

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

VIVÊNCIAS DAS MULHERES COM GRAVIDEZ DE ALTO RISCO COM
NECESSIDADE DE INTERNAMENTO

Dissertação de Mestrado

Orientador:

Prof.^a Doutora Marinha Carneiro

Coorientador:

Mestre Paula Prata

Maria João Silva Mota Monteiro

Porto | 2012

Ao meu marido, Luis

Às minhas filhas Joana e Carolina.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Marinha Carneiro por ter aceitado orientar esta dissertação, pela disponibilidade, pelo incentivo, pela confiança, pela compreensão e por todos os ensinamentos durante o percurso.

À Professora Mestre Paula Prata pelas sugestões, pela disponibilidade durante toda esta caminhada, nomeadamente na revisão crítica, pelo encorajamento e confiança depositada em mim.

Ao meu marido por estar sempre presente e por me ter estimulado a desenvolver o mestrado.

Às minhas filhas que apesar da idade, estiveram sempre ao lado da mãe e compreendiam quando eu não tinha disponibilidade para as brincadeiras.

À Joana por toda a disponibilidade e ajuda que demonstrou.

À Isabel pela sua disponibilidade e sorriso.

Às colegas de mestrado com quem partilhamos a experiência, o conhecimento e os desabafos.

Às mulheres que participaram neste estudo pelo seu contributo e confiança.

Às colegas do Serviço de medicina Materno-fetal por terem colaborado.

Ao Professor Doutor Nuno Montenegro por ter acreditado desde o início no potencial do estudo.

Ao Hospital de S. João, EPE por terem permitido que se realizasse este estudo.

Acho que os sentimentos se perdem nas palavras.

Todos deveriam ser transformados em ações,

Em ações que tragam resultados.

Florence Nightingale

ABREVIATURAS

EEESMO – Enfermeiro Especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica

SUMÁRIO

TABELA, QUADRO e FIGURAS	1
RESUMO	3
ABSTRACT	5
INTRODUÇÃO	7
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1 - GRAVIDEZ E MATERNIDADE.....	15
1.1 - Gravidez de Alto risco.....	18
1.2 - Vivências e Sentimentos associados à Gravidez de Alto Risco.....	21
1.3 - Modelo de Adaptação De Roy.....	23
II PARTE - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	33
2 - METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO.....	35
2. 1 - Abordagem qualitativa	36
2. 2 - Justificação do estudo.....	37
2.3 - Finalidade e Objetivos do estudo.....	38
2. 4 - Perguntas De Investigação	39
2. 5 - Contexto Do Estudo	40
2. 6 - População e amostra.....	41
2.7 - Instrumentos De Recolha De Dados.....	42

2. 8 - Aspectos Éticos	45
2.9 - Procedimentos para Tratamento e Análise da Informação.....	46
PARTE III - RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO.....	49
3 - ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	51
4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
4 - BIBLIOGRAFIA	83
ANEXOS	89
ANEXO I - Guião da Entrevista.....	91
ANEXO II - Pedido e parecer de autorização para o estudo	99
ANEXO III - Declaração de consentimento livre e informado	105

TABELA, QUADRO e FIGURAS

Fig. 1 - A pessoa como um sistema	25
Fig. 2 - A pessoa como um sistema adaptável	31
Quadro 1 - Idade das participantes	51
Tabela 1 - Categorias e subcategorias	53

RESUMO

A gravidez caracteriza-se por inúmeras alterações/adaptações físicas e emocionais que requerem uma vigilância adequada. A gravidez de alto risco é definida como uma gravidez com risco aumentado de anomalias fetais, ameaça significativa para o feto, para a mulher ou para ambos. Perante a gravidez de alto - risco, o acompanhamento torna-se mais exigente mobilizando um maior número de elementos da equipe multidisciplinar para a avaliação e monitorização do bem-estar materno-fetal.

Estas grávidas podem-se encontrar perante a impossibilidade de se prepararem adequadamente para a maternidade, quer pela componente psicofisiológica quer mesmo relativamente à organização e reestruturação da dinâmica familiar e dos recursos necessários.

Com este estudo pretendemos atingir os seguintes objetivos: compreender as experiências/vivências das mulheres com gestação de alto risco durante o período de internamento; identificar os fatores que influenciam positiva ou negativamente as vivências na gravidez de alto risco durante o período de internamento; identificar as necessidades de cuidados de enfermagem relativos à grávida, durante o período de internamento.

Para a consecução destes objetivos e no sentido de responder ao objeto de estudo “vivências das mulheres com gravidez de alto risco sujeitas a internamento”, definimos os pressupostos teóricos que sustentaram a investigação: gravidez e maternidade, gravidez de alto risco, vivências e sentimentos associados à gravidez de alto risco e a abordagem ao modelo de Callista Roy.

Para a realização desta investigação optamos pelo paradigma qualitativo, estudo exploratório-descritivo, sendo a amostra selecionada por conveniência é constituída por nove mulheres. Como instrumento de recolha de dados foi utilizada a entrevista semi-

estruturada e para a interpretação dos dados tivemos em consideração a análise de conteúdo, tendo subjacente os pressupostos de Bardin (2009).

Da análise e interpretação dos dados emergiram as principais categorias: sentimentos associados ao internamento por gravidez de alto risco; expectativas associadas à gravidez de alto risco; conhecimento sobre gravidez de alto - risco e experiências/vivências durante o internamento.

Os resultados do estudo permitiram compreender o processo de vida das mulheres que enfrentam uma gravidez de risco com necessidade de internamento evidenciando profundas vulnerabilidades nesta transição.

Concluimos que o internamento da mulher por gravidez de alto risco foi percebido como muito difícil, mas as mulheres mostraram mecanismos de adaptação ao ambiente hospitalar.

Palavras-chave: Gravidez e maternidade, gravidez de alto risco, vivências e sentimentos associados à gravidez de alto risco, modelo de adaptação.

ABSTRACT

Pregnancy is characterized by numerous physical and emotional changes / adjustments that require adequate supervision. The high-risk pregnancy is defined as a pregnancy with increased risk of fetal anomalies, significant threat to the fetus, to the woman or both. Given the high-risk pregnancy, monitoring becomes more demanding, and involving a larger number of elements of the multidisciplinary team for the evaluation and monitoring of the mother-fetus welfare.

These pregnant women can find themselves before the inability to adequately prepare for motherhood, either due to the psycho-physiological component, or to the organization and restructuring of family dynamics and resources required.

With this study we intend to achieve the following objectives: to understand the experience / living of women with high risk pregnancies during the period of hospitalization, to identify the factors that influence positively or negatively experiences in high-risk pregnancies during the period of hospitalization, to identify the nursing care needs for the pregnant woman during the period of hospitalization.

To achieve these goals and in order to respond to the object of study "experiences of women with high risk pregnancies subjected to hospitalization" we defined the theoretical assumptions that supported the research: pregnancy and motherhood, high-risk pregnancy, experiences and feelings associated to the high-risk pregnancy and the approach to Callista Roy's model.

To carry out this investigation we chose the qualitative paradigm, the exploratory-descriptive study, having the sample been selected for convenience and consisting of nine women. As an instrument of data collection semi-structured interviews were used and the interpretation of the data took into consideration the content analysis, and underlying assumptions of Bardin (2009).

From the analysis and interpretation of data emerged the main categories: feelings associated with hospitalization for high risk pregnancy; expectations associated with the high-risk pregnancies; knowledge about high risk pregnancy and experiences / living during hospitalization.

The results of the study, allowed us to understand the whole process of life of women who face a high risk pregnancy requiring hospitalization showing deep vulnerabilities in this transition.

We conclude that hospitalization for high-risk pregnancy was perceived as very difficult for pregnant women, but although they showed intense suffering when facing the experienced situations, women have shown mechanisms of adaptation to hospital environment.

Keywords: Pregnancy and maternity, high-risk pregnancy, experiences and feelings associated with high risk pregnancy, model of adaptation.

INTRODUÇÃO

A gravidez é um evento biologicamente natural, mas especial na vida de uma mulher, e desenvolve-se num contexto social e cultural que vai influenciar e determinar a evolução da mesma. A gravidez, parto e pós-parto, são acontecimentos singulares, independentemente do número de gravidezes ou partos já vivenciados. Cada gravidez é única, cada parto é único.

A gravidez caracteriza-se por inúmeras alterações/adaptações físicas e emocionais que requerem uma vigilância adequada. Perante a gravidez de alto risco, o acompanhamento torna-se mais exigente mobilizando um maior número de elementos da equipa multidisciplinar para a avaliação e monitorização do bem-estar materno-fetal.

Alguns estudos sugerem que uma gravidez altamente planeada e valorizada, por vezes tecnicamente assistida, pode influenciar substancialmente a experiência do alto risco, quer pelo acréscimo de angústia ou pelo seu amortecimento, uma vez que estas situações têm uma elevada carga de *stress*, para além das manipulações a que estão sujeitas, aumentando o risco potencial de insucesso (Lutz, 2007).

Sabendo que uma investigação pode ter como ponto de partida uma inquietação, que exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado (Fortin, p. 48), o estudo proposto tem como ponto de partida a forma como as mulheres experienciam/vivenciam a gravidez, quando são surpreendidas por patologias/complicações, e que necessitam de internamento hospitalar, por vezes prolongado. Estas mulheres vêm defraudada uma expectativa alegre e positiva associada à gravidez, passando a enfrentar mecanismos de adaptação não só associados às mudanças físicas, psicológicas e sociais, indutoras de *stress* mental e físico, como veem aumentados os problemas emocionais e sociais, para elas e para a sua família (Canavarro, 2001). Estas grávidas podem encontrar-se perante a impossibilidade de se preparem adequadamente

para a maternidade, quer pela componente psicofisiológica quer mesmo relativamente à organização e reestruturação da dinâmica familiar e dos recursos necessários.

A gravidez de alto risco é definida como uma gravidez com risco aumentado de anomalias fetais, ameaça significativa para o feto, para a mulher ou para ambos. Quando à gravidez de alto risco se combina a necessidade de internamento, podemos falar de um acontecimento significativo para a vida da mulher, e sua família. O estudo em causa torna-se pertinente pois vai explorar os sentimentos e vivências perante esta situação que surge como nova e para a qual não estavam preparados. A necessidade de internamento garante a vigilância do bem-estar materno-fetal.

Atualmente encontramos estudos que atribuem uma importância elevada à experiência vivida pelas mulheres internadas com gravidez de alto risco quer seja pelas dificuldades reveladas sobre o entendimento da situação, quer pela adaptação às circunstâncias que conduziram ao internamento, quer pela expectativa frustrada da gravidez, quer pelos diversos sentimentos pelos quais passaram.

Nos últimos anos têm ocorrido grandes progressos na área da enfermagem de saúde materna e obstétrica. A cada vez maior preocupação em cuidar da pessoa como um todo, atendendo às experiências/expectativas, significados, perceções, contextos em que está inserida, conduz à necessidade de perceber quais são as experiências vividas pelas grávidas. Santos (cit. por Xavier, 2007), afirma que com o diagnóstico de gravidez de alto risco, as grávidas sentem-se “vulneráveis, alteram a sua vida diária, podem sentir-se sozinhas, desamparadas e inseguras”, colocando em causa a sua fertilidade, e perante o risco de comprometimento fetal vivem tudo isto “acompanhado de *stress*, ansiedade e medo, inclusive de morrer”. Xavier (2007, p. 26) afirma que as complicações da gravidez podem alterar a “formação de laços afetivos entre mãe/feto, a sensibilidade desta mulher e seu relacionamento sexual” com o companheiro, e “conduzir a uma mudança radical de hábitos”.

Também Quevedo (2010), na sua tese de doutoramento “Experiências, perceções e significados da maternidade para mulheres com gestação de alto risco” refere sobretudo aspetos psicológicos associados à adaptação e transição para a maternidade, como sejam “o medo, alterações da autoestima, *stress*, sentimentos de culpa e falha”. Oliveira (2008), também identificou fatores que tornam a grávida com gravidez de alto risco vulnerável.

O rótulo de gravidez de alto risco, resulta de uma forma geral, em *stress* adicional uma vez que, após este diagnóstico a grávida entra num mundo altamente medicalizado e

tecnológico, um mundo onde os técnicos de saúde e os equipamentos são peritos na sua gravidez, e não a própria mulher. Young (cit. por Simmons, 2011) suporta esta conclusão quando afirma que os médicos estão em posição de poder, isto é, sabem e conhecem melhor a gravidez através dos recursos tecnológicos do que a mulher, muitas vezes deixando a mesma distante do acompanhamento pois não a envolvem no processo de tomada de decisão.

Estes são apenas alguns dos mais recentes estudos no âmbito da investigação proposta, que demonstram a importância e a pertinência do estudo e que coloca a assistência à mulher com gravidez de alto risco como um desafio aos enfermeiros de saúde materna e obstétrica.

A necessidade verificada de compreender melhor o mundo das emoções/sentimentos pelos quais passa a mulher grávida perante a notícia da necessidade de internamento como forma de garantir o bem-estar materno-fetal, levou-nos a propor para investigação o tema:

Vivências das mulheres com gravidez de alto risco com necessidade de internamento.

Com este estudo pretende-se evidenciar as necessidades das grávidas durante o internamento, percecionadas a partir das suas expectativas, vivências, conhecimento demonstrado da situação vivenciada para passarem a receber cuidados integrais durante o internamento, que, em grande parte dos casos, termina apenas após o nascimento.

Espera-se com este estudo, ampliar o olhar dos profissionais de saúde que cuidam das mulheres com gravidez de alto risco para que possam compreender as vivências/experiências das grávidas, promovendo nos serviços uma assistência integral às necessidades das mesmas.

A motivação para a realização deste estudo foi sustentada por vários aspetos resultantes da prática de cuidados de enfermagem especializados a grávidas com gravidez de alto risco sujeitas a internamento, como seja: - Perceção da dificuldade por parte da grávida, em aceitar a realidade e a experiência da gravidez de alto risco com necessidade de internamento, bem como reconhecimento da existência estudos escassos sobre a temática explorada.

De acordo com as etapas metodológicas intrínsecas a um estudo de investigação, a questão central de investigação que serviu de ponto de partida foi: “Quais as vivências da mulher com gravidez de alto risco com necessidade de internamento?”

O estudo enquadra-se no paradigma qualitativo, uma vez que através dele podemos analisar uma realidade que não pode ser quantificável, isto é, os significados, motivos, valores, atitudes correspondentes às relações, sentimentos, processos e fenómenos que não podem ser trabalhados como variáveis. Neste sentido, o presente estudo é exploratório descritivo e, com ele, pretende-se descrever as experiências das mulheres com gravidez de alto risco, no contexto de internamento, tendo os dados sido recolhidos, com recurso à entrevista semiestruturada, num único momento, de modo a aprofundar os conceitos chave e a descrever as diferentes realidades.

Os objetivos propostos para esta investigação são:

- Compreender as experiências/vivências das mulheres com gestação de alto risco durante o período de internamento;
- Identificar os fatores que influenciam positiva ou negativamente as vivências na gravidez de alto risco durante o período de internamento;
- Identificar as necessidades de cuidados de enfermagem relativos à grávida, durante o período de internamento.

Para a consecução destes objetivos e no sentido de dar respostas inerentes ao objeto de estudo, definimos as conceções teóricas que sustentaram a investigação: Gravidez e maternidade, gravidez de alto risco, vivências e sentimentos associados à gravidez de alto risco. A abordagem do Modelo de Callista Roy, surge para demonstrar de que forma os enfermeiros de saúde materna e obstétrica devem integrar no processo de enfermagem todo o processo de adaptação inerente à gravidez, sem esquecer que a mulher é um sistema em interação contínua com o ambiente. Entendemos que este modelo tem elevado potencial para conduzir a prática dos enfermeiros especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

O presente estudo encontra-se estruturado e organizado em três partes:

A primeira parte refere-se ao enquadramento teórico com o qual procuramos explorar todas as áreas que possam contribuir para a clarificação desta problemática. Segundo Bogdan (2010, p. 53), “a teoria ajuda à coerência dos dados e permite ao investigador ir para além de um amontoado pouco sistemático e arbitrário de acontecimentos”. Assim faremos uma abordagem sobre Gravidez e Maternidade, Gravidez de alto risco, Vivências e sentimentos associados à gravidez de alto risco, e ao modelo de adaptação de Roy.

A segunda parte remete-nos para o percurso metodológico adotado para a realização deste estudo. Trata-se de um estudo qualitativo do tipo exploratório, uma vez que trabalha com pessoas e sentimentos (vivências e expectativas). Assim, refere-se às opções tomadas sobre o contexto do estudo, participantes, forma de recolher os dados, aspetos formais e éticos e os respetivos procedimentos.

A terceira parte, ficou reservada para a análise, interpretação e discussão dos dados. Também realçamos as principais conclusões desta investigação e deixamos algumas sugestões, de forma a contribuirmos para a melhoria dos cuidados especializados à mulher com gravidez de alto risco com necessidade de internamento.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - GRAVIDEZ E MATERNIDADE

A gravidez é uma experiência plena de crescimento e mudança, enriquecimento e desafio, ao mesmo tempo que é gratificante, torna-se confusa (Colman e Colman, 1994). A gravidez na sua dimensão temporal delimita-se a um período de aproximadamente 280 dias ou 40 semanas de gestação, que medeia entre a concepção e o parto. Neste período, sobressai todo o processo fisiológico adaptativo ao desenvolvimento do novo ser humano, acompanhado na dimensão vivencial por adaptações psicológicas particulares (Mendes, 2002).

As 40 semanas de gestação, não só são necessárias para o desenvolvimento e crescimento do feto como também são igualmente importantes quer no processo dinâmico do desenvolvimento e ajustamento da mulher ao seu papel de mãe, quer na consciencialização de cada grávida na identificação do seu feto como um ser independente (Mendes, 2002).

Estar grávida significa, segundo Canavarro (2001), enfrentar um grande número de mudanças a nível biológico, psicológico e social, que exigem importantes ajustes individuais, assim como outros tantos interpessoais e no contexto de relacionamento do casal. É um momento singular na vida da mulher por ser um período de intensas ansiedades, angústias e conflitos conscientes e inconscientes. Considera a vivência pessoal de cada grávida, o relacionamento familiar, a vivência do casal, como dados importantes que ajudam a perceber o modo como cada mulher vivencia e sente a gravidez.

Colman e Colman (1994, p.13), consideram gravidez simultaneamente uma transformação biológica, social e pessoal que põe a pessoa em contacto com o processo arquetípico, isto é, “com os sentimentos e comportamentos e significados que residem lá bem no fundo da natureza humana, latentes desde o nascimento e repentinamente evocados por uma mudança física poderosa que se repercute através de todos os outros níveis da psique.”

Mendes (2002, p. 24), refere a gravidez como um desafio à adaptação da mulher enquanto pessoa “Por um lado no seu papel intrapessoal, onde se projetam as suas ansiedades e as suas expectativas, e por outro, no seu espaço interpessoal, onde se definem novas representações sociais, novas expectativas e atitudes”. Para a autora, a gravidez representa uma experiência única para a mulher, para o seu companheiro e também para a família em geral. É uma época plena de mudanças e de descobertas, de emoções e comportamentos até aí desconhecidos, de novas identidades, de novos significados existenciais e de novos papéis.

Vários autores, citados por Mendes (2002, p.15), atribuem à gravidez um trabalho suplementar para a mulher, o de se adaptar a novas tarefas, independentemente das experiências anteriores ou não, uma vez que a gravidez “para além de representar o período gestacional do desenvolvimento da criança é também o período gestacional da construção do papel maternal”. Consideram que o comportamento da mulher que aguarda o nascimento de um filho, especialmente as suas expectativas e atitudes ao longo da gravidez, influencia o comportamento materno após o nascimento do bebé.

Maldonado (cit. por Quevedo, 2010) considera a gravidez como um momento de reestruturação na vida da mulher e nos papéis que exerce, pois esta deixa de ser filha para passar a ser mãe. Colman e Colman (cit. por Canavarro, 2001), referem que uma gravidez bem-sucedida conduz ao nascimento, processo que depois de iniciado não volta atrás, e que dá início a uma nova vida, mas modifica irremediavelmente a identidade, papeis e funções da futura mãe. Durante a gravidez o apoio da família, do pai da criança, e até dos profissionais de saúde ajudam a mulher a viver o momento com mais tranquilidade.

