

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**GISELE PERIN GUIMARÃES**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESPAÇO DIALÓGICO  
PARA A VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ DE ALTO RISCO**

**FLORIANÓPOLIS/SC  
2013**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Guimarães, Gisele Perin

Educação em saúde como espaço dialógico para a vivência da  
gravidez de alto risco / Gisele Perin Guimarães ;  
orientadora, Jussara Gue Martini - Florianópolis, SC, 2013.  
225 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Gestação de alto risco. 3. Educação em  
saúde. 4. Pré-natal. I. Martini, Jussara Gue. II.  
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem. III. Título.

**GISELE PERIN GUIMARÃES**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESPAÇO DIALÓGICO PARA  
A VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ DE ALTO RISCO**

Tese apresentada à Banca Examinadora como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor no Curso de Doutorado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Linha de Pesquisa: Educação, Saúde e Enfermagem

Orientadora: Dr.<sup>a</sup> Jussara Gue Martini

**FLORIANÓPOLIS/ SC  
2013**



## GISELE PERIN GUIMARÃES

### EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESPAÇO DIALÓGICO PARA A VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ DE ALTO RISCO

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

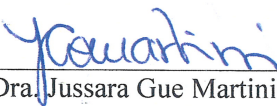
#### DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 08 de março de 2013, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**

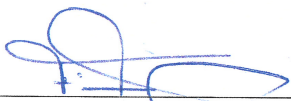


Dra. Vânia Marli Schubert Backes  
Coordenadora do Programa

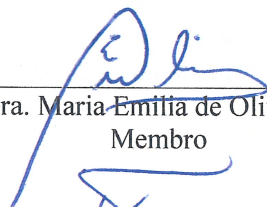
#### Banca Examinadora:



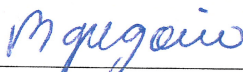
Dra. Jussara Gue Martini  
Presidente



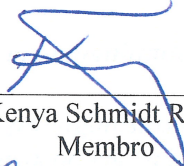
Dra. Fabiane Ferraz  
Membro



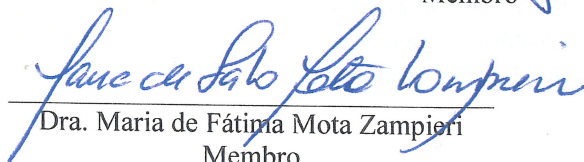
Dra. Maria Emilia de Oliveira  
Membro



Dra. Vitória R. Petters Gregório  
Membro



Dra. Kenya Schmidt Reibnitz  
Membro



Dra. Maria de Fátima Mota Zampieri  
Membro



*Dedicatória...*

*Dedico cada linha escrita neste estudo...*

*A meu filho Lucas,*

*que ainda em meu ventre me ensinou a verdadeira essência do ser  
MÃE,  
e com mais sensibilidade me fez  
compreender os sentimentos e emoções vividos  
no coração de cada uma das gestantes.*

*As mulheres-gestantes, acompanhante e conceito,*

*por serem a motivação e os protagonistas deste estudo,  
por acreditarem que a educação em saúde favorece a  
construção coletiva de saberes  
e promove a transformação da realidade.*





*Agradeço...*

**A espiritualidade divina que,**

sempre esteve ao meu lado nos momentos difíceis e com uma luz intensa, mostrou o caminho encorajando-me a prosseguir;

**A minha família que,**

durante toda minha existência e em especial neste momento de doutoramento, foi meu alicerce, apoiando, compartilhando e sobretudo compreendendo minhas ausências;

**A minha orientadora,**

Professora, Dra. Jussara Gue Martini, parceira durante todos os momentos, que com um coração humanizado soube me guiar, compartilhar saberes e compreender as múltiplas jornadas nesta caminhada;

**As minhas amigas,**

que apesar de dizerem que tudo isso era uma loucura, me incentivaram a persistir nesta loucura...;

**Ao grupo de pesquisa EDEN,**

que favoreceu meus primeiros contatos com o mundo da Educação em Saúde e que através dos diálogos possibilitou valiosas reflexões;



**Aos parceiros do ambulatório área C,**

Silvana Pereira, Roberta Noya, Sheila Koetker Silveira, Rose; Luiza que acreditaram na proposta deste estudo e ajudaram a construir um fazer diferente na assistência pré-natal de alto risco;

**Às gestantes de alto risco e seus acompanhantes que,**

tornaram possível este estudo, acreditando que juntos, através dos momentos dialógicos de ação-reflexão-ação, pudéssemos transformar a própria realidade;

**Ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, PEN/UFSC,**

por considerar relevante a temática deste estudo para o egresso no curso de doutorado;

**A turma de doutorado 2010.1,**

por compartilhar os saberes mais singulares e pelos momentos de descontração;

**Aos companheiros da UTI neonatal do Hospital Regional de São José,**

que prestam um cuidado sensível aos recém-nascidos muitas vezes fruto de uma gestação de risco;

**À equipe de saúde da clínica ginecológica e emergência obstétrica do HU/UFSC,**

que acolhem as gestantes de alto risco e com sabedoria as guiam nos momentos de fragilidade;



**A banca examinadora,**

por aceitarem lapidar este estudo através do olhar crítico,  
construtivista e científico;

**Enfim...**

*“Ninguém nasce feito, é experimentando-nos no mundo que nós nos  
fazemos”.*

(Paulo Freire)



*“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes” (Paulo Freire).*





GUIMARÃES, Gisele Perin. **Educação em saúde como espaço dialógico para a vivência da gravidez de alto risco**, 2013. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. 225p.

Orientadora: Profª Drª Jussara Gue Martini  
Linha de Pesquisa: Educação, Saúde e Enfermagem

## RESUMO

Trata-se de Pesquisa Convergente-Assistencial que teve como principal objetivo desvelar como a educação em saúde desenvolvida pela enfermeira pode preparar a gestante e seu acompanhante para o enfrentamento das intercorrências inerentes ao processo de vivenciar uma gestação de alto risco. Utilizou-se como suporte teórico a Pedagogia Libertadora de Paulo Freire. Esta pesquisa foi realizada no Hospital Universitário, da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de janeiro a setembro de 2012, após parecer 2257/11 do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Os sujeitos constituíram-se de 12 gestantes e 09 acompanhantes. A coleta dos dados ocorreu em três momentos: o primeiro momento foi a identificação das gestantes e seus acompanhantes; o segundo foi a obtenção de alguns dados extraídos do prontuário de cada uma das mulheres; e o terceiro foi a consulta de enfermagem propriamente dita onde se estabeleceu momentos dialógicos em busca de uma reflexão-ação-reflexão, numa práxis, numa relação entre teoria e prática. A análise foi realizada seguindo os quatro processos genéricos da Pesquisa Convergente-Assistencial, a saber: apreensão, síntese, teorização e transferência. Desta análise emergiram 5 manuscritos: 1) Produção científica *strito sensu* sobre educação em saúde com gestantes: um estudo bibliométrico; 2) Perfil sócio obstétrico das gestantes que realizaram pré-natal de alto risco em um hospital universitário do sul do Brasil; 3) Itinerário terapêutico vivenciado pelas gestantes de alto risco e seus

acompanhantes; 4) Sentimentos e expectativas das mulheres-gestantes frente à gestação de alto risco; 5) Transformação das concepções das gestantes de alto risco e seus acompanhantes durante processo de educação em saúde na assistência pré-natal. Os resultados apontaram o panorama nacional de educação em saúde no pré-natal de alto risco por meio de dissertações e teses de enfermagem, a relação entre os fatores de riscos sociais e obstétricos apresentados pelas gestantes que realizaram o pré-natal de alto risco. O início da assistência pré-natal aconteceu primeiramente nas Unidades Básicas de Saúde, sendo que a maior parte das gestantes estudadas só foi encaminhada ao pré-natal de alto risco no segundo trimestre. Os momentos dialógicos e de ação-reflexão-ação foram percebidos pelas gestantes e seus acompanhantes no decorrer da assistência pré-natal de alto risco como algo transformador, fortalecedor, tornando-se seres mais seguros e encorajados para vivenciarem todo o processo de gestar e parir. A presença de um acompanhante foi visto pelas gestantes como sendo algo positivo, bem como terem tido a possibilidade de um profissional acompanhando-as durante a assistência pré-natal. Percebe-se que assistência pré-natal ainda está voltada basicamente para as necessidades obstétricas necessitando um olhar mais direcionado para as ações de educação em saúde no decorrer do pré-natal. Ao concluir este estudo, destacam-se a importância do diálogo, de processos reflexivos, do contato mais direto e aproximador entre profissionais, gestantes e acompanhantes que vivenciam uma gestação de alto risco, tendo como fio condutor a educação em saúde. Esta pesquisa traz contribuições para novas reflexões sobre a assistência pré-natal de alto risco, mais participativa e libertadora, bem como, para o ensino estimulando novas pesquisas na área da saúde da mulher-gestante.

**Palavras chave:** gestação; alto risco; processo educativo; assistência; pré-natal; enfermagem

GUIMARÃES, Gisele Perin. **Health education as a dialogic space for the experience of high-risk pregnancies**, 2013. Thesis (PhD in Nursing) - Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2013. 225p.

Advisor: Prof. Dr. Jussara Gue Martini

Line of Research: Education, Health and Nursing

### **ABSTRACT**

This is a Convergent-Assistance Research which aims to reveal how health education, promoted by nurses, can prepare a pregnant woman and her companion/caregiver to manage problems inherent to the process of going through a high risk pregnancy. The Libertarian Pedagogy of Paulo Freire was used as theoretic support. This research was conducted at the Federal University of Santa Catarina's University Hospital between January and September 2012, after legal approval 2257/11 was issued by the Ethical Committee for Research with Human Beings. The subjects consisted of 12 pregnant women and 9 companions. The data collection process was separated into three stages: the first stage was the identification of pregnant women and their companions, the second stage was to consult the records for each of the women being followed and the third stage was the prenatal itself, where through the nursing consultation the process of education in health was developed, establishing dialogical moments in search of a reflection-action-reflection, an integrative praxis between theory and practice. Analysis of the results was performed following the four generic processes of Convergent-Care research: gathering, synthesis, theory and transfer. The research results are presented in 5 manuscripts: 1) *Strito sensu* Scientific work about education in health with pregnant women: a bibliometric study; 2) Socio obstetric profile of pregnant women who received high risk prenatal care in a university hospital in

southern Brazil; 3) Therapeutic path taken by high risk pregnant women and their companions/caregivers; 4) Feelings and expectations of pregnant women facing high-risk pregnancies and; 5) Transformation of concepts by high-risk pregnant women and their companions while undergoing the process of education in health during prenatal care. The results showed the national landscape of education in health during the high risk prenatal care through dissertations and thesis in nursing, the relationship between social and obstetric risks presented by the pregnant women undergoing high risk pre-natal care. Initial pre-natal care took place at the Basic Health Units, where most of the pregnant women being studied were only referred to high-risk prenatal units in the second trimester of their pregnancies. The dialogic moments and action-reflection-action were perceived by pregnant woman and their companions, during the high-risk prenatal care, as spaces of transformation and empowerment, helping them feel safer and encouraged to experience the entire process of gestating and giving birth. The presence of a companion was reported by pregnant women as positive as well as the possibility of having a professional that guided them during prenatal care. It is observed that prenatal care is still primarily oriented towards the obstetric needs, and requires a more focused direction towards education in health. The completion of this study has highlighted the importance of dialogue, reflective processes and strengthening the bond between professionals, pregnant women and caregivers/companions who go through a high-risk pregnancy, having education in health as the binding thread. This research brings contributions to new approaches regarding high-risk prenatal care, more participatory and liberating as well as for the academics; it stimulates new researches in the area of health related to pregnant women.

**Keywords:** pregnancy, high risk; educational process; assistance/care; prenatal; nursing

GUIMARÃES, Gisele Perin. **Educación para la salud como un espacio dialógico para la experiência de lós embarazos de alto riesgo**, 2013. Tesis (Doctorado em Enfermería) – Programa de Postgrado em Enfermería de La Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. 225p.

