de seus municípios de origem e 14,3% (3) já haviam realizado acompanhamento pré-natal em gestação anterior no NHU. Somente 47,8% (10) delas, souberam apontar as intercorrências das gestações anteriores que justificaram a realização do pré-natal no serviço de referência, tais como: Diabetes Mellito Gestacional (DMG), Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), Hipertensão Arterial Crônica (HAC), Gestação Gemelar.

Na ocasião da entrevista, 85,0% (17) das gestantes estavam no terceiro trimestre, 9,5% (2) estavam no segundo trimestre e 9,5% (2) estavam no primeiro trimestre de gestação.

Apesar do uso de anticoncepcional ser alto e crescente no Brasil (VICTORA, 2001), dentre as mulheres entrevistadas, com relação à utilização de métodos contraceptivos antes da gestação, nenhuma delas estava em uso correto de algum método quando engravidou. Contudo, 76,2% (16) delas afirmaram que já haviam utilizado, em algum momento da vida, o anticoncepcional hormonal oral e, dentre essas, 0% não usavam o preservativo masculino anteriormente e 23,8% (5) afirmaram que nunca utilizaram qualquer método contraceptivo anteriormente.

A maioria das gestantes, na maioria 85,7% (18) foi encaminhada ao PNAR por médico e 4,8% (1) por enfermeiro. Conforme as Normas para Assistência às Gestantes de Alto Risco do município e região as gestantes estão sendo referenciadas, pois, dentre as entrevistadas, 28,6% (6) eram de municípios da região.

Os motivos de agendamento no pré-natal de alto risco (Quadro 1) foram variados, entretanto houve a predominância da DHEG presente em 48% (10) casos e DMG presente em 33,6% (7) dos casos, seguido de HAC e extremos da idade (< 15 anos e > 35 anos) presente em 19% (4) dos casos, gestação gemelar 9,6% (2), e toxoplasmose 4,8% (1) dos casos respectivamente. A hipertensão arterial tem importante influência na história obstétrica materna, pois é a doença que, mais freqüentemente, complica a gravidez, acometendo de 5 a 10% das gestantes, sendo responsável por uma taxa importante de morbimortalidade perinatal e materna (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRICA, 2000; ABI-SAAB NETO; BUD; ANDRADE, 2005; REZENDE E MONTENEGRO, 2006). Quanto ao diabetes melito gestacional, a prevalência em mulheres com mais de 20 anos é de 7,6%, responsável por índices elevados de morbimortalidade perinatal, especialmente macrosomia fetal e malformações fetais (BRASIL, 2000b).

Quadro 1 – Apresentação dos motivos de agendamento das gestantes entrevistadas no ambulatório de ginecologia e obstetrícia do NHU/UFMS - Campo Grande, 2009.

GESTANTE	MOTIVOS DE AGENDAMENTO NO SERVIÇO DE REFERÊNCIA DE PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO
S1	Diabete melito gestacional, idade > 35 anos.
S2	Diabete melito gestacional, doença hipertensiva específica da gestação.
S3	Doença hipertensiva específica da gestação.
S4	Diabete melito gestacional, doença hipertensiva específica da gestação.
S5	Doença hipertensiva específica da gestação, obesidade.
S6	Miocardiopatia valvular aórtica e mitral, bloqueio de ramo esquerdo.
S7	Hipertensão arterial crônica, descolamento prematuro de placenta (com 10 semanas).
S8	Idade < 15 anos
S9	Idade < 15 anos
S10	Idade > 35 anos, doença hipertensiva específica da gestação.
S11	Prolapso de válvula mitral, hipertensão arterial crônica.
S12	Doença hipertensiva específica da gestação, gestação gemelar.
S13	Diabete melito gestacional, hipertensão arterial crônica.
S14	Toxoplasmose
S16	Polidramnio, espessamento de placenta.
S17	Doença hipertensiva específica da gestação
S18	Doença hipertensiva específica da gestação, gestação gemelar.
S19	Doença hipertensiva específica da gestação
S20	Doença hipertensiva específica da gestação, obesidade.
S21	Hipertensão arterial crônica, diabete melito gestacional, câncer de mama.
S22	Pielonefrite

6.2 Análise dos discursos

A pesquisa de representação social tem como objetivo resgatar o imaginário social sobre um tema. Esse painel reflete o que se pode pensar, numa dada formação sociocultural, num dado grupo ou numa dada coletividade, sobre um determinado assunto (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003a).

Analisando as falas das 21 gestantes, representadas nesta pesquisa pela letra (S), pode-se apreender as representações sociais com relação à gestação de alto risco para as mulheres entrevistadas. Assim, na tentativa de resgatar o pensamento dessas gestantes sobre o que estavam vivenciando, apresentamos os resultados da análise qualitativa das entrevistas realizadas. Fundamentando-se nas figuras metodológicas, idéia central e expressões-chave, organizaram-se as informações referentes às questões, construindo os DSCs apresentados identificando quais foram as gestantes que contribuíram para a formação daquela idéia central e, portanto, do DSC.

Após a análise qualitativa das respostas obtidas nas entrevistas, originaram-se, para cada tema, no mínimo dois e, no máximo quatro DSCs, totalizando 9 DSCs. Todos esses discursos foram apresentados, revelando a diversidade de conteúdo discursivo dos DSC.

Por meio dos depoimentos das mulheres estudadas, emergiram temas que possibilitaram apreender as seguintes unidades de significado: **“o significado de gestação de alto risco”**, “acredita ser a gestação normal/boa, apesar dos problemas de saúde”, “considera a gestação como fonte de bons sentimentos”, “viver esta gestação não está sendo fácil”, “expõe a necessidade de apoio profissional e suporte familiar”; **“conhecendo o problema de saúde e sua influencia na gestação”**, “a gestação expõe a mãe e o bebê a riscos”, “a gestação expõe mãe e bebê a riscos, inclusive de morte”; **“o sentimento de vivenciar uma gestação de alto risco”**, “sentimentos de alegria, felicidade e amor ancorados na crença religiosa”, “sentimento de vitória e alegria com a gravidez e de expectativa e medo com o nascimento e a integridade do bebê”, “sentimento de medo da morte”.

6.2.1 Significado de gestação de alto risco

Para a gestante é muito difícil ser realista em um período como o da gravidez, caracterizado por fortes sentimentos de insegurança, ansiedade e medo perante o desconhecido. Entretanto, diante

deste tema e apesar da diversidade dos depoimentos, a quase totalidade das gestantes estudadas descreveu a gestação como um período bom e fonte de bons sentimentos.

6.2.1.1 Acredita ser a gestação normal/boa, apesar do problema de saúde.
(S1, S2, S4, S5, S6, S14, S16, S17, S18, S19, S20) = 11

“A gestação está sendo normal igual às outras, de todas é a mais calma..... O meu único problema é a pressão e começou a subir só agora, então está bem tranqüila, mas isso é normal.. ... estou melhor e eu vou conseguir chegar até o final da minha gravidez”.

Fica evidente no DSC acima que as onze gestantes, apesar de seus problemas de saúde, referem-se aos sintomas apresentados como normais ou comuns em qualquer gestação. Silva, Santos e Parada (2004), em pesquisa que buscou compreender o significado da gestação também, descreveram que algumas gestantes consideravam que seus sinais e sintomas eram próprios da gestação.

É certo que o melhor indicador de adaptação psicológica para a gestação de alto risco é a possibilidade de adaptação anterior ao fator de risco, isto é, quando o problema clínico é pré-existente à gestação (TEDESCO, 2000a). A afirmação do autor é condizente com o discurso acima, porque mesmo diante das intercorrências, as gestantes demonstram sossego e tranqüilidade em lidar com as dificuldades apresentadas pela gestação de alto risco.

A duração da gravidez também se destaca como uma importante variável associada à sobrevivência fetal. Schirmer et al. (2002) revelam um claro predomínio de mortes perinatais em idades gestacionais mais precoces o que em parte pode ser explicado pelas dificuldades observadas no manejo clínico das gestações de alto risco, cuja interrupção é muitas vezes imperativa mesmo antes do termo, a fim de preservar a saúde materna, como por exemplo, nos casos de DHEG e DMG.

Em relação ao tempo, Zampieri (2001) ressalta que as mulheres que vivenciam a gestação de alto risco e repouso no hospital, vislumbram apenas o futuro, tendo dificuldade em discutir o presente e a situação que estão vivendo, exceto em relação ao objetivo a ser alcançado, um bebê saudável. O tempo é muito significativo para estas mulheres, sendo que cada semana de manutenção da gravidez pode representar um melhor prognóstico ao bebê. Houve também comparação da gravidez atual com gestações anteriores. É certo que a gravidez é uma fase de grandes transformações no corpo e no emocional da mulher, porém muitas sensações e vivências comuns da gestação não se limitam à primeira experiência de ter um filho e, comparações com gestações anteriores acontecem.

Da mesma forma, apesar de conhecer e já ter vivenciado sensações na gravidez anterior, nenhuma gravidez é igual à outra e a percepção do bebê dentro de si pode ser diferente. A partir da segunda gestação, um novo bebê está sendo gerado (MALDONADO, 2002).

O relato do tempo para as gestantes representava mais chances de sobrevivência do filho, menor possibilidade de comprometimentos, mais chances de vida. Contudo, significava mais tempo de hospitalização, de repouso absoluto, de afastamento dos familiares.

6.2.1.2 Considera a gestação como fonte de bons sentimentos (S6, S13, S14, S21, S22) = 5

“É uma gravidez abençoada. Eu acho que é tudo na vida. É ótimo poder estar vivendo isso de novo, eu bati o olho na imagem do ultrassom e gravei o rostinho dele”.

Os depoimentos das mulheres desse estudo revelam completude, realização como mulher e mãe. No caso dessas mulheres, o sonho de engravidar e ter um filho superou todas as dificuldades vividas durante a gestação. Só a felicidade e a perseverança foram ressaltadas como pode ser apreendido das falas.

A gestação caracterizada, então, por inúmeras alterações endócrinas e metabólicas, alterações na identidade da mulher e na estrutura familiar e socioeconômica, aparece como um período que exige uma série de adaptações.

A gravidez incita muitas mulheres a identificar-se com a maternidade e desenvolver um papel de mãe, podendo produzir também uma reestruturação da dinâmica familiar. Não é apenas a mulher que está grávida, é a família toda que precisa se adaptar às mudanças trazidas pela gestação, e é o amadurecimento emocional de seus componentes que vai propiciar uma adaptação ou não (TSUNECHIRO; BONADIO, 1999).

As modificações corporais sofridas pelas gestantes representam uma outra questão relevante enfrentada nesse período, que pode resultar em conflitos relativos à sua identidade e a auto-estima. Além disto, o fato de estar gerando um bebê, muitas vezes, resulta num “apagamento” de mãe em detrimento de uma total preocupação e atenção ao bebê e suas necessidades, imprimindo muitas responsabilidades e restrições a gestante (MALDONADO, 2002).

As gestantes buscam meios para enfrentar as transformações, mudanças de papéis e alterações do ritmo de vida, oriundos da gravidez, bem como, os preconceitos impostos pela família e sociedade, que geram sentimentos ambivalentes frente à gravidez. A aceitação do filho pela gestante está diretamente relacionada com a maneira com que a família considera a gravidez, aceitando-a ou

não. A separação e conseqüente falta de significação da gravidez pelos familiares e amigos, pode ser uma ameaça à mulher, que em virtude disto poderá ter dificuldade de aceitar o bebê (ZAMPIERI, 2001; MALDONADO, 2002).

6.2.1.3 Viver esta gestação não está sendo fácil.

(S2, S3, S8, S10, S13, S14, S17, S18, S19, S22) = 10

“No começo foi muito difícil, passei muito nervoso. Um dia você está bem, outro você não está. Sinto dores com frequência. Sentia-me muito mal, muito cansada, ruim para dormir, sentia falta de ar. Eu fiquei com muita raiva, eu não me vejo grávida, eu me sinto tão triste”.

A aceitação da gravidez foi outro tópico salientado pelos envolvidos no processo. As dificuldades físicas foram as mais valorizadas no discurso das gestantes, o que reforça que os limites de ordem física impostos pela gravidez são os mais valorizados pelas mulheres.

As gestantes também vivenciam algumas dificuldades emocionais. Segundo afirma Maldonado (2002), a gestação é uma situação crítica que, naturalmente, acarreta alterações fisiológicas e emocionais, que justificam a presença de certo grau de ansiedade. Porém, quando vários motivos geram um grau de ansiedade mais intenso, maior será a probabilidade de acontecerem complicações obstétricas na gestação, parto e pós-parto.

A gestação foi identificada e descrita por essas mulheres como um período difícil, devido à fragilidade física e emocional. O aumento da sensibilidade, ou seja, oscilações de humor, como crises de nervoso e choro justificadas pelas alterações do metabolismo são muito comuns, durante a gestação. Mesmo nas mulheres que aceitam a gravidez podem acontecer risos e choro com facilidade, manifestando irritação e vulnerabilidade a estímulos externos que antes não a afetavam (MALDONADO, 2002).

Os sentimentos de impotência, ansiedade e culpa desabrocham nessas gestantes podendo alterar o curso da gestação, alterando até o nível de satisfação com a assistência pré-natal (TEDESCO, 2000a).

Segundo Gregório et al. (2007), a orientação para a educação em saúde cabe ao enfermeiro, que desempenha papel relevante na equipe multidisciplinar ao orientar e intervir para que mudanças em atitudes e hábitos de vida resultem em melhor controle das doenças na gravidez. A educação em saúde não tem sua importância reconhecida somente no período pré-natal, mas também nos casos em que a gestação não poderia acontecer naquele momento da vida. É o caso de uma gestante que

foi encaminhada ao PNAR por ter engravidado durante um tratamento por consequência de uma neoplasia de mama. Frente a tantas modificações e sensações, a mulher precisa do chão seguro de um vínculo de suporte e confiança da equipe de saúde que lhe assiste (MALDONADO, 2002).

O câncer de mama é a causa mais freqüente de morte por câncer entre mulheres no Brasil (BRASIL, 2005b). A concomitância do câncer de mama e gravidez representa inevitavelmente uma situação dramática. O estigma de doença e morte que traz o câncer, somado ao estigma de mutilação que acompanha a idéia de neoplasia mamaria, explica o drama. Além de tudo isso, trata-se de uma situação que ocorre num momento psicológico especialmente delicado da vida da mulher, como é a gravidez (DIAS, DIAS, 2000).

Diante da situação, concorda-se com a política defendida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) que pensar em saúde não é somente pensar nos transtornos que acometem mulheres, mas é importante contextualizar aspectos da vida cotidiana da mulher, conhecer sua estrutura social para resolver as questões práticas da vida e a sua sobrecarga de responsabilidade que muitas vezes é maior do que as forças de qualquer pessoa.

6.2.1.4 Expõe a necessidade de apoio profissional e suporte familiar (S1, S2, S3, S5, S6, S7) = 6

“A minha família me ajuda muito... A gente tem dúvidas... Sabe, às vezes, a gente não quer remédio, a gente quer atenção, quer ser ouvida, ter a atenção do seu médico...”

A atenção obstétrica e neonatal deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização. Os profissionais e os serviços de saúde têm o dever de acolher com dignidade a mulher e sua família, enfocando-os como sujeitos de direitos. Considerar o outro como sujeito e não como objeto passivo da nossa atenção é a base que sustenta o processo de humanização (BRASIL, 2006a).