Rubin (cit. por Canavarro, 2001) identificou a gravidez como a primeira fase do processo de ligação que continua depois do nascimento e reconheceu-a como a base da relação mãe - filho. Assim, a própria gravidez e sobretudo a maternidade jogam-se no (des)equilíbrio entre estar junto, dar continuidade, proteger e estar separado, promover a descontinuidade e a autonomia .

A maternidade está inserida dentro da dinâmica da sociedade, num momento historicamente construído e onde a influência dos padrões culturais, das representações sociais, crenças e valores se apresentam importantes para a sua conceção (Mendes, 2002). Tem como requisito para além do desejo de ter um filho, o desejo de ser mãe. Segundo Kitzinger (cit. por Canavarro, 2001, p. 18), “Quando uma mulher engravida e tem filhos entra num domínio que vai além da sua experiência pessoal e se liga ao coletivo”.

Segundo Canavarro (2001, p. 19), “quando existe um projeto adaptativo de maternidade, a gravidez permite a preparação para ser mãe - ensaiar cognitivamente papéis e tarefas maternas, ligar-se afetivamente à criança, iniciar o processo de reestruturação de relações para incluir o novo elemento, incorporar o filho na sua identidade e aprender a aceitá-lo como pessoa única, com vida própria”. Uma gravidez bem-sucedida conduz, inevitavelmente, ao nascimento, à vida de outra pessoa. É um processo que, uma vez acionado, modifica irremediavelmente a identidade, papéis e funções da mulher.

A transição para a maternidade, de acordo com Rubin e Mercer (cit. por Mendes, 2002, p.41) “delimita-se ao período de tempo durante o qual a mulher interioriza gradualmente a gravidez e o desenvolvimento do feto dentro de si, através da capacidade de antecipação e de preparação durante o período pré-natal, em especial no último trimestre, no qual aprende, pratica e desenvolve comportamentos relativos ao papel materno, nomeadamente em cuidados essenciais a prestar ao recém-nascido”.

O processo de adaptação à maternidade remete para a abordagem de aspetos como: “satisfação pessoal, equilíbrio emocional, desempenho de tarefas práticas de cuidados, funcionamento familiar, recuperação do estilo de vida”. Este processo depende, também, do “decorso da gravidez e do parto, paridade, idade, tipo de relacionamento, antecedentes familiares, comportamento socio-emocional e acontecimentos de vida no ano anterior à gravidez, bem-estar fetal/recém-nascido, relacionamento conjugal, apoio por parte do meio relacional mais próximo e apoio institucional” (Canavarro, 2001, p. 45).

Na gravidez, é a mulher que tem a vivência da experiência, vai às consultas hospitalares, às aulas de preparação pré-natal, compra livros sobre puericultura e objetos para o bebé e dá à luz. Uma mulher começa a adaptar-se psicologicamente à perspectiva de ter um bebé ao senti-lo dar pontapés e virar-se na sua barriga, mas um homem não sofre mudanças físicas que o prendam à realidade e tem de assumir um compromisso consciente com a mãe desse filho. Cada vez mais os homens se interessam pelas gravidezes das companheiras e referem um crescente apego ao feto sentindo-o dar pontapés, falando com ele através da barriga e esperando com entusiasmo a perspectiva da paternidade.

1.1 - Gravidez de Alto risco

Gravidez e hospitalização são acontecimentos significativos na vida de uma mulher. Ambas as experiências têm fortes implicações para a mulher, para a sua família próxima e outros membros, e para os profissionais incluindo médicos, enfermeiros, e assistentes sociais.

Gravidez de alto - risco, conforme Queenan (cit. por Leichtentritt et al., 2005), é definida como qualquer gravidez em que há um fator - materno ou fetal - que potencialmente atua de forma adversa para afetar o resultado da gravidez. Segundo Lutz (2011), é entendida como uma gravidez com risco aumentado de anomalias fetais, ou ameaça significativa para o feto, a mãe ou ambos. Para Lowdermilk (2005, p. 682), "... é aquela em que a saúde ou a vida da mãe ou do feto estão em perigo por patologia concomitante ou exclusivamente devido à gravidez".

Embora tenham ocorrido melhorias substanciais no tratamento pré-natal para algumas condições de alto risco, outras (como trabalho de parto prematuro, por exemplo) ainda desafiam o tratamento médico e contribuem para a morbidade e mortalidade maternas e neonatais.

É importante diferenciar o impacto de uma gravidez de alto risco que resulta na não existência de problemas de saúde duradouros para a mãe ou o recém-nascido, e uma que traz. As famílias com recém-nascidos gravemente doentes enfrentam desafios ainda maiores se os seus recursos já tiverem sido testados ao longo da gravidez. Mesmo as famílias que vivenciaram gravidezes de alto risco que resultam em recém-nascidos saudáveis podem sentir efeitos residuais dessa mesma experiência, isto é, mulheres cuja atividade foi restringida por vários meses, podem, ainda, não estar completamente recuperadas 6 semanas após o parto.

Quevedo (2006, p. 13), no artigo baseado nas conclusões da dissertação "Entre o sonho e o risco: os significados da maternidade para mulheres cardiopatas e diabéticas com gravidez de risco" (2001), considera que a mulher identificada como grávida de alto risco apresenta dificuldades nas adaptações emocionais exigidas pelo novo papel, acrescentando-se várias outras emoções. Após o diagnóstico, surge o medo real em relação a si própria e ao seu filho, ao que está acontecendo com o seu corpo, ou ao temor de que o seu filho nasça com mal formações.

A identificação dos fatores de risco, juntamente com a intervenção adequada e oportuna durante a gravidez, pode prevenir a morbilidade e mortalidade materna e fetal.

Durante a gravidez, a pessoa não chega a negociar, o feto precisa da ajuda da mãe para sobreviver, precisa literalmente do seu sangue vital. A situação é maravilhosa, mas também ameaçadora (Colman e Colman, 1994). Cada semana no útero constitui um grande desafio para o feto, mesmo se ele já está suficientemente desenvolvido para sobreviver no exterior. O repouso pode ser extremamente frustrante para a mulher habituada a trabalhar e a estar ativa. De repente nem sequer pode preparar as suas refeições ou lavar a sua roupa, torna-se dependente dos cuidados do seu companheiro. Os seus dias podem ser solitários, o aborrecimento pode ser o trabalho mais penoso na gravidez (Colman e Colman, 1994).

Tarefas como a preparação para o enxoval, da casa, a escolha do nome, os planos para cuidar do filho, fazem parte de um ajuste e aceitação do papel de mãe, mas a sua concretização pode estar em risco derivado a necessidades de vigilância com recurso a internamento. No desenvolvimento da gravidez a mulher imagina o momento da separação mãe-feto, momento este, previsto para quando o feto possa sobreviver fora do seu útero (Mendes, 2002, p.32). Mas, esta expectativa, associada à necessidade de preservar o feto até ao momento do parto, aumenta a incerteza sobre o desfecho da gravidez, e da viabilidade fetal, o que se traduz em grande vulnerabilidade emocional para a grávida, agravada com o impacto emocional atribuído à necessidade de internamento.

Se a gravidez significa um processo de mudanças que mesmo sem intercorrências induz *stress* físico e psicológico, na gravidez de alto risco podem também surgir problemas de ordem emocional e social para grávida e família. Segundo Tedesco (2002), a grávida a quem foi identificado um fator de risco, vai ver aumentada a dificuldade de se adaptar emocionalmente. O rótulo de “alto risco” é suficiente para se considerar diferente, para além da gravidade ou intensidade do fator de risco que é por si só, um fator stressante.

Os efeitos da gravidez de alto risco nas mulheres e famílias podem ser classificados em distúrbios emocionais e de desintegração familiar. Qualquer gravidez normal tem uma parcela destas, mas a gravidez de alto risco certamente impõe maior pressão sobre os indivíduos e as relações (Lutz, 2007). Este esforço pode resultar em níveis mais elevados de ansiedade e depressão durante a gravidez e no ano após o parto, bem como o medo persistente sobre o futuro.

Uma gravidez de alto risco pode também criar ruturas na vida familiar, em termos dos recursos financeiros e a necessidade de contar com o apoio externo para gerir as rotinas da família. O sofrimento emocional durante a gravidez de alto risco inclui níveis mais elevados de ansiedade e depressão, diminuição da satisfação conjugal, bem como temores sobre o bem-estar da mãe e do feto. (Lutz, 2007)

Appel (cit. por Colman e Colman, 1994), considera que uma gravidez de alto risco pode resultar em *stress* psicológico. A mulher pode lamentar a perda da gravidez idealizada e lutar contra o resultado incerto da gravidez que experimenta. Simmons (2011) sugere que se uma mulher vivenciou um risco maior do que a média, para si e seu filho, experimentou um aumento dos níveis de incerteza, maior aflição psicológica e reduzido bem-estar. Assim, quanto mais uma mulher percebe que o seu filho e/ou ela estão em risco, maior a probabilidade de ter *stress* aumentado, seja esse risco real ou provável.

Zampieri também (cit. por Oliveira, 2008, p. 24) considera a vivência da gravidez de alto risco como “um processo complexo, dinâmico, subjetivo e diversificado, podendo ser individual e social. É uma experiência única que se estende ao companheiro, família e sociedade.” Este autor refere o medo (decorrente da dúvida em relação à sobrevivência do feto e da grávida), o risco de afastamento mãe/recém-nascido, os preparativos relacionados com o nascimento, o sentimento de culpa, o sentimento de incapacidade de controlar o corpo e a gravidez, como fatores stressantes. Também conclui, que perante a necessidade de internamento “o afastamento da mulher do domicílio, dos familiares, das atividades profissionais e domésticas; as adaptações necessárias ao novo ambiente e hábitos culturais; a solidão; a ansiedade; a revolta; a depressão e o medo; a sobrecarga de funções para alguns familiares, em especial companheiro”, podem conduzir a alterações no ritmo familiar.

É reconhecido que a gravidez de alto risco causa mais problemas emocionais e perturbação da família do que a gravidez normal (Lutz, 2007). Algumas famílias conseguem gerir as exigências da gravidez de alto risco de forma bastante eficaz e parecem não ter qualquer consequência a longo prazo, outras lutam durante anos depois de tal experiência. As famílias que resistem ao *stress* emocional e à perturbação provocada pela gravidez de alto risco, são aquelas que se adaptam melhor à mudança, ajustam as expectativas, e mobilizam recursos para manter o equilíbrio emocional e funcionamento familiar.

As indicações terapêuticas juntamente com a necessidade de internamento em situações de gravidez de alto risco, podem, também, causar alterações psicológicas (solidão,

ansiedade, depressão, mudanças de humor) e físicas (problemas musculares, circulatórios, perda / aumento de peso), que veem demonstrar que a prestação de cuidados à mulher com gravidez de alto risco não se deve limitar ao cumprimento de intervenções técnicas, mas deve, também, contemplar intervenções que tenham em conta a mulher que vivencia o processo de gravidez.

A necessidade de hospitalização deve ser considerada como fator stressante adicional. Onde a hospitalização consciencializa a grávida do seu estado de doente, a afasta do suporte familiar, o que desperta vários sentimentos durante o período de internamento hospitalar. A experiência vivida, por estas grávidas aquando da prestação de cuidados, permite que o enfermeiro especialista reflita sobre as dificuldades reveladas pelas mesmas durante o internamento, no que diz respeito às dúvidas, medos, ansiedade, solidão e desconfortos físicos. Verifica-se, por este motivo, que cada vez mais nas unidades de internamento de Medicina-Materno-fetal, se preconize cuidados humanizados, voltados para a Pessoa como um todo, inserida num contexto familiar e sociocultural.

1.2 - Vivências e Sentimentos associados à Gravidez de Alto Risco

Quando uma mulher descobre que está grávida, tem de decidir a quem dizer, e quando, e se vai esperar até decorrerem as primeiras doze semanas. É nesse momento que ela toma contacto com as primeiras emoções relativas à gravidez. "A sua vida vai passar a ser vigiada de perto pelas amigas e familiares, é já definida como de esperanças e, conseqüentemente, pode sentir-se marginalizada pelos seus colegas e chefes no emprego. Se algo correr mal durante a gravidez, ou se se revelarem anormalidades nos testes de diagnóstico pré-natal, tem de enfrentar a perspectiva de contar a todos e aceitar a compaixão deles bem como a sua própria decepção e dor" (Figes, 1998, p. 217).

Segundo Mendes (2001), o planeamento da gravidez e a sua aceitação são dois aspetos distintos, ou seja, o facto de se planear uma gravidez não garante a sua aceitação, daí a importância de se perceber o que representa a gravidez para cada um em particular.

Colman e Colman (1994) consideram que a vontade das grávidas em falarem sobre as suas experiências é muitas vezes surpreendente. Por sua vez os homens tendem a pensar na gravidez como um estado íntimo, de recolhimento que não pode ser partilhado. Não é fácil para uma mulher grávida falar da sua gravidez, das emoções e sentimentos associadas à mesma, sobretudo se junto da mesma não existirem pessoas com disponibilidade para a escutarem.

A vivência da gravidez de alto risco, segundo Zampieri (2001, p. 24) “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 de gestação normal”.

Ao realizarmos uma revisão de literatura sobre a temática em estudo “Vivências da grávida com gravidez de alto risco sujeita a internamento”, verifica-se que na última década a pertinência desta problemática que foca o seu estudo em aspetos psicológicos, emocionais, sentimentos, descrição de vivências, tem envolvido e motivado investigadores de diversas nacionalidades. São estudos predominantemente qualitativos uma vez que se fala em descrições de vivências.

Uma percentagem elevada dos estudos mais recentes emerge do Brasil, onde se nota que a aposta na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde passa por diminuir a morbilidade/mortalidade no período perinatal, sendo este um indicador de desenvolvimento de um país.

Estudos bem recentes como o de Quevedo (2010) pretendem ampliar o olhar dos profissionais de saúde que trabalham com grávidas de alto risco, de forma a identificar e compreender melhor as vivências dessas grávidas e do núcleo familiar, para prestar cuidados atendendo de forma integral às necessidades e dúvidas das grávidas.

Em 2007, Rozânia Xavier, fala da importância da enfermeira na assistência à grávida com alto risco materno e fetal e a sua ação nas consultas pré - natais. É um estudo qualitativo, e a amostra foi composta por 8 enfermeiros prestadores de cuidados a grávidas de risco. Do estudo, conclui-se que a relação enfermeira-grávida favorece os cuidados de enfermagem integrais e humanizados, incluindo os cuidados à família. O estudo “Gravidez de alto risco: a vida e a morte entre os significados da gestação”, realizado por Viviani Dourado, em 2005, veio confirmar a necessidade de se continuar a desenvolver investigação que permita “Conhecer melhor as experiências das grávidas de alto risco,

como pensam, seus conhecimentos e medos” de forma a conseguir-se melhorar a qualidade dos cuidados prestados (Dourado, 2005, p.104).

A importância de desenvolver um processo educativo com grávidas hospitalizadas e seus acompanhantes foi demonstrada por Zamperi (2001), que observou que os casais que tiveram oportunidade de expressar os seus medos, angústias, ansiedades e sentimentos, tendo por base a disponibilidade da enfermeira para observar e escutar, referenciaram uma melhor qualidade de vida. É um estudo qualitativo, com recurso à observação participante. A amostra foi composta por 17 grávidas e 9 acompanhantes.

Figueiredo e col. (2004) publicaram um artigo onde apresentaram a versão portuguesa do questionário Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA), destinado a avaliar as atitudes e o ajustamento materno durante a gravidez. Este questionário pode contribuir para a deteção de situações em que se verifique desajustamento, ou atitudes maternas menos favoráveis. Esta escala possibilita a predição de problemas obstétricos.

Muitas referências poderiam ainda ser feitas a artigos e resultados de estudos desenvolvidos, que também contribuem para a confirmação da pertinência do estudo, tendo como ponto de partida descrição de vivências e expectativas de grávidas. Acima foram citados aqueles que mais diretamente abordam a questão e que ajudam a conduzir a construção do pensamento científico que suporta o estudo.

1.3 - Modelo de Adaptação De Roy

O objetivo de um modelo de enfermagem é fornecer orientação para a prática da enfermagem.

Segundo Roy (2001, p.499) “A enfermagem como profissão e disciplina está enraizada no conhecimento da prática da enfermagem. (...) Hoje em dia, a enfermagem emergiu claramente como uma disciplina que incide sobre o desenvolvimento de uma compreensão dos processos humanos que promovem a saúde, como uma profissão em que são administrados cuidados e que incorpora uma compreensão da experiência humana na saúde

e prática de cuidados. (...) É uma arte e uma ciência. Ciência que lida com a compreensão dos comos e dos porquês. Como é que algo funciona, e como é que podemos ajudá-lo a funcionar?” O modelo de Roy, segundo Brower e Baker (cit. por Tomey, 2008, p. 311) é “útil para a prática de enfermagem, porque esboça os aspetos da disciplina e fornece orientação para a prática, o ensino e a investigação. O modelo considera os objetivos, os valores, o doente e as intervenções dos profissionais.”. Segundo este modelo, o conhecimento básico consiste em compreender a adaptação das pessoas no âmbito das suas variadas situações de vida.

A sua escolha passa pelo facto de o estudo em causa identificar claramente pessoas como o fenómeno a estudar, sendo que estas mulheres em estudo estão a desenvolver processos adaptativos para com a nova fase do ciclo de vida que experimentam, a gravidez. Pretende-se compreender esse processo de adaptação e quais os fatores que poderão influenciar essa mesma adaptação. Na procura de um modelo conceptual para suportar as observações / interpretações que motivaram e que irão ser exploradas com o estudo, o Modelo de Adaptação de Roy e a Teoria das Transições de Meleis, demonstraram ser adequados uma vez que permitem a compreensão das respostas comportamentais expressas pelas mulheres com gravidez de alto risco perante cuidados de enfermagem, durante o período de internamento, bem como da adaptação a todo o processo de gravidez / parto.

O Modelo de Adaptação, proposto pela Irmã Callista Roy, ajuda a compreender as respostas comportamentais expressas pelas utentes perante os cuidados de enfermagem especializados, e pode ser utilizado como referencial relevante para a compreensão das situações vivenciadas pela mulher durante o trabalho de parto, parto e puerpério (Rorigues et al., 2004).

A adaptação, segundo Roy (cit. por Tomey, 2008, p.307), “é o processo e resultado através do qual as pessoas pensantes e sensíveis, enquanto indivíduos ou em grupos, utilizam a consciência e a escolha para criar a integração humana e ambiental”. Os problemas de adaptação são vistos não como diagnósticos de enfermagem, mas sim como focos, áreas de atenção para a enfermeira, relacionadas com a pessoa ou grupo em adaptação. Para Roy (2001) enfermagem é a ciência e a prática que expande capacidades de adaptação e melhora a transformação ambiental e da pessoa. A enfermagem atua para melhorar a interação da pessoa com o ambiente - promover a adaptação.

Segundo Rodrigues e col. (2004, p.168), Roy desenvolveu um modelo conceitual para a enfermagem a partir da sua experiência como enfermeira pediátrica, admitindo que o conceito de adaptação poderia constituir um eixo orientador para a prática de enfermagem,

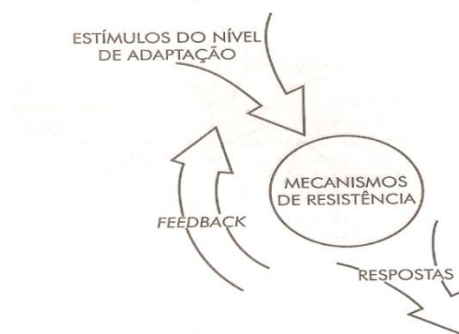
“Roy vê o indivíduo como um sistema, algo que funciona com partes independentes que atuam em unidade para um determinado objetivo. Os mecanismos de controlo são essenciais para o funcionamento do sistema humano. Os conceitos da teoria dos sistemas, das entradas (estímulos) e saídas (comportamento) contribuem igualmente para conceitos importantes no modelo.”.

Para além de possuir uma totalidade e partes relacionadas, “os sistemas também têm *inputs*, *outputs* e processos de controlo e *feedback*” (Tomey , 2008, p. 304).

A teoria do modelo de adaptação, constitui a base para a compreensão de que o indivíduo, como um sistema, tem a capacidade de se adaptar e criar mudanças no meio ambiente. A capacidade de resposta positiva a estas mudanças é uma função do nível de adaptação da pessoa. Os principais conceitos subjacentes ao Modelo são: a pessoa, o meio ambiente, a saúde, e a enfermagem (Roy, 2001, p.17-18).