Director: Profa. Dr. Jussara Gue Martini  
Línea de Investigación: Educación, Salud y Enfermería

## RESUMEN

Es la Investigación Convergente de Asistencia, que tuvo por objetivo conocer cómo la educación en salud desarrollada por la enfermera puede preparar a la mujer embarazada y de su escolta para hacer frente a los problemas inherentes al proceso de experimentar un embarazo de alto riesgo. Se utilizó como soporte teórico a la Pedagogía de Liberación de Paulo Freire. Esta investigación se llevó a cabo en el Hospital Universitario de la Universidad Federal de Santa Catarina, en el período enero-septiembre de 2012, previa consulta 2257/11 de la Ética en la Investigación Humana. Los sujetos consistió en 12 mujeres embarazadas y 09 acompañantes. La recolección de datos se llevó a cabo en tres etapas: la primera consistió en la identificación de las mujeres embarazadas y sus acompañantes, el segundo fue para obtener algunos datos extraídos de las historias clínicas de cada una de estas mujeres, y el tercero estaba amamantando a sí misma consulta donde se establecieron momentos dialógicos en busca de una reflexión-acción-reflexión, una praxis, una relación entre la teoría y la práctica. El análisis se realizó utilizando los cuatro procesos genéricos de investigación convergente-Healthcare, la incautación es decir, el resumen, la teoría y la transferencia. Este análisis surgió cinco manuscritos: 1) Ciencia strito educación para la salud sensu a las mujeres embarazadas: un estudio bibliométrico, 2) Perfil socio obstétrica de embarazadas que recibieron atención prenatal de alto riesgo en un hospital del sur

de Brasil, 3) Itinerario terapéutico experimentado por embarazos de alto riesgo y sus acompañantes; 4) Sentimientos y expectativas de mujeres embarazada frente al embarazo de alto riesgo, 5) las concepciones de transformación de embarazos de alto riesgo y sus acompañantes durante el proceso de la educación sanitaria en la pre-Navidad. Los resultados mostraron el panorama nacional de educación para la salud en alto riesgo prenatal a través de disertaciones y tesis de enfermería, la relación entre los factores sociales y los riesgos obstétricos que presentan las mujeres embarazadas que se sometieron a un alto riesgo prenatal. El cuidado prenatal temprano se produjeron principalmente en las Unidades Básicas de Salud, siendo que la mayoría de las gestantes estudiadas se refería sólo a un alto riesgo prenatal en el segundo trimestre. Los momentos dialógicos y de acción-reflexión-acción fueron percibidos por las mujeres embarazadas y sus acompañantes durante el cuidado prenatal de alto riesgo como algo transformativo, empoderamiento, lo que la hace ser más seguros y animados a experimentar todo el proceso de gestar y dar a luz. La presencia de un acompañante por las mujeres embarazadas era visto como algo positivo, así como tener la posibilidad de un profesional acompañándolos durante la atención prenatal. Se observa que la atención prenatal sigue siendo principalmente orientado a las necesidades obstétricas que requieren una más dirigida a las acciones de educación para la salud durante el período prenatal. Al finalizar el estudio, se destaca la importancia del diálogo, los procesos reflexivos, el aproximador y un contacto más directo entre los profesionales, las mujeres embarazadas y los cuidadores que experimentan un embarazo de alto riesgo, con la educación para la salud hilo. Esta investigación aporta contribuciones a una nueva reflexión sobre el cuidado prenatal de alto riesgo, más participativa y liberadora, así como para la enseñanza de las nuevas investigaciones estimulante en el área de la salud de la mujer embarazada.

**Palabras clave:** embarazo, riesgo alto; proceso educativo, la asistencia pre-natal de enfermería

## LISTA DE SIGLAS

ABEn	-	Associação Brasileira de Enfermagem
ABENFO	-	Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras
AC	-	Alojamento Conjunto
AM	-	Aleitamento Materno
BHCG	-	Beta Gonadotrofina Coriônica Humana
CCS	-	Centro de Ciências da Saúde
CE	-	Consulta de Enfermagem
CEPEn	-	Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem
CEPSH	-	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CNS	-	Conselho Nacional de Saúde
Dra	-	Doutora
DST	-	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DUM	-	Data da Última Menstruação
ECA	-	Estatuto da Criança e do Adolescente
EDEN	-	Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde
FNUAP	-	Fundo de População das Nações Unidas
HIV/AIDS	-	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
HPV	-	Human Papiloma Vírus ou vírus do papiloma humano
HU	-	Hospital Universitário
IG	-	Idade Gestacional
IHAC	-	Iniciativa de Hospitais Amigos da Criança
INAMPS	-	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
LILACS	-	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MMC	-	Método Mãe-Canguru
MS	-	Ministério da Saúde
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
ONG	-	Organizações não Governamentais
ONU	-	Organização das Nações Unidas
PAISM	-	Programa de Ação Integral à Saúde da Mulher
PCA	-	Pesquisa Convergente-Assistencial
PEN	-	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PNHPN	-	Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PNPS	-	Programa Nacional de Promoção da Saúde
PSF	-	Programa de Saúde da Família
REHUNA	-	Rede de Humanização do Parto e Nascimento
RMM	-	Razão de Mortalidade Materna
SCIELO	-	Scientific Electronic Library Online
SESI	-	Serviço Social da Indústria
SIM	-	Sistema de Informações de Mortalidade
SINASC	-	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UEM	-	Universidade Estadual de Maringá
UFBA	-	Universidade Federal da Bahia
UFC	-	Universidade Federal do Ceará
UFG	-	Universidade Federal de Goiás
UFMG	-	Universidade Federal de Minas Gerais
UFPB	-	Universidade Federal da Paraíba



UFRJ	-	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFSC	-	Universidade Federal de Santa Catarina
UFSM	-	Universidade Federal de Santa Maria
UNB	-	Universidade Federal de Brasília
UNICAMP	-	Universidade de Campinas
UNICEF	-	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USG	-	Ultrassonografia
USP	-	Universidade de São Paulo
UTIN	-	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VDRL	-	Venereal Disease Research Laboratory



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Conceitos inter-relacionados.....	80
<b>Figura 2:</b> Sentimentos das gestantes ao saberem da gestação não planejada. ....	97
<b>Figura 3:</b> Sentimentos das gestantes ao saberem da gestação planejada. ....	97
<b>Figura 4:</b> Itinerário percorrido pelas gestantes e seus acompanhantes até a chegada ao pré-natal de alto risco no HU/UFSC.....	98
<b>Figura 5:</b> Percepção das gestantes/acompanhantes do acolhimento pela equipe de saúde no pré-natal de alto risco HU/UFSC .....	98
<b>Figura 6:</b> Sentimentos das gestantes e seus acompanhantes frente ao diagnóstico de alto risco.....	99
<b>Figura 7:</b> Percepção das gestantes e seus acompanhantes frente a transformação da realidade na assistência pré-natal de alto risco .....	99
<b>Figura 8:</b> Percepção dos acompanhantes frente as transformações promovidas pela educação em saúde na assistência pré-natal de alto risco.....	100



## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1:** Perfil social das gestantes que realizaram assistência pré-natal de alto risco no HU/UFSC – 2012.....116

**Tabela 2:** Perfil obstétrico das mulheres que realizaram assistência pré-natal de alto risco no HU/UFSC – 2012.....119

**Tabela 3:** Riscos obstétricos das gestantes que realizaram assistência pré-natal de alto risco no HU/UFSC – 2012.....120

**Tabela 4:** Diagnóstico de risco das gestantes que realizaram assistência pré-natal de alto risco no HU/UFSC – 2012.....121



## SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS .....	23
LISTA DE FIGURAS.....	27
LISTA DE TABELAS.....	29
1 INTRODUÇÃO .....	33
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	43
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS NA ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER, GESTANTE E SEU CONCEPTO .....	44
2.2 UMA VIDA COMEÇANDO E OUTRAS SE TRANSFORMANDO: COMPREENDENDO AS MUDANÇAS DA GESTAÇÃO .....	51
2.3 A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E O PAPEL DA ENFERMEIRA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	59
2.4 PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM NO BRASIL SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PRÉ-NATAL .....	66
3 REFERENCIAL TEÓRICO .....	71
3.1 A PEDAGOGIA LIBERTADORA DE PAULO FREIRE .....	72
3.2 MARCO CONCEITUAL.....	75
4 METODOLOGIA .....	81
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	81
4.2 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO .....	82
4.3 OS SUJEITOS PARTICIPANTES .....	84
4.4 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO .....	91
4.4.1 <i>A trajetória da Pesquisa Convergente-Assistencial</i> .....	92
4.4.2 <i>Procedimento de organização dos dados</i> .....	95
4.4.2.1 PROCESSO DE APREENSÃO.....	95
4.4.2.2 <i>Processo de Síntese</i> .....	96
4.4.2.3 <i>Processo de Teorização</i> .....	100
4.4.2.4 <i>Processo de Transferência</i> .....	100
4.5 ASPECTOS ÉTICOS ENVOLVIDOS NO ESTUDO .....	101

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	103
5.1 MANUSCRITO 1 - PERFIL SÓCIO OBSTÉTRICO DAS GESTANTES QUE REALIZARAM PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL.....	110
5.2 MANUSCRITO 2 - ITINERÁRIO TERAPÊUTICO VIVENCIADO PELAS GESTANTES DE ALTO RISCO E SEUS ACOMPANHANTES.....	129
5.3 MANUSCRITO 3 - SENTIMENTOS E EXPECTATIVAS DAS MULHERES- GESTANTES FRENTE À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO.....	148
5.4 MANUSCRITO 4 - PERCEPÇÕES DAS GESTANTES DE ALTO RISCO E SEUS ACOMPANHANTES DURANTE PROCESSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL.....	169
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	191
REFERÊNCIAS.....	198
APÊNDICES.....	215
ANEXOS.....	221



## 1 INTRODUÇÃO

---

*“Conhecer é tarefa de sujeitos, não de objetos.  
e é como sujeito e somente enquanto sujeito,  
que o homem pode realmente conhecer”*

*(Paulo Freire)*

A gestação é considerada um evento fisiológico na vida de um casal, com período de evolução, na sua maioria, sem intercorrências, cercado de sensações que geram prazer e expectativas frente aos meses que se sucedem até o findar das semanas de gestação, que segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS (1996) se dá com 42 semanas. Neste prazo a gravidez é considerada sem riscos aparentes e dentro de um prazo seguro para a mãe e para o recém-nascido, o qual é denominado de gestação a termo.

No entanto, este período, considerado fisiológico na vida destas mulheres, muitas vezes é modificado em decorrência de algum agravo, passando a ter características específicas, podendo evoluir de maneira desfavorável, representando risco tanto materno quanto fetal, com possibilidades de internações em âmbito hospitalar. A estas mulheres que vivenciam uma gestação fora dos parâmetros da normalidade e que se percebem num processo de saúde-doença, denomina-se como "gestantes de alto risco" (BRASIL, 2000).

Dentre as situações adversas que classificam a gestação de alto risco estão, por exemplo: as síndromes hipertensivas e as hemorrágicas; os desvios de crescimento intrauterino; a má formação fetal; o Diabetes Mellitus gestacional; a toxoplasmose; a isoimunização materna pelo fator Rh; o descolamento prematuro da placenta; as anemias; as infecções do trato urinário; as alterações do volume de líquido amniótico; a duração da gravidez; êmese e hiperêmese, dentre outras (FEBRASGO, 2011;

BRASIL, 2000).

Os riscos maternos e fetais não estão somente relacionados aos aspectos da biomedicina, mas também com fatores relativos à atenção psicossocial e de educação em saúde para estas mulheres. Duarte e Andrade (2008) reforçam que durante o acolhimento às gestantes que vivenciam uma gestação de alto risco, nós profissionais da saúde devemos ter em mente e em nossas atitudes que a assistência pré-natal não deve se restringir a atos clínico-obstétricos, mas incluir as ações de educação em saúde na rotina da assistência integral, num contexto ampliado que engloba os aspectos antropológicos, sociais, econômicos e culturais, reduzindo os riscos materno-fetal no período gestacional.

O risco materno no Brasil no decorrer da gestação ficou evidenciado em estudo realizado por Souza et al. (2007) ao desvelar que no ano de 2002 foram registradas 339 mortes maternas no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), e 730.800 nascidos vivos no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) nas capitais dos Estados, resultando em 46,4 mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos, conforme valores apresentados pela razão de mortalidade materna (RMM) - indicador de mortalidade materna mais utilizado atualmente. Com relação às variáveis reprodutivas do total dessas mulheres, os autores registram que 99,3% tiveram o parto em hospital, dos quais 65% foram cesáreas. Destas, aproximadamente 41% tinham parido um bebê com peso menor que 2.500g e o tempo entre a data do nascimento da criança e a data de óbito da mãe foi de até dez dias em 73% dos registros.

A mortalidade materna é considerada um importante indicador da realidade social de um país, bem como da determinação política de realizar ou não ações de saúde que priorizem a mulher em seu ciclo gravídico puerperal, principalmente quando já possui situações de alto risco. Corroboram Nagahama e Santiago (2006) quando colocam que o problema da morte materna no Brasil está diretamente ligado à qualidade da assistência recebida pelas mulheres durante o ciclo gravídico puerperal.