A vivência da gestação de alto risco caracteriza-se por um processo extremamente complexo, dinâmico, subjetivo e diversificado, podendo ser individual e social. É uma experiência única, que se estende ao companheiro, família e sociedade. Não é apenas um evento biológico, uma vez que envolve transformações fisiológicas, psicológicas, sociais, econômicas, culturais, espirituais e alterações de papéis, implicando na aceitação ou não da gravidez; aspectos estes, também inerentes ao processo de gestação normal (SILVA et al., 2004).

É uma experiência estressante em razão dos riscos a que estão submetidos o feto e a mãe, os quais interrompem o curso normal da gravidez e repercutem em todo o contexto familiar (MOSCOVICI, 2001; MALDONADO, 2002).

A conduta terapêutica normalmente adotada e aceita para tratamento das intercorrências na gravidez de alto risco, pode, por sua vez, gerar nas gestantes problemas psicológicos, decorrentes do isolamento e confinamento, que podem se estender ao pós-parto (SILVA et al., 2004).

Devido a toda a complexidade que envolve a gestação de alto risco, percebe-se que esta não deve ser reduzida apenas ao aspecto biológico, ao tratamento das intercorrências, centrando-se apenas nos riscos e na sobrevivência do bebê. A visão deve ser ampliada nunca esquecendo que a mulher e familiares também estão vivenciando o processo da gravidez e as crises ligadas a ele (ZAMPIERI, 2001; BRASIL, 2004; REIS, PATRICIO, 2005).

O discurso em análise representa a explicação simples e breve recebida do profissional, que fez o encaminhamento. Na opinião de Pelloso (1999), Gregório et al. (2007), os serviços públicos de saúde, com relação ao atendimento à saúde da mulher, não consideram as diferenças econômicas e culturais da clientela e os profissionais que neles atuam, tampouco dispensam tempo explicando, orientando e ajudando quem, segundo seu julgamento, não irá entender, deixando, portanto, de exercer sua cidadania. O profissional menciona simplesmente, que a gestação é problemática, de alto risco. Não confere orientação ou esclarecimento, ao contrário, acentua a ansiedade com relação à gravidez e seus problemas de saúde.

Escutar a gestante é algo mobilizador. A presença da grávida remete à condição de poder ou não gerar um filho. Suscita solidariedade e apreensão. Escutar é um ato de autoconhecimento e reflexão contínua sobre as próprias fantasias e emoções. Na escuta, o sujeito dispõe-se a conhecer aquilo que talvez esteja muito distante de sua experiência de vida, exigindo grande esforço para compreender e ser capaz de oferecer ajuda, ou melhor, trocar experiências (BRASIL, 2006a).

Diante do contexto atual da saúde e de seus profissionais, não é importante apenas a incorporação de novos conhecimentos biológicos, éticos e científicos, mas a compreensão de aspectos sociais, culturais e econômicos, estimulando consciência crítica e humanizada a fim de prestar um atendimento com dignidade (PELLOSO, 1999; BRASIL, 2004; REIS; PATRICIO, 2005).

Ficou evidenciado no discurso das gestantes deste estudo, que, mesmo quando relatam haver sido bem atendidas, expressam certa insatisfação, mas compreenderam o contexto do serviço,

uma vez que disseram haver muitas pacientes e não há como os profissionais oferecerem assistência em sua totalidade.

Entre aquelas usuárias que dependem do SUS, o fato de serem atendidas equivale a dizer que a qualidade da assistência é boa, na opinião expressa.

Conforme revelado nesse discurso, somente uma parcela dessas usuárias apontou elementos positivos no relacionamento com os profissionais durante o atendimento, mesmo assim, essa interação não foi completa. Relataram não haver recebido um atendimento positivo. Em seus relatos sobressaiam alguns elementos negativos, como rapidez no atendimento, descompromisso, desconsideração, falta de entrosamento, falta de diálogo, não acolhimento, impressão de insegurança, falta de envolvimento.

O acolhimento humaniza as relações entre usuários e profissionais de saúde, através de um espaço onde se cria o vínculo a partir de uma escuta e de uma responsabilização que dão origem aos processos de intervenção. É nesse espaço que o profissional de saúde utiliza sua maior tecnologia de trabalho, ou seja, o saber, cujo principal objetivo é o controle do sofrimento, ou a produção da saúde (SOUZA; LOPES, 2003).

Matumoto, Mishima e Pinto (2001) afirmam também que é necessário ao profissional que realiza o acolhimento saber ouvir; é preciso disponibilizar-se para a escuta do outro e de suas necessidades além da dor física. É a partir desta atitude que se cria o vínculo profissional cliente, indispensável para dar início a um processo de estímulo à autonomia do usuário quanto ao seu cuidado, auxiliando-o no desenvolvimento de uma consciência cidadã.

Partindo da identificação das demandas do paciente, as autoras acreditam que o profissional deve tentar, na medida do possível, resolver tais questões ou encaminhar o paciente para o ponto do sistema que seja capaz de responder às necessidades do indivíduo (MATUMOTO; MISHIMA; PINTO, 2001).

Podemos observar a falta de tempo do profissional para conversar com as gestantes e o descompromisso das normas do programa de atenção humanizada, pois o Ministério da Saúde ressalta que o foco principal do processo de orientação e informação deve ser a gestante, o companheiro e a família (BONADIO; TSUNECHIRO, 2003; BRASIL, 2006a).

Diniz (2002) considera que se o profissional não tem tempo para conversar com as gestantes, deve fazer delegação a outros profissionais que trabalham com ele nessas atividades.

Martins (2006) afirma em sua pesquisa, que a maioria das vezes, os profissionais de saúde, especialmente os médicos, contam com um tempo de consulta demasiadamente curto para oferecer à gestante, explicações sobre seu diagnóstico ou tratamento. As consequências são apontadas nos discursos das entrevistadas, relatando serem insuficientes às orientações recebidas.

Resultados semelhantes também foram encontrados por Arantes (2002) mostrando que a população em geral, e especialmente a mulher, tem sido preparada para a submissão, demonstrando a existência de relações estruturais rígidas e verticais no relacionamento humano, manifestado também na relação médico-cliente, não havendo assim lugar para o diálogo.

Diante disso, fica evidente que o direito de toda gestante de ter acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério, manifesto como princípio do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2000a), não é, na prática, facilmente exercido.

Ao longo das últimas décadas, tem-se observado um movimento crescente de críticas ao modelo brasileiro de assistência à gestante e aos seus resultados. Assim, o Ministério da Saúde propõe que os estados e municípios reorganizem o sistema de saúde da mulher, com assistência oportuna às necessidades das gestantes, para que estas contem com assistência humanizada (BRASIL, 2003).

Atualmente, encoraja-se a aplicação do conceito de assistência humanizada à mulher, que se estende desde o pré-natal até o nascimento e puerpério enfatizando a promoção da saúde. “O principal objetivo é acolher a mulher desde o início de sua gravidez – período de mudanças físicas e emocionais, que cada gestante vivencia de forma distinta”, segundo Schirmer et al. (2000, p.9).

Levando-se em consideração a opinião dos diferentes autores citados, o pré-natal é um momento ímpar e significativo na vida das mulheres, seus companheiros e familiares, devendo os profissionais de saúde discutir sobre esse momento e acolher a mulher na sua totalidade.

As ações não devem se restringir apenas às condutas clínico-obstétricas, mas incluir as ações de educação em saúde com aspectos antropológicos, sociais, culturais e econômicos, buscando entendê-las no contexto em que vivem, com a finalidade de estabelecer uma harmonia entre a ciência e o senso comum, a fim de possibilitar desvelar os mitos e as crenças que envolvem a gestação de alto risco.

6.2.2 Conhecendo o problema de saúde e sua influência na gestação

A gestação é uma condição fisiológica e o pré-natal uma prática preventiva. O direito à informação e à orientação da mulher não se restringe somente ao período gravídico, mas deveria acontecer em todas as fases do seu ciclo vital, principalmente quando a mulher apresenta patologias que podem interferir em uma gestação (DOURADO, 2003).

Cury (1997) e Dourado (2003) afirmam que a gravidez é um momento crítico e adaptativo, de caráter regressivo, permeado por angústia e conflito, em que são utilizados recursos do pensamento como a imaginação e a fantasia. Diante desse momento crítico, as gestantes relataram perceber a gestação de alto risco, associada aos fatores como uso de medicações e patologias anteriores ou adquiridas na gestação atual, como uma ameaça para a vida e integridade física tanto da mãe quanto do bebê.

6.2.2.1 A gestação expõe mãe e bebê a riscos.

(S1, S2, S4, S5, S6, S7, S10, S11, S12, S13, S14, S16, S17, S19, S20, S21) = 16

“A gravidez é considerada de alto risco quando a mãe ou o bebê tem algum tipo de doença. É um problema de saúde antes da gestação, que a mãe já tenha ou que vem adquirir depois, durante a gestação. Eu já vi casos de pessoas que já morreram”.

Dezesseis gestantes participaram na formação da idéia central acima e declararam saber que a gestação representava riscos tanto para a mãe como para o feto.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2000b) considera a gestação como um fenômeno fisiológico e, por isso, sua evolução se dá, na maior parte dos casos, sem intercorrências. Apesar deste fato, há uma parcela de gestantes, cerca de 20% delas, que, por terem características específicas ou por sofrerem algum agravo, apresenta maiores probabilidades de evolução desfavorável tanto para o feto como para a mãe. Essa parcela constitui o grupo chamado de “gestante de alto risco” (BRASIL, 2000b; TEDESCO, 2000a; REZENDE e MONTENEGRO, 2006).

Entre as mulheres estudadas houve a predominância da Doença Hipertensiva do Estado Gestacional (DHEG) e Diabete Mellitus Gestacional (DMG) presente em dez e sete dos casos respectivamente, seguido de hipertensão crônica arterial presente em quatro, gestação gemelar presente em dois e toxoplasmose em um caso. A hipertensão arterial é a doença que, mais freqüentemente, complica a gravidez, sendo responsável por uma taxa importante de morbimortalidade perinatal e materna (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE

GINECOLOGIA E OBSTETRICIA, 2000; BRASIL, 2002; ABI-SAAB NETO; BUD; ANDRADE, 2005, REZENDE; MONTENEGRO, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde a expressão DHEG refere-se ao aparecimento ou desenvolvimento de hipertensão com proteinúria que ocorre após 20 semanas de gestação. O diagnóstico é temporário e pode representar hipertensão crônica recorrente nessa fase da gravidez. Pode evoluir e, se severa, levar a altos índices de prematuridade e retardo de crescimento fetal. Quanto à definição de HAC, corresponde à hipertensão de qualquer etiologia presente antes da gravidez ou diagnosticado até a 20ª semana de gestação (BRASIL, 2006a).

Vivenciar a possível perda de um bebê pode ser percebida pela mulher como uma perda da feminilidade ou até mesmo de parte de si mesma. Os discursos deste bloco revelam que a maior preocupação delas é em relação à vida e à integridade física de seus filhos, sua formação e com o nascimento de uma criança saudável. Portanto, essa é uma das situações que mais angustiam as mulheres durante a gestação, seguido pelo medo da sobrevivência do filho. Esta preocupação também foi encontrada pelos autores Riechelmann (1998); Quevedo (2001); Zampieri (2001); Assis (2004), em estudos realizados com gestantes de alto risco.

Para os mesmos autores, acreditam que as mães imaginam, durante a gestação, em ter um bebê saudável e bonito, mas ao existir a possibilidade de um parto pré-termo, baixo peso, que necessite de cuidados especiais, manifestam preocupação em manter o filho vivo para crescer e se desenvolver (RIECHELMANN, 1998; QUEVEDO, 2001; ZAMPIERI, 2001; ASSIS, 2004).

Essas mulheres, tendo plena consciência de que as intercorrências durante a gravidez poderiam gerar agravos aos bebês, manifestavam a esperança, de que o sonho de terem o filho nos braços, vivo e saudável se concretizasse (PEREIRA et al., 2005).

Apenas uma das participantes da pesquisa demonstrou preocupação com a medicação que fazia uso e com as implicações e ou complicações que ela poderia causar no feto. É claro que o uso da medicação acontece em decorrência do problema de saúde que a mãe apresenta e isso é fator preocupante para a mulher.

Quevedo (2001) acredita que parcela das gestantes de risco possui grande preocupação com a integridade física da criança e medo que esta apresente algum problema de saúde por causa do problema de saúde da mãe.

A morte foi bastante citada pelas gestantes participantes desta pesquisa. Para as pessoas em geral, o ato de parir é percebido como um fato natural, a gestação como uma fase da vida, porém para a população com possibilidade de morte em uma gestação de risco, em momento algum é citada a verdadeira implicação, e sim exposta como causa inevitável da morte (PELLOSO, 1999).

Um dos maiores desafios dos países em desenvolvimento é promover a diminuição da mortalidade materna. A comparação dos indicadores de mortalidade materna entre países desenvolvidos como Canadá e Estados Unidos, que têm razão de mortalidade materna inferior a 9:100.000 nascidos vivos, e países como Bolívia, Peru e Brasil, com razões superiores a 100 mortes por 100.000 nascidos vivos, evidencia muito bem a disparidade entre estes dois blocos (BRASIL, 2002).

Na América Latina, a mortalidade materna é um grave problema social e de saúde. Se todas as mulheres tivessem condições de vida e atenção à saúde semelhante às dos países mais desenvolvidos, poderiam ser evitadas 98% destas mortes maternas (BRASIL, 2002; 2006b; LAURENTI, JORGE, GOTLIEB, 2004).

6.2.2.2 A gestação expõe mãe e bebê a riscos, inclusive de morte.
(S1, S2, S3, S4, S6, S7, S11, S12, S14, S21) = 10

“O médico falou que o que eu tenho é muito grave, então eu fico pensando ou eu morro ou a criança morre. A gente perde mesmo o bebê se não se cuidar. Eu achava que não tinha mais jeito, que eu estava condenada”.

A representação mental de que a gestação expõe tanto a mãe quanto o bebê a riscos, inclusive de morte, fica claro no DSC com a participação de dez gestantes. Neste grupo pode-se observar que sete das gestantes referiram ter sofrido intercorrências na gestação anterior, inclusive levando o feto a óbito e a totalidade com intercorrências na gestação atual.

Na opinião das entrevistadas a gestação é apontada como um sofrimento e o receio do parto são visíveis. Elas se culpam quando a criança não nasce com boa saúde, preocupam-se com a qualidade do atendimento recebido e, temem o momento do parto manifestando a insegurança e o medo de sofrer algum agravo à saúde ou até morrer por acreditar que estão condenadas.

Para uma mulher, em que o fator de risco é pré-existente à gravidez, manifestam-se mecanismos emocionais diferentes daqueles que surgem na mulher que, depois de engravidar, desenvolveu um fator de risco (TEDESCO, 1998; MALDONADO, 2002).

A assistência pré-natal é reconhecida como um componente essencial para a redução significativa da taxa de mortalidade materna e perinatal, sendo esses coeficientes importantes indicadores da qualidade da assistência existente em uma comunidade. Abordando orientações quanto aos hábitos de higiene, assistência psicológica e preparo para a maternidade dentre outros, além de também fazer a profilaxia, diagnóstico e tratamento das doenças próprias da gestação ou nela intercorrentes (BRASIL, 2000; REZENDE; MONTENEGRO 2006).