Roy (2001, p.20) descreve o recetor de cuidados de enfermagem como sendo um sistema holístico adaptável. “Holístico, significa que o sistema humano funciona como um todo e é mais do que uma mera soma das partes. Adaptável, significa que o sistema humano tem capacidade de se ajustar, efetivamente, às mudanças no meio ambiente e, por sua vez, afetar o meio ambiente”.

Fig. 1 - A pessoa como um sistema



Fonte: Roy, 2001, p. 20

Aplicou a teoria geral dos sistemas na descrição da pessoa,

“... As entradas para as pessoas foram denominadas estímulos, e podem ter a sua origem externamente, do meio ambiente (estímulos externos) e internamente, do eu (estímulos internos). Certos estímulos combinam-se para formar uma entrada específica, o nível de adaptação de uma pessoa. A resposta da pessoa (saída) é, assim, uma função dos estímulos de entrada e do nível individual de adaptação.” (Roy, 2001, p.20).

A pessoa é, então, um sistema adaptável, e como tal é afetada pelo mundo à sua volta e pelo seu interior, mundo este ao qual, Roy, chamou de ambiente. A pessoa nunca age isoladamente, mas é influenciada pelo meio ambiente e afeta o meio ambiente. Podemos descrever três classes de estímulos que formam o meio ambiente da pessoa: “Estímulo focal é o estímulo interno ou externo que mais imediatamente confronta a pessoa; o objeto ou acontecimento que atrai a atenção de alguém. (...) É aquilo em que o doente concentra a sua atenção e energia. (...) Estímulos contextuais, são todos os outros estímulos presentes na situação que contribuem para o efeito do estímulo local, isto é são todos os fatores ambientais que se apresentam à pessoa, a partir do interior ou do exterior, mas que não são o centro da atenção da pessoa e ou energia... Estes fatores influenciarão a forma como a pessoa lida com o estímulo focal. (...) Estímulos residuais são fatores ambientais dentro e fora da pessoa, cujos efeitos na situação atual não são centrais (...)” (Roy, 2001, p.22).

Da junção dos estímulos focais, contextuais e residuais resulta o nível de adaptação, que traduz o ponto de mudança que representa a capacidade da pessoa para responder positivamente numa situação. “Ao observar o que está a afetar a pessoa numa dada situação de enfermagem, é útil à enfermeira ter em consideração possíveis estímulos de influência, podendo posteriormente, desta forma, descrever a situação. (...) Através da utilização da categoria de estímulos residuais tem-se espaço para incluir até estímulos incertos e as impressões intuitivas da enfermeira” (Roy, 2001, p.22-23).

O estímulo e o nível de adaptação servem como entrada para a pessoa enquanto sistema adaptável. Depois de processar a entrada a pessoa cria uma “resposta”, a qual Roy designa de “comportamento”, sendo este definido “como ações internas ou externas e reações sob circunstâncias específicas”. Os comportamentos podem ser observados, medidos, ou subjetivamente relatados (Roy, 2001, p. 25). O único indicador de como a pessoa está a conseguir lidar com ou adaptar-se às mudanças no estado de saúde é o comportamento que poderá, ou não, ser observável. As respostas comportamentais podem ser adaptáveis ou ineficazes.

Respostas adaptáveis são aquelas que promovem a integridade da pessoa em termos objetivos de adaptação: sobrevivência, crescimento, reprodução, e domínio. Respostas ineficazes não promovem, nem a integridade, nem contribuem para os objetivos de adaptação.

A medida em que o nível de adaptação vai sendo desenvolvido, em enfermagem, revela que a pessoa não é passiva em relação ao meio ambiente. Segundo Roy (2001, p. 32),

“O ambiente em mudança estimula a pessoa para criar respostas adaptáveis. Para os seres humanos a vida nunca é o mesmo, está constantemente a mudar e apresenta novos desafios. A pessoa tem a capacidade de criar novas respostas para estas condições de mudança. À medida que o ambiente muda a pessoa tem oportunidade continuada de crescer, de se desenvolver, e intensificar o significado da vida para todos.”

A pessoa e o meio estão em constante interação um com o outro. Se a capacidade de uma pessoa para lidar com uma experiência nova é limitada, poder-se-á procurar aprender sobre esta experiência (Roy, 2001, p. 23). Por exemplo, uma mulher que está grávida, está a contactar com uma área desconhecida, mas quer antes de engravidar quer depois, poderá procurar fazer cursos de preparação, frequentar formações específicas, ler ou ver documentos informativos para desmistificar conceitos, compreender melhor as alterações inerentes à gravidez, isto vai mudar e melhorar o seu nível de adaptação.

Mas quando se trata de uma gravidez de risco esse processo conducente a uma adaptação não é possível, logo fica profundamente comprometido. A imprevisibilidade da situação, o desmoronar da expectativa de uma gravidez normal, os riscos potenciais ou reais sobre a mulher e o feto, constituem estímulos focais que se confrontam com uma realidade não desejada. Por sua vez, o internamento pode ser perspectivado como um estímulo contextual que contribui para exacerbar a percepção dos estímulos focais.

Roy (2001, p. 27) refere, também, mecanismos de resistência, como formas inatas ou adquiridas de responder ao ambiente em mudança, sendo que os inatos são vistos como “automáticos”, a pessoa não tem de pensar neles. Os adquiridos, são desenvolvidos através de processos, tais como a aprendizagem “As experiências que se confrontam ao longo da vida contribuem para respostas habituais a um determinado estímulo”.

Estes mecanismos podem ser qualificados em dois subsistemas, o regulador e o cognitivo. O subsistema regulador traduz as respostas automáticas através de processos de resistência endócrina, química e nervosa.

“Os estímulos do ambiente interno e externo (através dos sentidos) agem como entradas para o sistema nervoso e afetam o fluido e os sistemas eletrólito e endócrino. A informação é canalizada automaticamente de uma forma adequada, e uma resposta inconsciente e automática é produzida. Ao mesmo tempo são produzidas entradas para o subsistema regulador que tem um papel na formação das percepções” (Roy, 2001, p. 27).

A autora, quanto a este assunto, dá inclusivamente o seguinte exemplo:

“Uma mãe em trabalho de parto dá-nos um exemplo da atividade reguladora do subsistema. Durante o processo de nascimento, os estímulos internos, quer químicos quer nervosos, iniciam a atividade do sistema endócrino e nervoso central para produzir respostas fisiológicas do parto, tais como a contração uterina, e a abertura do colo para permitir o nascimento da criança. Os estímulos externos, tais como medicações administradas durante o parto, afetaria também a atividade do subsistema regulador e, subsequentemente, a resposta do corpo.”

O subsistema cognitivo responde através de quatro canais cognitivos-emotivos: o processo de informação perceptiva (atividades de atenção seletiva, codificação e memória), aprendizagem (envolve imitação, reforço, e visão), avaliação (compreende atividades como a resolução de problemas e a tomada de decisão) e emoção (as defesas são utilizadas para procurar o alívio da ansiedade e procurar uma avaliação afetiva e ligações) (Roy, 2001, p. 28). Também, para este subsistema, os estímulos interiores e exteriores, incluindo fatores psicológicos, físicos, sociais e fisiológicos, funcionam como entradas.

Segundo Roy (2001, p.28), os comportamentos que resultam do mecanismo regulador e cognitivo podem ser observados em quatro categorias ou modos adaptáveis, denominados como modo fisiológico, modo de autoconceito, modo de função na vida real e modo de interdependência. É através destas quatro categorias principais que as respostas se dão, e o nível de adaptação pode ser observado.

O modo fisiológico está associado aos processos físicos e químicos envolvidos na função e atividade dos organismos vivos, relaciona-se com a forma como a pessoa responde, como ser físico, aos estímulos do ambiente. O comportamento é demonstrado pelas atividades fisiológicas das células, tecidos, órgãos e sistemas do corpo. Podem ser identificadas cinco necessidades no que concerne à necessidade básica de integridade fisiológica: oxigenação, nutrição, eliminação, atividade e repouso, e proteção (Tomey, 2008, p. 305). Os sentidos, os fluidos, os eletrólitos, a função neurológica e a função endócrina, são processos complexos, também, intrínsecos à discussão sobre adaptação fisiológica.

A adaptação fisiológica está numa gravidez de risco alterada, não só pelas razões etiológicas, subjacentes ao diagnóstico, mas porque os processos emocionais desta vivência são por si dificultadores da própria adaptação.

Relativamente ao modo de autoconceito, este incide especificamente sobre os aspetos psicológicos e espiritual da pessoa. Roy (2001, p. 29) define autoconceito como um composto de crenças e sentimentos que a pessoa guarda sobre si mesma numa determinada altura. É formado a partir de perceções internas e dos outros e dirige o comportamento.

A necessidade básica que está subjacente ao modo de autoconceito foi identificada como integridade psíquica - a necessidade de se saber quem se é, para que se possa ser ou existir com um sentido de unidade. A integridade psíquica é fundamental para a saúde. Problemas de adaptação nesta área podem interferir com a capacidade da pessoa para se curar ou para fazer o que é necessário para manter os outros aspetos da saúde. É importante para a enfermeira ter conhecimento do modo de autoconceito, de forma a ser capaz de avaliar comportamentos e estímulos que influenciam o autoconceito da pessoa. O risco de uma gravidez não ser bem sucedida, interfere na construção do autoconceito de, ser mãe, sendo desintegrador da unidade psíquica da mulher que enfrenta uma gravidez de risco.

Os componentes do autoconceito, de acordo com Tomey (2008, p. 35) são: “o ser físico, que envolve sensação e imagem corporal; o ser pessoal, feito de auto consistência, auto ideal ou expectativa e o ser moral, ético e espiritual. O modo de função do papel reflete a forma como as pessoas nos grupos se veem a si próprias com base no feedback ambiental. O modo de identidade de grupo é constituído por relações interpessoais, autoimagem do grupo, meio social e cultural”.

O modo de função na vida real (ou desempenho do papel) é um dos dois modos sociais e incide sobre os papéis que a pessoa ocupa na sociedade e seu desempenho. Aqui, papel é definido por um conjunto de expectativas sobre a forma como uma pessoa que ocupa uma posição se comporta em relação a uma que ocupa outra posição. A necessidade básica subjacente a este modo foi identificada como a integridade social - a necessidade de saber quem se é em relação aos outros, para que se possa agir (Roy, 2001, p. 30). Quando se aborda o desempenho de papéis, pode-se referir que estes são realizados de forma primária, secundária e terciária. São efetuados através de comportamentos instrumentais e expressivos.

Os comportamentos instrumentais referem-se ao desempenho físico real de um comportamento. Os expressivos dizem respeito aos sentimentos, atitudes, gostos ou aversões de uma pessoa sobre o papel ou sobre o desempenho de um papel.

Os papéis principais determinam a maioria dos comportamentos tidos pela pessoa durante um determinado período da sua vida. São determinados pela idade, sexo e estágio de desenvolvimento. Os papéis secundários são os que uma pessoa assume para cumprir a tarefa associada a um estágio de desenvolvimento e a um papel principal. Os papéis terciários estão relacionados principalmente com os papéis secundários e representam as formas como os indivíduos cumprem as obrigações associadas ao seu papel. São normalmente temporários na natureza, livremente escolhidos pelo indivíduo e podem incluir diversas atividades, tais como, clubes ou passatempos” (Tomey, 2008, p. 306).

As interações relacionadas com o dar e receber amor, o respeito e o valor, recaem no modo de interdependência. Aqui, a necessidade básica é a adequação emocional (ou integridade relacional), o sentimento de segurança nas relações da educação da criança (Roy, 2001, p. 30). O modo de interdependência, segundo Tomey (2008, p. 306), centra-se nas relações próximas entre pessoas (individual e coletivamente) e o seu propósito, estrutura e desenvolvimento. As relações interdependentes envolvem a vontade e a capacidade de dar aos outros e de aceitar deles aspetos de tudo o que uma pessoa tem para oferecer tais como amor, respeito, valor, educação, conhecimento, competências, compromissos, posses materiais, tempo e talentos.

Duas relações específicas são o ponto central do modo de interdependência. A primeira é com outros significativos (ex. esposa, filho, mãe, amigo), a segunda é com os sistemas de suporte, isto é, outros que contribuem para a satisfação das necessidades de interdependência. Este, é um modo social porque as suas necessidades são satisfeitas através da interação social.

Tomey (2008, p. 306) identifica duas áreas principais de comportamentos de interdependência, o comportamento recetivo e o comportamento contributivo, aplicados respetivamente ao receber e dar amor, respeito, e valor para com o outro significativo. Por exemplo, uma grávida que recebe carinho por parte do companheiro, terá um comportamento recetivo, e despedir-se com um beijo do marido quando este vai para casa, poderá ser tido como um comportamento contributivo (Roy, 2001, p.30).

Para esta autora (2001, p. 31)

“...o comportamento de cada pessoa é visto em relação a quatro modos adaptáveis que fornecem uma forma particular de manifestação de atividade cognitiva e reguladora no âmbito do processo adaptável”. Estes modos estão inter-relacionados, como se pode observar na fig. 2.

Fig. 2 - A pessoa como um sistema adaptável



Fonte: Roy, 2001, p. 31

“Os quatro modos estão, assim, representados como quatro ciclos sobrepostos, no centro o modo fisiológico é intersectado por cada um dos outros três modos. O comportamento no modo fisiológico pode ter um efeito sobre, ou agir, como estímulo para um ou todos os outros modos. Além disso, um determinado estímulo, ou um comportamento particular, podem afetar mais do que um modo. ”

O Modelo de Adaptação de Roy define, então, a pessoa como um sistema adaptável com mecanismos de resistência reguladores e cognitivos que atuam para manter a adaptação relativamente aos quatro aspetos adaptáveis. Considera que os humanos são sistemas de adaptação, onde o sistema humano é descrito como um todo com partes que funcionam como uma unidade com algum objetivo.

Para além da definição de pessoa, e do ambiente Callista Roy procurou descrever saúde. À luz do seu modelo, saúde foi descrita como “uma variação contínua que vai desde o máximo bem-estar, até à debilidade extrema de saúde e à morte” (Roy, 2001, p. 33).

No modelo de Adaptação de Roy, a saúde é um estado e um processo de ser e tornar-se uma pessoa total e integrada. A falta de integração representa a falta de saúde. Ao

descrever saúde a partir da perspectiva da enfermagem, refere que a saúde de uma pessoa pode ser descrita segundo uma reflexão desta interação ou adaptação.

“Esta definição de saúde parte da ideia de que a adaptação é um processo de promoção da integridade fisiológica, psicológica e social e essa integridade implica uma condição intacta que conduz à perfeição ou à unidade. A saúde acontece quando os homens se adaptam continuamente. Quando os mecanismos para lidar com as situações são ineficazes, surge a doença.” (Tomey, 2008, p. 308).

Podemos dizer que a adaptação resulta de um processo de transição decorrente de um determinado período/fase da vida da pessoa, como seja a gravidez. A enfermagem, pela especificidade do seu papel, atende às mudanças e exigências que as transições trazem às vidas das pessoas e suas famílias, preparam as pessoas para as transições e facilitam a aprendizagem de novas competências relacionadas com a saúde e a experiência de doença.

Um dos objetivos da enfermagem é contribuir para a promoção da saúde dos indivíduos e da sociedade. Roy (2001, p. 34) define o objetivo da enfermagem, como sendo a promoção da adaptação do indivíduo nos seus quatro modos (fisiológico, autocuidado, função da vida real e interdependência), contribuindo, através disso, para a saúde da pessoa, qualidade de vida e morte com dignidade.

O processo de enfermagem através da “abordagem para a resolução de problemas na recolha de dados, identificando as necessidades da pessoa, seleccionando e implementando abordagens para os cuidados de enfermagem, e avaliando os resultados dos cuidados ministrados” (Roy, 2001, p.43), torna-se um meio que permite aos enfermeiros aumentar as respostas adaptativas dos seus utentes, minimizando as respostas ineficazes.

Por tudo o que foi dito, consegue-se perceber que quando falamos de mulheres com gravidez de alto risco sujeitas a internamento, estamos a falar de um sistema adaptável (grávida), em que ocorre uma mudança de ambiente acentuada, e na maior parte das situações um ou mais modos de adaptação estão comprometidos, o que poderá dificultar o processo de adaptação ao novo papel e à situação com que se deparou.

II PARTE - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

2 - METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

Feito o enquadramento teórico que pretende contextualizar e aprofundar a questão central desta investigação, neste capítulo serão abordadas as decisões metodológicas adotadas.

Esta investigação começou por uma inquietação que surgiu da prestação diária de cuidados. Para essa mesma inquietação os estudos ainda são escassos e a emergência de uma resposta à mesma e o desejo de conhecer mais, conduziu-nos ao ponto de partida: “Quais as vivências da mulher com gravidez de alto risco com necessidade de internamento?”

A metodologia é um dos aspetos fundamentais num desenho de investigação, pois fornece ao investigador a estratégia que orienta todo o processo e pesquisa, permitindo estudar e avaliar as diferentes opções de estudo.

Neste capítulo será abordado o tipo de estudo, a população, a amostragem, o método de amostragem, a técnica de recolha e tratamento dos dados. Posteriormente serão apresentados o cronograma do estudo, os recursos envolvidos e serão abordadas as questões éticas intrínsecas à investigação.

2. 1 - Abordagem qualitativa

Esta investigação insere-se num paradigma de investigação qualitativo. Na pesquisa qualitativa o processo de pesquisa é indutivo e começa com objetivos exploratórios mais amplos que fornecem o foco para o estudo, sem colocar de parte os aspetos da experiência que possam ser relevantes. É um método utilizado quando o conhecimento existente na área ainda é insuficiente sobre determinado fenómeno, experiência ou conceito. Patton (1990, cit. por Ribeiro, 2010, p.27) explica que as técnicas qualitativas permitem que o investigador estude um assunto em profundidade e detalhe.

Guerra (2010, p.11) afirma que “a expressão métodos qualitativos não tem um sentido preciso em ciências sociais. No melhor dos casos, designa uma variedade de técnicas interpretativas que têm por fim descrever, descodificar, traduzir certos fenómenos sociais que se produzem mais ou menos naturalmente. Estas técnicas dão mais atenção ao significado destes fenómenos do que à sua frequência”. Também, segundo Ribeiro (2010, p.66), “a investigação qualitativa é um trabalho de proximidade e interativo, dado que exige o contacto face a face com o indivíduo, com um grupo, ou a observação do comportamento em contexto natural, o que permite desenvolver uma ideia aprofundada do modo como as pessoas pensam, sentem, interpretam, experimentam os acontecimentos em estudo. É um método apropriado quando o investigador pretende ter uma compreensão profunda do fenómeno em estudo”.

Segundo Bogdan (2010, p. 53-54), este tipo de investigação começa com o silêncio, sendo este uma “tentativa para captar aquilo que se estuda (...) Tentam penetrar no mundo conceptual dos seus sujeitos com o objetivo de compreender como e qual o significado que constroem para os acontecimentos das suas vidas quotidianas”.

As metodologias qualitativas caracterizam-se por recorrer às “... palavras para descrever o que se observa em contextos naturais em vez de organizar os dados em quantidades, em números ...” (Ribeiro, 2010).

A investigação de abordagem qualitativa acontece com as pessoas investigadas e não para as pessoas. Pretende-se conhecer a forma como as pessoas dão sentido às suas vidas. Questionam várias vezes com o objetivo de perceber o que experimentam, a forma como interpretam as suas experiências, e como entendem o mundo em que vivem. Esta

investigação, segundo Bogdan (1991), reflete uma espécie de diálogo entre o investigador e o sujeito.

“Os defensores das metodologias compreensivas argumentam que a intenção deste tipo de pesquisa é articular as várias dimensões da vida social ao mesmo tempo que se recusa a rutura entre o sujeito da ciência e o seu objeto, o sujeito real, dito de outra forma, pretendem-se novas reconciliações entre teoria e prática, entre a ciência do geral e os saberes particulares, entre o indivíduo e a sociedade. Tomando como objeto um sujeito histórico em ação, esta metodologia observa, no mesmo movimento, o sujeito e a sociedade em interação, mas também, e simultaneamente, os fatores e as emoções que os acompanham” (Guerra, 2010, p 19).