Outro fator que deve ser levado em consideração é o elevado número de gestantes adolescentes em nosso meio, e que tem sido associado a uma frequência aumentada de resultados obstétricos adversos, tais como: o baixo peso ao nascer, o parto prematuro, a morte materna e perinatal, a pré-eclâmpsia e o parto cirúrgico. Não que estas gestantes sejam classificadas como sendo de alto risco, mas a possibilidade de se tornarem no decorrer da gestação é maior (MAGALHÃES et al., 2006).

Embasada na leitura específica desta temática, percebe-se que muitos dos estudos, estão diretamente ligados às causas e aos fatores de risco, no entanto, poucos fazem uma abordagem educativa e preparatória para o enfrentamento dos percalços advindos de uma gravidez de alto risco. Um bom exemplo é o estudo realizado por Gomes (2001), que observou que a abordagem terapêutica da gravidez de alto-risco mostra-se reduzida, praticamente, aos aspectos fisiopatológicos, deixando a gestante à mercê de informações que pouco lhe auxiliam na superação das dificuldades que enfrenta no período gestacional e no que virá após o nascimento, muitas vezes, precoce do seu bebê.

O enfoque que o profissional utiliza durante a assistência pré-natal de alto risco faz com que as mulheres percebam as situações de desconforto, tanto físicas quanto emocionais durante a gestação como sendo doença, transformando o seu modo de ver e vivenciar as transformações inerentes deste momento de suas vidas, de modo contraditório e com a sensação de que a gravidez não seja um evento fisiológico.

Assim, conforme apontam Guimarães e Monticelli (2007), este modo de perceber a gestação como doença, está diretamente ligado às transformações, que poderão ser intensas, impulsionadas por algumas mudanças físicas e psicológicas, em que a mulher introjeta esta condição de doente, ficando ainda mais ansiosa e dependente, gerando mais distúrbios à sua saúde.

O despreparo dos profissionais no desenvolvimento da educação em saúde com esta população mostra a necessidade de espaços para que se trabalhe não somente os riscos e os aspectos fisiológicos da gestação de alto risco, mas as questões

psicológicas e sociais que envolvem a mulher e o homem neste processo, bem como as formas de enfrentamento numa visão mais promissora do período gestacional.

É percebido que tais achados são condizentes com trabalhos desenvolvidos por uma das pesquisadoras do estudo destacando-se a dissertação de mestrado, concluída no ano de 2006, na Universidade Federal de Santa Catarina, que trata de uma pesquisa sobre a formação do apego pais/recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso no Método Mãe-Canguru. No estudo, foram levantados aspectos que favoreciam e que dificultavam a formação do apego entre os pais e bebês nascidos precocemente. Ao identificar os resultados dos aspectos complicadores, frente ao discurso dos casais estudados, percebeu-se uma grande lacuna, ou seja, a ausência de preparo dos pais durante a gravidez de alto risco no decorrer do pré-natal, com a finalidade de facilitar a compreensão, aceitação desta nova situação em suas vidas para que vivenciem com maior tranquilidade o momento da internação, caso seja necessário (GUIMARÃES, 2006).

Além deste estudo realizado durante o mestrado, que evidenciou a importância do surgimento de ações direcionadas às gestantes de alto risco, também foi possível perceber a importância da assistência de pré-natal qualificada, em pesquisa realizada para a conclusão da especialização em enfermagem obstétrica, quando foi estudado sobre a dificuldade da puérpera em se inserir na prática do Método Mãe Canguru, no serviço de neonatologia, pois não haviam sido preparadas para o nascimento precoce e a hospitalização do seu bebê (GUIMARÃES; SCHNEIDER, 2003).

Na graduação, através de uma pesquisa que avaliava as variáveis da ficha do pré-natal e os achados de desenvolvimento do neonato logo após o nascimento, a pesquisadora percebeu as lacunas existentes no acompanhamento do período que antecede ao nascimento, tais como: registros incompletos, ausência de ações assistenciais e principalmente educativas à mulher-gestante produzindo consequências para o bebê, dentre elas o baixo peso. Aliados a isso, também pode-se perceber nesse estudo, a

repercussão de um pré-natal focado apenas nos registros biomédicos (GUIMARÃES; SILVA, 1998).

Diante dos resultados encontrados nos estudos citados, especialmente a dificuldade por parte das gestantes no enfrentamento de todo o processo que envolve os riscos no transcorrer do pré-natal, destaca-se a importância da educação em saúde durante o período gestacional, considerando que uma gestação de alto risco pode vir a desencadear o nascimento antes do previsto, por diferentes causas, dentre elas: a malformação congênita, o descolamento prematuro da placenta, a pré-eclâmpsia, dentre outras, surgindo sentimentos conflitantes e muitas vezes contraditórios no âmbito familiar, cabendo a nós enquanto profissionais especializados atuar em benefício destas futuras famílias. Deste modo, é visível o despreparo das mulheres-gestantes neste momento de suas vidas, bem como a visão dos profissionais que está centrada na patologia e não no ser humano.

Em nossa prática assistencial com mulheres que vivenciaram uma gestação de alto risco percebemos que a mulher-mãe apresenta dificuldades no primeiro contato com seu bebê no serviço neonatal. Quando entram naquele cenário, observa-se seu olhar assustado que se volta para todos os aparatos tecnológicos, movimento ativo dos profissionais e, ao depararem-se com seu filho, poucos reconheciam como sendo seu principalmente pelas características físicas, peculiares de um recém-nascido prematuro.

Percebíamos também as falas tristes, em tom desanimador e surpreso. Os questionamentos se repetiam. A maioria pergunta por que seu bebê está ali e quando poderá levá-lo para casa, denotando a falta de informações, orientações e preparo durante o período que antecede o nascimento.

Por outro lado, percebemos o despreparo dos profissionais. Esses nem sempre veem este momento como uma oportunidade para compartilhar informações, para expressar sentimentos e trabalhar estas situações durante a gestação de alto risco.

Duarte e Andrade (2008) descrevem que muitos

profissionais tem seu olhar durante o pré-natal apenas para o útero da mulher, sendo um ato extremamente técnico, fragmentado, restrito às ações clínico-obstétricas.

Nos dias atuais podemos perceber a constante luta por parte de alguns profissionais dos serviços de saúde para ultrapassar as barreiras e perceber a assistência pré-natal com um novo olhar, seguindo um modelo de atenção à saúde mais participativa por parte das mulheres-gestantes, podemos perceber que alguns deles ainda têm a dificuldade de perceber a gestante em sua totalidade e não consideram a gestação como um momento para a promoção da saúde, “ultrapassando a condição biológica de reprodutora e conferindo-se o direito de participar globalmente das decisões que envolvem sua saúde” (DUARTE; ANDRADE, 2008, p. 134).

Nesse sentido, Barbosa, Gomes e Dias (2011) apontam que os profissionais da área da saúde, dentre eles, o enfermeiro, devem estar sensibilizados para a humanização da assistência no decorrer do pré-natal. Cabe ao enfermeiro compreender as necessidades de apoio no transcorrer da gestação, garantindo qualidade na assistência e melhores resultados obstétricos e perinatais para a mãe e o recém-nascido.

Assim, torna-se necessário, que se tenha não somente um pré-natal direcionado às especificidades da gestação relacionadas aos aspectos fisiológicos, mas também voltado às necessidades emocionais, de cuidado, e que possibilite conhecermos as representações das gestantes com relação à gestação de alto risco, proporcionando maior conhecimento de todos os períodos (pré, trans e pós-natal) através de ações educativas, favorecendo segurança para o enfrentamento das adversidades que possam vir a experienciar.

Percebemos no dia-a-dia, em contato com as mulheres que vivenciam uma gestação de alto risco, que apesar desta clientela poder contar com espaços direcionados às suas necessidades, de forma acolhedora e humanizada, a realidade destas mulheres e seus acompanhantes ainda é a de receberem durante a gravidez atendimentos médicos, em nível ambulatorial, mais focado nas necessidades fisiopatológicas, havendo

necessidade de se apropriarem de conhecimentos que lhes permitam superar as dificuldades, inseguranças e medos inerentes a este período de suas vidas, através de processos assistenciais educativos.

Diante desta problemática e da necessidade de atendimentos individuais às gestantes de alto risco, na instituição foco deste estudo, propomos o desenvolvimento de ações educativas, por meio da consulta de enfermagem.

Compreendemos a educação em saúde como um espaço que favorece o contato mais próximo entre enfermeira, gestante e acompanhante<sup>1</sup>, que durante a consulta de enfermagem busca identificar as necessidades de apoio por meio do diálogo e de reflexões, que favoreçam a promoção, a prevenção e a proteção da saúde emocional das mulheres grávidas, possibilitando o conhecimento da situação experienciada, bem como, a superação das suas necessidades biopsicosociais no decorrer da gestação de alto risco.

Marques e Prado (2004, p. 33) reforçam que

na consulta de enfermagem às gestantes, deve ocorrer a participação ativa da cliente através da interação com o profissional enfermeiro, em que ambos trocam saberes e informações visando à promoção do auto cuidado. Nessa perspectiva, através da consulta de enfermagem como um momento de diálogo, entre enfermeiro/cliente pode-se definir metas e objetivos a serem atingidos, visando a melhoria nas condições de saúde do binômio mãe e filho (MARQUES; PRADO, 2004, p.33).

Este modo de aproximação e de diálogo por meio da educação em saúde entre enfermeira e gestante favorece a construção de conhecimentos em um processo de ação-reflexão-ação, relacionado à gestação de alto risco, através da educação

---

<sup>1</sup> **Acompanhante** é compreendido neste estudo, como sendo todo ser humano significante para a gestante e de sua escolha para acompanhá-la no decorrer da assistência pré-natal de alto risco.

em saúde.

Educação em saúde deve ser visto como algo além do biológico, sendo um processo de troca, do compartilhamento de saberes e de ensino-aprendizagem mútuo, tendo a enfermeira como articuladora da relação de diálogo com a gestante e seu acompanhante. É um momento que oportuniza à gestante e seu acompanhante sanarem dúvidas, expressarem sobre seus medos, suas inseguranças e dificuldades relacionadas à gestação de alto risco.

Além disso,

o fundamental é que o educador e os educandos saibam que sua postura, no processo de comunicação é dialógica, aberta, curiosa, indagadora e não apassivadora e opressora da curiosidade [...] (SANTOS; PENNA, 2009, p. 656).

Na arte de educar, Freire (2007) nos alerta que o diálogo é o melhor modo de trocarmos vivências, de podermos crescer juntos e de aprendermos de forma igualitária, sem uma autoridade absoluta. É através da educação que se permite ser educado enquanto se educa.

Nestas perspectivas, tem-se o desafio de buscar respostas para o seguinte questionamento: Como a educação em saúde durante a consulta de pré-natal de enfermagem pode preparar a mulher e seu acompanhante para o enfrentamento das intercorrências inerentes ao processo de vivenciar uma gestação de alto risco?

A tese defendida neste estudo é que o acompanhamento sistemático das gestantes de alto risco e de seu acompanhante por meio de compartilhamento de informações promove melhores resultados para a saúde da mulher-grávida e do recém-nascido. Neste sentido, os processos educativos através de espaços dialógicos e reflexivos na assistência de pré-natal, favorecem o aprendizado e podem transformar o modo de vivenciar a gestação de alto risco, bem como os caminhos futuros a serem percorridos pelos sujeitos ativos desta trajetória até o período pós-natal.

O problema acima delimitado e a escolha do foco da



proposta apresentada foram motivados, primeiramente pela ligação, enquanto pesquisadora, à área do neonato e seus pais, sobretudo com aqueles que vivenciaram uma gestação de alto risco e que apresentam na sua maioria muitas dificuldades para o enfrentamento de novos desafios por não terem sido preparados durante o pré-natal, bem como por esta lacuna estar fortemente presente nos resultados dos estudos já realizados em nossa experiência acadêmica, e também na literatura disponível. Outro fator que nos impulsionou foi a crença que temos nas mudanças que a educação em saúde pode proporcionar nos serviços, nos profissionais e nas gestantes, motivação essa orientada em nossa participação, enquanto membros, do Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina EDEN/UFSC.

Secundariamente, o tema escolhido é de grande relevância, visto que este é um campo de atenção pouco explorado e que vem crescendo por conta do número de intercorrências durante a gestação, sinalizando a necessidade de ampliar ações educativas que preparem a mulher-grávida para o enfrentamento deste processo que envolve a gestação de alto risco, ampliando a dimensão educativa do trabalho em saúde e enfermagem, buscando melhores práticas em saúde, que são iniciativas inovadoras a partir de mudanças em práticas anteriores através de estratégias que produzam resultados positivos para as gestantes de alto risco.