A participação das gestantes nas atividades educativas é de essencial importância para que elas entendam o pré-natal como um momento importante de suas vidas, assim como é para o bebê. O atendimento prestado à gestante deve estar centrado nas informações que esclareçam suas dúvidas e permitam a reformulação dos conceitos errados, transformando-os em conhecimento suficiente para a mudança de seu modo impróprio de perceber a gestação (DUARTE, 2007). Fato este que pode ser corrigido com adoção de práticas compostas de comunicação, observação, trabalho em equipe multiprofissional e atitudes fundamentadas em valores sólidos (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

As representações de ameaça à saúde da mulher e do bebê, apresentadas no discurso, originam-se de uma série de idéias e situações imaginárias que mostram a realidade social em que se vive esse grupo de gestantes (ALMEIDA; CUNHA, 2003). Tais representações trazem à tona a institucionalização do período gestacional centrado na valorização de técnicas intervencionistas e o saber médico acima de tudo (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

6.2.3 O sentimento de vivenciar uma gestação de alto risco

Embora exista uma expectativa alegre envolvendo o período gestacional, a mulher grávida pode experimentar uma infinita variedade de sentimentos e emoções proveniente das mudanças físicas, psicológicas e sociais próprias do ciclo gravídico-puerperal, as quais exigem uma adaptação à nova condição de vida, incluindo a aceitação da realidade da gravidez; a mudança da imagem corporal; o desenvolvimento do vínculo afetivo com o feto; e enfim, o ajuste dos pensamentos, hábitos e atitudes em função da gestação e da maternidade (ESPINDOLA; BENUTE; CARVALHO, 2006).

A atenção à mulher parturiente vem sendo difundida em todos os níveis de atenção à saúde na rede pública, pois a humanização do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) é meta do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

A vivência da gestação de alto risco caracteriza-se por um processo extremamente complexo, dinâmico, subjetivo e diversificado, podendo ser individual e social. É uma experiência única, que se estende ao companheiro, família e sociedade. Não é apenas um evento biológico, uma vez que envolve transformações fisiológicas, psicológicas, sociais, econômicas, culturais, espirituais e alterações de papéis, implicando na aceitação ou não da gravidez; aspectos estes, também inerentes ao processo de gestação normal (REIS; PATRICIO, 2005).

Mccain; Deatrick (1994) estudaram pais e mães que vivenciaram a gestação de alto risco e descrevem que a gravidez de alto risco passa por estágios de transições que são a vulnerabilidade, sentida quando a gestação é identificada como de risco; a ansiedade elevada, relacionada com a necessidade do repouso, hospitalização, tratamentos farmacológicos e a inevitabilidade, em certos casos, do parto prematuro. Os autores inferiram que o enfermeiro pode usar o conhecimento destes estágios de transições para avaliar a mulher grávida de alto risco e seus familiares e identificar as respostas individuais para os eventos das gestações de alto risco.

Diante destes sentimentos, Bonomi (2001) acredita que a assistência pré-natal deve oferecer para a gestante todo o cuidado físico e emocional para que seja preservada a sua dignidade humana, independente do seu estado emocional que, sempre e em diferentes intensidades, estará afetado pelo estado gestacional.

Diferentes sentimentos foram descritos pelas gestantes quando questionadas sobre a vivência da gestação de alto risco, demonstrando dificuldade emocional em lidar com a gestação e seus reflexos físicos tanto para elas como para os conceitos.

Essa diversidade de sentimentos originou três idéias centrais. São elas:

6.2.3.1 Sentimentos de alegria, felicidade e amor ancorados na crença religiosa.
(S1, S2, S5, S6, S7, S8, S12, S14, S16, S18, S19, S22) = 12

“A gente fica feliz, sente amor, porque um filho é sempre uma benção de Deus. Eu me sinto uma vitoriosa, por poder gerar esta criança. Está complicado, mas se Deus mandou é porque posso agüentar...”

Analisando os sentimentos das 12 gestantes que compuseram este discurso, pode-se afirmar que na visão delas, tudo o que acontece na vida cotidiana de cada indivíduo tem respaldo na crença religiosa de um dom divino. Assim, a solução dos problemas deve ser entregue à Deus, que promove alívio emocional diante da responsabilidade da ocorrência da gestação de alto risco. O nível socioeconômico da gestante tem grande influência sobre os aspectos da gestação e puerpério. É evidente que o grau de escolaridade e das intercorrências nas gestações anteriores colaborem para o apego a crença religiosa como uma esperança para o sucesso da gestação, principalmente neste grupo em que houve histórias de abortamento e parto prematuro.

Também, fica evidenciado que a gravidez vai além da função reprodutiva, apresentando-se associada a um dom divino, à possibilidade de gerar um novo ser e, à responsabilidade sobre este. Os depoimentos apontam que há necessidade de se familiarizar com o desconhecido para entendê-lo e, assim fazer a ressignificação do mistério que envolve a geração de uma vida (NINA, 1998).

Segundo Zampieri (2001), a tendência da gestante de alto risco é deixar tudo nas mãos de Deus, na tentativa de escapar do sofrimento. Mas essa tendência de apego ao Divino não é única e exclusiva das gestantes de alto risco. Baruffi (2004), também encontrou resultado semelhante estudando gestantes de baixo risco em nível ambulatorial, observou a fé em Deus como um aspecto de significado importante para elas no que se refere ao bem estar próprio e do bebê durante o período gestacional e o parto.

Muitas vezes, o apelo ao restabelecimento da saúde, por meio dos aspectos religiosos, acontece não só com relação ao problema de saúde, mas em vários sentidos, dimensões da vida humana que não estão dissociados da saúde como aspectos psicológicos, sociais, culturais entre outros. Diante deste discurso contraditório, aparentemente, a responsabilidade e o desfecho da gestação ficou sendo exclusividade de Deus. As gestantes responsáveis por sua gestação, na tentativa de se preservarem de qualquer culpa, argumentam que se Deus quis que a gravidez acontecesse, então o plano e o futuro estão reservados (FIGUEIRA, 1996).

O universo religioso existe e é significativo na vida das pessoas, sendo um recurso importante na busca de respostas para os problemas de saúde. Frente a isto, os profissionais de saúde devem assumir uma postura respeitando o universo religioso, mas esclarecendo também que o tratamento e o acompanhamento pré-natal são indispensáveis para que a vontade de Deus seja concretizada.

Neste discurso, também podem ser percebidos sentimentos contraditórios, ora a gravidez é desejada e dará certo, ora ela está sujeita a problemas diversos que dependem da vontade de Deus.

Na opinião de Quevedo (2001), uma reação negativa inicial é cabível, pois a gestação implica em grandes mudanças, ganhos e perdas e isso, confere justificativa aos sentimentos ambivalentes. No caso das gestantes deste estudo, os sentimentos estão exacerbados pela presença de uma doença prévia que pode comprometer a vida da mãe e do bebê.

O discurso revela também, que a aceitação da gestação e da doença ganha um significado especial quando é atribuída a um desejo divino, constitui-se em um recurso nos momentos de dificuldades, fornecendo recursos para enfrentar o sofrimento.

Assis (2004) em seu estudo com gestantes de alto risco, enriquece a questão da crença religiosa ao evidenciar que as mulheres deixam transparecer que a crença religiosa contribui para o enfrentamento das dificuldades apresentadas, conferindo certo conforto quando existe o risco gravídico.

6.2.3.2 Sentimento de vitória e alegria com a gravidez e de expectativa e medo com o nascimento e a integridade do bebê.
(S2, S4, S7, S12, S14, S22) = 6

“Vivenciar esta gestação significa uma prova de força, de coragem. Cada dia, cada semana é uma vitória. Não é pra qualquer uma o que passei... fico com medo do bebê nascer com algum problema”.

Na formação dessa idéia central, houve participação de seis gestantes, o que concede força e demonstração do poder dessa representação social perante o tema. A gravidez é considerada como um desafio, com gosto de vitória para estas gestantes que já vivenciaram, em gestações anteriores, experiências desagradáveis, como por exemplo, a perda de seus filhos. O sonho e a fantasia de ter um filho saudável, e bonito que trará a felicidade, são refúgios habituais que permitem a superação do risco na gravidez.

Esse achado reitera a afirmação de Quevedo (2001) de que o significado da maternidade que, mais aparece entre as gestantes de alto risco está relacionado com sentimentos positivos. A representação da vida é descrita como um sonho e, relacionado ao seu papel e função social enquanto mulher.

Ter um bebê sadio representa ganhar um prêmio, enquanto ter um bebê malformado ou doente representa um castigo (MALDONADO, 2002). Conforme afirmativa de Tedesco (2000b), a

gestação representa para algumas mulheres a expressão máxima da feminilidade, e o instinto maternal, a recompensa dos seus desejos.

Quando a mulher decide engravidar e viver uma gestação de alto risco, ela admite que seu tempo de vida possa ser encurtado ou até transmitir ao filho problemas recorrentes ao uso de medicações e a intercorrência clínica (TEDESCO, 2000a). Essas gestantes assumiram o risco, tanto que em seus discursos elas expressam o sentimento de medo, mas que foi superado pelo desejo de ter um filho.

Delgado (2002) lembra que uma família, mesmo quando se prepara para receber um filho, manifesta sentimentos de alegria e temor, esperança e insegurança, ilusão e incerteza, aceitação e reprovação, envolvidos em projetos de realizações pessoais e familiares.

6.2.3.3 Sentimento de medo da morte. (S2, S3, S17, S18, S19) = 5

“No finalzinho da gestação, acontece muita ansiedade. Quero um bebê com saúde, que tenha uma vida normal. Não consigo dormir direito, tenho medo de morrer no parto...”

As gestantes que participaram deste discurso estavam na faixa etária entre os 22 e 31 anos, a maioria com união estável e o nível de escolaridade, prevaleceu o ensino fundamental. Quanto à história reprodutiva, apresentaram casos de abortamento e/ou partos prematuros, DHEG e DMG em gestações anteriores.

Prevaleceram neste discurso os sentimentos de medo, de ansiedade e de medo de morrer. Para muitas gestantes, persiste a idéia de que as alterações físicas e orgânicas, que causam mal estar na gravidez, são características de doença e o parto é tido como um momento de risco. Há indícios de que algumas gestantes partilhem socialmente a visualização da gravidez como doença e um momento de risco de morte.

Possivelmente, essa representação prevalece em função das condições socioeconômicas que favorecem a uma gravidez com deficiências orgânicas e debilidades psicossociais, que a tornem vulnerável ao aparecimento de complicações.

O medo é um sentimento de peso na gravidez e, na gestação de alto risco, ele é real, podendo significar a perda do controle da gravidez e das conseqüências que pode sofrer a gestante e seu filho além de estar diretamente relacionado com sentimentos de culpa da grávida, como uma autopunição (TEDESCO, 2000a; MALDONADO, 2002). No caso dos sujeitos em estudo, em que

existe uma doença associada à gestação, a vivência emocional dessas mulheres é mais acentuada, pois existe uma clara ameaça à vida.

Além disso, o parto foi representado como um momento de risco de morte. Talvez isso tenha relação com o índice elevado de mortalidade materna em suas formas diretas e indiretas há longa data. Esta informação pode chegar às gestantes com diferentes significados gerando apreensão e medo. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a), o índice de mortalidade materna ainda é considerado alto. Em 2003, a razão de mortalidade foi de 57,1 por 100.000 mil recém nascidos vivos.

A ansiedade é um outro ponto a ser considerado. Pode ser considerado um estado afetivo caracterizado por inquietude, insegurança, insatisfação, incerteza, por medo da experiência desconhecida, presente em todo o período gestacional e que aumenta com a proximidade do parto (TEDESCO, 2000b).

Por ser um fenômeno de natureza psíquica, a ansiedade só pode ser identificada e reconhecida por quem a sofre. Portanto, trata-se de um estado mental ligado a emoções e sentimentos relacionados ao perigo (LOPES et al. 2005).

As afirmativas acima são reforçadas pelo DSC, em que a ansiedade, o medo do desconhecido e do que está por acontecer (a possibilidade da morte) são muito significativos para as gestantes de alto risco. O problema da ansiedade na gestação é uma questão importante para o profissional. É preciso que ele compreenda a cliente em sua vivência gestacional, diante de sua simplicidade como pessoa, dispondo de tempo para escutá-la e perceber, em sua comunicação verbal, simbólica e sintomática, as possíveis implicações dessa ansiedade.

Outros temores da maternidade se expressam, com frequência, em sonhos e fantasias.

À medida que a equipe multiprofissional cuida, escuta e compartilha o viver das gestantes de alto risco, sentimentos de confiança e segurança podem estar mais presentes no viver dessa gestação. Além disso, esse momento se caracteriza como uma oportunidade para que se realize a educação em saúde e a gestante seja orientada com mais atenção (BONOMI, 2001; ASSIS, 2004).

Diante de poucos estudos publicados na região Centro Oeste em relação ao tema, espera-se que este trabalho auxilie os profissionais de saúde que assistem gestantes de alto risco, a identificar e compreender melhor as experiências dessas mulheres durante o período gestacional.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestação de alto risco por se caracterizar como um processo extremamente complexo, dinâmico, subjetivo, diversificado, individual e social (companheiro, família e sociedade) e, envolver transformações (fisiológicas, psicológicas, sociais, econômicas, culturais, espirituais) e alterações de papéis, requer por parte daqueles que atendem no Pré-Natal de Alto Risco, compreensão do significado atribuído a esta gestação, especialmente o das mulheres, sobretudo para fundamentar a prática da enfermagem.

Compreender como se processa o significado da gestação de alto risco no cotidiano das mulheres, a partir do saber do senso comum, construído ao longo da experiência própria e de uma realidade comum a um conjunto social, permitiu apreender conhecimentos e sentimentos diversos que aproximam a expectativa de vida à morte.

A faixa etária variou entre 14 e 38 anos; 75% tinham ensino fundamental; houve predominância de mulheres casadas e, que exercem ou exerceram atividades fora do lar.

A história reprodutiva pregressa e atual, especialmente com relação a complicações obstétricas refere-se a: oito (8) primigestas, cinco (5) secundigestas e oito (8) vivenciando a gestação, no mínimo, pela terceira vez. Dentre as 13 que já haviam tido, no mínimo, uma gestação, cinco dessas apresentavam história de abortamento e/ou parto prematuro em gestações anteriores.

Na gestação atual, houve predominância da doença hipertensiva do estado gestacional (DHEG) em dez (10) relatos, diabetes mellitus gestacional (DMG) em 7 gestantes, hipertensão crônica arterial em quatro (4) dos casos (QUADRO 1).

Os discursos do sujeito coletivo permitiram apreender as representações sociais das gestantes quanto ao significado que a gestação de alto risco tem nas suas vidas. As gestantes representaram que a gravidez impõe adaptações, sendo que, aquelas de ordem física são as mais valorizadas, seguidas pelas emocionais.

As entrevistadas verbalizaram que a gestação nem sempre é um momento alegre e especial em sua vida. Concorrem os sentimentos de vulnerabilidade, pela descoberta da gestação de alto risco; ansiedade elevada, relacionada com a necessidade de tratamentos farmacológicos e prováveis internações e a inevitabilidade, pelo risco de morte do feto ou nascimento prematuro.