Desta forma, a escolha pelo método de pesquisa qualitativo, explica-se pela preocupação deste método em analisar uma realidade que não pode ser quantificável, isto é, os significados, motivos, valores, atitudes correspondentes às relações, sentimentos, processos e fenómenos que não podem ser trabalhados como variáveis. Resulta também da constatação de que não chega conhecer os fatores de risco associados à gravidez, mas é também necessário conhecer o sentido que a grávida atribui à sua gravidez e a todas as adaptações que vão acompanhar este processo em contexto de internamento hospitalar para o qual a grávida não estava preparada.

Neste sentido, denominamos o presente estudo de exploratório descritivo. Pretende-se descrever as experiências das grávidas em função da sua vivência pessoal no contexto de internamento, num único momento, com recurso a uma entrevista semiestruturada.

2. 2 - Justificação do estudo

Sabendo que uma investigação pode ter como ponto de partida uma inquietação, que exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado (Fortin, 1999), o estudo proposto tem como ponto de partida a forma como as mulheres vivenciam a gravidez, quando são surpreendidas por patologias/complicações, e que necessitam de internamento hospitalar, por vezes prolongado, e que desta forma veem defraudada uma

expectativa alegre e positiva associada à gravidez, passando a “enfrentar mecanismos de adaptação não só associados às mudanças físicas, psicológicas e sociais, indutoras de *stress* mental e físico, como veem aumentados os problemas emocionais e sociais, para ela e para a sua família” (Canavarro, 2001). Da minha experiência vivida com mulheres internadas com gravidez de alto risco, a minha reflexão diária sobre: as suas dificuldades reveladas sobre o entendimento da situação, a adaptação às circunstâncias que conduziram ao internamento, a expectativa frustrada da gravidez, o medo, o contexto da não adesão ao tratamento instituído quando em regime de ambulatório, e assim como o reduzido número de estudos realizados em Portugal-sobre esta problemática conduziu-nos a esta investigação. Estas grávidas podem encontrar-se perante a impossibilidade de se preparem adequadamente para a maternidade, quer pela componente psicofisiológica quer mesmo relativamente à organização e reestruturação da dinâmica familiar e dos recursos necessário. Assim o EESMO (enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica) tem um papel fundamental no sentido de minimizar o impacto de um diagnóstico de gravidez de risco e melhorar a qualidade dos cuidados prestados a esta mulher.

2.3 - Finalidade e Objetivos do estudo

Segundo Ribeiro (2010), a investigação qualitativa tem por objetivo estudar as pessoas nos seus contextos naturais, recolhendo dados que emergem naturalmente. Assim, esperamos com este estudo ampliar o olhar dos profissionais de saúde que cuidam das mulheres com gravidez de alto risco, para que possam compreender as vivências das grávidas, promovendo nos serviços uma assistência integral às singularidades das mesmas.

A motivação para a realização deste estudo foi sustentada por aspetos resultantes da prática de cuidados de enfermagem especializados a mulheres com gravidez de alto risco sujeitas a internamento, como seja: a perceção de dificuldades por parte da grávida em vivenciar a realidade e a experiência da gravidez de alto risco com necessidade de internamento.

A finalidade do estudo visa contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem ministrados durante o período de internamento à mulher com gravidez de alto risco.

Os objetivos propostos para esta investigação são:

- Compreender as experiências/vivências das mulheres com gestação de alto risco durante o período de internamento;
- Identificar os fatores que influenciam positiva ou negativamente as vivências na gravidez de alto risco durante o período de internamento;
- Identificar as necessidades de cuidados de enfermagem relativos à grávida, durante o período de internamento.

2. 4 - Perguntas De Investigação

O enunciado de um estudo indica a direção a empreender e as questões de investigação delimitam o seu âmbito (Fortin, 1999). Tendo presente o enunciado de partida das questões de investigação previamente delineadas, este estudo adota uma abordagem qualitativa.

De acordo com Creswell (cit. por Fortin, 1999) as perguntas de investigação que se seguem à questão central do estudo precisam os temas a explorar nas entrevistas. Neste sentido, as perguntas de investigação orientam e ajudam a organizar a recolha de dados à medida que o estudo se desenvolve. Na tentativa de melhor compreender as vivências das mulheres com gravidez de alto risco, as suas expectativas, os sentimentos associados a essa experiência, em coerência com a explicação e finalidade do fenómeno em estudo, formulou-se um conjunto de questões orientadoras que auxiliam a estrutura da pesquisa:

- Quais são as experiências/vivências das mulheres com gravidez de alto risco durante o período de internamento?
- Quais são os fatores que influenciam positiva ou negativamente as vivências da mulher na gravidez de alto risco durante o período de internamento?
- Quais são as necessidades de cuidados de enfermagem relativos à mulher com gravidez de alto risco durante o período de internamento?

Trata-se de uma investigação que pretende compreender um fenómeno em estudo, de modo a torná-lo conhecido. Assim, esta investigação tem subjacente uma abordagem exploratória, descritiva. Estas reflexões vão favorecer o aprofundamento de conhecimentos para a enfermagem de saúde materna e obstétrica, através da sentido do papel do enfermeiro e a sua contribuição na vigilância e assistência à mulher com gravidez de alto risco, podendo ainda deixar caminho aberto para futuras investigações.

2. 5 - Contexto Do Estudo

A utilização de uma abordagem qualitativa numa investigação exige um trabalho de proximidade com o investigado, com o grupo ou a observação em contexto natural, o que permite desenvolver uma ideia aprofundada do modo como as pessoas sentem, interpretam e experimentam os acontecimentos em estudo (Ribeiro, 2010).

A pesquisa será conduzida no serviço de Medicina Materno-fetal, internamento de patologia da gravidez de um hospital de referência do Porto, a mulheres internadas com diagnóstico de gravidez de alto risco, com mais de três dias de internamento à data. A escolha do local prendeu-se com o facto de se tratar de um serviço de um Hospital Central, altamente especializado.

Assim, estando os sujeitos da investigação internados num serviço de medicina materno-fetal, dum hospital central, é este o local escolhido para a aplicação do instrumento da colheita de dados, entrevista semiestruturada.

2. 6 - População e amostra

Segundo Ribeiro (2010, p. 41), a população corresponde às pessoas acerca das quais se pretende produzir conclusões. É também a totalidade das observações pertinentes que podem ser feitas num dado problema. Este autor considera, ainda, que “o número ótimo de participantes depende das características da investigação e do contexto onde a amostra é recolhida. É suposto que quanto maior o número de participantes na amostra, menor é o erro de amostragem”.

De acordo com Santo (2010, p. 33), “nos estudos qualitativos procura-se introduzir heterogeneidade de características na escolha dos casos de forma a prover a qualidade, a profundidade, a exaustividade na discussão e reflexão dos mais variados objetos”.

Na investigação qualitativa, Streubert e Carpenter (2002, p.25), não designam os indivíduos que informam, no seu estudo, por sujeitos, mas sim de participantes ou informantes, o que demonstra a “posição que os investigadores qualitativos subscrevem”, assim neste estudo o envolvimento ativo das participantes permitiu uma melhor compreensão das suas vivências face ao fenómeno que se pretende conhecer.

Os critérios de inclusão serão as mulheres com idade superior a 18 anos, com gravidez de alto risco, internadas no Serviço de Obstetrícia - Unidade de Materno-fetal de um hospital de referência do Porto, por um período de tempo superior a três dias. A não inclusão de mulheres com menos de três dias prende-se com o facto de o estudo beneficiar da experiência da mulher no serviço, e quanto mais dias tiver de internamento maior poderá ser o leque de experiências vivenciadas.

Neste estudo a amostra é de nove mulheres com gravidez de alto risco, sendo que a população são as mulheres com gravidez de alto risco internadas num hospital de referência.

Interessou-nos os relatos de todas grávidas pois de todos foram colhidos dados que dão resposta aos objetivos propostos e corroboram os estudos da temática existente. Tendo chegado a um ponto em que no contexto da entrevista, o investigador deu conta da repetição das informações face aos objetivos centrais da investigação, consideramos ter ocorrido uma saturação de dados. A saturação pode ser considerada uma categoria de análise, e de acordo com Guerra (2010, p.42), “saturação é definida como um fenómeno

pelo qual, depois de um certo número de entrevistas, o investigador tem a noção de nada recolher de novo quanto ao objeto da pesquisa”. A mesma autora (2010, p.41) considera que “a saturação cumpre duas funções essenciais: do ponto de vista operacional, indica em que momento o investigador deve parar a recolha de dados, evitando-lhe o desperdício inútil de provas, de tempo e de dinheiro; do ponto de vista metodológico, permite generalizar os resultados ao universo de trabalho (população) a que o grupo analisado pertence”.

Santo (2010, p.36) considera importante referir sobre “a generalização” decorrente de estudos qualitativos que “não sendo esse um objetivo premente deste tipo de estudos, a mesma pode ser realizada, ainda que a título ilustrativo, não sistemático e, pela regularidade de resultados, eventualmente, como um dos garantes de validade de determinada investigação”. Não é apropriada a representatividade dos resultados em termos extensivos.

2.7 - Instrumentos De Recolha De Dados

O processo de recolha de dados consiste em recolher de forma sistemática a informação desejada junto das participantes, com a ajuda de técnicas escolhidas para esse fim.

Tratando-se de um estudo qualitativo, com carácter descritivo, pretendemos obter dados a partir da observação e da descrição. De acordo com Fortin (1999), a entrevista “é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objetivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas”.

De acordo com o presente estudo, a entrevista demonstra-se como instrumento adequado para a recolha de informação acerca do que os sujeitos da investigação sentem e expressam.

Também Ribeiro (1999, p.81) considera a entrevista como o contacto inicial entre o investigador e o sujeito. Sendo que para este autor a entrevista “consiste num método de

recolher informação através de conversa ou de questões colocadas diretamente, e a maioria da informação obtida através da entrevista dificilmente poderá ser conseguida de outra maneira...”.

Assim, “uma entrevista consiste numa conversa intencional, geralmente entre duas pessoas, embora por vezes possa envolver mais, dirigida por uma das pessoas, com o objetivo de obter informações sobre a outra, (...) é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo” (Bogdan, 2010, p.134).

Grande parte do trabalho de uma entrevista envolve a construção de uma relação entre o investigador e o sujeito, em que ambos passam a se conhecer e o investigador põe o sujeito à vontade. (Bogdan, 2010, 135)

Segundo Quivy e Campenhoudt (1992) a entrevista é especialmente direcionada para a investigação qualitativa. Focaliza uma análise do sentido que o indivíduo dá à sua prática, aos seus valores, às suas referências normativas, às suas interpretações de situações conflituosas, à análise de um problema específico, à reconstituição de um processo de ação ou de experiência.

Segundo Guerra (2010, p. 21-22), “é de assumir como pressuposto desta postura metodológica que estamos perante sujeitos racionais (entrevistador, entrevistado), sendo que ambos dão sentido à sua ação e, de forma aberta e transparente, definem o objetivo dessa interação: um pretende colher informações sobre percursos e modos de vida sobre os quais o outro é informador privilegiado pelo fenómeno social que viveu. Assim, estamos perante um informador que, como sujeito inteligente, é capaz de reconhecer o seu interesse na pesquisa e concentrar-se na maioria das interrogações que o investigador coloca”.

Guerra (2010, p. 51), refere que numa entrevista, “a verbalização franca por parte do entrevistado (considerado o informador privilegiado) é fundamental e, quanto menor for a intervenção do entrevistador, maior será a riqueza do material recolhido, dado que a lógica e a racionalidade do informante emergirá mais intacta e menos influenciada pelas perguntas”.

A colheita de dados do presente estudo foi realizada com recurso a entrevistas semiestruturadas, tendo sido realizadas às mulheres em regime de internamento na

unidade de medicina materno fetal, em momento previamente acordado com o serviço e utente. A entrevista semiestruturada pretende que os dados colhidos sejam afirmações concretas sobre o assunto em estudo.

Quanto às entrevistas semiestruturadas Bogdan (2010, p.135) refere que “fica-se com a certeza de se obter dados comparáveis entre os vários sujeitos, embora se perca a oportunidade de compreender como é que os sujeitos estruturam o tópico em questão”, isto é orientamos as perguntas na direção dos objetivos propostos, mas condicionamos a que os sujeitos respondam espontaneamente.

Segundo Bogdan (2010, p.135), a utilização de um guião de entrevista, nas entrevistas qualitativas, para além de apoiar e dar uma orientação à entrevista, oferece ao entrevistador uma amplitude de temas considerável, que lhe permite levantar uma série de tópicos e oferecem ao sujeito a oportunidade de moldar o seu conteúdo. A elaboração do guião da entrevista (anexo I) utilizado decorreu da experiência profissional na área, da pesquisa bibliográfica, e dos objetos do estudo.

Deste modo, com as entrevistas realizadas a mulheres com gravidez de alto risco com necessidade de internamento hospitalar, conseguimos que as mesmas verbalizassem, descrevessem, explicassem a sua experiência, de modo a compreender a forma como vivem o internamento.

Após ter sido obtida a autorização para a realização do estudo (anexo II), realizou-se uma primeira entrevista com o objetivo de estabelecer o primeiro contacto em campo, ajustando a mesma aos sujeitos, definindo o local de realização (serviço de obstetrícia, unidade de medicina materna - fetal).

Formalizou-se o pedido de colaboração através do consentimento informado (anexo III) que foi entregue após aceitação das participantes. Seguidamente procedemos à realização da entrevista. Após obtenção do respetivo consentimento, respeitando os princípios éticos orientadores. Recolhidos os dados procedeu-se à audição integral da respetiva entrevista, e mais tarde, a transcrição na íntegra da mesma.

Streubert e Carpenter (2002) referem que o investigador deve ajudar os participantes a descreverem as experiências vividas, sem contudo liderar totalmente a conversa. Contudo, uma das vantagens da entrevista reside na possibilidade do investigador acompanhar o raciocínio do sujeito e colocar outras questões com intuito clarificador e facilitador da exposição das experiências vividas.

2. 8 - Aspectos Éticos

Qualquer investigação que seja efetuada junto de seres humanos levanta questões de ordem moral e ética. “A ética, no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta” (Fortin, 1999). Devem sempre ser tomadas medidas de proteção dos direitos e liberdades das pessoas que participam na investigação: direito à autodeterminação (qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria); direito à intimidade (proteger a intimidade dos sujeitos); direito ao anonimato e à confidencialidade; direito á proteção contra o desconforto e prejuízo; direito a um tratamento justo e equitativo.

Em qualquer trabalho de investigação devem ser tidos em conta os seguintes aspetos éticos (Bogdan, 2010, p. 77):

1. Identidades dos sujeitos devem ser protegidas, para que a informação que o investigador recolhe não possa causar qualquer tipo de transtorno ou prejuízo
2. Os sujeitos devem ser tratados respeitosamente e de modo a obter a sua cooperação na investigação
3. Ao negociar a autorização para efetuar um estudo, o investigador deve ser claro e explícito com todos os intervenientes relativamente aos termos do acordo e deve respeitá-lo até à conclusão do estudo
4. O investigador deve ser autêntico quando escrever os resultados

Guerra (2010) realça a importância dos princípios éticos, nomeadamente o de informar corretamente os indivíduos dos objetivos da investigação e proteger as fontes. Deve ser assegurada a relação de confiança, como a clareza de ideias para poder transmitir os objetivos do trabalho, a neutralidade face a juízos de valor, o envolvimento dos próprios na pesquisa, e a devolução de resultados. Segundo a autora, “pretende-se uma relação de neutralidade face ao conteúdo do que é dito, mas a ética da relação estabelecida nas entrevistas é comunicacional e não apenas racional, pelo que se revelam fundamentais as capacidades de empatia e de interação humana” (2010, p. 52).

Nesta investigação foram tomadas todas as medidas necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam na investigação. Para tal tivemos por base os

princípios éticos baseados no respeito pela dignidade humana, referidos por Fortin (1999), que são: o respeito pelo consentimento livre e esclarecido; o respeito pelos grupos vulneráveis; o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais; o respeito pela justiça e pela equidade; o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes; a redução dos inconvenientes e a otimização das vantagens.

Assim, como já anteriormente foi dito, foi efetuado, um pedido ao Conselho de Administração do Hospital para a aplicação das entrevistas, bem como o pedido de Consentimento Informado para os utentes, depois de autorizado. Fortin (1999) refere ainda que o consentimento é considerado livre e voluntário quando a pessoa que dá a sua concordância, usufrui de todas as suas capacidades mentais e não foi sujeita a nenhum tipo de manipulação ou pressão.

Neste contexto, todas as participantes foram informadas do objetivo do estudo, da metodologia a utilizar na recolha de dados bem como de todos os aspetos ligados à confidencialidade e anonimato. Após o esclarecimento foi obtido o seu consentimento formal. Para uma adequada recolha de dados, dentro do serviço de medicina materno-fetal, foi procurado o local mais adequado, sala de reuniões e num dos casos a própria unidade, para a interação durante a entrevista, resguardando a participante de uma exposição desnecessária.

2.9 - Procedimentos para Tratamento e Análise da Informação

A análise dos dados recolhidos foi um processo contínuo e paralelo à sua colheita e exigiu que o investigador se envolvesse profundamente nos mesmos.

Sendo uma estratégia de recolha de dados, cujo material narrativo necessita de ser organizado e estruturado para lhe extrair significado à luz da análise qualitativa, a entrevista determina uma atividade intensiva, que exige criatividade, sensibilidade, concentração, bastante trabalho e permite, simultaneamente obter riqueza de informação que, pela sua natureza, torna pertinente a utilização da técnica de análise de conteúdo. (Polit, 2004)

A análise na investigação qualitativa é um processo de “mão na massa”, como referem Streubert e Carpenter (2002). Os investigadores têm de estar profundamente imersos nos dados e ao mesmo tempo que executam as entrevistas vão dissecando o seu conteúdo. É necessário escutar cuidadosamente aquilo que ouviram para descobrir os seus significados e transmiti-los com rigor, não esquecendo as considerações éticas.

A análise de conteúdo é hoje uma das técnicas mais comuns na investigação empírica realizada pelas diferentes ciências humanas e sociais. Como técnica pode integrar-se em qualquer dos grandes tipos de procedimentos lógicos de investigação e servir igualmente os diferentes níveis de investigação empírica.

Para interpretar e discutir os dados utilizamos os pressupostos da análise de conteúdo de Bardin (2009) que consistem num conjunto de técnicas de análise de dados, através da sistematização e da descrição de conteúdo, através dos quais se obtêm indicadores que permitem a dedução de conhecimentos.

Ainda segundo esta autora

“ (...) a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações. (...) A análise de conteúdo utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Mas isto não é suficiente para definir a especificidade da análise de conteúdo. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção, inferência esta, que recorre a indicadores”.

Bardin organiza em três momentos, as fases da análise de conteúdo:

- 1 - A pré-análise;
- 2 - A exploração de material;
- 3 - O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise é a fase de organização dos dados, que como preconiza Bardin, (2009, p.121), “corresponde a um período de intuições, que tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise”. A mesma autora propõe que se proceda a uma leitura tipo “flutuante” onde as primeiras impressões e orientações

devem impregnar o orientador, fornecendo as informações que constituíram as hipóteses emergentes, que se consolidaram ao longo da análise.

Após a transcrição das entrevistas, procedemos à sua leitura, com a finalidade de conhecer as vivências das mulheres com gravidez de alto risco com necessidade de internamento. A sua leitura flutuante permitiu uma primeira definição das categorias emergentes ainda em termos vagos dando, no entanto, a oportunidade de começar a definir os primeiros contornos do estudo.

A segunda fase proposta por Bardin (2009) consiste na descrição analítica, isto é, na administração sistemática das decisões tomadas. Esta fase, longa e fastidiosa, consiste nas operações de codificação, desconto ou enumeração, em função das decisões previamente formuladas (Bardin, 2009, p.127). A análise realizada proporcionou quadros de referência que nos permitiram organizar os fragmentos de informação, facultando-nos uma certa organização lógica, onde foram definidas categorias e subcategorias.

A última fase da análise de conteúdo é o momento do tratamento dos dados obtidos, a sua interpretação e inferência. Consiste basicamente em tornar os dados que resultaram do processo de tratamento, significativos, isto é, dotá-los de capacidade de falarem por si, utilizando dispositivos de forma a sistematizarem e colocarem em evidência as informações fornecidas pela análise (Bardin, p.127).

PARTE III - RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO

3 - ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Este trabalho tem como ponto de partida um estudo exploratório, descritivo, que pretende investigar a forma como as mulheres vivenciam a gravidez de alto risco, com necessidade de internamento hospitalar.