Neste sentido, propomos realizar educação em saúde em espaços dialógicos com as gestantes de alto risco e seus acompanhantes, tendo como **objetivo geral**:

Desvelar como a educação em saúde desenvolvida pela enfermeira durante a consulta de enfermagem de pré-natal pode preparar a gestante e seu acompanhante para o enfrentamento das intercorrências inerentes ao processo de vivenciar uma gestação de alto risco.

E como objetivos específicos:

- 1) Conhecer as percepções das gestantes de alto risco e seu acompanhante, com relação à gestação;

- 2) Analisar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas gestantes de alto risco durante o período gestacional;
- 3) Refletir sobre as contribuições do processo de educação em saúde numa visão libertadora, realizado pela enfermeira durante as consultas de enfermagem no pré-natal, para o enfrentamento da gravidez de alto risco da gestante e seu acompanhante;
- 4) Analisar se o processo de educação em saúde durante a consulta de pré-natal de enfermagem preparou a mulher e seu acompanhante para o enfrentamento das intercorrências inerentes ao processo de vivenciar uma gestação de alto risco.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

---

*“A alegria não chega apenas no encontro do achado,  
mas faz parte do processo da busca.  
e ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura,  
fora da boniteza e da alegria”  
(Paulo Freire)*

Neste capítulo apresentamos uma revisão narrativa da literatura composta por uma gama diversificada de publicações, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico e contextual, bem como interpretação e análise crítica pessoal do autor. Essa categoria de artigo tem um papel fundamental para a educação continuada, pois permite ao leitor adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica.

O foco da produção científica deste capítulo foram as publicações direcionadas para o pré-natal de baixo e alto risco, tendo como estratégia a educação em saúde. Para tal estudo houve a incursão bibliográfica de artigos publicados no período de 2005 a 2010, levantado nas bases de dados, SCIELO e LILACS, que discursavam sobre o assunto, além de outros estudos complementares.

Aspectos relevantes sobre as políticas públicas ministeriais que amparam as mulheres-gestantes-conceitos, bem como, o conhecimento científico e as lacunas existentes com relação aos aspectos fisiológicos e patológicos no transcórre da gestação de baixo e alto risco, cuidados no pré-natal, educação em saúde com gestantes de alto risco e a participação da enfermeira em todo processo, serão abordados neste capítulo.

## 2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS NA ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER, GESTANTE E SEU CONCEPTO

A saúde da mulher vem evoluindo ao longo do tempo, com perspectivas mais promissoras, de forma organizada pelos serviços e pelos profissionais de saúde, amparada por ações governamentais e não governamentais que promovem o bem estar físico e mental das mulheres, em especial as gestantes.

Com o passar dos anos, numa evolução histórica, vem se percebendo a necessidade cada vez maior de leis que amparem a mulher em todas as etapas de sua vida, dentre elas, o período da gestação, que além do cuidado consigo mesma, a mulher tem o direito e o dever de proteger a saúde do bebê que está sendo gerado.

Para que os direitos dessas mulheres sejam assegurados, o governo brasileiro criou algumas políticas públicas que contribuem para que a proteção da saúde feminina seja garantida. As políticas de saúde podem ser vistas com amplitude, pois compreendem vários outros propósitos, tal como a redução da morbimortalidade materna e infantil.

O objetivo expressivo das políticas públicas de saúde de reduzir a morbimortalidade materna e neonatal através do atendimento de qualidade durante o pré-natal é fortalecido pelo “Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal”, que segue um conjunto de ações articuladas pelas diferentes esferas de governo para qualificação da atenção obstétrica (BRASIL, 2012).

A redução de 21% na mortalidade materna em 2011 é um marco histórico, que aprofunda vigorosamente a tendência registrada nos últimos anos - de 1990 a 2010, o indicador caiu à metade: de 141 para 68 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. No período, houve diminuição em todas as causas diretas de mortalidade materna: hipertensão arterial (66,1%); hemorragia (69,2%); infecções pós-parto (60,3%); aborto (81,9%) e doenças do aparelho circulatório complicadas pela

gravidez, durante o parto ou pós-parto (42,7%) (SCHIMIDT; OLIVEIRA, 2012).

Relatório publicado em maio de 2012, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Fundo de População das Nações Unidas e o Banco Mundial/Organização das Nações Unidas (ONU), apontam uma queda de 51% do número de óbitos maternos neste período no Brasil (SCHIMIDT; OLIVEIRA, 2012).

Historicamente, temos descrito que as primeiras políticas públicas de saúde surgiram na Europa no século XVIII por meio das transformações políticas, sociais e econômicas. Tais políticas tinham relações diretas de poder entre Estado e sociedade, e o nascimento da medicina social, tendo seu foco no controle social, privilegiando a higiene, a infância e a medicalização da família (NETO et al., 2008).

No Brasil, as políticas nacionais de saúde voltadas para as necessidades das mulheres surgiram mais fortemente estabelecidas e sólidas, nas primeiras décadas do século XX, considerando que o enfoque deste primeiro momento era nas ações relativas à gravidez e ao parto. Anteriormente a este momento, as mulheres eram vistas somente no seu papel social de mãe, doméstica, responsável pela educação e criação dos filhos e demais familiares. Esta visão um tanto reducionista era profundamente criticada pelas feministas que lutavam por direitos de proteção igualitários entre homens e mulheres, contribuindo de maneira significativa na construção de um novo modelo político (BRASIL, 2009).

Percebe-se que ao longo dos anos, a política já vinha dando passos que denotavam um olhar prioritário para relações de saúde e bem estar da mulher. No entanto, é a partir dos anos 80 que estas relações de políticas públicas e saúde materna se fortalecem de modo mais efetivo, através da regulamentação do Alojamento Conjunto (AC) por meio da Portaria 18 do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) do Ministério da Saúde (MS) que prevê a permanência de mãe e

filho recém-nascido no mesmo ambiente, favorecendo a amamentação e o elo afetivo entre o binômio (BRASIL, 2009).

Em 1983, foi formulado o Programa de Ação Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que estabelece a visão da mulher como um todo e não somente no que confere as ações entre o binômio mãe-filho. Nesse sentido, o PAISM direciona suas ações para as necessidades do pré-natal, assistência ao parto e puerpério, bem como na assistência direta a prevenção do câncer, doenças sexualmente transmissíveis (DST), assistência ao adolescente, a menopausa e a concepção (BRASIL, 2009).

Com o passar dos anos vai se fortalecendo e ficam mais bem compreendidas as ações focadas na mulher em todo seu ciclo de vida e em momentos especiais, especialmente a gestação e o nascimento.

Pensando no nascimento e buscando um olhar direcionado às necessidades do recém-nascido é aprovado em 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que por meio do atendimento a saúde da mulher em seu ciclo gravídico puerperal pelo Sistema Único de Saúde, busca favorecer não somente a integralidade da saúde materna como também a do conceito (BRASIL, 2009).

Neste sentido, em busca da redução da mortalidade materna e infantil no Brasil, os órgãos governamentais se unem para discutir, propor e estabelecer ações que viabilizem o declínio dos índices de mortes maternas e dos recém-nascidos, principalmente as relacionadas com o período que antecede o nascimento, bem como traçar metas de atendimento a estas mulheres de modo humanizado, considerando que o Governo Brasileiro passa a considerar como prioridade todas as ações voltadas à saúde da mulher (BRASIL, 2009).

Nas iniciativas voltadas para a saúde materno-infantil, o Ministério da Saúde (MS) lançou em 1994 a Iniciativa de Hospitais Amigos da Criança (IHAC), que tem dentre seus propósitos o Aleitamento Materno (AM). (BRASIL, 2008).

Em 1998, o Ministério da Saúde lança a Norma de Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso, chamado de Método Mãe-Caguru, que numa versão mais atual passou a se

chamar de Método Canguru, pois contempla não só a participação materna, mas também a do homem-pai. Esta proposta tem como objetivo assegurar ao recém-nascido e sua família uma assistência mais humanizada e direcionada ao bebê que nasceu prematuramente e/ou de baixo peso (BRASIL, 2002a).

Em 2007, a Norma de Atenção Humanizada passa por reformulações, oficializada por meio da Portaria nº 1.683 de 12 de julho de 2007. Busca dentre as novas aplicações que asseguram as três etapas do Método Canguru, apoiando cursos de atualização e capacitação para os profissionais envolvidos nesta prática, principalmente nas instituições hospitalares gerenciadas pelo SUS, que tem seu foco na gestação de alto risco (BRASIL, 2007).

No final de década de 90, o MS institui, dentre as organizações de atenção à saúde materno-infantil, os Sistemas Estaduais para Atendimento à Gestante de Alto Risco, que cria centrais de leitos, direciona equipamentos/tecnologias e profissionais capacitados na assistência específica às mulheres que vivenciam uma gestação de risco, desde o pré-natal até o nascimento (BRASIL, 2002a).

Agregado a esta prática humanizada, em 2000, por meio da Portaria nº 569 de 1/6/2000, foi lançado o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHPN). Este programa tem como principal objetivo a redução das taxas de morbi-mortalidade materna, neonatal e perinatal no Brasil. Uma de suas premissas é garantir a assistência à saúde nos períodos pré-natal, parto e puerpério, tanto na gestação de baixo como na de alto risco, garantindo cuidados integrais a esta população (BRASIL, 2005).

Para que seja assegurada uma assistência individualizada e completa, o PNHPN defende em suas linhas de ação, a realização da primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação e garantia que a gestante realize no mínimo 6 consultas até o fim do período gestacional, realize exames laboratoriais e de imagem de rotina no pré-natal, dentre esses a testagem anti-HIV. A gestante deve ainda, ser imunizada com a vacina antitetânica, ter a possibilidade de participar de atividades

educativas coletivas ou individuais. O profissional deve ter um olhar atento à classificação de risco gestacional desde a primeira consulta, bem como nas subsequentes e caso a gestante seja classificada como de risco, garantir o vínculo e o acesso à unidade de referência ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco e encaminhar a mulher-mãe para a consulta puerperal (NETO et al., 2008).

No século XX, nota-se que além das políticas públicas fortemente instituídas, iniciou-se também de forma mais ativa, a participação da enfermeira como educadora. Esta profissional passa a realizar de forma mais efetiva, em sua prática assistencial, orientações para as mulheres com relação ao período pré e pós-natal, bem como os cuidados para a integralidade da saúde do neonato. Percebe-se um novo olhar, mais amplo e voltado para as necessidades da tríade mãe-pai-filho. Esse novo olhar é definido como cuidado centrado na família, por haver uma integração individual e familiar entre prática de cuidado e a educação (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

Os programas de atenção à saúde da mulher e do neonato vêm se consolidando a todo o momento, com as mais diversas ações e diretrizes nos serviços de saúde. O SUS, representado por seus gestores propõem através do Programa de Saúde da Família (PSF) um espaço de ações, em conjunto com os serviços básicos de saúde, maior qualidade nas questões voltadas à saúde da mulher e sua integralidade (BRASIL, 2002, 2004a).

A saúde da mulher e sua integralidade estão previstas também, nas ações da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) desde março de 2006, que visa a melhoria da qualidade de vida da população, dentre elas a da mulher e sua família. O objetivo é produzir a gestão compartilhada entre usuários e os diversos setores sociais, produzindo autonomia e corresponsabilidade (BRASIL, 2010).

Em 2004, o governo em parceria com entidades não governamentais e movimentos da sociedade como as feministas, gestores do SUS, dentre outros, elaboraram para os anos de 2004 e 2007 o documento denominado Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, firmando princípios e diretrizes para



este período. Este documento mostra com amplitude as questões de gênero, direitos sexuais e reprodutivos, atenção obstétrica, combate à violência contra a mulher que influencia diretamente na gestação de alto risco, e dentre outros (BRASIL, 2004b).

Com foco na Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança, o governo em 28 de março de 2008 cria dentre as diversas estratégias de qualificação da atenção obstétrica e infantil, a Rede Cegonha, que tem por objetivo implementar um Modelo de Atenção ao Parto e ao Nascimento baseado em evidências científicas e na humanização da assistência, implementar um Modelo de Atenção à Saúde da Criança que vise uma infância saudável, articulando as redes de atenção, garantindo acesso, vinculação, acolhimento e resolutividade, reduzindo as taxas de mortalidade materna e neonatal, sendo este o principal foco da assistência pré-natal de alto risco (BRASIL, 2012).

Um destaque da Rede Cegonha que foi oficializada somente em 2011 por meio da Portaria GM/MS 1.459 de junho de 2011, são as propostas direcionadas às gestantes, sendo: acolhimento, ampliação e melhoria do atendimento ao pré-natal, tendo a garantia de acesso à unidade de referência e ao transporte seguro, garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, estendendo-se para a criança até o segundo ano de vida, e por fim a ampliação do acesso ao planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

Importante ressaltar que a Rede Cegonha visa de forma geral assegurar e prever a expansão e qualificação de maternidades; centros de parto normal; casas da gestante; do bebê e puérpera; o direito ao acompanhante no parto; exames de pré-natal e atendimento de pré-natal qualificado; apoio social para que as gestantes se desloquem até o local das consultas; planejamento familiar e o acompanhamento das crianças até os 2 anos de idade (SCHIMIDT; OLIVEIRA, 2012).