Foi evidenciado nos discursos também, a dificuldade de vivenciar a realidade, a experiência da gestação de alto risco e, o tamanho dos problemas que podem ser desencadeados.

A análise das representações sociais sobre o significado da gestação de alto risco, na visão desse grupo de mulheres, reforça a concepção de que vivenciar esta gestação significa uma prova de força, de coragem, a gestante se percebe diferente e manifesta desejo de ser acolhida e ter direito de participar do “seu” processo de reprodução.

Apreende-se que a gestação, como evento valorizado e cobrado socialmente, submete a mulher a responsabilidades ímpares na determinação presente e futura do bem estar físico do filho. A gestação de alto risco, portanto, se expressa por um sentimento ambíguo e contraditório de desejo, completude, realização e, preocupação.

Em relação ao conhecimento das gestantes entrevistadas, quando analisadas as falas sobre o que compreendem ou sabem acerca da gestação de alto risco, ele é praticamente inexistente.

Afirmam saber que a integridade física da criança depende do problema de saúde da mãe e das possíveis complicações da terapêutica que se faz necessária.

A representação social da falta de conhecimento revela a tradição de pouca ou nenhuma transmissão de informações na comunicação médico-paciente.

Alguns elementos deste estudo apontam questões que devem ser refletidas pelo profissional que atua nessa área, buscando assim elementos facilitadores que possam fazer dele, o profissional, mediador ou facilitador da experiência que essas mulheres têm nas instituições de saúde, em especial, na fase do nascimento de seus filhos.

Os dados deste trabalho retratam ainda, que as gestantes percebem incertezas no futuro. Para essas gestantes, a percepção do risco de morte traz sentimentos variados e com diferentes intensidades. Quando não são esclarecidas das reais e possíveis complicações e, ameaça para a vida e integridade física a que cada uma e o filho estão expostos, a sua imaginação pode ir do medo extremo da morte até a ignorância do possível risco.

A análise das representações sobre o sentimento percebido na visão desse grupo de mulheres permite apreender que a gestação de alto risco exige abnegação, entrega, sacrifício, mais tempo de hospitalização, de repouso absoluto, de afastamento dos familiares e, consultas repetidas mas, representa a realização de um sonho, apesar de toda complicação.

Outro aspecto a ser realçado acerca das representações dos sentimentos, é o fato das mulheres revelarem satisfação por gerar uma vida, dar um filho desejado ao marido (pai). Também, apreendeu-se grande ansiedade e expectativa entre as entrevistadas com relação à integridade física e a expectativa de vida delas e dos filhos que estão gestando.

Da mesma forma que as falas evidenciam que a maternidade em suas vidas, representa expectativa de sucesso, de vitória e, superação de dificuldades, elas revelam também, apreensão, sentimento de medo da experiência desconhecida, da morte ou de complicação e, medo de perder o filho. Mas, igualmente, manifestam uma grande esperança, fé de que, no fim, quando a gestação acabar, tudo volte ao normal.

A análise dos depoimentos permitiu apreender como cada mulher sente e manifesta os seus medos com diferentes intensidades, entretanto não se tem dúvidas de que a assistência pré-natal, atenta aos cuidados tanto físicos como emocionais, é indispensável para amenizar esses medos e dúvidas.

Esses achados podem contribuir positivamente para a melhoria da assistência dessas gestantes, tendo em vista que, conhecendo as representações sociais de um grupo de gestantes de alto risco, os profissionais que compõem uma equipe multidisciplinar, em especial o enfermeiro, podem adequar e ampliar a sua assistência a essa realidade e intensificar a educação em saúde para esse grupo.

Conhecer melhor as experiências das gestantes de alto risco, como pensam, seus conhecimentos e medos, pode ser de grande valia na prática da equipe que assiste essas mulheres.

Além disso, é possível que, mesmo o saber popular e empírico, abra caminhos na contribuição do conhecimento científico de modo mais geral.

Portanto, é preciso que se ofereça oportunidade para que as gestantes expressem seus medos e ansiedades, os significados do fenômeno da gestação construídos ao longo de sua existência, e que se busque articular o conhecimento popular ao conhecimento científico.

A atuação da equipe multiprofissional na assistência a gestante pode proporcionar o atendimento das necessidades assistenciais e educativas a que toda gestante tem direito, uma vez que, a construção da qualidade da atenção pré-natal preconizada pelo Ministério da Saúde está implícita na valorização do acolhimento como um de seus componentes.

Diante destas representações, abre-se o campo para as intervenções de enfermagem junto com os outros profissionais da equipe multiprofissional em serviço de pré-natal de alto risco que, deve estar preparada para colaborar na prevenção e controle das intercorrências clínicas e obstétricas e, auxiliar a gestante, o companheiro e a família a superar as dificuldades e conhecer as transformações e adaptações impostas pela doença.

Portanto, se queremos enfermeiros sensibilizados, instrumentalizados, indagadores e empreendedores na atenção pré-natal, isto se dará na consulta de enfermagem, que, por certo, é a resposta às necessidades de assistência de enfermagem sistematizada e com excelência de qualidade, por poder intervir nos estágios de transição, ajudar na adaptação da mulher à nova situação e, promover mudança de hábitos e atitude com a vida e a saúde que resultem em melhor controle das doenças na gravidez.

REFERÊNCIAS

- ABI-SAAB NETO, J.; BUD, T. F.; ANDRADE, J. Hipertensão arterial na gravidez. **Boletim do Departamento de Cardiopatia e Gravidez da SBC**, Rio de Janeiro, v. 34, mar. 2005.
- ABRIC, J. C. A. Abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: A.B., 2000, p. 27-38.
- ALMEIDA, A. M. O.; CUNHA, G. G. Representações sociais do desenvolvimento humano. **Revista Psicologia: reflexão e crítica**. Porto Alegre, v. 16 n. 1. p. 147-155, 2003.
- ARAGÃO, V.M.F.; MOURA, A.A.S.; ARAGÃO, L.F.; BARBIERI, M.A.; BETTIOL, H.; COIMBRA, L.C.; RIBEIRO, V.S.R. Risk factors for preterm births in São Luís, Maranhão, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.20, n.1, p. 57-63, jan.-fev. 2004.
- ARANTES, S. L. **A participação das mulheres com câncer de mama na escolha do tratamento: um direito a ser conquistado**. 2002. 170 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.
- ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, Rio de Janeiro, n. 117, p. 127-147, nov. 2002.
- ASSIS, I. L. R. **Gravidez de alto risco: a percepção das gestantes**. 2004. 90 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.
- ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 465-469. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000800027&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em: 28 out. 2007.
- BARUFFI, L. M. **O cuidado cultural à mulher na gestação**. Passo Fundo: Ed. da UPF. 2004.
- BELFORT, P. Assistência pré-natal. In: REZENDE, J. **Obstetrícia**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 209-213.
- BONADIO, I. C.; TSUNECHIRO, M. A. A experiência vivenciada por mulheres grávidas no contexto de um serviço de pré-natal. In: MERIGHI, M. A. B.; PRAÇA, N. S. **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 81-91.
- BONOMI, A. **Pré-Natal Humanizado: Gerando Crianças Felizes**. São Paulo: Atheneu, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos**. Brasília, DF, 2000a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 4. ed. Brasília, DF, 2000b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência pré-natal**. 2. ed. Brasília, DF, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Promoção da saúde: saúde da mulher brasileira. **Revista Promoção da Saúde**, Brasília, DF, ano 3, n. 6, p. 53-56, out. 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança no modelo de atenção básica. **Revista Brasileira Saúde Materna Infantil**, Recife, v. 3, n. 1, p. 113-125, jan./mar., 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. Brasília, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Câncer de mama**. Brasília, 2005b. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/conteudo.htm>>. Acesso em 10 de dezembro de 2008.

_____. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos com ênfase na mortalidade materna**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 1. p. 139-146, jan. 2004.

CHAMBERLAIN, G. **Manual de assistência pré-natal**. São Paulo: Ed. Santos, 1993.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br/%5Fnovoprotal/section_int.asp?InfoID=66&EditionSectionID=15&SectionParentID=. Acesso em 08 mai. 2009.

COSTA, M. A. C. A participação da mulher na sociedade: o feminino como crítica civilizatória. **Revista Symposium**, Pernambuco, v. 3, n.7, p. 45-47. 1999. Disponível em: <http://www.maxwell.lambda.ele.pucrio.br/cgi-bin/db2www/PRG_0490.D2W/INPUT?CdLinPrg=pt>. Acesso em: 17 ago. 2007.

COUTINHO, T.; TEIXEIRA, M.T.B.; DAIN, S.; SAYD, J.D.; COUTINHO, L.M. Adequação do processo de assistência pré-natal entre usuárias do sistema único de saúde em Juiz de Fora MG. **Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 25 n. 10, p. 717-724, jul.-set. 2003.

CURY, A.F. Psicodinâmica da gravidez. In: TEDESCO, J.J.A.; ZUGAIB, M.; QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1998. p. 77-84.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social. Teoria, método e criatividade**. 22.ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 51-66.

DELGADO, J. A. A família vivenciando situações de saúde-doença: um conhecimento em construção. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. (Org.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002. p. 443-456.

DIAS, E. N.; DIAS, H. E. A. Câncer de Mama no Ciclo Gravídico-Puerperal – Considerações Gerais. In: SANTOS JUNIOR, L. A. **A Mama no Ciclo Gravídico-Puerperal**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 175-178.

DINIZ, C.S.G. **O que nós profissionais de saúde podemos fazer para promover os direitos humanos na gravidez e no parto**. Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos – Novas Questões para o Campo de Saúde, Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 2002. Website: <www.mulheres.org.br>.

DOURADO, V. G. **Caracterização das gestantes de alto risco do Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário de Maringá**. 2003. 52 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Enfermagem Obstétrica – modalidade pré-natal e parto)–Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2003.

DUARTE, S. J. H. **Representação social da gestante residente no Marabá a respeito do pré-natal**. 2007. 82 f. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, 2007.

ESPINDOLA, A.T., BENUTE, G.R.G., CARVALHO, M.H.B. Crenças sobre gestação, parto e maternidade em mulheres gestantes com histórico de abortamento habitual. **Psicologia hospitalar**. São Paulo. v. 4, n.1, p. 0-0, jan. 2006.

ESPIRITO SANTO, L.C. **O desejado e o vivido pelo pai durante o processo de parto e nascimento de seu bebê**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). 2000. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2000.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA – FEBRASGO. **Assistência pré-natal**: manual de orientação. Rio de Janeiro, 2000.

FERREIRA, C. E. **Avaliação de um protocolo de assistência pré-natal de baixo risco no HC – UNICAMP**. 2002. 86 f. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia)_Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2002.

FIGUEIRA, S. M. A. **Jesus, o médico dos médicos. A cura no pentecostalismo segundo usuários de um local de saúde**. 1996. 123 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

FONSECA, P. T. Gravidez de alto risco. **Caderno de Bioética**, Belo Horizonte. v. 1, n. 2, p. 43-46, 1993.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREITAS, F. ; COSTA, S. H. M.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A. **Rotinas em Obstetrícia**. 4ª ed. Porto Alegre: Artemed, 2002.

GALVÃO, L. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: GALVÃO, L.; DÍAS, J. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 165-179.

GERK, M. A. S. Prática de Enfermagem na Assistência Ginecológica. In: BARROS, S. M. O. et al. **Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial**. 1. ed. São Paulo: Roca, 2002.

GOMES, R.; CAVALCANTI, L.F.; MARINHO, A.S.N.; SILVA, L.G.P. Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, p. 62-67, jul. 2001.

GREGORIO, Z.F.P. et al. Gravidez de alto risco: o papel do enfermeiro num ambulatório especializado de assistência pré-natal. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 134-141, jan-mar. 2007.

GUALDA, D. M. R. et al. Abordagens qualitativas: sua contribuição para a enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 297-309, dez. 1995.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. 1. ed. São Paulo: EPU, 1979.

JODELET, D. **Representações sociais: um domínio em expansão**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2002.

LAURENTI, R.; JORGE, M.H.P. de M.; GOTLIEB, S.L.D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 7, n. 4, p. 449-460, jul. 2004.

LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N.; RATTO, K.M.N.; CUNHA, C.B. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do

recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. **Caderno Saúde Pública** [online]. v. 20, suppl. 1, 2004.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. Princípios básicos e conceitos fundamentais do discurso do sujeito coletivo. In: _____. (Org.). **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos)**. 1 ed. rev. e ampl. Caxias do Sul: EducS, 2003a. p. 13-35.

_____. Preâmbulo. In: _____. (Org.). **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos)**. 1 ed. rev. e ampl. Caxias do Sul: EducS, 2003b. p. 9-11.

LOPES, M. H. M.; CAMPOS, C. J. G. Estudos qualitativos de enfermagem em saúde reprodutiva. In: BARROS, N. F.; CECATTI, J. G.; TURATO, E. R. (Org.). **Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares**. Campinas, SP: Komedi, 2005. p. 145-151.

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

MARANHÃO, A. M. S. A.; SERAFIN, D.; CAETANO, L. C.; GALVÃO, M. L.; BERNI, N.I.O. **Atividade da enfermeira obstetra no ciclo gravídico puerperal**. São Paulo: EPU, 1990.

MARTINS, L. M. P. **Assistência materna na ótica das puérperas usuárias do SUS no município de Dourados, MS**. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2006.

MATUMOTO, S.; MISHIMA SM, PINTO IC. Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 233-241, jan.-fev. 2001.

MCCAIN, G.C.; DEATRICK, J. A. The experience of high-risk pregnancy. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, v.23, n.5, p.421-427, Jun. 1994.

MERIGHI, M. A. B.; PRAÇA, N. S. Pesquisa qualitativa em enfermagem. In: _____. **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 1-3.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: _____. (Org.). **Pesquisa social. Teoria, método e criatividade**. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 9-29.

MOSCOVICI, S. Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. da UERJ, 2001.

_____. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2003.

MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P. Comunicação e informação em saúde no pré-natal. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 7, n. 13, p. 109-118, ago. 2003.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S.M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10 n. 3, p. 651-657, jul.-set. 2005.

NASCIMENTO, E. R. Política de atenção à saúde da mulher no Brasil: historicamente a quem se destina? **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 5, n. 1, p. 79-86, mai.1992.

NEME, B.; MARETTI, M. Assistência pré-natal. In: NEME, B. **Obstetrícia básica**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2002. p. 117-133.

NINA, M. D. Estresse e ansiedade na gestação. In: TEDESCO, J. J. A.; ZUGAIB, M.; QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1998. p. 85-98.

OSIS, M. J. D. HARDY, E.; FAÚNDES, A.; ALVES, G. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.27, n.1, p. 49-53, 1993.

_____. Abordagens qualitativas em saúde reprodutiva. In: BARROS, N. F.; CECATTI, J. G.; TURATO, E. R. (Org.). **Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares**. Campinas, SP: Komedi, 2005. p. 121-133.

PARADA, C. M. L.; PACKER, C. Compreendendo o significado da gravidez para mulheres com pré-eclâmpsia. **Revista Nursing**, São Paulo, ano 8, n. 99, p. 967-972, 2006.