Assim, considerou-se adequado iniciar o estudo por uma caracterização sociodemográfica dos participantes, seguida de uma análise, interpretação e discussão dos dados empíricos.

A amostra é constituída por nove participantes (N=9), cujas características sociodemográficas se apresentam de seguida.

As participantes apresentam uma média de idades de 33,6 anos, com uma idade máxima de 41 anos e mínima de 30 anos, conforme se pode verificar no seguinte quadro:

Quadro 1: Idade das participantes

Idade	n	%
30	2	22,2
31	1	11,1
32	1	11,1
33	1	11,1
34	1	11,1
35	1	11,1
36	1	11,1
41	1	11,1

A maioria das entrevistadas (66,7%, n=6) tem a escolaridade obrigatória, apenas três (33,3%) não concluíram a escolaridade obrigatória. Uma participante (11,1%) vive em união

de facto, as restantes oito (88,9%) são casadas. Em relação à situação socioprofissional, nenhuma das mulheres está na condição de desempregada. De acordo com a gestação, cinco participantes (55,6%) estão a viver uma segunda gravidez e quatro (44,4%) são primigestas. A idade gestacional varia entre as 25sem e as 34sem. Apenas duas (22,2 %) reconhecem que não tinham planeado a gravidez.

Os diagnósticos atribuídos aquando do internamento (rotura prematura de membranas, diabetes gestacional, ameaça de parto pré-termo, colestase gravídica, pré-eclâmpsia, pielonefrite bilateral, placenta central total e gravidez múltipla) foram diversificados e confirmam o critério de risco e a necessidade de internamento com o fim de garantir a vigilância materno-fetal e o respetivo bem-estar. Quanto à duração do internamento, verificou-se que variou entre os três e os trinta e oito dias, com uma média de 10,9 dias.

A transcrição dos depoimentos resultantes das entrevistas realizadas às mulheres internadas com gravidez de alto risco permitiu-nos perceber os detalhes presentes na fala de cada grávida, bem como o seu modo de vida, no que se refere às emoções e sentimentos que emergem da experiência de gerar um filho com gravidez de alto risco, com necessidade de internamento. Rer estas mesmas transcrições ajudou-nos a compreender o que foi dito pelas grávidas. Desta leitura repetida emergiram as unidades de registo, sendo esta “a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização (...)” (Bardin, 2009). Depois de enumeradas e destacadas do texto as unidades de registo ou categorias de codificação, são organizadas em sequência e verificadas as unidades que se repetem, sendo agrupadas por ideias ou sentimentos com sentido similar, com o objetivo de classificar os dados descritivos. Deste modo é possível converter o que foi dito pela grávida para uma linguagem mais elaborada e reflexiva, dando-lhe uma nova configuração, sem no entanto modificar as ideias no momento em que relatavam a sua experiência.

Assim, agrupamos as unidades de registo conforme as semelhanças e divergências, para chegarmos às categorias e subcategorias. Neste sentido construímos 4 Categorias que segundo Bardin, “são rubricas ou classes as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos.” Classificar elementos em categorias impõe à investigação o que cada um deles tem em comum com os outros. O agrupamento é realizado partindo das partes em comum entre eles.

A grande dimensão deste estudo remete-nos para as vivências das mulheres com gravidez de alto risco com necessidade de internamento num hospital de referência, da qual emergem as seguintes categorias:

- Sentimentos associados ao internamento por gravidez de alto risco
- Expectativas associadas à gravidez de alto risco
- Conhecimento sobre gravidez de alto risco
- Experiências/vivências durante o internamento

Assim, apresentamos, nesta tabela abaixo, as categorias e subcategorias que emergiram da análise das nossas entrevistas:

Tabela 1 - Categorias e subcategorias

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS
Sentimentos associados ao internamento por gravidez de alto risco	Medo
	Ansiedade/Angústia
	Choque/Apreensão
	Solidão
	Alívio
	Sentimento de culpa
	<i>Stress</i>
Expectativas associadas à gravidez de alto risco	Ambivalência de sentimentos
	Esperança
	Não conseguir viver a gravidez
Conhecimento sobre gravidez de alto risco	Frustração
	Reconhecimento da necessidade de vigilância
	Risco de vida para a mãe e para o feto

Experiências/vivências durante o internamento	Cumprimento do regime terapêutico
	Aquisição de conhecimentos
	Impotência perante o diagnóstico
	Mudança no quotidiano
	Não-aceitação da situação
	Preocupação com outros elementos da família
	Apoio recebido de familiares
	Sentir-se limitada nos cuidados
	Cansaço
	Altos e Baixos

Relativamente à categoria “Sentimentos associados ao internamento por gravidez de alto risco”, sabemos que a gravidez e a hospitalização são acontecimentos significativos na vida de uma mulher. Ambas as experiências têm fortes implicações tanto para a mulher, como para a sua família e outros membros, bem como para os profissionais, incluindo médicos, enfermeiros, e restante equipa multidisciplinar (psicólogos, assistentes sociais, assistentes operativas, entre outros).

Leichtentritt e col. (2005), no seu estudo, identificou emoções, sentimentos associados à hospitalização de mulheres com gravidez de alto risco e agrupou em quatro grandes grupos de sentimentos: raiva, frustração, perda e solidão; medos e ansiedades; esperança e confiança; ambivalência. O mesmo autor considera emoções como reações psicofisiológicas à informação e ao conhecimento, sendo as mesmas importantes para o bem-estar pessoal e para as relações do indivíduo com o meio ambiente, influenciando o comportamento do indivíduo.

Também Price (2007) no seu estudo refere um número de sentimentos/emoções, em tudo sobrepostos aos que se tornaram evidentes neste estudo, como sejam: choque, medo, incerteza, frustração, solidão e tristeza num momento e emoção, felicidade e alegria a seguir.

Ao falarmos de sentimentos das mulheres com gravidez de alto risco sujeitas a internamento estamos a falar de algo percecionado em vários momentos do contacto estabelecido com elas, quer para comunicar, monitorizar, ou observar o desenvolvimento do estado físico materno-fetal, quer apenas para perceber como ficou depois de saber o que a espera... O atendimento na urgência, o ambiente do serviço de urgência, o movimento do serviço de urgência, leva a que as mulheres grávidas com complicações sejam muitas vezes internadas sem terem tido tempo de respirar fundo, e quase sem mais palavras do que “tem de ficar cá connosco, para vigiarmos melhor a gravidez”. Prestar cuidados num serviço de vigilância de patologia da gravidez, muitas vezes, não é mais do que vigiar/monitorizar o bem-estar materno-fetal... Mas em cada uma das mulheres internada com gravidez de risco, há bem mais do que “um ser grávido”, há uma pessoa viva, com necessidades e sentimentos expressivos, e como que de imediato, silenciados pelo diagnóstico. As participantes deste estudo apresentaram uma variedade de sentimentos, agrupados em 8 subcategorias:

- Medo

O medo é um sentimento que ronda a existência das grávidas, de maneira subtil ou de forma marcante vai entrando nas suas vidas e rouba-lhes a paz, o sossego, a tranquilidade. É um sentimento fantasma, que acompanha cada momento de expectativa da gravidez, reflete-se no olhar das grávidas (olhar húmido, parado, sem reacção), desencadeia sinais físicos (taquicardia, alguma agitação) perante observações não entendidas, mal esclarecidas. O medo foi o sentimento que predominou no conjunto das entrevistas, poderíamos dizer, foi o mais marcante. Isto corrobora as conclusões de Zampieri (2001), Oliveira (2008), Quevedo (2010) nos estudos realizados.

Tedesco, citado por Dourado (2005), considera o medo real, e que traduz a perda de controlo da gravidez e do que pode acontecer a si própria e a seu filho.

O medo está presente nas falas das mulheres, ora de forma concreta, ao afirmarem sentir medo, ora de forma imaginária ao relatarem o medo de perder o bebé, de que algo não corra bem.

“... eu fiquei em pânico porque não sabia o que ia acontecer, (...)” (E3)

“... tenho medo que algo falhe, de que as coisas não corram bem. (E3)

“A primeira coisa que fiz foi chorar, nunca tinha estado internada, e tinha medo de estar aqui, não gosto...” (E4)

“Sim, agora surgem muitos receios. (...) já me fez despoletar algum receio de que não fosse perfeito, (...) se estará de facto tudo bem (...) Mais outros receios que se juntam agora, o facto de ser prematuro, será que vai acarretar muitos problemas, poucos...” (E6)

“O maior desconforto é o receio, que por mais que não se queira ter tem-se sempre.” (E6)

Perante os diferentes relatos, percebemos que há sentimentos que não existem isoladamente, e que perante a descrição das mulheres, a sua postura, a observação de expressões e de olhares, torna-se difícil separá-los, indo fortalecer a ideia de confusão/turbilhão de sentimentos, associados a este impacto que é o tomar consciência de uma gravidez de alto risco.

“Assustada. Chorei mesmo, bloqueei. Sei lá, o que vai acontecer, o porquê, será que está tudo bem, será que vou ficar internada porque isto está mesmo muito mal, muita coisa...” (E7)

“Tenho medo e preocupação, queria chegar às 34-35 sem, e tenho medo de não conseguir.” (E7)

“Muito ansiosa e muito medo. Estas palavras estão muito juntas. Estou ansiosa de ver, de lhe por a mão, sinto-me preparada para isso. Com muito medo, mas acho que sim.” (E7)

O medo pode resultar de uma influência cultural, quando associado às experiências negativas que lhe são contadas por outras mulheres, até mesmo a própria mãe, e que de certa forma lhe transmite um certo receio.

“...Por um lado tenho algum receio e isso tem a ver com as experiências que vamos ouvindo, porque e muito sinceramente nisso a experiência que a minha mãe teve do meu nascimento foi muito má, à 31 anos, foi muito má, eu cresci a ouvir essa história, portanto para mim o parto é uma coisa difícil. (...) Tenho algum receio.” (E2)

O sentimento de medo aparece para a mulher que vivencia uma gravidez de alto risco como um sentimento de inquietação ante a ideia de um perigo real ou imaginário, e toma uma dimensão que a mesma, muitas vezes, não sabe como explicar. É como se não existissem mecanismos internos para enfrentar a situação.

“Sim, agora estou tranquila, confiante mas sei que o medo me estava a abafar.” (E7)

“ Acho que não estou a conseguir controlar as emoções de estar aqui no hospital. (...) Depois da avaliação diária que é feita do estado dos bebés, e

chegarem à conclusão de que se calhar não foi a melhor atitude, ou foi precipitado, (...) torna-se ainda mais sufocante estar no serviço, estar internada, eu não tenho nada a dizer do serviço.” (E8)

“ E na minha situação que nunca sei o que vai acontecer a seguir, porque estou na iminência de, é sempre aquele sobressalto, nunca estou totalmente descansada. Isso causa desconforto emocional sobretudo.” (E6)

“A maior preocupação é as coisas não desenvolverem corretamente... sei que a partir de agora ele é viável, mas no entanto sei que ao avançar também pode ficar com alguns danos. Portanto estou aqui num impasse.” (E1)

“... andamos a lutar contra o tempo.” (E1)

Este medo transmitido e transparecido durante as entrevistas e verificado na prestação de cuidados a utentes internadas em serviços de patologia da gravidez (medicina materno-fetal) é corroborado por Morsch (cit. por Dourado, 2005), que observou: no “período gestacional, o anúncio de que um bebê está a caminho desencadeia uma reflexão sobre as novas exigências que se impõem. É comum tanto à mulher como ao seu companheiro sentirem medo e se questionarem diante das mudanças suscitadas por uma situação ou o fato imprevisto, mesmo que este seja muito desejado”.

Segundo Colman e Colman (1994, p.53), “o medo de perder o bebê pode ser muito mais do que a mera ansiedade da mulher de que não será uma boa mãe ou os seus sentimentos de ter sido negligenciada quando ela própria era bebê. É um sonho acerca do que irá, de facto acontecer...”.

Também Azevedo (2009) corrobora a influência de experiências anteriores como fatores que influenciam o medo “quando a mulher estava vivenciando a doença pela primeira vez sem apresentar manifestações de gravidade, este sentimento estava ligado à preocupação e angústia em relação ao que ela não conhecia. Já aquela que manifesta a doença, com complicações graves, em gestação anterior ou mesmo atual, o medo surgiu como angústia, trauma, desespero e choro”.

O medo é de facto um sentimento que atemoriza a mulher internada. O desconhecido é sempre mais assustador do que o conhecido (Oliveira, 2008).

- Ansiedade/Angústia

Ansiedade e medo são dois sentimentos que coexistem e são o resultado de enfrentar a ameaça existencial incerta (Leichtentritt et al., 2005). Pelo que não surpreende que tenham sido identificados com a experiência da hospitalização devido a gravidez de alto risco. Uma mulher pode estar inquieta, aflita, angustiada, apreensiva, revoltada, com medo do desfecho de determinada situação. Tedesco (cit. por Dourado, 2005, p.93) considera ansiedade como um estado afetivo caracterizado por insatisfação, intranquilidade, insegurança, incerteza, por medo da experiência desconhecida, presente em todo o período gestacional até ao parto. É um fenómeno de natureza psíquica só pode ser identificada por quem a sofre. “Trata-se de um estado mental ligado a emoções e sentimentos relacionados com o perigo”.

“É uma ansiedade intolerante de todos os dias, tenho de sofrer porque tenho de contar o dia-a-dia, não faço risquinhos, mas até à hora do almoço espero que me digam se está tudo bem ou não. Tudo isto é muita ansiedade. É um bocadinho de aperto. (...)” (E4)

“Neste momento tenho mais ansiedade do que medo. Porque no fundo quero acreditar que não vai acontecer nada.” (E4)

Para Maldonado (cit. por Oliveira, 2008), o estado emocional de ansiedade diante de uma situação de tensão tem uma função importante de alertar e mobilizar a pessoa o que lhe permite desenvolver mecanismos de adaptação.

“A palavra que define o que estou a sentir neste momento é ansiedade, uma ansiedade por estar na expectativa pelo que vai acontecer a seguir, o grande momento,...” (E2)

Podemos associar à ansiedade sentimentos como: angústia, aflição, inquietação, dor, desassossego, sensação de aperto, evidenciados nos relatos e que descrevem a mesma ideia.

“A maior preocupação é que as coisas não desenvolveram corretamente. (...) tenho pouco liquido amniótico, estou com 25 semanas, o maior receio... sei que a partir de agora é viável, apesar de ser uma rotura muito precoce, é viável, mas no entanto também sei que ao avançar também pode ficar com alguns danos. Portanto estou num impasse. (...) E que me deixa ansiosa. (...) Sinto-me bastante confusa.” (E1)

“Nessa altura, ainda antes de eles me dizerem isso, eu já tinha questionado, porque a minha preocupação era saber se o bebe tinha possibilidade de sobreviver, (...) foi de angústia, de tudo um pouco.” (E3)

“Muito agitada. Muito nervosa, muito ansiosa com isto tudo, eu sou uma pessoa curiosa, gosto muito de saber as coisas, pesquiso muito, (...) e saber que se entrar em trabalho de parto, posso ser transferida por falta de vagas para os bebês, isso mexe comigo, e a nível psicológico estou completamente transtornada com isto.” (E8)

O sentimento de aflição, dor, característico da ansiedade, torna-se mais intenso perante a previsão real ou imaginária de uma situação desagradável, como o risco de ter um bebé com problemas ou malformações. O medo da mulher toma assim uma dimensão maior, e passa a viver momentos de dor e de angústia.

Esta ideia é sustentada por Colman e Colman (1994) quando afirma: “quando a mulher se apercebe de que algo pode correr mal, de que pode perder o bebé, pode haver uma certa atração por esta ideia, embora ela saiba que isso significaria algum desconforto físico e emocional.”

“Angústia, impotência, e tenho bastante esperança... (fica triste e chorosa). Na gravidez ficamos mais sensíveis, mas eu nem sou nada de chorar...” (E3)

“Para mim é bastante doloroso ficar internada, 1º porque acho que vivo muito ao ar livre e ficar aqui (...) é dos piores castigos que me podem dar na vida. Portanto, só por aí já percebe o meu estado de sufoco. (...) ” (E6)

Observamos nos relatos instabilidade emocional e fragilidade da grávida, não só nos gestos mas também nas palavras que deixam fluir nos seus depoimentos.

“ (...) o facto de perceber que o tempo que falta tem de ser passado aqui, é que me fez mexer um pouco com a parte emocional. Emocionalmente fui-me mesmo a baixo, estive a chorar até há bocadinho.” (E6)

“Tristeza, ansiedade, desespero de não poder fazer outra coisa para me ajudar, não sei ... Sinto algo dentro de mim...” (E7)

- Choque/Apreensão

O choque associado ao impacto da notícia e constatação de uma gravidez de alto risco com necessidade de internamento, faz sobressair nestas mulheres labilidade e vulnerabilidade

frente ao diagnóstico estabelecido, e leva as mesmas a perceberem que as transformações causadas pela gravidez para além das mudanças físicas, fez-se acompanhar de carências afetivas, denotadas na descrição de solidão durante o internamento, sentimento de tristeza, desamparo, com medo e sentindo por vezes necessidade de falar com alguém.

“Chocada porque disseram que o prognóstico não era muito bom. Como na altura tinha 20 semanas, a minha gravidez não iria para a frente no estado em que eu estava.” (E0)

“ (...) o contacto com a ideia de que tenho de ficar mais tempo. Por mais que eu me estivesse a tentar mentalizar, foi um choque, porque eu já de certa forma estava a prever, mas daí até à confirmação há sempre a esperança... e acho definitivamente que foi o pior momento.” (E6)

“Custou-me um bocadinho: 1º lugar porque foi o susto de perder o bebé, 2º porque tenho outro filho, (...) pois para estar com este tive de deixar o outro.” (E7)

“Foi um choque! Um aperto muito grande. (...) Fiquei muito entalada, fiquei muito apreensiva, que até pedi à Dra para me deixar ir a casa buscar, organizar as coisas e então vir para cá, porque não estava mesmo a contar.” (E8)

- Solidão

Também Price (2007) considera “o que tinha sido uma experiência da ligação alegre para as suas famílias tinha-se tornado numa situação assustadora e alienante nas suas vidas, deixando-as muitas vezes sentir-se ansiosas e sozinhas. Alguns relatos recolhidos reforçam isso mesmo.

“São sentimentos desconfortáveis que passam pela angústia, pelo medo, solidão, quando chega o final do dia nós temos de ficar sozinhas.” (E6)

A solidão é também um sentimento que emerge dos relatos das grávidas, causando ansiedade. É o vazio deixado por uma gravidez plena de acontecimentos, é a saudade que fica de uma vida que não voltará a ser a mesma após o internamento.

“Tive a vantagem de ter tido tempo de preparar. O que me custa mais mesmo é não poder estar com o meu marido, ele faz-me falta, de resto vim tranquilamente” (E2)

“Estar aqui sozinha, tantas horas. São muitas horas, sem ninguém. O tempo não passa.” (E7)

“São sentimentos desconfortáveis que passam pela angústia, pelo medo, solidão, quando chega ao final do dia e nós temos de ficar sozinhas.” (E6)

O que foi notado é que a solidão foi praticamente focada por todas as entrevistadas, mas umas de forma direta outras demonstrando incapacidade de comunicar, fechando-se sobre si.

“Já são muitos dias fora das minhas coisas. Mas ... (esboça um olhar com muito brilho e lágrimas) ” (E0)

“É um corte a 100% com a nossa vida. Ficamos sozinhas, completamente afastadas do nosso dia / dia. (...) não se tem tempo de preparativos, não temos tempo de organizar a nossa vida para a maternidade e basicamente o que me disseram foi que se correr tudo bem, vou sair daqui com a filha” (E1)

“ (...) O que mata são as saudades, estar aqui presa e não saber como vai ser o dia de amanhã, depois é estar todos os dias em jejum. Saudades de estar em casa grávida, como a minha avó (fica a chorar).” (E8)

Oliveira (2008), para além de falar da solidão, distingue o estar só (privado de companhia externa) de sentir-se só (estar só, mesmo cercado de gente) e acredita ser esse um estado de solidão interna. “A solidão não decorre do facto de não haver ninguém interessado em nós, mas da incapacidade de comunicar as coisas que nos parecem importantes. Mesmo em companhia de alguém, mesmo recebendo atenção, se sentem sozinhas”.