O governo tem criado diversas normas, estratégias e ações que possibilitam um novo agir na atenção a mulher-gestante e ao neonato, no entanto não se deve esquecer que além das ações governamentais também é possível contar com

associações de classe, organizações não governamentais (ONG), compostas por profissionais da saúde, gestores e serviços de saúde, através da Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras/ABENFO; a Rede de Humanização do Parto e Nascimento/REHUNA; “Amigas do Parto”, dentre outras, que defendem a assistência de pré-natal de alto risco realizada pela enfermeira por meio da educação em saúde (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

A Organização das Nações Unidas (ONU) em busca de um mundo melhor, com qualidade nos mais diversos campos, lançou em 8 de setembro de 2000, um desafio para 189 países, denominado como objetivos do milênio, tendo 8 em sua totalidade. Dentre os objetivos a serem alcançados até 2015 estão: 1) redução da pobreza; 2) atingir ensino básico universal; 3) igualdade entre os sexos e autonomia das mulheres; 4) reduzir a mortalidade na infância; 5) melhorar a saúde materna – estes objetivos, articulados com a educação em saúde, tem forte relação com a melhoria da assistência pré-natal de alto risco. Dentre outros objetivos estão o de: 6) combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; 7) garantir a sustentabilidade ambiental; 8) estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento (ONU, 2012).

Podemos fazer uma reflexão com relação a todas as políticas de saúde materna e infantil que quando efetivadas, dentro de suas premissas e de forma coerente, por profissionais responsáveis e qualificados, o resultado final será não somente o bem-estar da mulher-mãe como também para o seu genitor e seu bebê que estará sendo protegido desde a sua concepção, nascimento, infância e em todas as etapas de sua vida.

A todas estas ações, com iniciativas inovadoras a partir de mudanças das práticas anteriores, com estratégias que produzam resultados positivos, denominamos de melhores práticas (BRASIL, 2009).

Estas melhores práticas relacionadas às políticas públicas mencionadas, estão diretamente ligadas a intervenções específicas à saúde da mulher, do recém-nascido, e da família, aliados aos profissionais de saúde que estão comprometidos com

o propósito de melhoria de vida de cada um dos sujeitos envolvidos neste contexto.

Além de uma prática assistencial qualificada, Hillesheim et al. (2009) ressaltam a importância de ações de educação em saúde, principalmente na troca de conhecimento com as gestantes produzindo o bem-estar da mulher e do bebê. Pode-se pensar que essas estratégias de governo, no âmbito da PNPS aliadas ao empenho dos profissionais se refinam, tornando-se mais eficazes.

## 2.2 UMA VIDA COMEÇANDO E OUTRAS SE TRANSFORMANDO: COMPREENDENDO AS MUDANÇAS DA GESTAÇÃO

De menina à mulher, tudo muda tudo se transforma do corpo a mente, do pensar as atitudes, um turbilhão de sensações e sentimentos, tantas mudanças ocorrem quando o organismo feminino amadurece e inicia-se o ciclo menstrual. Anos se passam, a vida sexual se torna ativa, um óvulo é fecundado por um espermatozóide e acontece a fecundação. A mulher, agora grávida, desenvolve o conceito, num organismo lentamente preparado (HOGA, BORGES, REBERTE, 2010; REZENDE, 2005).

Este preparo não se dá simplesmente por estar grávida, mas sim pela complexidade que envolve o casal e seus familiares, em especial para a mulher que sente em seu organismo todas as alterações advindas do processo de gestar. No entanto, as mudanças não se reduzem apenas aos aspectos fisiológicos mais em muitos outros, tais como: história pessoal, condições socioeconômicas, culturais, educacionais e espirituais, antecedentes gineco-obstétricos, aceitação da gravidez, acesso ao pré-natal, dentre outros conforme descreve Zampieri (2005).

Rezende (2005) acrescenta que a gravidez, é um episódio fisiológico e esperado na vida da maior parte das mulheres. O organismo da mulher vai lentamente preparando-se e adaptando-se ao longo dos nove meses de gestação, as mudanças do corpo e

as mudanças psicológicas vão acontecendo. Muitas vezes, essas transformações são tão intensas e importantes para a mulher, gerando desconfortos além do esperado, que podem ser traduzidas como fatores patológicos.

Mesmo que o período gestacional evolua naturalmente, são nítidas as mudanças, as adaptações necessárias na vida e no comportamento da mulher, que passa a preocupar-se não só consigo, mas com o novo ser que está sendo gerado. Conforme apontam Strassburger e Dreher (2006) muitas destas transformações do organismo materno podem ser percebidas naturalmente e precisam ser observadas, acompanhadas e orientadas por profissionais capacitados, preferencialmente pela equipe interdisciplinar, dentre elas a enfermeira, favorecendo que o casal sintam-se seguro e confiante em todos os aspectos nos três trimestres de gestação.

A literatura destaca às principais modificações do organismo materno, mergulhando nas alterações mais peculiares, do físico ao emocional e comportamental. Dentre as alterações pelas quais o organismo feminino passa do decorrer de sua vida, talvez a mais significativa seja a gravidez. Esta envolve os mais variados eventos biopsicossociais, fazendo com que a estrutura familiar se modifique juntamente com as transformações decorrentes da gravidez, sendo necessárias para auxiliar a mulher manter-se saudável e preparar-se para o nascimento do seu filho (CAMACHO et al., 2010).

Com o transcorrer da gravidez estas mudanças fazem com que se torne ainda mais evidente o trimestre gestacional que o casal vivencia. Além das alterações fisiológicas e anatômicas e/ou psicológicas, o casal também passa por fortes mudanças interpessoais e intra-familiares, cada qual possuindo seu grau de relevância, necessitando de um complexo aprendizado, tanto cognitivo quanto social (VIDO, 2006).

Uma gestação a termo compreende diversas mudanças corporais, quando a gestante sofre adaptações fisiológicas e anatômicas provocadas por necessidades funcionais e metabólicas do organismo (MONTEIRO, 2009).

De forma singela pode-se dizer que a gestação vai se

transformando com o passar dos meses. No **primeiro trimestre**, que compreende da 1<sup>a</sup> a 12<sup>a</sup> semana gestacional, percebe-se alteração do seu psiquismo, a ambivalência afetiva, do querer ou não querer a gravidez, dos medos sobre as capacidades maternas, expectativas de mudança de vida, no seu bem-estar e do seu papel sócio-familiar (SEPÚLVEDA, 2011; ZAMPIERI, 2005; FALCONE et al., 2005).

As alterações hormonais são importantes e também responsáveis por todas as mudanças que a mulher passa em especial a progesterona e o estrogênio que são essenciais na manutenção da gravidez, porém com a descarga abrupta destes hormônios algumas mulheres sentem-se indispostas, inclusive sexualmente neste trimestre gestacional (CAMACHO et al., 2010).

No **segundo trimestre**, determinado da 13<sup>a</sup> a 24<sup>a</sup> semana gestacional, o casal passa a perceber a gravidez de forma mais estabilizada tanto nos aspectos emocionais como também uma melhora significativa da disposição física com proporcional aumento da libido, que pode ficar prejudicado por alguns tabus (CAMACHO et al., 2010).

É neste trimestre que se tornam mais visíveis algumas alterações do corpo materno, modificando a silueta e a estética corporal, tendo repercussões nos órgãos adjacentes e a mulher passa a sentir os primeiros movimentos do bebê concretizando a gestação, tornando-a mais real (CAMACHO et al., 2010; VIDO, 2006).

No **terceiro trimestre**, que compreende da 25<sup>a</sup> a 42<sup>a</sup> semana, a gestante tem um aumento importante do peso corpóreo e reaparece a indisposição para realizar suas atividades do dia-a-dia. O nível de ansiedade tende a aumentar pela proximidade do parto, a maior parte dos casais tem certo distanciamento da vida sexual e os sentimentos tornam-se novamente contraditórios, entre a vontade de ter o bebê e as adaptações para esta nova fase de suas vidas, com um novo contexto familiar (CAMACHO et al., 2010; ZAMPIERI, 2006).

Para a mulher são inúmeras as alterações que envolvem mecanismos de adaptações anatômicas, fisiológicas e

bioquímicas no curto intervalo de tempo gestacional, que compreende os nove meses de gestação (NEME, 2006; BLUMER, 1969).

Englobando todos os trimestres de gestação percebem-se ainda alterações significativas nos sistemas: digestivo; respiratório; ósteo-articular; urinário; bem como na postura e deambulação, ou seja, a mulher passa pelas mais diversas modificações, que geram por si só ansiedade e expectativas, além de desencadear um processo importante de “reorganização da percepção de si e de sua relação com o mundo que a cerca” (CAMACHO et al., 2010, p. 120).

Assim, para que a gestação tenha sucesso é necessário que as gestantes e seus acompanhantes sejam acompanhados e seja oportunizada a troca de informações e conhecimentos no transcorrer do ciclo gravídico, através das consultas de pré-natal, visitas entre gestantes e grupos educativos envolvidos na atenção a mulher gestante, que quanto mais precocemente acontecerem, maior será o êxito do cuidado.

O Ministério da Saúde (MS) com o intuito de melhorar a visibilidade e a redução das taxas de mortalidade materna passa a considerar a partir dos anos 80 a saúde da mulher gestante como sendo área prioritária, englobando neste o pré-natal, o parto e o puerpério favorecendo o menor risco possível para o binômio mãe-filho (BRASIL, 2006).

São várias as iniciativas governamentais e não governamentais que beneficiam a mulher durante o período reprodutivo e gestacional conforme descrito anteriormente, mas vale ressaltar o quão importante estas ações se tornam para esta população, pois possibilitam uma atenção direcionada às necessidades das gestantes no cuidado à saúde e em ações educativas no decorrer do ciclo gravídico-puerperal.

Objetivando alcançar a meta do milênio, vale ressaltar a ação governamental do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, como uma das prioridades operacionais do Pacto pela Vida e fortalecida pelos Pactos de Gestão e em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2006 a ONU considerou ainda, as estratégias, as responsabilidades e as

metas entre gestores e sociedade civis, bem definidas, como modelo de mobilização e diálogo social para promoção dos objetivos do desenvolvimento do milênio (BRASIL, 2009).

De acordo com Shimizu e Lima (2009), a busca por um pré-natal qualificado favorece também que cada mulher possa expressar durante a gestação, os diferentes sentimentos, de acordo com as suas concepções, percepções e realidade social, vivenciando cada período gestacional de forma mais tranquila e segura.

O atendimento primário de saúde, através nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), às gestantes ainda é o meio de atendimento com maior demanda, isso porque o número de gestantes de baixo risco supera as classificadas como de alto risco. Porém, durante o atendimento de pré-natal das UBS é que se identificam as alterações no decorrer do período gestacional, havendo necessidade de encaminhamento para uma unidade de referência em gestação de alto risco.

Ao pensarmos e discorrermos sobre gestação de alto risco, o que vem a mente é o risco maior para essas mulheres, ou seja, a possibilidade da morte materna, que é definida como sendo mortes de mulheres durante a gravidez ou 42 dias após o parto, por causas relacionadas à gestação (BRASIL, 2009).

Num panorama geral, os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que as taxas de mortalidade materna para o ano de 2000 em países desenvolvidos foram entre 27 e 33/100.000 nascidos vivos. Em contrapartida, é impactante termos em nossas estatísticas dados como o de 2002, onde a taxa de mortalidade materna no Brasil foi de 74,5 por cem mil nascidos vivos. Essa taxa é muito elevada quando comparada com taxa semelhante em outros países (OMS, 2004).

A redução dos óbitos por causas obstétricas diretas em 1990 teve um declínio de 140 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. Em 2007, os dados foram ainda mais promissores, reduzindo para 75 casos de óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos. As mortes por complicações durante a gravidez, parto e puerpério tiveram uma queda de 56% nos últimos 18 anos, conforme aponta o relatório “Saúde Brasil 2009”

(BRASIL, 2010).

O Brasil deve registrar, com base nos dados de 2011, a maior redução na mortalidade materna, sendo que no primeiro semestre deste ano, foram notificados 705 óbitos por causa obstétrica, o que representa uma queda de 19% em relação ao mesmo período de 2010, quando foram registrados 870 mortes. As principais doenças que acometem esta população ainda são as hipertensões na gestação, as hemorragias, as infecções puerperais e as doenças circulatórias complicadas pela gravidez, parto e puerpério e os abortos (BRASIL, 2012).