PELLOSO, S. M. **Mortalidade materna: o que os números não revelam...** 1999. 211 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

PEREIRA, MJB, MISHIMA, SM, FORTUNA, CM, MATUMOTO, S. A assistência domiciliar – conformando o modelo assistencial. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto. v. 13, n. 6, p. 1001-1010, nov.-dez. 2005.

QUEVEDO, M. P. **Entre o sonho e o risco: os significados da maternidade para mulheres cardiopatas e diabéticas com gravidez de risco**. 2001. 170 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

REIS, A. E.; PATRICIO, Z. M. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. **Ciências saúde coletiva**, Rio de Janeiro 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2009.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetrícia fundamental**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

RODRIGUES, V. A. Orientação sexual. In: RODRIGUES, V. A. et al. **Ensino didático 2000**. 1. ed. São Paulo: Didática Paulista, 2000.

RIEHELMANN, J.C. A mulher atual: perspectivas frente a gestação. IN: TEDESCO, J.J.A.; ZUGAIB, M.; QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1998.

SAITO, E.; GUALDA, D. M. R. O profissional de saúde frente à vivência da dor de parto pela mulher. **Revista Técnico-científico de enfermagem**, Curitiba. v.1 n. 1, p. 31-36, jan. 2003.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. O programa da atenção pré-natal no Brasil e o programa de humanização do pré-natal e nascimento. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife. v. 4 n. 3, p. 269-279, jul.-set. 2004.

SCHIRMER, J. et al. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. **Assistência pré-natal: manual técnico**. 3. ed. Brasília: SSP/Ministério da Saúde, 2000. p. 66.

SCHIRMER, J.; SUMITA, S. L. N.; FUSTINONI, S. M. Cuidados Especiais no Ciclo gravídico-puerperal de Alto Risco. In: BARROS, S. M. O.; MARIN, H. F., ABRÃO, A. C. F. V. **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica**. São Paulo: Roca, 2002. p. 186-200.

SHAEVITZ, M. H. **A síndrome da super mulher**. Rio de Janeiro: Record, 1986.

SILVA, L.; SANTOS, R. C.; PARADA, C. M. G. L. Compreendendo o significado da gestação para grávidas diabéticas. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto. v. 12, n. 6, p. 899-904, nov.-dez. 2004.

SIMAN, L. M. C. Representações e memórias sociais compartilhadas: desafios para os processos de ensino e aprendizagem da história. **Cadernos Cedes**. Campinas, v. 25 n. 67, p. 348-364, set./dez 2005.

SOUZA, A. C.; LOPES, M. J. M. Acolhimento: responsabilidade de quem? Um relato de experiência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, (RS). v. 24, n.1, p. 8-13, abr. 2003.

SPINK, M. J. P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 3, p. 300-308, 1993.

_____. A medicina e o poder de legitimação das construções sociais de igualdade e diferença: uma reflexão sobre cidadania e gênero. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **A cidadania em construção: uma reflexão transdisciplinar**. São Paulo: Cortez, 1994. p. 93-103.

TASE, T. H. **Caracterização das mulheres atendidas em um hospital escola referência para gestação de alto risco**. 2000. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Obstétrica e Neonatal). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

TEDESCO, J. J. A. Aspectos emocionais da gravidez de alto risco. In: TEDESCO, J. J. A.; ZUGAIB, M.; QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1998. p.99-108.

_____. Gravidez de alto risco – fatores psicossociais. In: _____. **A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra**. São Paulo: Atheneu, 2000a. 29-41.

_____. Componentes emocionais da gravidez. In: _____. **A grávida: suas indagações e as duvidas do obstetra**. São Paulo: Atheneu, 2000b. p. 267-77.

THEME-FILHA, M. M.; SILVA, R. I.; NORONHA, C. P. Mortalidade materna no Município do Rio de Janeiro, 1993 a 1996. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo. v. 15, n. 2, p. 397-403, abr.-jun. 1999.

TSUNECHIRO, M. A.; BONADIO, I.C. A família na rede de apoio da gestante. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba. v. 1, n. 1/2, p.103-106, jan.-dez. 1999.

TYRRELL, M. A. R.; ARAÚJO, C. L. F. Qualidade da assistência obstétrica sob enfoque multiprofissional. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro. v. 11, p. 217-222, ago. 2003.

VAL, A. M. **Uma hora para a mulher nos PSF de Araguari**. 2003. 128 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Universidade Federal de Minas Gerais, Uberlândia, 2003.

VERGARA, S. C.; FERREIRA, V. C. P. Representação social de ONGs segundo formadores de opinião do município do Rio de Janeiro. **Revista de administração pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 5, p. 1137-1159, 2005.

VICTORA, C. G. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo. v. 4, n. 1, p. 3- 61, abr. 2001.

ZAMPIERI, M. F. M. Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 22, n.1, p. 140-166, jan.-abr. 2001a.

_____. **Humanizar é preciso: escute o som desta melodia**. Florianópolis: Cidade Futura; 2001b.

ZIEGEL, E.E.; CRANLEY, M.S. **Enfermagem obstétrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL**

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, em uma pesquisa. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, pelo telefone 3345 3000.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Representações sociais de gestantes que freqüentam um serviço de pré-natal de alto risco.

Pesquisador Responsável: Eunice Delgado Cameron de Souza
Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): 3341-8430 e 9201-4396

Orientadora: Sandra Lucia Arantes
Telefone para contato: 3341-8330

No momento estou realizando uma pesquisa para compreender como as gestantes de alto risco atendidas no serviço de referencia do NHU vivenciam e percebem a gestação que está transcorrendo. Este estudo contribuirá para a melhoria da assistência de enfermagem prestada às gestantes que freqüentam o pré-natal de alto risco nesta instituição. Para realizar esta pesquisa será necessário fazer uma entrevista com você para obter os seus dados, utilizando um gravador para que nenhuma resposta passe despercebida. Não realizarei nenhum procedimento invasivo (ex: retirada de sangue, injeção, etc.) em você, durante a entrevista. Tudo o que eu perguntar será gravado e também farei anotações por escrito. Em nenhum momento haverá identificação do seu nome na pesquisa e tudo que for falado permanecerá em segredo e as informações fornecidas serão utilizadas em trabalhos científicos. Você poderá recusar-se a participar da pesquisa, não ocorrendo com isto nenhum comprometimento ou prejuízo na assistência que lhe será prestada. Esclarecemos também que sua participação é voluntária, sem implicações de gastos ou remuneração.

Nome e Assinatura do pesquisador _____

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG: _____ CPF: _____
_____, n.º do prontuário: _____ n.º de matrícula _____,
abaixo assinado, concordo em participar do estudo

Representações sociais de gestantes que freqüentam um serviço de pré-natal de alto risco, como sujeito. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora **Eunice Delgado Cameron de Souza** sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Campo Grande, ____/____/____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

APENDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**PARTE I - Caracterização social, demográfica, gestante entrevistada.**

1. Idade: _____ (em anos)

2. Grau de escolaridade:

- a) Ensino Fundamental completo
- b) Ensino Fundamental incompleto
- c) Ensino Médio completo
- d) Ensino Médio incompleto
- e) Ensino Superior completo
- f) Ensino Superior incompleto

3. Estado civil:

- a) Casada
- b) União Consensual
- c) Solteira
- d) Viúva

4. Profissão: _____

5. Qual é a renda familiar de toda a sua família? (some todos os salários brutos, sem deduções, das pessoas do seu grupo familiar que trabalham inclusive o seu rendimento)
_____ (em reais).

6. Quantas pessoas dependem desta renda? (somente os que moram na sua casa, inclusive você)
_____.

7. Procedência:

- a) Campo Grande
- b) Outro município () Qual? _____

PARTE II - Historia reprodutiva e assistência pré-natal e intercorrências da(s) gestação(s) anterior e atual a gestante entrevistada.

8. História Reprodutiva: G ____ P ____ A ____ Nº filhos vivos _____

9. Intercorrência(s) na(s) gestação(s) anterior(s) _____

10. Idade na(s) gestação(s) anterior(s) _____

11. Duração da(s) gestação(s) anterior(s) _____

12. Nas gestações anteriores fez pré-natal?

- a) Sim Local: _____
- b) Não

13. Número de consultas realizadas nas gestações anteriores:

- a) 1 a 3 consultas
- b) 3 a 5 consultas
- c) 6 ou mais consultas.

14. Idade gestacional da atual gestação: _____**15. Intercorrências na gestação atual: _____****16. Quem fez o encaminhamento ao PNAR?**

- a) Enfermeiro
- b) Médico

17. Motivo do agendamento no PNAR: _____**18. Usava ou já usou algum método contraceptivo?**

- a) Sim Qual? _____
- b) Não

PARTE III – Questões Norteadoras. Conhecimentos e sentimentos sobre a experiência de vivenciar uma gravidez de alto risco:

1. O que você sabe sobre Gestação de Alto Risco?
2. O que significa para você vivenciar essa gestação complicada?
3. Como você descreve a sua gestação do início até hoje?

APÊNDICE C
AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS

Ao

Conselho Diretivo do Núcleo do Hospital Universitário de Campo Grande.

Prezados Senhores:

Solicito a Vossa Senhoria autorização para realizar consulta em prontuário hospitalar e entrevista com gestantes de alto risco que são atendidas nesta instituição, com a finalidade de coleta e análise de informações essenciais à realização da minha dissertação de mestrado, intitulada: **Representações sociais de gestantes que freqüentam um pré-natal de alto risco.**

Sou enfermeira do Centro Obstétrico do Núcleo do Hospital Universitário de Campo Grande e Pós-Graduada em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro Oeste, nível de Mestrado na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

A pesquisa objetiva avaliar a percepção das gestantes que estejam vivenciando uma gestação de alto risco, relacionando variáveis sociais, demográficas e os motivos que justificam o atendimento da gestante neste serviço.

Será garantido o sigilo das informações a serem consultadas e os resultados obtidos serão apresentados posteriormente a esta instituição.

Acrescentamos, ainda, que somente serão iniciadas as atividades de coleta de dados após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Agradecendo a atenção e colaboração, coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessário.

Atenciosamente,

Eunice Delgado Cameron de Souza
Coren: 33192/MS

APÊNDICE D – QUESTÕES NORTEADORAS

1. O que você sabe sobre gestação de alto risco?

Gestante	Respostas
S1	Eu não sei explicar direito, mas minha sensação não foi nada agradável, pois seria preciso deixar de comer muita coisa, açúcar e essas coisas todas que eu gosto e não posso mais comer. Além disso, eu fiquei nervosa, bastante nervosa, porque eu sabia que era perigoso dar problema pra mim e para a criança, que teria que fazer tratamento, pois a gravidez é de alto risco é uma gravidez complicada. Então fiquei preocupada, triste, principalmente por causa do nenê, eu achava que ele também ia ter diabetes, que pode nascer com hipoglicemia e tenho medo também de não ser uma criança perfeita, de ter problema. Já ouvi falar que o bebê é muito grande, mas nem por isso é saudável, aí eu tenho medo, peço a Deus para me ajudar a ter meu bebê saudável. Na verdade eu tenho muito medo de ir para o parto e não voltar mais. Tenho medo de morrer e deixar meus filhos e minha família.
S2	Uma gravidez é considerada de alto risco quando a mãe ou o bebê tem algum tipo de doença. Por exemplo, a pressão alta, o diabetes, pais com sangue diferente um do outro, mães que perderam seus bebês nas gestações anteriores, ou ainda quando o bebe nasce antes do tempo e com má formação. Nestes casos a chance de ter gestação de alto risco é maior. No meu caso eu tenho que me cuidar mais para não acontecer nada comigo ou com o bebê. Eu vou fazer o pré-natal certinho. Eu tenho medo, porque a minha pressão está subindo, tenho dor nas costas, tenho medo de sangrar e de perder o bebê (medo dele morrer). Além da pressão alta que faz muita mulher perder o bebê, tem também o problema do diabetes. A preocupação é do que realmente pode afetar o bebê, então estou sempre com o pé atrás, com um pouco de medo. Outra coisa que me perturba, são os meus pensamentos, tenho maus pensamentos e acho que pode influenciar de forma negativa e eu não ter uma boa gestação. Por causa dos meus problemas, a minha família tem medo de eu ir para o parto e não voltar mais.
S3	Eu não sei explicar nada. Na verdade eu acho que não sei nada.
S4	Uma gravidez é considerada de risco quando a mãe e o bebê têm algum tipo de doença. Por exemplo, a pressão alta e o diabetes. No meu caso eu tenho que me cuidar mais para não acontecer nada comigo ou com meu bebê. Vou fazer o pré-natal certinho, porque eu já perdi um bebê com seis meses porque eu tive pré-eclampsia. Então eu sei bem como é ter gestação de risco, a gente perde mesmo o bebê se não se cuidar. Então eu estou me empenhando ao máximo para ter uma gravidez tranquila com menos problemas possíveis. Na primeira gravidez eu não fiz pré-natal por falta de informação, sei lá
S5	Gravidez de risco é toda gravidez na qual exista risco para a mãe e para o bebê. Este risco não significa apenas risco de vida, mas qualquer situação que também ofereça risco de nascimento prematuro (antes dos nove meses). Tem também as doenças como a pressão alta, o diabetes, a infecção urinária que pode levar problemas para os bebês, que podem ser desde mal formações no bebê, problemas de crescimento, o bebe nascer pequeno demais. E para a mãe pode provocar tantos problemas que pode leva-la a morte
S6	Gestação de alto risco ocorre quando existe qualquer doença materna ou condição biológica que pode prejudicar o desenvolvimento do bebê e afetar a saúde da mãe. No meu caso, o risco para a minha saúde e do meu bebê é muito grande devido ao meu problema do coração. Essa doença pode colocar a mãe e o bebe em risco de morte.
S7	Eu não sei muita coisa, pra falar a verdade eu não sei nada. Só sei que é gestação de alto risco porque o médico lá do postinho falou e me encaminhou para o pré-natal de alto risco. Bom aqui os médicos falam pra gente se cuidar, tomar os remédios direitinho, vir nas consultas toda semana. Mas, explicar o que é gestação de alto risco, isso a gente não conversa, então eu escuto uma coisa aqui e outra ali e sei lá... o tempo vai passando e eu to quase chegando ao da minha gravidez. É a minha 5ª gestação. Eu tive pressão alta na 1ª e na 2ª gravidez e também perdi um bebê porque levei um chute na barriga. Na verdade eu gostaria de ter mais informações