- Alívio

Perante a confirmação do diagnóstico de gravidez de risco e da necessidade de internamento, nota-se por parte de algumas mulheres um alívio, descanso, com a notícia, justificada pela segurança dos cuidados recebidos em unidades especializadas, e pela contínua vigilância do bem-estar fetal, e pela possibilidade de dar resposta a cuidados específicos, que de outra forma não poderiam receber.

“ (...) Confesso que a partir da altura em que o diagnóstico foi confirmado, para mim ficar internada foi um descanso.” (E2)

“Senti-me mais segura em vir para aqui. (...) Sei que desde que estou no hospital, as coisas estão mais calmas, em casa tinha coisas para fazer e não podia, aqui é mais calmo, mais sereno, não sei se pelo apoio, ..., por tudo isso, uma gravidez de risco se calhar não gostamos da ideia, mas deve ser junto dos profissionais.” (E7)

“ Neste momento quero que passe a noite para de manhã ouvir dizer que está tudo bem (desabafa, chorando, demonstra uma angústia muito grande).” (E4)

“Nem fiquei contente nem triste, fiquei aliviada.” (E5)

No estudo realizado por Simmons (2011), as mulheres expressaram que “alto risco ligado à gravidez lhes permitiu ter acesso a prestadores de cuidados de saúde que de outra forma estavam inacessíveis”.

- Sentimento de Culpa

É um sentimento difícil de carregar pela componente psicológica e o respetivo desgaste que acarretam. Mas já Maldonado (cit. por Zampieri, 2001), no seu estudo explica que a preocupação da grávida sobre a sobrevivência de seu filho resulta do facto de carregar um sentimento de culpa por não conseguir a gravidez normal. Estas conclusões veem demonstrar e justificar este sentimento presente nos relatos de algumas grávidas.

Martinez (cit. por Oliveira, 2008) considera que “normalmente a mãe, ao conversar com a enfermeira, refere sentimento de culpa (...) por ter um filho prematuro. O que se deve ao facto de a mãe imaginar sempre ter um filho perfeito, saudável, a termo e poder estar com seu filho em casa.”

“Acho que as pessoas quando chegam a esta situação, não estão preparadas. Porque ninguém imaginava a gravidez como gravidez de risco, mas achoa que se tivesse pensado nisso antes, ..., se calhar estaria mais preparada emocionalmente do que me encontro agora (...) Comigo foi uma falha grande, nunca coloquei essa hipótese durante a gravidez.” (E6)

“Mas nós facilitamos, e depois de cair numa cama e ficar forçada a repouso é que pensa na asneira que fez. Sei que é grave (...) É um sentimento de culpa, porque é que eu não descansei mais (...)” (E7)

“Mudei, em termos de ritmo de vida tive de diminuir. Se calhar não diminui o suficiente (...) Não é bem culpa, eu sei que não fiz aquilo de maneira alguma com intenção, mas fiquei um bocadinho angustiada porque a médica tinha-me avisado e pronto... eu facilitei aí. Nunca pensei que a situação estivesse tão frágil. (Começa a chorar) (E3)

A manifestação de sentimento de culpa fala por si, e vem reforçar a ideia de que a mulher quando está grávida, em nenhum momento pensa que poderá vir a desenvolver complicações, e a hospitalização só está contemplada para o momento do parto.

Na análise de Quevedo (2010), “prejudicar o bebê em decorrência das doenças que possui gerou discurso fortes, nos quais as gestantes trouxeram sentimentos de fragilidade, pois se sentiam como se fossem responsáveis pelo que estava ocorrendo, além de não se julgarem competentes para serem mães e protegerem seus filhos”.

Oliveira (2008) verificou junto das participantes que “algumas vezes a mulher julga estar sendo castigada/punida com uma gravidez de alto risco”.

- Stress

A gravidez de alto risco é uma experiência stressante em razão dos riscos a que estão sujeitos o feto e a mãe, e que se repercute em todo o contexto familiar. Também Price (2007), e Zampieri (2001), constataram que complicações na gravidez podem gerar *stress* e incerteza para as mulheres e para as suas famílias.

Simmons, no seu estudo realizado em 2011, sobre a gravidez de alto risco, indicou que basta o rótulo de “alto risco” para surgir *stress* adicional nas grávidas. Os dados recolhidos permitem confirmar as conclusões da mesma quando esta considera que a mulher que necessita de internamento entra num “mundo” altamente medicalizado e tecnológico, um mundo onde os seus prestadores de cuidados e os equipamentos são peritos na sua gravidez, e não a própria mulher.

O internamento durante a gravidez, resulta em *stress* para a mulher grávida, sobretudo em relação à separação do lar e da família.

“Preocupou-me porque tenho uma filha em casa, ela ainda precisa de muito de mim, mas eu também tenho de saber que é uma gravidez de risco.” (E0)

“O facto de ter um filho em que o marido dá apoio, mas como não tinha nada disto programado, estava tudo desorganizado, isso aumenta a preocupação.” (E3)

“Um stress, uma tensão muito grande. Está a ser muito difícil para mim ao nível máximo. (...) Andar neste impasse, vão nascer, não vão nascer, é horrível! Acho que não estou a conseguir controlar as emoções de estar aqui no hospital. (...) Torna-se ainda mais sufocante estar no serviço, internada.” (E8)

Uma mulher que vivenciou um risco na gravidez maior que a média, para si ou para o seu filho, ela vai ter aumento da incerteza quanto ao final da gravidez, maior *stress* e

diminuição do bem-estar da mesma, sendo este aspeto verificado e percebido durante as entrevistas.

“... As dúvidas, não saber o que ia acontecer, foi uma ansiedade pelo desconhecido, não saber o que o esperava. (...) Perceber como funciona a unidade acaba por nos acalmar. (...) O dia mais complicado foi mesmo hoje, foi um dia em que compreendi que vou ter de ficar.” (E6)

O cuidado especializado deveria estar voltado para criar mecanismos de ajuda para controlar o *stress*, ou seja, minimizar o impacto do internamento, do desconhecido, mostrando disponibilidade de escuta, de esclarecimento, envolver a mulher nas decisões em relação ao plano de cuidados e realizando formação no âmbito dos respetivos diagnósticos, para “tornar conhecido o desconhecido”.

- Ambivalência de sentimentos

Durante a colheita de dados, e a análise dos relatos, a presença de sentimentos contraditórios é frequente e reforça o que outros autores (Canavarro, 2001; Figes, 2001; Leichtentritt et al., 2005; Oliveira, 2008; Quevedo, 2010; Zampieri, 2001) já analisaram e coloca não apenas a gravidez de risco, mas qualquer gravidez, como um novelo de emoções e sentimentos, interligados e conduzidos pelas experiências e expectativas de cada mulher.

“Os sentimentos de ambivalência da maternidade iniciam-se durante a gravidez. Por muito que um bebé seja desejado, há ocasiões em que as mulheres se sentem esmagadas pela irreversibilidade da situação. (...) A investigação científica recente sugere que a mãe e o feto competem pelo alimento durante a gravidez e jogam um complicado jogo de xadrez de modo a garantir que nenhuma das partes elimine a outra. A placenta invade as artérias da mãe a fim de lhe entrar na corrente sanguínea para alimentar o feto em crescimento. (...) As doenças da gravidez, como diabetes e a pré-eclampsia ocorrem quando o feto altera o equilíbrio entre a mãe e o filho a fim de garantir a sua sobrevivência, muito embora semelhante estratégia se arrisque a destruir ambos” (Figes, 1998).

Para Leichtentritt e col. (2005, p.45), “Elas sentem-se ansiosas e ressentidas com a situação, apenas para estarem preenchidas com a esperança e a confiança no resultado da gravidez. Elas vêem-se como estando emocionalmente envolvidas mas fisicamente fora de casa. Elas querem dar à luz o mais rapidamente possível e, ao mesmo tempo gostariam de

prolongar a gravidez tanto quanto possível para o bem-estar do feto”. Relata ainda que “as mulheres amavam os seus filhos por nascer, mas ao mesmo tempo ressentiam-se do problema associado à gravidez. Elas ansiavam pelo parto, mas preocupavam-se com o seu resultado. As mulheres queriam prolongar a gravidez tanto quanto possível, por causa do feto, e ao mesmo tempo desejavam o parto o mais rapidamente possível”.

Nem sempre é fácil que uma mulher descreva essa ambivalência, mas o relato seguinte elucida bem aquilo que poderia ter sido assinado por outras:

“O início foi muito complicado. (...) nas 1^{as} semanas sentia-me muito tão nervosa que parecia que andava triste. Porque tinha receio que alguma coisa corresse mal, (mostra-se emocionada, com labilidade) depois entretanto com o tempo as coisas foram melhorando, consegui... As 1^{as} semanas foram muito difíceis, uma alegria triste. (...) toda a gente dizia que a maternidade é uma coisa fabulosa, tu vais sentir-te especial, mas parece que toda a gente tem medo de falar de que também à muita insegurança, e muitas dúvidas, não é, tipo, de acordar a meio da noite e pensar será que vou ser capaz de fazer isto, de levar isto ao fim.” (E2)

Autores como Canavarro (2001, p.38) consideram “a ambivalência como a atitude que mais caracteriza os primeiros tempos de gravidez. Ambivalência em relação a acreditar na viabilidade da própria gravidez; ambivalência em relação à aceitação do feto; ambivalência em relação às mudanças que o novo estado implica e em relação à própria maternidade”. A “pessoa” em situação de vivência é capaz de achar bom ou mau, sentir amor e ódio, prazer e desconforto, alegria e tristeza, conceito patente no estudo de Oliveira (2008).

“Quando soube, fiquei super feliz, eu e a minha família, depois fiquei um pouco apreensiva devido à idade, (...)” (E3)

“A vontade de ver o filho e terminar o período de gravidez coexiste com o desejo de a prolongar, para adiar o momento do parto e as novas exigências que o nascimento do bebé acarreta.” (Mendes, 2001)

“Se eu estava tão bem, tão feliz, porque é que não vou acabar a gravidez como qualquer mãe, a gozar a gravidez até ao fim. (...) Estou feliz., mas com medo...” (E8)

“Este período é também marcado por alguns sentimentos ambivalentes: a vontade de ter o filho e terminar a gravidez coexiste com o desejo de a prolongar para adiar a necessidade de novas adaptações exigidas pelo recém-nascido” (Mendes, 2001, p. 32).

A ambivalência afetiva experimentada pela grávida vai ser ultrapassada em grande medida pelo apoio e aceitação da gravidez por parte do ambiente familiar próximo, cuidados recebidos, assim como pela confirmação definitiva do estado de gravidez.

Zampieri (2001, p.149) confirma esta ambivalência, ora acreditando que tudo iria correr bem, ora perdendo as esperanças. “Um *stress* violento, levando a gestante a buscar alternativas para se afastar desta situação, para evitar o sofrimento, deixando de falar do bebê, não preparando seu enxoval, centrando-se em outros problemas familiares”.

“Para já está tudo em standby. Compras, já tenho algumas, mas neste momento está tudo parado, tenho o meu marido com a lista, mas há coisas que ainda não comprei, porque estamos nesta fase em que não sabemos se as coisas vão correr bem ou não.” (E1).

➤ Expectativas associadas à gravidez de alto risco

Segundo Bruggemann (cit. por Oliveira, 2008, p. 70), “as expectativas têm origem nas experiências vividas anteriormente pela mulher e nas informações recebidas. De modo que, ao entrar na maternidade, a mulher já tem uma ideia preconcebida de como desencadeia o processo de parto e de como será atendida e quais as dificuldades que terá de enfrentar”. Também H. Simmons (2011) considera que as experiências vividas pelas grávidas, bem como as necessidades de cada uma podem ser diferentes, de acordo com as experiências anteriores.

A transição de uma gravidez normal para uma situação de alto risco, representa um momento crítico, tanto para a mulher grávida, como para a sua família, como também para os prestadores de cuidados que vão tentar ajustar as condutas de vigilância a uma mulher de quem desconhecem as expectativas, mas que com o tempo, vão explorar.

Mulheres com gravidez de alto risco estão conscientes do risco para si e para o seu bebê, e isto altera as suas expectativas.

Descrever as emoções/sentimentos associados às expectativas de cada mulher, para além do que cada uma descreveu ao longo de cada entrevista, é difícil pois podemos correr o risco de nos repetir.

- Esperança

Sentimento identificado por Price (2007) na análise das entrevistas que realizou, referindo que as mulheres e suas famílias lutavam para permanecer positivas e manter um sentimento de esperança no meio das mudanças extenuantes que um diagnóstico de gravidez de risco trouxera às suas vidas. Também Zampieri (2001, p. 162) refere que as grávidas “confortam-se mutuamente, parecendo munir-se de forças e pensamentos positivos, para poderem desenvolver seus potenciais e enfrentar as dificuldades, realizando o sonho de ter nos braços um bebê saudável”. Estas conclusões foram verificadas nos seguintes relatos:

“Claro que gostava de estar a preparar tudo para quando o bebé nascesse, mas isso não faz o meu filho mais feliz, ou menos feliz, o que quero é que nasça bem para poder usar tudo e eu poder comprar.” (E3)

“Dar vida à minha filha!” (E4)

“Mais 4 semanas! Pelo menos para ele vir mais forte. Por mim, não me vou embora, eu fico, quero é que ele venha mais forte.” (E7)

A corroborar a identificação desta subcategoria nos discursos, Oliveira (2008, p. 55), afirmou “a despeito de toda ansiedade e preocupações vivenciadas pelas mulheres entrevistadas, pude perceber, nos seus relatos, que a condição de alto risco não impede que a gestante tenha alegria e satisfação com a gravidez e nutre esperança de que a gravidez tenha uma evolução satisfatória e um final feliz”.

- Não conseguir viver a gravidez

Explorar a expectativa da forma como gostaria de viver, e vive a gravidez, pode revelar informações valiosas para direcionar os cuidados/apoio a ministrar durante o internamento. É colocar a grávida diante de um espelho e deixar que ela descreva a imagem presente, isto ajuda-nos a ver através dos seus olhos e prever o que está a sentir no momento.

“Imaginei uma gravidez em que tudo corresse bem até ao fim.” (E1)

“A experiência de estar internada grávida, naturalmente que depende do que acontecer no fim, mas correndo tudo bem é a única razão positiva para se estar internada grávida, todas as outras são más, esta não, porque no final a

recompensa pelo nosso esforço e dedicação é positiva, que é o filho, mas mesmo assim, ao fim de algum tempo vamo-nos encontrar desgastadas, cansadas passa 1 dia, 1 semana, 1 mês, ficamos cansadas, eu tenho uma luz ao fundo do túnel, tenho uma data prevista... às 37sem.” (E2)

“Neste momento quero que passe a noite para de manhã ouvir dizer que está tudo bem. (desabafa, chorando, demonstra uma grande angústia) ” (E4)

“Não criei muitas expectativas, como seria, uma vez que tinha corrido tudo tão bem até agora... achei que iria correr tudo sempre bem até ao fim. Daí a minha surpresa éter dificuldade em aceitar esta situação...” (E6)

“Nada está a ser difícil, (...) porque isto foi tão desejado, que o que quer que eu faça, faço com tanto gosto, tanto amor, eu fiquei internada no dia 6, no dia 5 andei a pintar o quarto dos meus filhos.” (E8)

- Frustração

Também Price (2007, p. 66), afirma que com um diagnóstico de gravidez de alto risco, as famílias são confrontadas com a possibilidade de que o que tinham planeado e desejado possa não vir a existir e que “a sua criança por nascer, possa ter problemas graves”.

“Uma pessoa parece que chega a um ponto em que deixa de lutar, tentar obter respostas daqui e dali, e ver que as coisas não ligam bem, chegamos a um ponto em que aceitamos o que dizem, pronto, acabamos por ter de confiar em quem nos está a avaliar...” (E1)

“Nem fiz uma coisa, nem fiz outra a 100%, nem vivi a gravidez com a paz que gostaria, nem estive no trabalho a 100% como eu gostaria de ter estado.” (E2)

“Já está a acabar, sinceramente preferia que tivesse decorrido tudo mais naturalmente possível e que houvesse uma forma de normalizar isto e ir para casa (diz isto já com lágrimas nos olhos) e esperar que a natureza fizesse o que sabe fazer. (E2)

“O quarto do bebé ficou parado, não me sinto capaz de mexer no que quer que seja, pois pode ainda alguma coisa não correr bem, e será bem mais complicado se eu continuar em frente, aguardar 2-3 semanas, (...) se conseguirmos não haverá problema.” (E3)

O que era uma experiência da ligação alegre para as suas famílias transformou-se numa situação assustadora nas suas vidas, deixando-as muitas vezes sentir-se ansiosas e sozinhas.

“O motivo de inquietação por parte da família acaba por ser por não perceberem o que se passa.” (E2)

“Já temos pessoas doentes em casa, mais uma preocupação, mais uma dor de cabeça, é complicado entender...” (E5)

“Porquê e, porque tinha de acontecer assim, se eu estava tão bem, tão feliz, porque é que eu não vou acabar a gravidez como qualquer mãe, a gozara a gravidez até ao fim.” (E7)

➤ **Conhecimento sobre gravidez de alto risco**

Sabemos que uma mulher precisa de informações sobre a sua saúde e a do seu “bebé”, para desenvolverem mecanismos de adaptação à nova condição, estar grávida com uma complicação. Foi constatado, nas entrevistas realizadas, que a maioria das grávidas entendem o que é uma gravidez de risco, estando presente a noção de que esta traduz risco para a mãe ou para o feto ou para ambos, e que pode inclusivamente afetar o resultado da gravidez.

Segundo Harrison (2003), mulheres com gravidez de alto risco estão conscientes do risco para si e para o seu bebé, e este conhecimento altera as suas expectativas sobre a gravidez. As mulheres não sabem como as suas condições de alto risco afetarão a si mesmas, os seus bebés, ou as gravidezes futuras (Leichtentritt et al., 2005).

Está evidente o reconhecimento de necessidade de cuidados especializados para uma monitorização continua destas situações.

- Reconhecimento da necessidade de vigilância

A percepção de que a presença de riscos reais ou potenciais implica uma vigilância apertada, em serviços com meios adequados e com possibilidade de prestação de cuidados específicos, altamente especializados, é uma realidade que é sentida pela mulher com uma gravidez de risco como podemos constatar nos seguintes depoimentos:

“é uma gravidez (...) que pode acarretar riscos quer para a mãe quer para o bebé, (...) implica alguns cuidados.” (E6)

“É uma gravidez que tem de ser muito mais vigiada” (E8)

- Risco de vida para a mãe e para o feto

Todas as mulheres participantes neste estudo demonstraram consciência e percepção de estarem perante um risco de vida duplo, e com isso constataram a gravidade da situação.

“Podia perder a minha bebé em qualquer altura. A bebé ou eu.” (E4)

“(...) pode acontecer alguma coisa a mim ou a ele. Sei que é grave (...) disseram que tinha uma gravidez de risco porque comecei a perder sangue, eu pensei, não vai parar e eu vou perder o bebé.” (E7)

- Cumprimento do regime terapêutico

Nota-se nos testemunhos destas mulheres um único sentido no rumo da garantia de bem-estar materno-fetal, que é aderirem ao cumprimento das indicações terapêuticas, para evitar desfechos indesejados. Souza (2007) corrobora esta ideia afirmando que “o envolvimento da mulher com a própria saúde, durante a gravidez de alto risco, faz com que ela se sinta responsável por si mesma e pela saúde do seu bebé.”

“Todas as pessoas que estão nesta situação estão conscientes que os riscos podem ser para ambos, portanto o melhor é mesmo cumprir com aquilo que nos mandam.” (E6)

“... A experiência de ser internada grávida naturalmente que depende do que acontecer no fim, mas correndo tudo bem é a única razão positiva para se estar internada grávida.” (E2)

Oliveira (2008), da análise dos relatos afirma: “pude perceber que a gestante de alto risco demonstra, por meio de sua fala, conhecer as complicações que podem se suceder em consequência ao não cumprimento das recomendações da equipe de saúde”.

- Aquisição de conhecimentos

Segundo Figs (1998, p. 12), “a investigação demonstra que as pessoas enfrentam melhor os acontecimentos que sujeitam a tensão, quando se sentem devidamente informadas e apoiadas”. Esta percepção foi verificada nos relatos das nossas entrevistadas:

“Eles ajudam a enfrentar o internamento, eles permitem-me saber em que fase estou da gravidez e até quando é que eu tenho de aguentar e persistir aqui para que as coisas vão avante, para conseguir que a gravidez evolua.” (E1)

“Basicamente foi por livros, net, (...) eu preciso de saber o que acontece (...)” (E2)

➤ **Experiências/vivências durante o internamento**

Também Leichtentritt e col. (2005) demonstra que embora diferente de uma gravidez normal, uma gravidez de alto risco é sempre uma gravidez, e portanto, envolve componentes que são semelhantes aos de qualquer gravidez. Além disso, a hospitalização devido a condições de alto risco tem elementos semelhantes aos de qualquer outro internamento.