Frente a estes dados e pensando em mudanças nesta estatística devemos focar na assistência de qualidade a estas mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal.

Deste modo, a ONU tem como meta reduzir em 75% a taxa de mortalidade materna até 2015. No entanto, o ritmo de redução atual no Brasil está em média 4% ao ano, sendo insuficiente para que o nosso país cumpra a meta do milênio (BRASIL, 2009; SOUZA, 2007).

Percebe-se que nos últimos anos tem-se uma melhoria significativa nas condições de saúde das mulheres, especialmente nos países desenvolvidos. Entretanto, em países em desenvolvimento como o Brasil, são muitos os problemas relacionados ao ciclo gravídico puerperal, destacando-se o risco de morbimortalidade materna e perinatal (NASCIMENTO; PAIVA; RODRIGUES, 2007).

Esta relação está diretamente ligada à falta de acompanhamento ou ao número de consultas deficiente e desigual durante o pré-natal, que visa à promoção da saúde do binômio, identificando situações de risco e permitindo intervenções oportunas (ALMEIDA, BARROS, 2005; COSTA, GUILHEM, WALTER, 2005).

Entende-se que as consultas de pré-natal devem iniciar precocemente, com cobertura total, com periodicidade, integrada aos diversos serviços de saúde, detectando fatores de risco e agravos que por ventura poderão surgir, estimular o vínculo da mulher-gestante com seus familiares, a participação do homem neste período que antecede o nascimento, favorecendo a vivência



desta fase com maior autonomia e segurança, e para isso deve-se ter, no mínimo, seis consultas de pré-natal (JUSTO; TOLEDO; TAVARES, 2009).

Esta necessidade de ter-se um pré-natal qualificado é justificada pelas diversas mudanças de rumo que a gestação pode ter, na qual as alterações do ritmo fisiológico de gestar dão lugar a alterações clínicas que podem ser classificadas como sendo leves, moderadas ou severas, passando num piscar de olhos de uma gestação de baixo risco para uma de alto risco necessitando de maiores cuidados e intervenções.

Segundo Dourado e Pelloso (2007), aproximadamente 20% das gestantes apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para elas como para o feto, passando a serem denominadas gestantes de alto risco.

Dentre as principais patologias diagnosticadas e que direcionaram as gestantes para o grupo de risco, em estudo realizado por Justo, Toledo e Tavares (2009) foram: 19,7% infecção urinária; 19,1% hipertensão (pré-eclâmpsia, eclâmpsia, síndrome HELLP); 8,7% sangramento vaginal; 7,4% anemia; 5,0% diabetes gestacional; e, ainda, 1,2% toxoplasmose. Outras causas também comuns e que servem de alerta de acordo com o Ministério da Saúde são: sangramentos pós-parto, infecções puerperais e abortos inseguros (BRASIL, 2009).

Além destas situações de risco, Ferraz e Neves (2011) destacam como sendo parte de uma nova realidade na atenção obstétrica de risco as seguintes intercorrências: ruptura prematura das membranas, descolamento prematuro da placenta, placenta prévia, isoimunização materna pelo fator RH, prematuridade, HIV (transmissão vertical<sup>2</sup>), depressão materna, entre tantas outras também muito importantes. Com relação ao feto, os autores alertam para a restrição de crescimento intrauterino e para achados de má formação fetal.

Mediante as mais diferentes situações clínicas citadas o processo de vivenciar uma gestação de alto risco, segundo

---

<sup>2</sup> Transmissão vertical é a passagem de doenças da mãe para o bebê durante a gestação, trabalho de parto, no parto propriamente dito através de contato com secreções cervico-vaginais e sangue materno; ou pela amamentação (BRASIL, 2007).

Zampieri (2001), caracteriza-se não somente por patologias específicas conforme foram apontadas, mas por um processo extremamente complexo, dinâmico, subjetivo e diversificado, tanto individualmente quanto no coletivo. É uma experiência que envolve também o companheiro, família e de certo modo a sociedade. Não pode ser visto apenas como um evento biológico, uma vez que envolve transformações fisiológicas, psicológicas, sociais, econômicas, culturais, espirituais e alterações de papéis, implicando na aceitação ou não da gravidez.

Dourado e Pelloso (2007, p. 73) reforçam que a decisão de ter um filho é resultado de vários motivos conscientes e inconscientes, como aprofundar uma relação homem-mulher, concretizar o desejo de continuidade e esperança da imortalidade, manter um vínculo desfeito [...].

Assim, todas as questões que envolvem o período gestacional ficam mais exacerbadas quando a trajetória muda de rumo, dando lugar às preocupações relacionadas ao gestar, seguido pelo momento do parto, que muitas vezes se torna expectante por não saberem o momento certo que irá acontecer, bem como o pós-parto que muitas vezes vem acompanhado da separação abrupta do filho que necessita de atenção especial e recursos tecnológicos avançados no espaço da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Estas incertezas transformam-se em muitas dúvidas em qualquer lugar e em todos os momentos para os casais pela dificuldade de acesso a conhecimentos adequados, impossibilitando verbalizar suas dúvidas sobre assuntos diversos (PEREIRA; BACHION, 2005).

Deste modo, seguindo o mesmo pensamento, Morsch (2004), em sua tese, mostra que são necessárias intervenções junto aos pais desde o momento do pré-natal e em especial na vigência da hospitalização para que possam oferecer futuramente aos filhos, melhores recursos de enfrentamento e superação dos obstáculos inerentes à hospitalização.

Percebe-se que o principal anseio dos pais está na

experiência psicológica da gestação e na possibilidade de um nascimento prematuro, e que através das ações que antecedem o parto é que se pode fazer prevenção e restauração no pós-parto, no sentido de incrementar possibilidades de cuidado precoce para circundar as relações entre pais e filho (PEDESPAN, 2004).

Para que a ansiedade gerada na gestante e em seu companheiro seja minimizada até o findar da gestação e terem perseverança nos próximos desafios, o casal deve estar sólido em seus desejos, pensamentos e ações. Estas ações poderão ser solidificadas no transcorrer do pré-natal, buscando num olhar globalizado não só atender clinicamente, mas também possibilitar práticas educativas direcionadas às necessidades de cada gestante e seu acompanhante.

O objetivo dessas ações é de entender o significado que a gestação possui para as mulheres grávidas, a fim de desvelar os mitos, fantasias e sentimentos negativos durante o período gestacional (DUARTE; ANDRADE, 2008).

Todos estes aspectos vêm ao encontro da proposta de intervenção deste estudo, que ao ter conhecimento das concepções das gestantes, propõe estratégias de enfrentamentos por meio de um processo educativo durante as consultas de enfermagem de pré-natal, possibilitando reflexões das situações que permeiam a vivência de uma gestação de alto risco.

### 2.3 A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E O PAPEL DA ENFERMEIRA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Historicamente a assistência pré-natal tem ocupado um espaço importante na atenção à saúde das mulheres, pois compreendem um conjunto de ações que visa à prevenção, promoção, diagnóstico e manutenção da saúde das mulheres grávidas e dos recém-nascidos principalmente daquelas que possuem problemas obstétricos (CARVALHO; ARAÚJO, 2007). Este modo de prover condições adequadas à saúde materna é fortalecido pelas práticas educativas no transcorrer das consultas

de enfermagem no pré-natal (DENITTO et al., 2010).

As ações mais importantes para o controle da mortalidade materna são dependentes do acesso e da qualidade da atenção ao parto e puerpério, bem como do acompanhamento ao pré-natal com real impacto na redução da mortalidade materna e perinatal. Conforme apontam Costa, Guilhem e Walter (2005), dentre os objetivos mais relevantes da atenção pré-natal está a identificação o mais precoce possível das situações de risco, possibilitando a prevenção das complicações mais frequentes da gravidez e do puerpério.

Percebe-se que os índices elevados de mortalidade materna e perinatal estão diretamente influenciados pelas condições de vida, pela qualidade da assistência obstétrica, bem como pela assistência pré-natal pouco qualificada (OLIVEIRA; MADEIRA, 2011).

No Brasil, pode-se dizer que ainda é precária a situação perinatal relacionada ao acesso à assistência pré-natal e ao parto, que evidencia as mais diversas dificuldades impostas socialmente à gestante, dentre elas, a distância entre o domicílio e as unidades de saúde, recursos financeiros escassos, impossibilitando as gestantes de frequentarem o pré-natal com condições adequadas (MINAGAWA et al., 2006). Estas dificuldades são reafirmadas em uma pesquisa realizada em 22 capitais brasileiras em 2002 que demonstrou como a assistência pré-natal oferecida no país ainda é desarticulada entre os serviços de saúde e as condições sociais das gestantes (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006).

Os autores Davim et al. (2008) destacam que o pré-natal deveria ser uma ação mais densa em alguns locais, pois em muitos lugares sua prática já é reconhecida pelo seu impacto e transcendência, com componentes que contribuem para a redução significativa dos coeficientes de mortalidade materna e perinatal, além de ser o melhor modo de atendimento voltado às necessidades biopsicossociais dos casais grávidos.

Considerando o direito que todas as gestantes têm de acesso ao pré-natal, principalmente as classificadas como de risco, o PHPN reforça o preceito de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição primeira para o

adequado acompanhamento do parto e puerpério (BRASIL, 2002).

Deste modo, a assistência direcionada às gestantes e seus acompanhantes deve iniciar o mais precoce possível, garantindo não só o atendimento como também o estabelecimento de vínculo entre a mulher, acompanhante e os profissionais, quesitos estes importantes para a humanização da assistência (DUARTE; ANDRADE, 2008).

Guimarães (2006) reforça ainda mais a importância do pré-natal e das ações conjuntas quando a gestação é considerada de “alto risco”, pois geralmente desencadeiam sentimentos conflitantes e contraditórios no contexto familiar, necessitando de ações mais direcionadas, voltadas às especificidades de algum agravo.

Durante o pré-natal de risco aumentam as necessidades de interação entre gestante-acompanhante e equipe multiprofissional, favorecendo o conhecimento e a interação das especificidades de cada sujeito que vivencia uma gestação de alto risco. Assim, reafirma-se a importância de uma assistência humanizada, educativa, livre de intervenções desnecessárias, coerente com os preceitos normatizados pelos programas atuais direcionados à saúde da mulher (OLIVEIRA; MADEIRA, 2011).

Em função da complexidade que envolve a gestação de alto risco, é importante ampliar o atendimento desenvolvendo práticas educativas e ter um acompanhamento domiciliar, considerando que

apesar de uma parcela das gestantes limitarem o cuidado pré-natal à consulta, para a maioria das gestantes e profissionais esse processo deveria incluir consultas, ações educativas e visitas domiciliares, indo além da consulta médica ou de enfermagem [...] (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010, p. 361).

O reflexo deste atendimento direcionado e com ações educativas, anteriores ao parto, favorece igualmente o contato

posterior no centro obstétrico e na unidade neonatal entre os pais e os profissionais, aumentando a disposição dos casais para lidar com as dificuldades e contribuir na superação dos obstáculos, quando comparados àqueles que não tiveram esta oportunidade (GUIMARÃES, 2006).

Por outro lado vale ressaltar que uma assistência pré-natal despreparada, sem dúvida, torna-se um fator complicador no que diz respeito aos comportamentos apresentados pelos casais, no momento do parto e no pós-parto, gerando ambivalência de sentimentos com relação à sobrevivência de seu filho (ZAMPIERI et al., 2010; FRAGA, PEDRO, 2004).

Além disso, o encaminhamento tardio para o acompanhamento pré-natal especializado possivelmente reduz a efetividade da intervenção não só clínica como também educativa que propicia a redução da morbimortalidade materna e fetal (FEITOSA et al., 2010).

Para isso as ações educativas devem acontecer de modo especial, direcionadas e específicas às gestantes de alto risco e seus companheiros para que possam, conforme Zampieri (2001), viver de forma mais saudável a gravidez, uma vez que as mesmas tiveram a oportunidade de expressarem seus medos, angústias, ansiedades e sentimentos. Esta oportunidade pode-se dar nos grupos de gestantes de baixo-risco por meio da reflexão, do compartilhamento de experiências, conhecimentos e vivências, como também no acolhimento individual durante a consulta de enfermagem, favorecendo aos envolvidos perceberem o seu verdadeiro potencial e através do fortalecimento deste, enfrentarem as dificuldades encontradas.