	sobre a saúde da gestante, assim a gente pode se cuidar melhor, bom eu acho, né?? Eu tenho muitas duvidas e muito medo também, principalmente por causa do bebê.
S8	Nada
S9	Nada. Pressão alta??? Conheço uma gestante que trabalha no abrigo e ela tem pressão alta.
S10	Bom quanto a saber sobre gestação de alto risco eu não sei quase nada. Eu acho que é quando a mulher tem pressão alta e pode ter eclampsia. Eu tive pressão alta mas não aconteceu nada comigo, nem com o meu bebê. Agora estou com medo por causa da minha idade. Eu a ouvi falar que quando a mulher tem mais de 35 anos a gravidez é de risco. Precisa fazer pré-natal de alto risco. As consultas são toda semana, bom é isso que eu sei. Na verdade eu não conheço ninguém que passou por problemas sérios na gravidez. Só mesmo os probleminhas da gravidez normal mesmo. O risco da gravidez na mulher mais velha é dela ter pressão alta, diabetes mellitus ou o bebê nascer com síndrome de down. Eu leio essas coisas na internet e também porque já tive 3 filhos, eu sei algumas coisas.
S11	Na verdade eu acho que a gestação de alto risco é quando existe qualquer doença na mulher durante a gravidez que pode prejudicar o desenvolvimento do feto. O risco para a saúde da mãe e do bebê é muito grande. Eu já ouvi falar e também já li a respeito da existência de alguns fatores de risco que podem favorecer para uma gestação de alto risco, tais como: a idade da mãe menor do que 15 anos e maior que 35 anos, doenças do coração, pressão alta, diabetes mellitus, obesidade, doenças como a rubéola, tem também aquela doença do gato, eu acho que se chama toxoplasmose. Essas doenças causam desde problemas para os bebês que podem ser má formação, problemas de crescimento, como até a morte do bebê. E para a mãe também, pode causar tantos problemas, inclusive a morte.
S12	Pelo que eu entendo é uma gestação complicada. A mãe precisa ter mais cuidados. Não fazer esforços físicos para não perder o bebê. É uma gestação perigosa, que a qualquer momento pode dar um problema e você perder os bebês. Tenho que ficar em repouso e tomar os cuidados certinhos. Eu percebo o risco porque me dá contração direto. Eu já fiquei internada. Os médicos falaram que era trabalho de parto prematuro, que é comum em grávida de gêmeos. Mas eu to fazendo o tratamento certinho, e com a ajuda de Deus e dos médicos eu não vou ter mais complicação e eu vou conseguir chegar até o fim da minha gravidez.
S13	É quando a mãe ou bebê corre algum tipo de risco. Esse risco não significa apenas risco de vida, mas qualquer situação que também ofereça risco de nascimento antes dos meses. Tem também as doenças como DMG, pressão alta, problemas do coração. Eu leio sobre o assunto em sites da internet. Também converso com os estagiários e com a enfermeira todas as quarta feira. Sabe eu faço o controle do diabetes.
S14	O que eu sei é que é perigosa. Muito risco para o bebê. Você tem que ficar a tenta. Sabe me assustaram muito no posto de saúde. Lá me falaram que eles não podiam mais me consultar, fazer meu pré-natal com eles, que eu tinha que procurar um hospital que atendesse gestação de alto risco, porque eu estava com toxoplasmose, sem dar mais nenhuma explicação. Bom eu saí de lá pensando o pior a partir do momento que eu soube da toxoplasmose, eu fiquei desesperada, eu achava que ia prejudicar o bebê, que eu podia perder o bebê por causa disso. Então veio o medo porque eu achava que a toxoplasmose iria afetar o bebê e eu também e que não tinha mais jeito, que eu estava condenada. Bom eu já estou com 38 semanas e já vou marcar a data para o parto, mas ainda tenho muito medo do bebê nascer com problemas de saúde. Sei lá, a gente fica perdida. Os médicos nem sempre explicam tudo certinho pra gente. Eles só falam: ta tudo bem com você e com o bebê e só. Daí a gente volta pra casa insegura.
S16	Sei pouco. É quando representa risco para a mãe e para o bebê. Eu conheço uma mulher que perdeu o bebê, levou a gestação normal ate os nove meses, aí no parto, ela teve eclampsia, ficou internada e o bebê morreu. Era uma menina linda, grande só que nasceu roxinha. Sei também que a diabetes mellitus tem risco e que afeta o bebê. Na minha opinião eu acho é mais fácil controlar a diabetes do que a pressão alta. Lá no PNAR uma conta para a outra o que tem, daí a gente passa a entender um pouco mais sobre a gestação de alto risco. O que mais tem é mulher com diabetes mellitus e pressão alta. Outra coisa que ouvi falar foi da toxoplasmose e do sangue

	diferente entre o marido e a mulher, eu acho que se chama incompatibilidade do sangue tipo O, mas não sei explicar o que pode causar na gente ou no bebê. A gente sente falta de conversar com os médicos, mas nem sempre eles dão abertura para ouvir as nossas queixas, daí a gente volta pra casa sem entender muita coisa. Bom é só isso que eu sei.
S17	Eu sei mais ou menos sobre o caso de gestação de alto risco. Na verdade escuto vários comentários sobre o assunto. O que eu sei é também pelas orientações que recebi do meu médico. Ele disse que no meu caso que a pressão está subindo e que já estou ficando com pressão alta na gravidez, seria melhor eu participar do PNAR para assegurar a assistência ao bebê porque no particular (hospital) não tem estrutura neonatal. Bom eu acho que a mãe e o bebê podem morrer por causa do aumento da pressão. Na verdade esse é o meu maior medo. É um medo constante da morte ou de acontecer alguma coisa com o meu bebê. Gostaria de ter mais informação sobre o assunto. As consultas são rápidas. Os médicos atendem direitinho, mas sabe.... às vezes eu não entendo o que eles falam e eu sinto falta de mais informação, me sinto insegura, principalmente sobre o que pode acontecer comigo.
S18	Pra dizer a verdade nem eu sei, quando eu procurei o ginecologista do postinho, ele já sabia dos meus problemas. Eu tive pressão alta e pré-eclampsia na 1ª e na 2ª gravidez. O médico disse que iria me encaminhar para o HU por causa da pressão. Como eu já tive bebê aqui, eu vim direto. Ele falou também que a minha gravidez era problemática de alto risco. Bom eu não sei nada sobre gestação de alto risco. Nas outras gravidez o médico falava que era de alto risco, daí passava a consultar. Só isso, mais nada.
S19	O que eu sei sobre gestação de alto risco é que é preciso ter cuidado com o bebê. Sei mais ou menos, o básico. É arriscado por causa dos remédios que tomo para a pressão e também do risco de dar convulsão em mim. O problema é o perigo que o bebê corre, pode afetar e nascer com problemas ou até mesmo morrer. Eu tive pressão alta na minha primeira gestação e agora to hipertensa novamente. Por causa dos problemas que eu tive, meus familiares têm medo de eu morrer ou do bebê morrer. Eles ficam muito preocupados comigo. Concluindo eu acho que gravidez de alto risco é aquilo que põe em risco a vida da mãe e da criança. Pode ser um problema de saúde antes da gestação que a mãe já tenha ou que vem adquirir depois durante a gestação, como é o meu caso.
S20	Eu não sei quase nada. Gestação de alto risco é uma gestação perigosa, que a qualquer momento pode dar um problema para a mãe ou para o bebê, você pode até perder o bebê. Tem que ficar em repouso e tomar os cuidados certinhos. Eu percebo o risco porque me dá muita dor na cabeça, estou com pressão alta. Mas fazendo o tratamento certinho não tem complicação; pode ter, mas já ajuda bastante. Eu acho também que pode causar uma complicação pro nenê, uma má formação, pode acontecer um aborto. Eu já abortei duas vezes. De repente você está boa, aí acontece alguma coisa de ruim e você tem que ir urgente para o hospital. Acho que é por causa da pressão, a gente pensa muita coisa, pensa no pior. O pior é morrer.... o médico falou que o que eu tenho é muito grave, então eu fico pensando ou eu morro ou a criança morre. Sei do perigo pra mim e pro meu bebê.
S21	Tem perigo de perder a criança ou a mãe. Perigo para os dois. Porque, devido as complicações com a pressão alta e a glicose elevada. Eu já vi casos de pessoas que já morreram. Uma conhecida nossa ficou na UTI entre a vida e a morte, desacordada por vários dias. Não sabia se ia acordar de repente ela viveu de novo. Na segunda gestação ela não teve problema nenhum, ela se preparou, tratou do peso. Na primeira gestação estava muito gorda, já na segunda fez regime e não engordou durante a gestação, aí não deu problema nenhum pra ela. Já ouvi falar e também já vi os bebês das diabéticas, eles são muito gordos, por desorientação elas acham bonitos, mas não são saudáveis. Onde já se viu um bebê nascer de 5 quilos. Um bebê de uma mãe diabética precisou de luz azul porque nasceu com icterícia. Ficou mais de uma semana tomando banho de luz azul. Minha irmã teve um bebê muito pequeno, nasceu e ficou na incubadora, ele era prematuro, ficou internado um mês. Ela era diabética. Agora ele tem 15 anos e é perfeito. A minha irmã morreu de diabetes. Então eu acho que a diabetes pode sim matar a mulher grávida.
S22	Até então eu era baixo risco. Agora a minha médica me disse que eu sou alto risco.

	Acho que é porque faço esforço. Não sei nada. Já ouvi falar, mas nunca parei pra pensar. Algumas mulheres têm restrição outras não. Eu nunca convivi com mulheres que tivessem problemas assim. Todas eram gravidez normal. Eu tive uma cunhada que perdia os bebês. Perdeu quatro bebês, com 4 a 6 meses de gestação. Os bebês começavam a ficar pesados, aí o útero não agüentava e já rompia a bolsa, às vezes o bebê morria dentro do útero ainda. Ela tinha o útero infantil e infecção, muita inflamação. Ela começou um tratamento, mas não terminou, daí ficou grávida, mas perdeu novamente. Eu acho que dar doenças, se a mulher não consegue ter a criança, alguma complicação deve ter, sei lá, não consigo explicar.
--	---

2. O que significa para você vivenciar essa gestação complicada?

gestante	Resposta
S1	É gostoso estar grávida. Eu fiquei contente, me senti bem, porque eu queria, só que eu estaria mais feliz ainda se eu não tivesse diabetes. Eu queria ter outra, uma menina, aí deu o que eu queria. Hoje fiz Ultrassom e é menina, estou mais feliz ainda. É um desafio, porque mesmo sendo perigoso eu quis engravidar. Todos perguntam: como você teve coragem?? Eu queria ficar grávida, não foi por acaso. Aí a gente planejou, eu e meu marido, e agora eu fiquei. Minha gravidez foi planejada. Eu tenho medo do nenê nascer com problemas, mas o médico disse que não tem tanto perigo se eu fizer o que eles mandam. Então eu estou controlando, fazendo do jeito que eles mandam, para o nenê não nascer doente e o meu marido ajuda. Se a gente não fizer é pior pra gente mesmo e para o nenê. Então eu faço dieta, tomo insulina certinho, o que eu puder fazer eu faço pelo bebê, porque eu estou consciente que assim ele nasce saudável. Estou me controlando, fazendo o melhor que posso. Às vezes a gente sai fora, pega coisa doce, porque a gente fica com vontade. Mas também não é nada exagerado, só um pouquinho pro nenê Meu marido está feliz, muito feliz, babando, não vê a hora que a nenê nasça para ver a carinha dela. Ele queria mais que eu mesma esta gravidez, então ela representa tudo que ele queria: uma filha. Não é só ele a família inteira, meus parentes todos estão assim. Uma filha era tudo que ele queria. Então para mim esta gravidez complicada significa um desafio, porque mesmo sendo perigoso, quis engravidar.
S2	A gente fica feliz, sente amor, porque um filho é sempre uma benção de Deus. Estou contente, Acho que tudo vai dar certo. Estou pondo toda a fé que tenho. Ao mesmo tempo a gente fica preocupada com alguma coisa que pode acontecer. Estou deixando que Deus programe as coisas. A gente ter um filho é arriscado, tenho medo, porque a pressão está subindo, medo da cesariana, bom a gente entrega na mão de Deus. Gosto de estar grávida. É um sentimento gostoso de sentir que o nenê está ali. Pra mim está sendo um desafio, cada dia, cada semana é uma vitória. Já estou mais tranquila porque passou dos seis meses, aí eu acho que tudo vai dar certo. Eu já tive três abortos. Ainda assim tenho medo do bebê nascer com problemas. No finalzinho da gestação acontece muita ansiedade. Quero um bebê com saúde, que tenha vida normal. No meu caso, é mais difícil. Não consigo dormir direito, tenho medo de morrer no parto, da pressão subir ou acontecer alguma coisa que ninguém sabe e eu não poder acompanhar os meus filhos crescerem e terem uma vida normal. Mas a gente pede a Deus pra tudo correr bem, porque se "Ele" quis que eu ficasse grávida, é porque tem planos pra mim.
S3	Para mim, viver esta gestação complicada é uma preocupação sem fim, penso muito na hora do bebê nascer, se a pressão vai subir. Tenho medo de morrer. Eu sei que é arriscado por causa dos remédios que eu tomo para a pressão, que pode dar até convulsão. Eu já ouvi falar no PNAR e o médico me falou na consulta que eu posso ter eclampsia e eu não me cuidar. Bom eu não entendi muito bem essa história de eclampsia. A preocupação é do que pode acontecer com o meu bebê, os médicos falam que o bebê também corre risco de vida, pode nascer antes do tempo, pequeno, magrinho, precisar de UTI, então eu fico nervosa, mas a esperança é a última que morre. Se eu fizer tudo certinho, não deixar de tomar os remédios para a pressão, então eu chego até o final da gravidez.
S4	Para mim viver esta gestação é uma vitória. Eu mais que ninguém sei dos prós e dos contras de ir até o final de uma gestação com pressão alta e diabetes o tempo todo descompesando. Mas só dela estar aqui (a gestante coloca as mãos na barriga e