Quevedo, em 2001, investigou a experiência da hospitalização para as grávidas de alto risco. A hospitalização trouxe sentimentos de segurança para um grupo de mulheres, uma vez que os cuidados hospitalares deixavam-nas mais tranquilas em relação à própria vida e à vida do bebé, mas por outro lado, altos graus de *stress* foram vivenciados por um grupo de grávidas que se preocupavam com os seus familiares e filhos que deixaram em casa. O mesmo autor, na sua investigação sobre as “Experiências, percepções e significados da maternidade para mulheres com gravidez de alto risco”, verificou a partir dos testemunhos que “a hospitalização gera apreensão e sofrimento, pois representa afastamento daquilo que lhe é familiar, trazendo com isso vivências de isolamento, sensação de abandono e rompimento dos laços afetivos e sociais”.

- Impotência perante o diagnóstico

Resulta da constatação por parte das mulheres de “tem de ser”, não escolheram passar por isso. Vários investigadores observam esta subcategoria na análise dos dados dos mesmos, mas Zampieri (2001), ao descrever as vivências das mulheres com gravidez de alto risco e seus acompanhantes, refere que “O tempo significava muito para as gestantes e acompanhantes. Cada minuto representava uma eternidade, custando muito a passar. Os ponteiros caminhavam lentamente, o que tornava a espera mais angustiante. Sentiam-se à

mercê de uma situação, que poderia ter ou não um final feliz, o que gerava muitas incertezas e stress”.

“Sinto-me praticamente impotente... Sou uma pessoa ativa e ter de estar assim é muito complicado...” (E1)

“Não está nas minhas mãos, não é o facto de estar aqui, mas o cansaço de haver coisas que não estão nas minhas mãos, não posso fazer nada.” (E4)

“Foi um dos bebés, porque havia uma séria suspeita de ausência de fluxo, e isso era grave.” “Este impasse, vai ser agora, não vai.” E(8)

- Mudança no quotidiano

Nenhuma mulher ficou indiferente à necessidade de internamento, ou seja, a gravidez e posteriormente o internamento conduziu a ajustes/mudanças na vida de cada uma, não só relacionada com as alterações físicas, mas também no que refere ao contexto socioprofissional, cultural, familiar. Zampieri (2001, p. 158), de entre outras conclusões também observou que “a hospitalização e repouso associados à gravidez de alto risco podem gerar transtornos, efeitos ou distúrbios, no ambiente pessoal e familiar. (...) O afastamento da família e do domicílio, as mudanças nas circunstâncias familiares...”. Estes resultados corroboram os relatos evidenciados pelas participantes neste estudo.

“Habituada a um modo de viver totalmente diferente. Uma rotina sempre mexida... e agora estou parada totalmente.” (E0)

“Está a ser um bocado complicado para aceitar. (...) A minha vida mudou um bocadinho. (...) Mudou bastante, sim! (...) Sinto-me feliz por estar a conseguir levar a gravidez para a frente.” (E0)

“(...) a gravidez fez com que deixasse de fumar e estivesse mais calma, tivesse mais tempo para descansar.” (E2)

“Mudou, mudou uma coisa, eu costumava almoçar fora mas como fiquei com as tensões altas e para controlar, disseram que era melhor comer sem sal, (...) o que me levou a adquirir um bom hábito para manter.” (E4)

“Tudo, foi uma volta de 180°. A nível de objetivos de vida, de tudo, de família, de estipulação de prioridades, ..., tudo mudou. As rotinas tiveram de mudar.” (E8)

- Não-aceitação da situação

Verificado na presente investigação, esta subcategoria foi corroborada com os resultados de Quevedo (2010), que considera a gravidez de alto risco de difícil adaptação, caso a mulher tenha vivenciado outras gestações sem condições de risco.

“Um bocado chocada, por não poder ser eu a fazer as coisas, mas teve que ser assim, à que aceitar e pensar positivo.” (E0)

“É difícil, é diferente, comparando com a outra.” (E7)

“Acho que nunca estamos preparados para ficar internados.” (E8)

- Preocupação com os outros elementos da família

Ao longo da análise de conteúdo, em nenhum momento foi esquecido o processo de gravidez e as crises ligadas a ele que envolvem a mulher e as respetivas famílias, uma vez que a manifestação de preocupação sobre a forma como a família estava a acompanhar e a reação de outros filhos esteve sempre presente.

Os resultados do estudo de Zampieri (2001, p. 159), corroboram as manifestações evidenciadas pelas participantes neste estudo, isto é, “os depoimentos evidenciam que as gestantes ao mesmo tempo em que diziam estar seguras e bem atendidas, sem exceção, queixavam-se de saudades e preocupações com os familiares. Ansiavam por voltar ao seu lar, conviver com seus filhos e companheiro, voltar à sua rotina (...)”.

“Preocupou-me porque tenho uma filha em casa, ela ainda precisa muito de mim, (...) falei com ela e ela aceitou.” (E0)

“... O facto de ter outro filho, mas como não tinha programado nada disto, estava tudo desorganizado, (...)” (E3)

“Tenho outro filho, e isso mexeu comigo, porque para estar com este tive de deixar o outro. (...) o que me preocupou foi a vida do outro que está lá fora sem mim.” (E7)

“Tenho a minha avó a viver comigo, ela telefona-me todos os dias e às vezes chora, e isso mexe comigo” (E8)

- Apoio de familiares

Do contacto direto e do acompanhamento das mulheres durante o internamento por gravidez de alto risco, conseguimos perceber que a falta de suporte de pessoas significativas, como seja o marido e outros elementos familiares, predispõe as mesmas à ansiedade. Quevedo (2010, p. 192) corrobora a ideia da “importância da família como núcleo de apoio para o individuo em momentos e situações de crise é percebida claramente nos resultados”.

“Agora vão aceitando porque sabem que eu estou bem e estou a ser bem vigiada e nunca pensaram que eu aguentasse tanto (...) Não preparei nada, tenho pessoas de família que me estão a tratar disso (...)” (E0)

“Tenho tido apoio de familiares e amigos através da visita, de contacto telefónico. Sempre que preciso de algo, eles trazem-me. “ (E1)

“Tenho tido visitas de família e amigos, é a minha sorte...” ; “Sinto que o meu marido está agora desorientado, (...) tudo isto preocupa um bocadinho...” (E3)

“Não tenho família cá, eles estão a viver a situação à distância, mas é uma distância que lhes causa preocupação” (E6)

“Tenho tido visitas do meu namorado e de alguns familiares.” (E8)

Tal como no estudo desenvolvido por Quevedo (2010), no presente estudo emergiu um significativo envolvimento da figura paterna na gestação de alto risco, não só em termos emocionais, como em termos comportamentais, sendo manifestado nos relatos de sentimentos de preocupação e ansiedade, bem como apoio emocional do mesmo à grávida.

“O apoio familiar é fantástico, o meu marido é fabuloso, ajuda muito, (...)” (E2)

“O marido dá-me muita força (...) é mais forte do que eu.”;” O enxoval, tem de ser a minha mãe e a minha irmã a preparar.” (E7)

- Sentir-se limitada nos cuidados

Kramer (cit. por Quevedo, 2010, p. 164) refere: “a hospitalização faz com que se manifeste o conflito entre dependência imposta pela perda de autonomia e a autonomia anteriormente encorajada, como consequência, manifesta-se a perda de controlo, com

sentimentos de desamparo e desalento”. Estas conclusões são reforçadas com os testemunhos recolhidos.

“Não consigo cuidar de mim, estou limitada em todos os aspetos, mobilização, não saio da cama, estou em repouso total, a nível da higiene não posso fazer, (...)”(E1)

“Não é nada agradável ter de estar sempre a tocar, apesar de evitar tocar, tento desenrascar-me”. (E3)

“Se me deixassem passear de cama nos corredores, eu ficava melhor.”; “Ficar na cama dependente de tudo, e de uma pessoa para fazer o que quer que seja.” (E6)

“Não tenho muita privacidade, pois não posso sair da cama...” (E7)

“(...) tenho estado a perder qualidade de vida, eles comprimem tudo, já não consigo dormir, já tenho os pés e pernas com edemas e já não consigo andar, começo a sentir um mal estar geral.” (E8)

Pode tornar-se difícil para a grávida aceitar que o tratamento seja benéfico e desejável, pois ocorre uma perda de controlo sobre a sua vida (Quevedo,2010).

- Cansaço

Muitas mulheres sentem-se tão cansadas que têm de dormir mais, ou ir para a cama cedo, mas mesmo assim sentem-se cansadas, por mais que repousem. Esta conclusão de Figes (1998) foi verificada na análise dos dados, reforçando a mesma, e testemunhando a pertinência da mesma subcategoria na descrição das vivências das mulheres grávidas.

“Vou aproveitar os dias que faltam para descansar porque os que aí vêm são mais pesados, é nisso que tenho de pensar...” (E2)

“A minha necessidade descansar não é a dos outros, (...) chego à noite com vontade de chorar pelo cansaço da falta de sossego.” (E4)

Figes (1998) considera ainda a privação do sono como uma forma de tortura conhecida, e que diminui a atividade do sistema imunitário, o que poderá expor a mulher a doenças.

- Altos e baixos

Tal como Quevedo (2010, p. 176) observou, nos depoimentos de algumas mulheres grávidas, “as representações de maternidade também podem ter sido estruturadas pelas gestantes no contexto de rejeição e ambivalência. (...) Por se tratar de um período de mudanças e necessidade de ajustamentos individuais e familiares, a gestação pode ser considerada um período de crise, porém a participação e o apoio do companheiro e da família neste momento proporcionam a sensação de segurança à gestante”.

“Não tem sido fácil... por ter de ficar dependente de outras pessoas. Sinto-me praticamente impotente. Sou uma pessoa ativa, e ter de estar assim é muito complicado... e aí com não somos de ferro, começamos a desesperar. Portanto tem sido assim, altos e baixos.” (E1)

“Altos e baixos, umas alturas melhor, outras pior. Há alturas em que acho que vai tudo correr bem...” (E3)

Oliveira (2008, p. 58) conclui que “os sentimentos experimentados pela gestante transformam o tempo que falta para desfecho final da gravidez em uma espera infundável. É o que Merleau-Ponty chama de temporalidade existencial, ou seja, passado e futuro se fundem no presente, e este é vivido intensamente pelos sentimentos que rondam a existência do homem. Por isso, as gestantes contam os dias, as horas, os minutos até a chegada do parto”, corrobora a descrição realizada pelas mulheres de “altos e baixos”, isto é, ora está tudo bem, ora questionam o momento, o acontecimento, a disposição, a opção.

A necessidade de criar esta subcategoria prendeu-se pela intuição durante a realização das entrevistas que fez aparecer dos seus relatos pouca estabilidade emocional em relação ao ponto da situação, e às expectativas sobre a evolução até ao parto. Não se caracterizando como ambivalência, não se percebendo o sentimento de culpa, não se manifestando a impotência perante o diagnóstico, conseguimos acabar quase como quando começamos a análise dos dados colhidos, com uma dicotomia e percebendo que apesar dos resultados colhidos, alguns careciam de ter sido mais explorados, muito ficou por dizer. A afirmação de Oliveira (2008, p. 57) “O enovelado da gravidez de alto risco vai se desfazendo e anunciando o desfecho final, também povoado de sentimentos que se imiscuem entre a luz e a escuridão”.

No que refere às experiências/vivências da mulher com gravidez de alto risco no internamento, considerando-o ambiente, podemos considerar resposta positiva a mulher

grávida que reordena as prioridades da vida depois de saber que tem uma gravidez de risco (alteração estilos de vida, reajustamento de hábitos, rotinas), reconhecimento da necessidade de vigilância. Como resposta ineficaz temos o sentimento de não-aceitação da situação pela grávida, sentimento de culpa, frustração. No que refere ao estado de saúde podemos dizer que é de variação contínua, que pode ir desde o máximo bem-estar até à debilidade extrema de saúde e à morte. Fomos encontrar nos testemunhos, mulheres que demonstram integração indiciadora de uma adaptação bem-sucedida, a mulher que tem de estar limitada à cama para todas as suas atividades de vida, e a mulher diabética com rotura prematura de membranas e que ao final de vários dias é um reforço positivo para as outras:

“ (...) Todas as mães que tenham paciência com tudo isto, muita força, porque é muito complicado levar uma gravidez assim apesar da gente ter aqui gente suficiente, uma equipe boa, a nível de médicos, de enfermeiros sempre ali, atenciosos, mas a gente sofre um bocadinho com isto tudo. As mães que tenham paciência... Familiares que ajudem. (...) É preciso ter muita força.” (E0)

4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos que os sentimentos vivenciados pelas mulheres com gravidez de alto risco são variados.

O período gestacional constitui uma fase de mudanças físicas e psicológicas que proporcionam vivências de ansiedade, fantasias, receios e expectativas. Com o aparecimento de uma doença/complicação ou o agravamento de alguma doença pré-existente, durante a gravidez, surge a gestação de alto risco, conduzindo a mulher a ter que conviver com os mais variados sentimentos. Esta ideia é sustentada por Quevedo (2010).

Só por si, a palavra de alto risco atemoriza e é entendida como algo muito grave e complexo, sobre a qual, normalmente, as grávidas não têm nenhum tipo de controle.

Investigadores como Tedesco, citados por Quevedo (2010), consideram que a mulher com gravidez de alto risco apresenta dificuldades em gerir as adaptações emocionais exigidas nesse novo papel.

O que está previsto nos serviços de atendimento a mulheres com gravidez de alto risco é a existência de normas e rotinas pouco flexíveis, onde a autonomia e a liberdade de escolha informada da mulher, muitas vezes, não são tidas em conta.

De uma forma geral o internamento por gravidez de alto risco foi percebido como muito difícil para as grávidas, mas apesar de demonstrarem intenso sofrimento perante as situações vivenciadas, mostraram mecanismos de adaptação ao ambiente hospitalar.

Tal como Callista Roy, defendemos que os problemas de adaptação identificados, nas mulheres com gravidez de alto risco, devem ser motivo de preocupação, quer sejam

relacionadas com a grávida ou com a sua família. Todos os EESMO são agentes para melhorar a interação com o ambiente (mundo interior ou exterior da grávida) tendo em vista promover a adaptação. Acreditamos que a prática de Callista Roy, e o contacto próximo com a obstetrícia permitiu identificar a necessidade de estarmos atentos à adaptação da grávida nos diferentes ambientes, nos quais decorre a gravidez, independentemente de ser de alto ou baixo risco.

Refletindo sobre o que está evidente neste estudo podemos afirmar que o sabermos escutar, e estar atentos aos contextos: social, cultural e familiar, das mulheres com gravidez de alto risco com necessidade de internamento, permitiu-nos compreender as vivências das mesmas, pois estes fatores surgem como facilitadores ou inibidores da adaptação à situação. A família ou a pessoa significativa de cada mulher serão uma fonte de suporte emocional, bem como serão o elo de ligação desta com o mundo exterior. O marido cada vez mais assume um papel ativo na monitorização da evolução da situação.

Verificamos que o medo está presente nas falas das mulheres, ora de forma concreta, ao afirmarem sentir medo, ora de forma indireta ao relatarem o medo de perder o bebé, de que algo não corra bem. Este medo foi transmitido e transparecido durante as entrevistas e verificado na prestação de cuidados a utentes internadas em serviços de patologia da gravidez. O medo apresenta-se sempre como um fator inibidor da adaptação.

Perante a confirmação do diagnóstico de gravidez de risco e da necessidade de internamento, nota-se por parte de algumas mulheres um alívio, descanso, com a notícia, justificada pela segurança dos cuidados recebidos em unidades especializadas, pela contínua vigilância do bem-estar fetal, e pela possibilidade de dar resposta a cuidados específicos, que de outra forma não poderiam receber.

A manifestação de sentimento de culpa é um reflexo de uma adaptação não eficaz, e vem reforçar a ideia de que a mulher quando está grávida, em nenhum momento pensa que poderá vir a desenvolver complicações, e no pensamento dela a hospitalização só está contemplada para o momento do parto.

O internamento durante a gravidez, resulta em *stress* para a mulher, sobretudo em relação à separação do lar e da família, e em relação à incógnita do ponto da situação, uma vez que não estão envolvidas na tomada de decisão. As principais manifestações deste *stress* são alterações do modo fisiológico, que está diretamente relacionado com as funções básicas respiração, circulação, eliminação, e desta forma também podem influenciar o

bem-estar materno-fetal. O *stress*, é um fator que influencia negativamente a adaptação, é um fator inibidor.

A ambivalência afetiva experimentada pela grávida vai ser ultrapassada em grande medida pelo apoio e aceitação da gravidez por parte do ambiente familiar próximo, cuidados recebidos, assim como, pela confirmação definitiva do estado de gravidez. Assim a família entra no processo de Callista Roy como um fator positivo, facilitador da adaptação. O apoio da família e, do companheiro/pai do bebê, ajudam a mulher grávida a viver o momento da gravidez com mais tranquilidade. Esse apoio proporciona à mulher mais confiança para enfrentar os desafios desse momento.

Verificamos, ainda, que as mulheres com gravidez de alto risco estão conscientes do risco para si e para o seu bebê, o que altera as suas expectativas. O que era uma experiência alegre para as suas famílias transformou-se numa situação assustadora nas suas vidas, deixando-as muitas vezes ansiosas e sozinhas. As expectativas, dependendo da situação vão ser consideradas facilitadores para umas mulheres e inibidoras para outras.

Nenhuma mulher ficou indiferente à necessidade de internamento, ou seja, a gravidez e posteriormente o internamento conduziu a ajustes/mudanças na vida de cada uma, não só relacionada com as alterações físicas, mas também no que refere ao contexto socioprofissional, cultural, familiar. Estas mudanças impostas, quase sempre de forma repentina, dificultam os processos de adaptação. A mulher vai ter de reagir a estímulos para produzir respostas adaptativas ao ambiente e contexto do internamento, sem que ainda tenha completado a adaptação à gravidez e futuro papel de mãe.

Ao longo da análise e discussão dos dados, em nenhum momento foi esquecido o processo de gravidez e as crises ligadas a ele e que envolvem a mulher e as respetivas famílias, uma vez que, a manifestação de preocupação sobre a forma como a família estava a acompanhar e a reação de outros filhos esteve sempre presente.

Podemos considerar que analisando os resultados das entrevistas conseguimos identificar os diferentes estímulos do meio ambiente, independentemente da categoria a que pertençam, sendo que muitos estímulos poderão ser focais (estímulo interno ou externo que mais imediatamente confronta a pessoa), como por exemplo: medo de perder o bebê, preocupação com o outro filho, preocupação com o trabalho, estar longe de casa, mudança, ambivalência de sentimentos. Como estímulo contextual (não são o centro da atenção da pessoa, mas podem também afetar a situação) podemos falar do barulho, falta de esclarecimento, realização de exames/rotinas do serviço, ter de estar sempre deitada,

cansaço. Os estímulos residuais (a mulher grávida não tem consciência da influência destes fatores) podem estar dependentes nos cuidados, experiências anteriores, sentimento de culpa. Nestes estímulos residuais podemos incluir, ainda, as nossas inferências colhidas da observação e do contexto.

Dos relatos das mulheres grávidas entrevistadas, tal como Oliveira (2008), podemos observar que o facto de a mulher experimentar preocupações, ansiedades e expectativas durante a gravidez, pode ajudar a mesma a aceitar melhor a gravidez e obter mudanças nas suas atitudes. “A gestante de risco não deve ser rotulada, tratada de forma generalizada. Seus medos, dúvidas e limitações devem ser respeitados” (Oliveira, 2008, p. 81).

A transição de uma gravidez normal para uma situação de alto risco, representa um momento crítico, tanto para a mulher grávida, como para a sua família, como também para os prestadores de cuidados que vão tentar ajustar as condutas de vigilância a uma mulher de quem desconhecem as expectativas, mas que com o tempo, vão explorar.