Em seu estudo a autora aponta ainda que,

o processo educativo durante o pré-natal, facilitou às gestantes e acompanhantes, assumirem seu real papel de protagonistas do processo de gestação e preencher um tempo ocioso. O processo educativo favoreceu a reflexão dos envolvidos, não apenas em relação aos riscos, mas também em relação à gestação e aspectos existenciais. Favoreceu focar o ser humano e suas relações, diante de uma situação transitória e complexa, a

gestação de alto risco, o que poderá servir de subsídio para que os profissionais cuidem de forma mais ampla desta clientela (ZAMPIERI, 2001, p. 163).

Durante o processo educativo com as gestantes e seus acompanhantes é primordial que se tenha um profissional com conhecimento e sensibilidade para compreender, identificar e guiar todo processo emocional que envolve o acompanhamento da gestação de alto risco, principalmente nos serviços de saúde que são referência de alto risco (BRASIL, 2000).

Esta necessidade de um pré-natal estruturado está voltada para as gestantes que muitas vezes desconhecem os riscos gestacionais e com conhecimento escasso quanto às ações que envolvem o atendimento no pré-natal, dentre outros, conforme achados em estudo realizado por Mendoza-Sassi et al. (2007) .

Acredita-se que o pré-natal com uma assistência de qualidade favorece a “antecipação” das mudanças geradas, o que auxilia a família a vislumbrar possibilidades antes não percebidas de relações futuras saudáveis. Zampieri (2001) destaca ainda, que a introdução e valorização do homem-pai, no pré-natal, no momento do nascimento e no período de internação, contribuem significativamente para a interação não só com a mulher-esposagestante, fortalecendo as relações, como também com a criança após o seu nascimento.

A presença ativa do homem-pai durante a assistência pré-natal intensifica o processo educativo dialógico entre as gestantes e a enfermeira, favorecendo que o conhecimento sobre a atenção no pré-natal seja mais adequado e difundido, gerando um impacto positivo de interação entre pais e filhos (MENDOZA-SASSI et al., 2007).

Não podemos dissociar a assistência pré-natal das ações educativas em todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal, pois é durante o pré-natal que a mulher e seu acompanhante deverão ser melhores orientados, compreendendo toda a evolução do gestar, do nascer e do pós-parto. Para que a condução do pré-natal seja

percebida de forma positiva e qualificada, os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores, compartilhando saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério (RIOS; VIEIRA, 2007).

A possibilidade de trocar conhecimentos, através do diálogo durante a assistência pré-natal, torna-se para os sujeitos envolvidos neste cenário um modo de redefinir papéis e responsabilidades, evitando maiores frustrações no futuro (BASSO; MONTICELLI, 2010).

Nesta perspectiva, uma prática de educação em saúde para ser considerada adequada e acolhedora necessita durante o pré-natal estar todo tempo aliada à integralidade dos saberes dos mais diversos profissionais, consolidando a equipe de saúde, com seus múltiplos saberes e práticas obtendo como resultado uma assistência qualificada e segura para a gestante e seu bebê (PINHO; SIQUEIRA; PINHO, 2006).

O profissional enfermeiro passa a ser o elemento ativo da equipe de saúde ao articular os saberes no processo educativo, pois exerce o papel de educador, contribuindo para mudanças concretas e saudáveis nas atitudes das gestantes em busca de uma qualidade em saúde (LIMA; MOURA, 2005).

A participação da enfermeira nas consultas de pré-natal tem evidenciado que esta profissional busca assistir a mulher e o conceito de forma integral dando apoio e compartilhando informações a cada trimestre da gestação. É a enfermeira que busca contribuir para que a mulher tenha uma gravidez sem complicações, prazerosa e com o nascimento de um bebê saudável. Visa sempre o bem-estar da tríade mãe-filho-pai, abordando não só o ser gestante como também o ser mulher/mãe/família (NERY; TOCANTINS, 2006).

Pensando na integralidade, no cuidado e nas ações educativas nesta dimensão durante o período gestacional, devemos considerar neste contexto a participação paterna ou de um acompanhante de escolha da mulher durante os encontros do pré-natal, principalmente quando este é de alto risco.

Quando o acompanhante durante todo o processo que antecede o nascimento é seu cônjuge, tal prática favorece não só



o seu preparo como pai do futuro bebê como também favorece o encorajamento dessa mulher para aceitar de forma mais positiva todos os acontecimentos. É como se o companheiro fosse o alicerce desta relação entre gestante e profissional. Este tempo de preparo do casal é percebido no nascimento de forma positiva pelos profissionais do centro obstétrico (BRÜGGEMANN; OSIS; PARPINELLI, 2007).

Dentre as ações que favorecem o desenvolvimento seguro e tranquilo da gravidez, com práticas educativas que propiciam e preparam para a maternidade, paternidade e estimulam a participação ativa do casal, estão presentes as consultas de enfermagem e os grupos de gestantes. Nestas ações, o profissional enfermeiro torna-se o articulador da aproximação entre profissional/casal/gestação, favorecendo um espaço onde a mulher e seu acompanhante tem a voz, podendo expressar suas expectativas e necessidades, estreitando cada vez mais a relação entre os protagonistas, ampliando as oportunidades de reflexão (LIMA; MOURA, 2005).

No entanto, deve-se considerar que a adoção desta dinâmica individual ou em grupo não deve acontecer de forma passiva pelos casais ou gestante e acompanhante, em que o enfermeiro transmite as informações como se fosse um despejar de conteúdos. A participação deverá acontecer de forma a compartilhar saberes, partindo do pressuposto de que os questionamentos devem emergir espontaneamente da gestante e de seu acompanhante, atores sociais ativos desse processo.

Hoga e Reberte (2007, p. 565) corroboram destacando que,

os objetivos principais destes encontros são o oferecimento de suporte para uma vivência plena do período grávido e puerperal e o desenvolvimento do cuidado adequado durante a gravidez, o parto e o puerpério, bem como o preparo para a maternidade e a paternidade.

Pode-se dizer que as ações educativas em saúde que permeiam o pré-natal estão fortemente relacionadas ao processo

de trabalho da enfermagem, na qual a enfermeira articula as mais diversas dimensões do cuidado de si e do outro, propiciando o empoderamento tanto individualmente como coletivamente das gestantes e seus acompanhantes, minimizando os efeitos em todo ciclo gravídico-puerperal (SILVA et al., 2006).

Quando o pré-natal é de risco, os casais passam a ter preocupações mais intensas e conscientes, buscando um serviço de saúde que possa atender as suas necessidades, expectativas e que em suas concepções, seja adequado para o enfrentamento das necessidades que advirão do processo gravídico, podendo se estender para o parto e pós-parto. Assim, a primeira preocupação, está em ter um pré-natal bem assistido.

A relação entre os apontamentos feitos pela literatura e as implicações para a prática deste estudo estão voltadas para a importância de um pré-natal de alto risco de qualidade, realizado por profissionais que promovam uma relação saudável com os sujeitos, que compreendam de forma sensível os conflitos experienciados durante o período gestacional, parto e puerpério, utilizando-se como estratégia de superação e empoderamento por parte da mulher e do acompanhante, a educação em saúde.

Para tanto, a educação em saúde precisa caminhar em paralelo com as mudanças sociais, políticas e econômicas vivenciadas pelos grupos sociais da atualidade e com as grandes transformações com que o ser humano convive, pois o conhecimento pronto já não é mais bem recebido pelos sujeitos, estes querem ser participativos na sua própria história de vida (WIGGERS, 2010).

## 2.4 PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM NO BRASIL SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PRÉ-NATAL

Nas mais diversas áreas e temáticas a educação em saúde tem sido alvo de inúmeras pesquisas, pois possibilita um novo olhar sobre o mesmo objeto de estudo e, quando este está voltado para a saúde da mulher, em especial das gestantes, este leque fica

ainda mais ampliado e fortalecido.

No transcorrer da trajetória acadêmica buscamos nos aperfeiçoar trilhando caminhos através das afinidades e das necessidades de publicações na área da enfermagem, e através de dissertações e teses aprofundamos, lapidamos a construção de novos saberes.

Em algumas áreas ainda precisamos nos aprofundar, lançando diferentes possibilidades de atuação e resgatando as mais diversas ações inerentes ao ser enfermeiro, dentre elas, o ouvir, auxiliar, atuar em conjunto com as gestantes de alto risco e seus acompanhantes no transcorrer do pré-natal, parto e pós-parto.

A gravidez por si só é um evento que trás diversas modificações não só físicas como também psicológicas para a mulher, porém estas alterações são consideradas fisiológicas no transcorrer dos nove meses de gestação.

No entanto, toda e qualquer gestação pode fugir das mudanças consideradas fisiológicas, e ser acometida por alguma patologia passando a ter outras especificidades, sendo denominada de alto risco.

Na maioria das vezes as mulheres passam do momento de alegria para o de incertezas, desafios, culpas e medos, gerando não só um abalo físico como também emocional. No transcorrer da gestação de alto risco as mulheres podem necessitar de internações por tempo indeterminado, podendo ou não ser surpreendidas por um nascimento prematuro.

Frente aos desafios que as mulheres vivenciam no transcorrer da gravidez de risco, torna-se necessário um acompanhamento direcionado às especificidades deste momento, através da assistência de pré-natal e também de ações educativas durante a evolução da gestação, com orientações direcionadas, que favoreçam o enfrentamento dos sentimentos ambíguos provenientes deste período gestacional tão singular, considerando que “a gravidez tem um caráter individual, já que cada mulher a vivencia de forma única” (ZAMPIERI, 2006 p. 77).

Neste sentido, acredita-se que a análise das produções científicas de pós-graduação em enfermagem, na área de saúde da

mulher-gestante, através de uma assistência guiada por ações educativas envolvendo a gestante, seu acompanhante e o profissional de saúde no transcorrer da gestação, possibilita um desvelar de novas ações e atitudes dos profissionais atuantes neste contexto.

Acredita-se que o pré-natal se fortalece a medida que se estabelece um vínculo maior entre os participantes deste processo e a enfermeira, que através da educação em saúde possibilita as transformações necessárias através da ação-reflexão-ação por parte dos sujeitos. Consideramos que:

cuidar, gerenciar e educar compõe três ações básicas presentes no processo de trabalho da enfermeira, as quais não são dissociadas, mas possuem objetivos específicos, de acordo com cada processo particular, visando, de uma maneira geral, o bem-estar do ser humano, objeto do processo de trabalho da enfermagem (PRADO; RIEBNITZ; GELBCKE, 2006 p. 297).

Buscando obter um panorama das pesquisas realizadas nas mais diversas instituições de pós-graduação do Brasil que sustentasse a unicidade desta tese, buscamos conhecer as produções científicas publicadas nos catálogos do CEPEN - ABEN, suas interfaces, avanços e fragilidades na assistência de enfermagem no pré-natal.

Percebe-se que a participação do enfermeiro está mais direcionada para as questões que permeiam o pré-natal de baixo risco. Acredita-se que este dado esteja relacionado às características das consultas de enfermagem, predominantemente realizadas no acompanhamento da gestação de baixo risco, área na qual o enfermeiro, especialmente o que atua nas Unidades Básicas de Saúde, possui maior autonomia profissional, pois de acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem – Decreto n.º 94.406/87 e o Ministério da Saúde, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pela enfermeira (COREN, 2001).

Tanto o enfermeiro quanto os demais profissionais

envolvidos na assistência pré-natal devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes, uma vez que tanto o pré-natal quanto o nascimento são momentos únicos para cada mulher e uma experiência especial no universo feminino (RIOS; VIEIRA, 2007).

No entanto, as gestantes de alto risco, no setor terciário de atendimento, têm a necessidade de serem não apenas orientadas no que tange aos agravos que fazem com que sejam classificadas como de alto risco, mas também são carentes de ações educativas que possibilitem minimizar a angústia e o sofrimento causado pelas alterações do ritmo natural do nascimento, provocando sentimentos maternos e paternos de desespero, medo e ansiedade (SOUZA et al., 2007).

Esta preocupação não é apenas algo focado no profissional que assiste estas gestantes, mas também por ser a mortalidade materna e neonatal uma forte questão de discussão e, principalmente, preocupação para a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Organização das Nações Unidas (ONU), o Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP) e o Banco Mundial, que tem como meta reduzir a taxa em 75% até 2015 (WHO, 2005).

Para que estas taxas atinjam a meta de redução da mortalidade materna e neonatal até 2015, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009; WHO, 2005) propõe dentre as principais ações o aumento da assistência de pré-natal, que consiste não só nos achados clínicos, como também em ações educativas que promovam conhecimento das gestantes sobre sua classificação de risco.

Percebe-se que há uma predominância significativa na área assistencial como prática de cuidado, com ações tecnicistas, principalmente nas questões relativas à mulher e a criança (MERIGHI; GONÇALVES; FERREIRA, 2007). No entanto, ainda é deficitário o número de estudos que adotam a educação em saúde durante a assistência de pré-natal como ferramenta do enfermeiro durante a gestação de alto risco, isto pode estar relacionado ao fato dos Programas de Pós-Graduação terem fortes

ligações com o modelo biomédico na área obstétrica (PRADO; GELBEKE, 2001).