	acaricia como se tocasse o bebê). É muito bom. Um sentimento maravilhoso. Só eu sei o quanto que eu queria ter um bebê. Então o sofrimento, a preocupação, o medo, nada disso me enfraquece, porque a vontade de ser mãe é maior d que tudo. Então faço ou pelo menos tento fazer tudo que os médicos mandam fazer; mesmo que eu não tenha entendido direito o porquê das coisas eu tento fazer tudo certinho. Na verdade as duvidas que eu tenho, na maioria das vezes, converso com as outras gestantes lá no pré-natal. E olha que não são poucas. Tem dia que tem umas 40 grávidas para consultar. Então eu penso, não dá mesmo pra dar aquela atenção especial do jeito que a gente gostaria que fosse. Eu mesma tenho muitas duvidas principalmente em relação a formação do bebê.
S5	É muito gostoso estar grávida, estou super feliz, mas ao mesmo tempo viver esta gestação complicada me deixa com medo. Eu tenho medo de acontecer alguma coisa com o nenê. Dele nascer com problemas de saúde, ter deficiência física ou até mesmo morrer. Sabe, eu leio a respeito do assunto para me informar melhor. Eu faço pré-natal cerinho, mas nem sempre consigo as respostas para as minhas duvidas, principalmente em relação ao meu bebê, na sua formação, na sua saúde, etc. daí eu procuro na internet ou então converso com as outras gestantes, mas não é a mesma coisa. Eu acho que as consultas são muito rápidas. Deve ser porque o numero de gestantes para serem atendidas é grande (mais ou menos umas 40 gestantes). Então eu sempre estou com um ponto de interrogação na minha cabeça (risos)
S6	Viver esta gestação significa uma benção, uma dádiva de Deus. Eu acredito que Deus curou a meu problema no coração. Como eu me sentia super bem planejei ficar grávida. E o meu problema do coração que não existia mais, não afetaria o meu bebê. Os médicos que tratavam a minha doença do coração diziam que era muito grave o meu problema. Mas mesmo sabendo que é arriscado, com a preocupação sempre presente do meu bem estar e da formação certinha do meu bebê, eu me sinto uma vitoriosa, abençoada por Deus, por poder gerar esta criança. Sabe ela é um presente para o meu marido. Então estou super feliz.
S7	Viver esta gestação complicada é uma vitória para mim. Eu sofri muito. Primeiro porque não queria ter ficado grávida, já tenho três filhos. Então acontece o DPP. E os médicos começaram a me jogar de um lado para o outro. Diziam que o meu caso era grave, que eu corria risco de vida, que eu poderia perder meu bebê. Enfim, um transtorno na minha vida, sem contar que eu tenho que repousar o tempo todo aí como é que fica o trabalho? E as crianças e a casa quem é que vai cuidar? Eu tive medo do bebê morrer, então entrei em depressão, passei a tomar tranquilizante. Nossa pensando bem, está sendo uma gestação complicada mesmo. Complicada demais. Ainda bem que está chegando ao fim. Já vou marcar a data do parto para a semana que vem. Nossa é uma benção!!!! Graças a Deus está chegando ao fim!!! E eu vou ter o meu bebê.
S8	Sei lá nunca fiquei grávida. Estou alegre
S9	Acho bom. Só.
S10	Não sei falar, estou confusa, eu queria estar grávida e feliz. Não está sendo fácil, não estou conseguindo (choro). Eu fiz laqueadura quando tive meu terceiro filho. Eu fiquei com tanta raiva que não conseguia aceitar a minha gravidez. Fui até o medico que fez a minha laqueadura para pedir uma explicação. Bom a explicação que ele deu é que eu era o 1% de chance de voltar a ser fértil de novo. Que as minhas trompas tinham se regenerado. Falou isso com a maior calma do mundo, e eu com uma ódio daqueles, pensa numa virada na sua vida!!! Eu jamais pensei que uma coisa dessas pudesse acontecer. Eu queria bater nele, sei lá, queria que ele bancasse a minha gravidez, que pelo menos me atendesse no seu consultório particular. Mas que nada. Eu não significava nada. Ele disse que fez tudo certo. O meu organismo é que reagiu diferente. Bom, em outras palavras, o que eu entendi: "o problema é seu". Hoje estou aqui no PNAR pela minha idade e também porque o medico que fez a laqueadura atende aqui, então eu comecei o pré-natal porque já estou com 2 meses de gravidez. Agora não tem mais jeito. Eu já estou mais calma. O que me deixa triste é o descaso da parte deles. A gente é só mais um número, uma coisa que deu errado, mas errado pra você, pra ele não!! Aiiiiiiiiiiiiii (choro) eu me sinto mal. A gente é criada para ser mãe e amar os filhos, mas eu to muito confusa. Não está sendo fácil. Será que eu vou conseguir???

S11	A minha vivencia está mais ligada a ansiedade. Eu tenho problema no coração. prolapso de válvula mitral moderada. E agora a pressão está começando a subir. Então vivo ansiosa e quanto mais ansiosa, mais preocupada com o aumento da pressão. A gravidez em si está tranqüila. Até agora já fiz quatro consultas. Bom o que eu queria mesmo é ter mais tempo para saber a respeito do meu caso. Eu acho que a gente fica muito tempo esperando a sua vez para consultar e fica pouco tempo com o médico quando chega a sua vez. Portanto, as duvidas aumentam a cada dia. A cada consulta é um médico diferente (são os residentes ou os alunos do curso de medicina). Então a gente não cria aquele vinculo necessário para tirar as dúvidas, conversar, planejar a gestação, enfim as coisas são ditas e voce escuta e aceita (ou finge que aceita) isso quando você por muitas vezes não entende o porque das coisa. Eu não sou ignorante, mas mesmo assim tenho dificuldade para entender o que está acontecendo comigo e quais são as reais complicações para o meu bebê e até mesmo qual o risco que corremos.
S12	A gente fica feliz, sente amor, porque um filho é sempre uma benção de Deus. Está sendo uma experiência que mexe muito comigo. Achava que ia ser calma, tranquila, mas a partir do momento que eu soube que estava grávida de gêmeos, chorei muito, senti muito medo e nervoso. Fiquei perdida. Eu achava que estava preparada, mas não esperava estar grávida de gêmeos, daí o chão abriu pra mim. Agora que o susto passou, gosto de estar grávida. É um sentimento gostoso, não vejo a hora de estar com eles nos meus braços. Para mim está sendo um desafio, cada dia, cada semana é uma vitória. Vou ficar mais tranqüila depois que passar dos seis meses, aí eu acho que vai pra frente, eu fiquei internada há pouco tempo, os médicos falaram que era trabalho de parto prematuro, que é comum em grávida de gêmeos.
S13	Viver esta gestação complicada no começo foi apavorante por falta de informação. No posto de saúde não te explicam nada. O médico falou que iria me encaminhar para o PNAR porque lá no posto de saúde ele não poderia continuar me atendendo, que eu era de risco e que precisava de cuidados especiais tanto pra mim quanto para o bebê. Eu fiquei assustada, com muito medo de perder o bebê. Agora que estou aqui, me sinto tranqüila. Depois que você tem a informação e percebe que pode ter uma gravidez normal, Ser mãe pra mim é uma coisa maravilhosa né?! A gente passa por momento difícil como o que eu passei, ter que vir toda semana, mas ser mãe é uma coisa que a gente não sabe explicar é um amor né, desde que o bebê ta dentro da barriga, a gente sente aquele amor forte né!!! Eu acho que é tudo na vida, não procuro pensar nos meus problemas de saúde.
S14	Vivenciar esta gestação significa uma prova de força, de coragem. No inicio eu não queria estar grávida, mas aconteceu para mudar meus pensamentos. Antes não pensava em responsabilidades. Bom..... agora a minha vida mudou. Eu mudei meu modo de agir. Estou mais calma, tranqüila, aceito melhor a minha gravidez. No inicio quando descobri a toxoplasmose eu fiquei desesperada, nossa fiquei com remorso porque não queria estar grávida, cheguei a pensar em castigo, mas isso pode acontecer com qualquer mulher grávida, não é mesmo?? Eu no começo fiquei com medo de não ser uma boa mãe, de não estar preparada, que eu ainda não sei né, a gente só sabe passando pela experiência. Mas apesar de tudo, da toxoplasmose, eu sei que é gravidez de alto risco, porque o meu bebe pode nascer com problemas (que problemas eu não sei), mas mesmo assim eu tô feliz, muito feliz!!!!
S16	Bom, no começo eu descobri que tinha um descolamento de placenta e um sangramento retrocorionico. Fui bem assistida. Só que com 14 semanas de gestação descobri que estava com apendicite e foi tudo muito rápido, foi preciso fazer uma cirurgia. Por causa do hematoma tive que tomar hormônios Ultrageston via oral e vaginal. Na verdade o que eu sinto em viver esta gestação é a realização de um sonho, sabe eu venho correndo atrás já faz tempo. Então apesar de toda essa complicação de repouso, consultas toda semana, sentir medo, medo de perder o bebê, ansiosa para que a gravidez chegue ao fim, eu estou vivendo o momento mais feliz da minha vida. Se Deus quiser, e "Ele" há de querer, e eu vou ter a minha filha! (face de choro e esperança).
S17	Viver esta gestação está sendo muito difícil por causa das dores que sinto na barriga (refere contrações), também uso muitos remédios para controlar a pressão, então, sinto um mal estar, sinto tonturas, irritação, a pressão fica alta, minhas pernas incham, até o meu rosto fica inchado. Eu nunca tive nada antes, era saudável. Nunca

	tive problema nenhum. Agora me aparece isso, eu fico muito nervosa, angustiada, fico preocupada com medo de morrer. No começo eu fiquei desesperada por causa da pressão alta. E o medo que dava por causa disso, porque eue achava que iria afetar o bebê também. Eu tenho medo até hoje, porque às vezes o nenê pode não tá bem. É justamente isso, o medo dele não ser perfeito, de chegar mais pra frente e acontecer o que aconteceu com uma amiga minha, que perdeu o bebê por causa da pressão. Tá certo que ela era rebelde, não se cuidava direitinho, mas sei lá a gente nunca sabe o que pode acontecer, só passando né?? Uma ansiedade de que isso se encerre, que esse bebê venha com saúde, que tenha uma vida normal como qualquer outra pessoa. No meu caso, é difícil. Não consigo dormir direito. Tenho pesadelos e esses pesadelos me impressionam bastante. É como se de repente eu fosse morrer e não acompanhar os meus filhos ficarem grande. Tenho medo de morrer no parto, da pressão subir ou acontecer alguma que ninguém sabe.
S18	Viver esta gestação tá complicado, já fiquei internada tres vezes desde o inicio da gravidez. A pressão sobe muito, ainda mais quando fico nervosa. Fiz ultra-som com 17 semanas de gestação e descobri que estava grávida de gêmeos. Assustei demais, pensava, nossa se um já é difícil, imagina dois!!! Mas se Deus mandou é porque posso agüentar. Estou feliz. Meu Deus, eu não acreditava. Como vou amamentar dois ao mesmo tempo?? Se veio, a gente tem que cuidar. Espero que venham com saúde, perfeitos, entrego nas mãos de Deus. O meu único problema é a pressão, ela tá mais controlada, mas mesmo assim eu tenho medo, já tive eclampsia nas outras duas gestações.
S19	Estou com medo e ansiosa. Fico pensando muito na hora de ganhar o bebê porque eu tive problema no primeiro parto e essas recordações me deixam agitada. Por mim eu operava hoje mesmo para não ter mais filho, para não viver mais essa complicação. O duro não é estar gestante, o complicado é na hora do parto. Fico estressada só de pensar no assunto. Tenho medo de acontecer alguma coisa comigo. No finalzinho da gestação acontece muita ansiedade. No meu caso é mais difícil ainda. Não consigo dormir direito. Tenho medo de morrer no parto, da pressão subir. O médico fala para eu ter calma. mas eu não consigo, sou muito ansiosa. Mas apesar de tudo, a gente fica feliz, sente amor porque um filho é sempre uma benção de Deus.
S20	Engravidei tomando anticoncepcional. Estou com medo e dúvida. Fico pensando que vou morrer e, as vezes pode dar tudo certo e eu estar com medo a toa. Eu não queria engravidar, fui tomada de surpresa e agora tenho que aceitar porque veio. Tenho medo de acontecer alguma coisa comigo e com o bebê, eu já abortei duas vezes, ainda mais agora que senti perda de líquido da bolsa das águas e a pressão alta. Tenho medo de acontecer alguma coisa comigo e deixar os meus filhos. Não quero que aconteça nada com esse filho que estou esperando. Tenho outros filhos e não queria estar grávida, eu estava mal, não pela falta de amor, mas pela falta de dinheiro, é uma preocupação com o bem estar do bebê e dos filhos maiores.
S21	A minha gestação não significa uma complicação. Eu não vejo nada complicado. O que acontece é que tenho medo, muito medo de não conseguir controlar a pressão e a glicemia. Eu vivo ansiosa, porque na verdade fico querendo controlar meu peso para a pressão não aumentar. Agora que estou no final com 34 semanas de gestação, me sinto uma vitoriosa. Não é para qualquer uma o que eu passei. Eu fico me policiando para terminar a gravidez mais saudável, porque na primeira gravidez foi tudo muito rigoroso eu tive pressão alta e eclampsia. Então eu não queria acreditar que estava grávida novamente e ter que passar por tudo isso outra vez. Então eu sigo o tratamento para não correr o risco de ter eclampsia novamente e até perder o meu bebê porque isso pode acontecer. Estou ansiosa pela chegada dele (do bebê). Eu achava que nunca mais ia ter filhos, quando ele chegou, a realização de um sonho (risos, expressão de felicidade). A única coisa que tenho medo é do parto, eu tenho medo da anestesia. Mas eu já to quase perdendo o medo (risadas). Fico pensando, eu já passei por isso antes, então porque ter medo?? Porque eu tenho medo de injeção. Meu marido está em Cáceres, muito preocupado comigo, com meu problema no seio. Ele está na expectativa da chegada do filho homem que tanto quer. Ele é marinheiro de primeira viagem. Mas ele vem quando eu tiver o bebê porque ele tem direito a licença paternidade por cinco dias.
S22	Pra mim mudou toda a minha vida. Desde o início foi complicada. Neste momento está sendo terrível. Eu não aguento ficar quieta, o dia inteiro deitada, sem fazer nada,

	é ruim. A gente planejou a gravidez. Eu o meu marido queríamos muito ter um filho, então quando penso nisso, consigo diminuir meu problema. Por causa de uma infecção urinária eu entrei em trabalho de parto prematuro e passei a ser gestante de alto risco, já fiquei internada e agora tenho que conviver com a limitação das atividades. Vou cuidar para que o bebê nasça saudável, não quero que ela (bebê vá para a incubadora, mas ao mesmo tempo a preocupação é ela ficar na incubadora, uma criança de oito meses ainda não tá formadinha para nascer. Eu preferia não ter os problemas, mas eu tenho o sonho e a alegria de estar grávida. Nem a tortura que estou passando me deixa triste. O meu marido está mais preocupado. Ele trabalha o dia todo e eu não paro quieta, mas eu vou ficar quietinha.
--	--