Pretendemos com este estudo sensibilizar os profissionais de saúde diretamente intervenientes nos cuidados à grávida, para não atenderem apenas às necessidades biofisiológicas, mas que procurem entender o significado e as representações da gravidez para a mulher/família. Não tratar apenas as manifestações de doença, mas atender às necessidades da mulher como um todo. Entendendo como um desafio, a criação de espaços de escuta dentro das dinâmicas de serviço, durante a prestação de cuidados de modo a que se estabeleça a relação terapêutica, que é uma relação de confiança entre a mulher e o enfermeiro de saúde materna e obstétrica. A melhoria da qualidade dos cuidados prestados pode começar pela forma de acolher a grávida no serviço, ouvir a mesma desde o 1º contacto, respeitar a individualidade da grávida.

A relação enfermeira de saúde materna e obstétrica-grávida favorece os cuidados de enfermagem holísticos e humanizados, incluindo a família, bem como ajuda a promover uma gravidez mais consciente, beneficiando no pré, peri e pós-parto.

4 - BIBLIOGRAFIA

AMADO, J. - A técnica da análise de conteúdo. *Referência* [em linha]. nº 5, p. 53-63, 2000. [Consult. Mar. 2011]. Disponível na Internet: <URL:https://woc.uc.pt/fpce/person/ppinvestigador.do?idpessoa=10057>.

ALBARELLO, Luc [et al.] - *Práticas e métodos de investigação*. 2ª ed. Lisboa: Editora Gradiva, 2005.

AZEVEDO, Daniela Vasconcelos de [et al.] - Percepções e sentimentos de gestantes e puérperas sobre a pré-eclampsia. *Salud pública*. Vol. 3, nº 11 (2009), p.347-357.

BARDIN, Laurence - *Análise de Conteúdo*. Edição revista e actualizada. Lisboa: Edições 70, 2009.

BELL, Judith - *Como realizar um projecto de investigação*. 5ª ed. Lisboa : Editora Gradiva, 2010.

BOBAK, I.; LOWDERMILK, D.; JENSEN, M. - *Enfermagem na maternidade*. 4ª ed. Loures: Lusociência, 1999.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. - *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto editora, 1991.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. - *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto editora, 2010.

BONADIO, Isabel Cristina - Ser tratada como gente : a vivência de mulheres atendidas no serviço de pré-natal de uma instituição filantrópica. *Revista da Escola de Enfermagem. USP*. Vol.1, nº 32 (Abril 1998), p. 9-15.

BREEN, G. V.; PRICE, Sheri; LAKE, Margaret - Spirituality and high-risk pregnancy: another aspect of patient care. *AWHONN*. Vol.10, nº 6 (Dec./ 2006-Jan./ 2007), p. 467-473.

CAMPOS, Rui C. - Processo gravídico, parto e prematuridade: Uma discussão teórica do ponto de vista do psicólogo. *Análise Psicológica*. Vol.18, nº 1 (2000), p.15-35.

CANAVARRO, Maria Cristina - *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra : Quarteto, 2001.

CARVALHO, Vilma - Cuidando, pesquisando e ensinando : acerca de significados e implicações da prática da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol.5, nº.12 (Set.-Out./2004), p. 806-815.

COLMAN, L. L.; COLMAN, A. D. - *Gravidez : experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri, 1991.

COSTA, M da C. [et al.] - Gestação de risco : percepção e sentimentos das gestantes com amniorrexe prematura. *Enfermagem Global*. ISSN 1695-6141. Nº 20 (Out. 2010), p. 1-11.

CYSSAU, Catherine - *A entrevista clínica*. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.

DOURADO, Viviani Guilherme - *Gravidez de alto risco : a vida e a morte entre os significados da gestação*. Dissertação de mestrado em enfermagem. Maringá: Universidade Estadual de Maringá-Departamento de Enfermagem, 2005.

DOURADO, Viviani Guilherme; PELLOSO, Sandra Marisa - Gravidez de alto risco: o desejo de uma gestação. *Acta Paulista de Enfermagem*. Vol 20, nº 1 (2007), p. 69-74.

DRIESSNACK, Martha; [et al.] - Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para a enfermagem: part 2: Desenhos de pesquisa qualitativa. *Revista Latino-americana Enfermagem*. Brasil. Vol.4, nº 15 (Jul./Ago. 2007), [Consult. Mar. 2011]. Disponível na Internet:<URL:https://www.eerp.usp.br/rlae>.

FIGES, Kate - *A mulher e a maternidade*. Lisboa: Editorial Presença, 2001.

- FIGUEIREDO, B. [et al.] - Versão portuguesa do maternal adjustment and maternal attitudes (MAMA). *Psicologia, Saúde e doenças*. Vol.5, nº 1 (2004), p. 31-51.
- FIGUEIREDO, Bárbara; PACHECO, A.; COSTA, R. - Qualidade das relações significativas da mulher na gravidez. *Psicologia : teoria, investigação e prática*. Vol.1 (2006), p. 003-025.
- FLICK, Uwe - *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Editora Monitor, 2005.
- FORTIN, Marie-Fabienne - *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 1999.
- GOMES, Romeu [et al.] - Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia : um estudo bibliográfico. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. Vol.4, nº 9 (Jul./2001), p. 62-67.
- GUERRA, Isabel Carvalho - *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo*. Cascais: Príncípia Editora, 2010.
- HARRISON, Margaret J. [et al.] - Women's satisfaction with their involvement in health care decisions during a high-risk pregnancy. *BIRTH*. Vol.2, nº 30 (Jun./2003), p. 109-115.
- LEICHTENTRITT, Ronit D.; BLUMENTHAL, Nurith; ELYASSI, Anat; ROTMENSCH, SIGI - High-risk pregnancy and hospitalization: the women's voices. *Health e social work*. Vol.1, nº 30 (Feb./ 2005), p. 39-47.
- LUTZ, K., MAY, K. A. - The impact of high risk pregnancy on the transition to parenthood. *International Journal of Childbirth Education*. ISSN: 0887-8625. Vol.3, nº 22 (Sept./ 2007), p. 20-22.
- MENDES, I. M.: *Ligação materno-fetal*. Coimbra: Quarteto, 2002.
- MELEIS, A. I.; [et al.] - *Experiencing transitions : na emerging middle-range theory*. *Advanced Nursing Science*. Vol. 23, nº 1 (2000)p. 12-28
- NASCIMENTO, Camila Aparecida do; RADOMILE, Maria Eugénia Scatena - Gravidez de risco : riscos da hospitalização. *Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*. Ano 2, nº 4 (Ago./ 2006-Jan./ 2007), p. 10-14.

NASCIMENTO, Maria João - Preparar o nascimento. *Análise Psicológica*. Vol.1, nº 21 (2003), p.47-51.

OLIVEIRA, Virginia Junqueira - *Vivenciando a gravidez de alto risco : entre a luz e a escuridão*. Dissertação de Mestrado. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG, 2008.

POLIT, D. F., HUNGLER, B, P. - *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

POZZO, Melissa; BRUSATI, Valentina; CETIN, Irene - Clinical relationship and psychological experience of hospitalization in “high-risk” pregnancy. *European Journal of Obstetrics e gynecology and peroductive biology*. Nº 149 (2010), p. 136-142.

PRICE, Sheri [et al.] - The spiritual experience of high-risk pregnancy. *AWHONN, the Association of Women´s Health, Obstetric and Neonatal Nurses*. Vol.36, N.1 (Jan./Feb. 2007), p. 63-70.

QUEVEDO, Michele Peixoto - *Experiências, percepções e significados da maternidade para mulheres com gestação de alto risco*. Tese de Doutorado em Saúde Pública. São Paulo. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 2010.

QUEVEDO, Michele Peixoto; LOPES, Ceci Mendes Carvalho; LEFÈVRE, Fernando - Os significados da maternidade para mulheres cardiopatas e diabéticas com gravidez de risco. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*. Vol.16, nº 1 (2006), p. 12-21.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V. - *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva, 1995.

RATO, Paula Isabel - Ansiedades perinatais em mulheres com gravidez de risco e em mulheres com gravidez normal. *Análise Psicológica*. Vol.3, nº 16, (1998), p.405-413.

RIBEIRO, José Luís Pais - *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. 3ª ed. Porto: Livpsic, 2010.

RIBEIRO, José Luís Pais - *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Porto: Climepsi Editores, 1999.

RODRIGUES, D. P.; [et al.] - *Modelo de Roy a enfermagem obstétrica : análise sob a óptica de Meleis*. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre. Vol.2, nº 25 (Ago./2004), p.165-175.

ROY, C.; ANDREWS, H. A. - *Teoria da Enfermagem: O Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget,2001.

SANTO, Paula do Espírito Santo - *Introdução à metodologia das ciências sociais : genese, fundamentos e problemas*. Lisboa : Edições Sílabo, 2010.

SILVA, Lúcia; SANTOS, Renata Cerqueira; PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima - Compreendendo o significado da gestação para grávidas diabéticas. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. Vol.6, nº 12 (Nov./Dez. 2004), p. 899-904.

SIMMONS, Heather A. [et al.] - High-risk pregnancy after perinatal loss : understanding the label. *Midwifery*. Nº 27 (2011), p.452-457.

SOUSA, Nilba Lima de [et al.] - Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclampsia. *Revista Saúde Pública*. Vol.5, nº 41 (2007), p. 704-710.

STREUBERT, H.; CARPENTER, D. - *Investigação qualitativa em enfermagem : avançando o imperativo humanista*. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2002.

TEIXEIRA, Leônia Cavalcante; MORAES, Wecia Mualem Sousa de - Implicações subjectivas das vivências da gravidez e do diagnóstico da cardiopatia do filho : aportes psicanalíticos à saúde da mulher. *O Mundo da Saúde* - São Paulo. Brasil, Vol.32, nº 4 (2008), p.519-529.

TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. - *Teóricas de enfermagem e a sua obra : modelos e teorias de enfermagem*. 5ª ed. Lisboa: Lusociência, 2004.

XAVIER, Rozânio Bicego - *A enfermeira na assistência a gestante que apresenta alto risco materno e/ou fetal : compreendendo a sua acção no ambulatório de pré-natal*. *Dissertação de mestrado em enfermagem*. Rio de Janeiro: UNIRIO, 2007.

ZAMPIERI, M. F. M.- Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, VOL.1, nº 22 (Jan./ 2001), p.140-166.

ANEXOS

ANEXO I - Guião da Entrevista

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia

Guião da Entrevista

Orientação:

Professora Doutora Marinha Carneiro

Co-Orientação:

Professora Mestre Paula Prata

Maria João Silva Mota Monteiro

Porto, Janeiro, 2011

Guião de Entrevista

Designação do Estudo: “Vivências das mulheres com gravidez de alto-risco com necessidade de internamento num hospital de referência.

Este estudo é desenvolvido por Maria João da Silva Mota Monteiro, no âmbito do Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem do Porto e tem como principal objetivo: **Melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem especializados ministrados durante o período de internamento à mulher com gravidez de alto risco.**

Para tal, necessito da sua colaboração e ficar-lhe-ia muito grata se pudesse dispensar alguns minutos para a realização de uma entrevista, sendo esta gravada em áudio.

A sua participação é voluntária e pode ser interrompida em qualquer altura. A confidencialidade das respostas é assegurada.

Para qualquer esclarecimento, dúvida, ou caso pretenda aceder ao trabalho final, pode contactar-me: 938331870 ou majomonteiro1975@gmail.com.

A investigadora

(Maria João Silva Mota Monteiro)

BLOCOS DA ENTREVISTA

A- CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA

B- FATORES FACILITADORES OU INIBIDORES

C- CARATERIZAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS DAS GRÁVIDAS

GUIÃO DE ENTREVISTA

A – CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA

OBJETIVO	EXEMPLO DE QUESTÕES
<ul style="list-style-type: none">Identificar as características sociodemográficas	Idade Escolaridade Estado civil Situação socioprofissional História obstétrica Idade gestacional Gravidez planeada Diagnóstico de admissão Tempo de internamento

B – FACTORES FACILITADORES OU INIBIDORES

OBJETIVO	EXEMPLO DE QUESTÕES
<ul style="list-style-type: none">Compreender as expectativas durante esta fase da gravidez	Como imaginava que sua gravidez ia decorrer? O que a levou ao serviço de urgência? O que sentiu quando a informaram que ia

	<p>ficar internada?</p> <p>O que a preocupou quando ficou internada?</p> <p>Como tem sido para a sua família esta experiência?</p>
--	--

C – CARACTERIZAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS DAS GRÁVIDAS

OBJETIVO	EXEMPLO DE QUESTÕES
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar os fatores que influenciam positiva ou negativamente as vivências na gravidez de alto risco 	<p>O que entende por gravidez de risco?</p> <p>Que tipo de experiências /vivências tem tido no internamento?</p> <p>Que conhecimento obteve durante a gravidez que a ajudaram a enfrentar o internamento?</p> <p>Consegue descrever o que sente numa palavra?</p>

ANEXO II - Pedido e parecer de autorização para o estudo



Exma. Sra.
Enf.ª Maria João Monteiro
Urgência de Obstetria

ASSUNTO: Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de São João

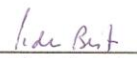
Projecto de Investigação – *“Vivências das grávidas com gravidez de alto-risco sujeitas a internamento prolongado num hospital de referência, e a preparação para a maternidade”*

Junto envio em anexo cópia do parecer da Comissão de Ética para a Saúde sobre o referido projecto, bem como da autorização do Conselho de Administração, para poder dar início ao seu trabalho.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 21 de Março de 2011

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde



Dr. Pedro Brito



A Direcção Clínica 37/11
28 2 2011

M
no et/c/ p/proc
portugal de D.C.
Hospital São João
Paulo Bettencourt
Adjunto da Direcção Clínica

AUTORIZADO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO @ REUNIÃO DE 17 MAR 2011

Prof. Doutor Aristides Pereira

AS

Presidente do Conselho de Administração

Dr. João Oliveira (Administrador Executivo) Dra. Margarida Tavares (Directora Clínica) Enfermeira Euráclia Pereira (Enfermeira Directora)

Exma. Sra.
Dra. Margarida Tavares
Directora Clínica do Hospital de São João EPE

Assunto: Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de São João

Projecto de Investigação – “Vivências das grávidas com gravidez de alto-risco sujeitas a internamento prolongado num hospital de referência, e a preparação para a maternidade”

Investigadora Principal: Enf.ª Maria João Monteiro

Junto envio a V. Exa. para obtenção de decisão final do Conselho de Administração o parecer elaborado pela Comissão de Ética para a Saúde relativo ao projecto em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 25 de Fevereiro de 2011

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde

Pedro Brito

Dr. Pedro Brito



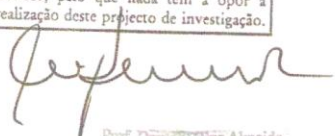
COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, abaixo-assinado, João João Silva Monteiro
na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos.

Porto, 18 / Junho / 20 11

João João Silva Monteiro
O Investigador Principal

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO HOSPITAL DE S. JOÃO	
emitido na reunião plenária da CES de <u>25</u> / <u>Junho</u> / 20 <u>11</u>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">A Comissão de Ética para a Saúde APROVA por unanimidade o parecer do Relator, pelo que nada tem a opor à realização deste projecto de investigação.</div> <p style="text-align: center;"> Prof. Domingos João Almeida Presidente da Comissão de Ética</p>

Comissão de Ética para a Saúde do HSJ

Projecto de Investigação: "Vivências das grávidas com gravidez de alto risco sujeitas a internamento prolongado num hospital de referência, e a preparação para a maternidade" – Enf.ª Maria João Silva Mota Monteiro, a exercer a actividade profissional no Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetria – Bloco de Partos do HSJ/EPE.

Concepção e pertinência do estudo:

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório, descritivo e transversal a realizar no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob orientação da Prof. Doutora Marinha do Nascimento Carneiro, cuja declaração anexa.

Tem como **objectivos:**

- Identificar os factores que influenciam positiva ou negativamente as vivências na gravidez de alto-risco;
- Compreender as experiências das grávidas durante o período de internamento;
- Identificar as necessidades de cuidados relativos à preparação para a maternidade, durante o período de internamento.

O estudo será realizado na Unidade de Medicina Materno-Fetal, Serviço de Obstetria do HSJ/, para o qual dispõe da autorização do Exmo. Director do Serviço, Prof. Doutor Nuno Montenegro. A população em estudo é constituída Grávidas com gravidez de alto-risco, internadas no Serviço de Ginecologia/Obstetria do HSJ/EPE.

A amostra será constituída por 10 grávidas com gravidez de alto-risco, internadas no Serviço de Ginecologia/Obstetria no serviço no período em que decorrerá o estudo, que satisfaçam os critérios de inclusão e que aceitem participar no estudo depois de devidamente informados.

São critérios de inclusão: Grávidas com idade superior a 18 anos, com gravidez de alto-risco internadas no Serviço de Ginecologia/Obstetria do HSJ/EPE.

Para a colheita de dados a investigadora recorrerá à entrevista semi-estruturada, com gravação áudio, especificamente elaborada para o estudo e adequada aos objectivos e tipo de estudo (anexo).

A entrevista será realizada durante o internamento e previamente agendada com o serviço e utente.

Estão devidamente acautelados os procedimentos éticos inerentes ao tipo de estudo. Todos os participantes que aceitarem participar no estudo assinarão uma Declaração de Consentimento informado livre e esclarecido.

O investigador dispõe de competências técnico-científicas para a realização do estudo.

Benefício / Risco:

Não existem benefícios imediatos para os participantes no estudo, embora constitua um contributo para a qualidade dos cuidados de enfermagem, durante o período de internamento à grávida com gravidez de alto-risco. Não se prevêem quaisquer riscos, apenas o incomodo relativo ao tempo dispendido para a realização da entrevista.

Respeito pela liberdade e autonomia:

Está salvaguardada pelo modelo de Consentimento informado da Investigadora e adequada informação ao participante.

Confidencialidade dos dados:

A proposta apresentada pelo investigador garante a confidencialidade dos dados e anonimato. Os dados obtidos destinam-se apenas à presente investigação, cuja destruição se efectuará após a realização do estudo.

Indemnização por danos

Não aplicável.

Continuação do tratamento

Não aplicável.

Propriedade dos dados:

Não aplicável.

Conclusão:

De acordo com a análise efectuada, propõe-se a sua aprovação pela CES do HSJ.

Porto, 25 de Fevereiro de 2011

O relator,



Teresa Guerreiro

ANEXO III - Declaração de consentimento livre e informado

Declaração de Consentimento Informado

Designação do Estudo: “Vivências das mulheres com gravidez de alto risco com necessidade de internamento num hospital de referência.”

Este estudo é desenvolvido por Maria João da Silva Mota Monteiro, no âmbito do Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem do Porto e tem como principal objetivo contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem ministrados, durante o período de internamento, à grávida com gravidez de alto risco, tendo em conta as expectativas e vivências individuais.

A gravidez é um evento biologicamente natural, mas especial na vida de uma mulher, e desenvolve-se num contexto social e cultural que vai influenciar e determinar a evolução da mesma. A gravidez parto e pós-parto, são acontecimentos singulares, independentemente do número de gravidezes ou partos já vivenciados. Cada gravidez é única, cada parto é único.

Espera-se com este estudo, ampliar o olhar dos profissionais de saúde que cuidam das grávidas com gravidez de alto risco, para que possam identificar e compreender melhor as vivências das grávidas, promovendo nos serviços uma assistência integral às necessidades das mesmas.

Para tal, necessito da sua colaboração e ficar-lhe-ia muito grata se pudesse dispensar alguns minutos para a realização de uma entrevista, sendo esta gravada em áudio. A sua participação é voluntária e pode ser interrompida em qualquer altura. A confidencialidade das respostas é assegurada. O trabalho final poderá ser consultado através do meu contacto: 938331870 ou majomonteiro1975@gmail.com.

Por favor, leia com atenção este documento e não hesite em solicitar mais informações sobre a investigação. Verifique se todas as informações estão corretas e se estiver de acordo em participar neste estudo, assine no espaço correspondente.

A investigadora: Maria João Silva Mota Monteiro

Assinatura: _____

Declaro que todos os procedimentos desta investigação me foram explicados e ter compreendido os objetivos deste estudo. Compreendo que tenho o direito de colocar qualquer questão, agora ou durante o desenvolvimento do estudo. Compreendo que sou livre de desistir a qualquer momento e que a

confidencialidade dos dados é assegurada. Pelo presente documento consinto em participar no estudo e autorizo a gravação audio da entrevista.

Porto, ___/___/___ Nome: _____

Assinatura: _____

Este é feito em duplicado, ficando um para o investigador e outro para o entrevistado.