3. Como você descreve a sua gestação do início até hoje?

gestante	Resposta
S1	A minha gravidez do 1º ao 7º mês foi muito tranquila eu digo que foi só felicidade. Do 7º mês em diante surgiram os problemas. Apareceu o diabetes mellitus e com ela vieram a azia, sonolência, inchaço nas pernas, cansaço, câimbras nas pernas, dor nas costas e na barriga. Sinto fraqueza. Então eu fico com medo, principalmente porque falam (as outras gestantes do PNAR) que o bebê de mãe diabética nasce grande, sem contar que eu tenho que fazer regime e não consigo fazer direito, às vezes como doces e aí fico com remorso. Agora que estou chegando ao final da gravidez estou mais aliviada e mais feliz. Porque a minha família me ajuda muito. Então com o apoio que recebo estou conseguindo controlar o DM e chegar com mais saúde para o momento do parto. Eu acho que se a gente tivesse mais informação a respeito da DM e do que pode acontecer com a mãe e com o bebê, seria mais fácil passar por essa gravidez complicada. A gente tem as dúvidas mas muitas vezes não tem a resposta.
S2	No começo foi muito difícil, passei muito nervoso por causa do meu marido porque ele bebia. Ele saía do serviço e passava no bar, chegando em casa embriagado. Quando começou a gravidez eu fiquei com muito medo, ainda mais quando o meu médico passou dieta para eu seguir certinho. Aíiiiiiii que dificuldade!!! Isso não foi nada. Depois na quarta consulta de pré-natal o meu médico passou insulina porque o açúcar no sangue estava cada vez mais alto, sem controle. Eu passei a usar insulina subcutânea. Um bicho de sete cabeças essa tal de insulina. Eu achava isso mesmo. Agora eu mesma aplico. A gente quando não conhece as coisas não aceita; agora aceito porque conheço. Sabe, um dia você está bem, outro você não está. Sinto dores com frequência. Um dia sinto dor de cabeça, outro dor na barriga, também tenho falta de ar. Quando eu passo nervoso lá em casa me dá crise de choro, mas o resto tá tudo bem. Estou chegando ao final da gravidez, só falta pouco agora, então eu só tenho que agradecer a Deus porque eu tenho certeza que vou sair do hospital com meu bebê no colo e eu vou poder cuidar dele sim, se Deus quiser.
S3	No início foi conturbada porque o meu esposo e o meu filho mais velho não aceitavam a minha gravidez. Agora o meu esposo aceita, está feliz. Eu sempre quis ter três filhos. Eu adoro bebê. Como eu tenho asma, no começo me sentia muito mal, muito cansada, ruim para dormir, sentia falta de ar. Ai comecei a me tratar e tudo melhorou. Mas daí apareceu a pressão alta e o diabetes e com eles as dores de cabeça. Então passei a tomar metildopa de 6/6hs e a fazer o controle da glicemia. Hoje me sinto melhor, a pressão mais controlada. "Graças a Deus não me deu mais nada depois que passei a tomar os remédios". O meu filho mais velho não aceitava a minha gravidez porque acha que eu sou velha para ter outro bebê e além do mais, ele fala, você já tem dois filhos para que vai querer outro? Eu acho, não, eu tenho certeza, que ele está com ciúmes (risos).
S4	Como eu já disse eu tive pré-eclampsia na primeira gravidez. Então a luta começou logo no início da gravidez, sempre ficando internada, teve vez de passar dois meses no hospital para conseguir controlar a pressão e a diabetes. Tive muita hipoglicemia e achava que não iria sobreviver. É muito ruim, porque na mesma hora que está bem, já passa mal. Mas agora eu já estou com 34 semanas de gestação, estou melhor, a pressão e o diabetes está mais controlados, venho semanalmente nas consultas do PNAR e tenho tomado certinho os meus remédios. Graças a Deus está dando tudo

	certo até agora e eu sei que com a ajuda de Deus eu vou conseguir chegar até o final da minha gravidez.
S5	A minha gravidez foi muito tranqüila até o quinto mês de gestação. A partir daí começaram os problemas como inchaço e aumento do peso (muito aumento do peso – risos). Inchei tanto que não conseguia mexer os pés. A partir desse momento entrei na dieta de pouco sal e pouco açúcar e logo percebi que melhorava, diminui o inchaço, as pernas pararam de doer tanto e passei a me sentir cada vez melhor. É muito bom sentir alguém dentro de você. Poder gerar uma criança, amamentar, enfim, ser mãe. Eu sigo as recomendações medicas para evitar os problemas comigo, como o aumento da pressão e daí dar problemas no meu bebê. Eu tenho medo, mesmo que agora que eu sei que ta tudo certinho comigo. E como eu já falei, eu sinto que falta um tempo maior na consulta do pré-natal. Sabe às vezes a gente não quer remédio, a gente quer atenção, quer ser ouvida, ter a atenção do seu médico, mas nem tudo é como a gente quer, não é mesmo??
S6	A minha gravidez está sendo muito tranqüila, como eu já disse, eu me sentia super bem para engravidar novamente. Sabe é o meu segundo casamento e meu marido não tem filhos. Eu já tenho duas meninas do casamento anterior. Ele me ajuda cuidar delas, mas sabe como é, o marido sempre quer ter um filho dele mesmo. Então, como eu me sentia super bem, nem pensei duas vezes antes de engravidar. É uma gravidez abençoada, um presente para o meu marido. Eu não sinto nada. Estou muito feliz, mesmo. A única coisa que me preocupa é que sei que a gravidez “gasta um pouco o corpo da mulher, tira a sua energia. Então não quero abusar da minha sorte, eu pretendo fazer laqueadura depois que eu tiver meu bebê. Eu tenho muito apoio da minha família. A única coisa que sinto falta é de um pouco mais de informação durante as consultas do pré-natal, são muito rápidas, quando eu penso, já estou saindo do consultório e com muitas duvidas. Gostaria muito de ter alguém para me ouvir mais. Eu acho que é só. O resto ta tudo bem, me sinto ótima. Na verdade só uma coisinha: tenho medo da hora do parto
S7	É complicada demais. Perturbada mas vitoriosa é assim que descrevo a minha gestação. Quando eu lembro de tudo que passei desde o inicio até hoje, eu posso dizer que agora estou no céu, que meus problemas estão quase acabando. No início da gravidez eu não estava aceitando muito porque eu já tive problema nas outras gestações, tive pré-eclampsia e depois eu já tenho 3 filhos e a vida está muito cara, criar filhos hoje em dia é muito difícil, então eu estava com tudo isso na cabeça. Mas agora eu aceito muito bem e estou feliz de estar chegando lá (quase ganhando o bebê). Eu só queria ter mais informações, sei lá, eu acho que a gente fica mais calma, mais tranqüila quando sabe a respeito do que está te acontecendo. Mas eu sou bem atendida, não posso me queixar. Eu gosto daqui.
S8	Quando eu descobri que estava grávida achei um pesadelo. Não dava certo ficar com a minha mãe. Ela não aceitou a minha gravidez. Daí eu vim para a casa da esperança. Agora estou mais segura e aceito melhor a minha gravidez.
S9	Foi boa. Desde o dia que eu soube que estava grávida, fiquei feliz. O pai do bebê não quer assumir. Então fui parar na casa da esperança. Bom eu vou ficar lá até o meu bebê nascer e completar 3 meses, daí eu não sei o que vou fazer ainda. Vamos ver o que acontece até lá. Quem sabe eu volto pra casa, daí arrumo um trabalho, cuido do bebê.
S10	Quando eu suspeitei que estivesse grávida foi quando eu comecei a sentir dor nas mamas, meu fluxo que era grande, não veio, comecei a sentir aversão pelo meu esposo. Agora estou começando a aceitar minha gravidez. Nossa viver esta gestação não está sendo fácil. Como eu poderia imaginar em ficar grávida depois de ter feito laqueadura??? Eu fiquei com muita raiva que não conseguia aceitar a minha gravidez. Agora não tem mais jeito. Eu já estou mais calma. Eu não me vejo grávida, com a barriga grandona, eu me sinto tão triste por não estar feliz de estar grávida.
S11	Quando descobri que estava grávida fiquei muito feliz e ao mesmo tempo preocupada, porque um pouco antes de saber da gravidez tinha feito exames de RX e tomado anestesia, então fiquei preocupada com a formação do bebê no inicio da gravidez por ser um período delicado para o desenvolvimento. Mas depois que comecei a fazer o pré-natal e fiz todos os exames fiquei mais tranqüila, pois aparentemente está tudo normal. Estou com 18 semanas e 6 dias.
S12	A gestação pra mim está sendo normal. No começo muito enjoô, agora está numa

	fase gostosa, depois do susto que eu tive porque fiquei internada com contração e tomando e tomando salbutamol. O meu único problema é não agüentar segurar a gravidez até os nove meses. Os sentimentos vão mudando dentro de você. Eu acredito que a maternidade amadurece a pessoa. Meu esposo está muito feliz, ele conversa com os bebês dentro da minha barriga. E você sabia que os bebês reconhecem a voz do pai??? E eles se movimentam bastante parecendo peixinhos. Bom depois do susto, do nervoso, agora eu digo que as coisas estão se encaixando graças a Deus.
S13	No começo da gravidez fiquei um pouco revoltada porque não tinha planos de engravidar porque tomava anticoncepcional e estava amamentando a minha primeira filha. Bom eu também tive pressão alta e pré-eclampsia na primeira gestação, então a responsabilidade de ser mãe é muito grande. É uma coisa que quando você pensa, quando você pensa em ter um filho, não é só pensar: eu vou ter um filho porque eu to com vontade sim porque você vai cuidar com carinho. Agora estou super ansiosa para ver a carinha dela. É outra menina!!! Só que esta gravidez é muito diferente da outra. Eu sinto dores, principalmente nas articulações. Aumentei muito de peso. Muita ansiedade, mas agora estou feliz. Ah! Ser mãe é tudo pra mim. São duas vidas compartilhadas! Eu acho que é tudo na vida, não procuro pensar em nada, nem nos problemas que tenho.
S14	Quando descobri que estava grávida fiquei em choque. Foi uma surpresa muito grande. Porque pelo tempo que eu estava tomando anticoncepcional achei que não iria engravidar tão rápido. Foi uma notícia que trouxe mudanças na família. Eu estava de viagem marcada para o Rio de Janeiro. Daí descobri a gravidez. Fiz os exames deu positivo comecei o pré-natal, outro choque, a descoberta da toxoplasmose. Agora estou mais calma e com fé que o nenê nasça bem. Deus está comandando tudo e, por isso tem sido uma gestação boa apesar dos problemas de saúde, das duvidas, que surgiram em relação a minha saúde, bom na verdade eu ainda tenho medo, medo do parto, mas eu acho que dá pra superar. Ah!!! Esse filho que estou esperando vale ouro!! Vai valer ouro, por causa de tudo que eu estou passando a gora. A gente já começa a amar ele por causa da dificuldade que a gente passa com ele dentro da barriga, né?? É uma vida!! Eu vou dar vida pra alguém!! Não tem como explicar!!
S16	Quando descobri que estava grávida fiquei muito feliz mesmo. Tudo começou bem, mas, quando eu estava com 14 semana de gestação, descobri que estava com apendicite aguda, daí passei por uma cirurgia e tudo começou a complicar, precisei tomar hormônio para segurar a gravidez. Entrei em trabalho de parto prematuro com 24 semanas. Aí meu Deus um sofrimento só. Pensa na ansiedade que eu vivi naquele momento. O medo de perder meu bebê tão desejado. Isso sem contar que tive DPP e um tal de hematoma retrocoriônico. Enfim o sonho virado um pesadelo. Meu pré-natal é certinho, mas a minha situação é indefinida por causa do meu problema, apesar do medico ser franco comigo, muitas vezes não entendo nada do que está acontecendo ou porque aconteceu. Não vejo a hora de poder ter o meu bebê. Vou me cuidar bastante para poder chegar com a gravidez ate os nove meses.
S17	No início foi um pouco difícil e ainda está. Um dia você está bem, no outro você não está. Sinto dor direto, um dia sinto dor na cabeça, outro dia sinto dor na barriga, também me incomoda o inchaço no rosto, pernas e braços, sem contar a pressão alta que me dá uma irritação e tanto. Uma gestação muito tumultuada, angustiante, fico muito nervosa, me dá crise de choro. Aíiiiiii será que é a minha idade?? Até eu aceitar foi complicado. Eu tenho medo da pressão alta e agora tenho que aceitar. Esta gravidez trouxe mudança na família. Deus está no comando de tudo, e por isso eu sei que chego lá. Acredito que vou superar tudo e ter o meu bebê.
S18	Minha gravidez começou com enjôos. A minha menstruação é irregular, às vezes fico até 3 meses sem menstruar. Daí me atrapalho toda. Bom fiz um teste de farmácia com resultado positivo. Aí fui no postinho e lá pediram ultra-som transvaginal. Grávida de gêmeos. Fui encaminhada para PNAR. Nossa de repente a sua vida muda. Estou com medo de perder os bebês, já fiquei internada três vezes. Agora no momento não tenho problema nenhum, mas daqui pra frente não sei. Não sinto a minha pressão subir. A gente pensa muita coisa, pensa no pior. O pior é morrer. Mas eu entreguei na mão de Deus e acho que ele é o medico dos médicos. Está nas mãos deles e eu tenho certeza que posso sair vitoriosa. No finalzinho da gestação acontece muita ansiedade que isso se encerre, que os bebês venham com saúde, que tenham uma

	vida normal. O meu único problema é a pressão, ela está mais controlada, então estou bem tranqüila, só um pouco ansiosa, mas isso é normal em qualquer mulher grávida.
S19	Quando eu descobri, chorei muito, entrei em crise de choro. Foi difícil no início e ainda está. Um dia você está bem, outro você não está. Eu fico lembrando da minha 1ª gestação, nossa eu tive pressão alta e pré-eclampsia e isso me deixa ansiosa, agitada, me dá crise de choro, mas o resto tá indo bem. Agora eu e meu esposo estamos muito felizes esperando o nascimento do nosso bebê. Loucos para saber, como será o nosso bebê!!!
S20	A gestação está sendo normal igual às outras, de todas, está é a mais calma, não precisei de internação. Acho que não tem problema, mas o medico colocou medo em mim, dizendo que eu corro risco. O meu único problema é a pressão e começou a subir agora, mas só agora. Mas ela já está controlada. Estou fazendo dieta alimentar. No começo da gravidez eu pesava 99 k e agora estou com 89,5k. No começo eu tive uma surpresa, fui fazer exame de sangue e deu positivo. Estava mal, não queria aceitar. Agora já estou acostumada. Me sinto mais forte e tudo vai dar certo e o meu bebê vai nascer com saúde. A minha preocupação é também fazer uma laqueadura. Não quero ter outros filhos.
S21	No começo foi uma surpresa, me pegou desprevenida, porque estava esperando ficar grávida. Eu estava tomando remédio (é um que engravidou bastante gente, engravidou eu também, vixe Maria!!! – risadas gostosas). Na realidade eu fiquei na duvida por muito tempo, não queria acreditar que estava grávida, por causa da 1ª gravidez que eu tive pressão alta e eclampsia. Eu fui ao medico quando estava há 4 meses sem menstruar. Eu sei como é o tratamento muito rigoroso então estava relutante. Agora passado o susto, ela é única, uma gestação única. É como se eu vivenciasse cada momento de uma única vez. É ótimo poder estar vivenciando isso de novo, foi por um descuido meu, mas eu amo muito o meu filho. Parece que eu já conheço ele (risos, expressão de felicidade) eu bati o olho na imagem do ultrassom e gravei o rostinho dele.
S22	Complicada. Eu passava muito mal. Eu vomitava demais e tinha dor nas costas. No inicio foi meio complicadinho. Eu tive uma rejeição, eu não queria ficar grávida. Eu queria terminar os meus estudos. Agora com uma criança vai ser mais difícil, porem não é impossível. Mas agora assim, é a melhor coisa da minha vida!!! Mudou tudo e pra melhor!! Sei lá..... eu acho que o bebe ensina a gente a amar. Era tudo normal pra mim. Cuidava da casa, do marido, fazia tudo o que eu queria, com a cautela mas fazia. As contrações começaram há três semanas, de madrugada, primeiro eram levezinhas, sentia dor nas costas também e falta de ar, parece que me dava uns calafrios. Eu tinha a consulta marcada, daí falei com o meu medico e ele achava que era cólica de gases, mas não era. Ele falou que era e eu fiquei tranqüila, só que não era. A dor ficou muito forte e eu não estava agüentando daí eu falei com ele novamente e ele passou remédio para dor, mas não passou a dor. Ai eu tomei né!. Mas não adiantou ai eu fui para o hospital. No hospital o medico me disse que queria segurar a gravidez até 34-37 semanas, fiquei internada com a explicação que o bebê não iria tem tanto risco de vida. Ele explicou o porquê de esperar o bebê até 34-37 semanas, mas eu na entendi nada. Só o que eu entendi é que a menina é mais forte que o menino, então tem mais chance de dar certo de não morrer, não corre tanto risco. Mas se fosse um menino seria um pouco mais complicado. Daí eu tomei soro para inibir as contrações. As contrações pararam. Agora eu to bem, mas a barriga continua dura, e eu não sei o que vai acontecer se vou internar de novo. O meu médico quase não explica nada. Não sei o nome dele, só sei que é baixinho e usa óculos.

ANEXOS