Deste modo, fica evidente o quanto a enfermagem trabalha a gestação em seus aspectos fisiológicos e o quão pouco se preocupa em estender a assistência de pré-natal de alto risco, situação que demanda um outro olhar.

Além dessa percepção de um cuidado mais restrito às questões fisiológicas da gestação, percebemos que a educação em saúde tem feito parte de muitos estudos como possibilidade de compreensão através da ação-reflexão-ação, possibilitando um novo olhar sobre as dificuldades de enfrentamento de uma gestação principalmente a de alto risco.

Acreditamos que o enfermeiro seja o profissional habilitado para realizar ações de educação em saúde através da consulta de enfermagem com os casais que experienciam as mudanças durante a gestação. Mas para isso torna-se necessário ampliarmos pesquisas, não só o conhecimento científico na área obstétrica, como também sua prática com esses sujeitos consolidando esse saber em nossa profissão.

Torna-se necessário não só obtermos maiores conhecimentos com relação a gestação de alto risco, mas principalmente sobre a utilização de ações educativas que possibilitem que, tanto a mulher quanto o homem, possam desconstruir e construir o seu modo de ver e vivenciar a gestação de alto risco.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

---

*“Não é no silêncio que os homens se fazem,  
mas na palavra, no trabalho,  
na ação-reflexão”.*  
(Paulo Freire)

O referencial teórico numa pesquisa é o guia do pesquisador, é o apoio no qual cada fase da pesquisa se articula, devendo estar em harmonia com o propósito do estudo. O referencial teórico dá sustentação à formulação do problema de pesquisa e vai dando fundamentação teórica à medida que vai se analisando os dados (TRENTINI; PAIM, 2004).

Para dar sustentação teórica a este estudo, buscamos nos espelhar nos princípios teóricos da Pedagogia Libertadora de Paulo Freire. Acreditamos, assim como o mestre, que o diálogo possibilita a troca de experiências entre sujeitos e pesquisadora, possibilitando uma reflexão mais aprofundada a cada encontro com as gestantes e seus acompanhantes, desvelando as situações e propondo o enfrentamento destas.

A Pedagogia Libertadora possibilita o repensar entre teoria e prática. O processo educativo é permeado pelo diálogo e construído a partir das relações entre o ser humano enquanto indivíduo e o momento que está vivenciando.

Esta prática e nossa aproximação com o educador Paulo Freire já vem de longo tempo, quando nos inserimos como membros do Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde (EDEN), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). O grupo se encontra quinzenalmente para troca de experiências sobre os mais variados temas e estudos na área da educação. No entanto, o referencial

que sustenta os alicerces do grupo é a Pedagogia Libertadora, com os ideais de Freire.

Somos convictas que para modificarmos o nosso mundo interior, precisamos crer em algo e termos metas definidas. Neste estudo, nosso maior objetivo é o de proporcionar as gestantes que vivenciam uma gestação de risco e seu acompanhante uma visão mais amadurecida, segura e autoconfiante, principalmente no período que antecede o parto, ou seja, durante a vivência da gestação, com uma assistência de pré-natal qualificada e educativa.

Esta premissa de assistência pré-natal qualificada só foi possível por acreditarmos que o diálogo é a ferramenta que fortalece e estabelece as relações através da reflexão-ação-reflexão. Paulo Freire mostra em seu modo de ver as transformações da realidade, que o educando cria sua própria educação, fazendo ele próprio o caminho, libertando-se das situações conflitantes.

### 3.1 A PEDAGOGIA LIBERTADORA DE PAULO FREIRE

Paulo Freire traz de suas raízes a vontade constante de vencer e superar as dificuldades impostas pelo mundo. Nascido em 19 de setembro de 1921, na cidade de Recife, foi alfabetizado na infância pela sua mãe, que, mesmo de origem humilde, soube guiar os primeiros passos do filho. Na adolescência, Freire desperta um interesse enorme pela língua portuguesa e aos 22 anos de idade começa a cursar a Faculdade de Direito. Casou-se, teve cinco filhos e começou a lecionar no Colégio Oswaldo Cruz (GADOTTI, 1996).

Em 1947, foi convidado a coordenar o Departamento de Educação e Cultura do Serviço Social da Indústria (SESI), onde entra pela primeira vez em contato com a educação de adultos. Em 1958, participa de um congresso no Rio de Janeiro com a proposta de apresentar um trabalho sobre educação e os princípios de alfabetização.



Nesta apresentação Freire era convicto de que a alfabetização deveria estar lado a lado com a realidade vivida pelo educando, pois deste modo este conseguiria se inserir de forma crítica na vida social e política (GADOTTI, 1996).

Foram muitos os momentos importantes e marcados por fatos inusitados na vida deste nobre educador, mas talvez o que mais marcou foi seu exílio no Chile e na Suíça tendo neste momento de sua vida se dedicado a produzir conhecimento sobre educação. Dentre os manuscritos está a obra mundialmente conhecida, *Pedagogia do Oprimido*, lançada em 1969 (GADOTTI, 1996).

O libertário Paulo Freire faleceu em maio de 1997, mas conseguiu ao longo de seu ‘casamento’ com a educação deixar linhas que descrevem a sabedoria e a arte de educar, em inúmeras obras<sup>3</sup> que nos permite sustentar a idéia de que

---

<sup>3</sup> Obras do educador Paulo Freire: 1959: Educação e atualidade brasileira. Recife: Universidade Federal do Recife, 139p. (tese de concurso público para a cadeira de História e Filosofia da Educação de Belas Artes de Pernambuco); 1961: A propósito de uma administração.; 1963: Alfabetização e conscientização.; 1967: Educação como prática da liberdade.; 1970: Pedagogia do oprimido.; 1971: Extensão ou comunicação?; 1976: Ação cultural para a liberdade e outros escritos.; 1977: Cartas à Guiné-Bissau. Registros de uma experiência em processo.; 1978: Os cristãos e a libertação dos oprimidos.; 1979: Consciência e história: a práxis educativa de Paulo Freire (antologia).; 1980: Quatro cartas aos animadores e às animadoras culturais.; 1980: Conscientização: teoria e prática da libertação; 1981: Ideologia e educação: reflexões sobre a não neutralidade da educação.; 1981: Educação e mudança.; 1982: A importância do ato de ler (em três artigos que se completam).; 1982: Sobre educação (Diálogos); 1982: Educação popular.; 1983: Cultura popular, educação popular; 1985: Por uma pedagogia da pergunta.; 1986: Fazer escola conhecendo a vida.; 1987: Aprendendo com a própria história.; 1988: Na escola que fazemos: uma reflexão interdisciplinar em educação popular.; 1989: Que fazer: teoria e prática em educação popular.; 1990: Conversando com educadores.; 1990: Alfabetização - Leitura do mundo, leitura da palavra.; 1991: A educação na cidade.; 1992: Pedagogia da esperança: um reencontro com a Pedagogia do oprimido.; 1993: Professora sim, tia não: cartas a quem ousa ensinar.; 1993: Política e educação: ensaios.; 1994: Cartas a Cristina. Prefácio de Adriano S. Nogueira; notas de Ana Maria Araújo Freire.; 1994: Essa escola chamada vida.; 1995: À sombra desta mangueira.; 1995: Pedagogia: diálogo e conflito.; 1996: Medo e ousadia.; 1996: Pedagogia da Autonomia.; 2000:

a dialogicidade e a autonomia do sujeito é que transforma a realidade chegando ao estágio de conscientização.

Neste modo de perceber o caminho de construção da educação, espelhada nas premissas da Pedagogia Libertadora é que nos sentimos amparadas para refletir sobre os achados deste estudo.

A proposta de Paulo Freire para a prática da educação é que o ensino aconteça por meio do diálogo, na liberdade de pensamento e de expressão, num constante exercício em busca do conhecimento, de forma participativa e transformadora, em uma relação horizontal, saudável e com consciência crítica entre educando e educador, porém esta forma de conscientização deve vir acompanhada de uma práxis libertadora (FREIRE, 1991).

Para que o processo de construção do saber aconteça, não basta um único pensar, é necessário um conjunto de pensamentos para que haja a construção de um novo saber. Paulo Freire diz que: “não posso pensar pelos outros nem para os outros, nem sem os outros” (FREIRE, 1982, p. 119). Portanto, o estar com o outro em sintonia e em busca dos mesmos objetivos é indispensável para recriá-lo em uma nova realidade.

O processo educativo é dinâmico, fortalece os sujeitos envolvidos e promove a prática da liberdade através do novo conhecimento. Cada ser humano tem uma habilidade específica, tem múltiplas experiências e a troca entre eles promove uma educação de qualidade, em favor de uma educação libertadora (FREIRE, 2006).

Torna-se importante que os sujeitos envolvidos “sintam-se sujeitos de seu pensar, discutindo o seu pensar, sua própria visão de mundo, manifestada implícita ou explicitamente, nas suas sugestões e nas de seus companheiros” (FREIRE, 1982, p. 141).

Para o alcance de um pensamento sobre determinada

realidade,

é necessário questionar, dialogar, buscar novos conhecimentos e refletir sobre as ações desempenhadas frente a essa realidade. Quanto mais se reflete sobre algo, mais se analisa mais se compreende e mais se pode contribuir para a transformação (BASSO, 2007, p. 53).

A Pedagogia Libertadora tem sido utilizada em várias áreas da saúde, em especial na enfermagem que adota em sua práxis a construção coletiva do conhecimento, favorecendo não só as relações de aprendizagem, mas também as tornando mais afetivas e solidárias, fortalecendo o compromisso social e o pensamento libertário.

Neste estudo, em particular, a Educação Libertadora favoreceu a apropriação de conceitos como ser humano, diálogo, educação em saúde, consulta de enfermagem, assistência pré-natal, e até mesmo na práxis, pautada na libertação e nas relações entre gestantes, seus acompanhantes e a enfermeira.

Para Freire (2006), a educação é uma experiência dialógica e dialética do processo educacional e, através destas dimensões que são criados os alicerces para as próprias mudanças socioculturais.

Estes alicerces são percebidos por Oliveira et al., (2008) numa práxis afetiva, ou seja, no aspecto positivo da afetividade entre sujeitos e profissionais da saúde, capazes de originar sentimentos de amor, amizade, altruísmo, maternidade, paternidade e solidariedade.

### 3.2 MARCO CONCEITUAL

Marco Conceitual são representações mentais de determinada realidade em que estamos inseridos, assim,

considerando os aspectos mais amplos do referencial teórico adotado neste estudo, apresentamos neste momento em consonância com a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), a forma de percebermos os seres humanos, a situação de risco vivenciada pelas gestantes, os espaços que favoreceram o diálogo e dentre outros. Significando em outras palavras que nossas crenças e valores estão interligados à Pedagogia Libertadora de Paulo Freire.

Esta construção mental deve, segundo Monticelli (1994, p. 41), “comportar uma estrutura lógica de inter-relação entre os vários conceitos que o compõem. Serve para direcionar ou guiar o processo da prática assistencial de enfermagem”.

Nesta perspectiva, os **pressupostos básicos** desta pesquisa estão apoiados na Pedagogia Libertadora e naqueles provenientes das crenças e princípios das pesquisadoras junto ao grupo de pesquisa EDEN e profissionais da área obstétrica e neonatal.

Embora os **conceitos** nasçam de uma representação mental, um tanto abstrata, podemos dizer que a realidade que se fala e que se descreve é real. É na construção dos conceitos que o pesquisador poderá entender, delimitar e guiar seus passos durante o estudo (TRENTINI; PAIM, 2004). Estes, em parceria com os pressupostos básicos é que irão guiar a PCA, proposta neste estudo.

### **Pressupostos Básicos**

- Assistência pré-natal é o momento em que as gestantes e seus acompanhantes se apropriam de conhecimentos sobre a evolução da gestação e refletem sobre as situações de risco, tanto materna quanto fetal.
- Consulta de enfermagem é o momento do pré-natal em que também se realiza educação em saúde, e através do diálogo estreita-se as relações, troca-se experiência e se faz reflexões sobre a realidade a ser transformada entre gestantes, acompanhantes e enfermeira, preparando-se para o momento do nascimento e períodos que se sucedem.

- A prática dialógica e educativa, por meio da Pedagogia Libertadora, estimula as gestantes e seus acompanhantes a compartilharem seus sentimentos, experiências, conhecimentos, crenças, valores e necessidades de aprendizagem da realidade vivida, e propicia a reflexão-ação-reflexão, gerando transformações para os enfrentamentos do presente e do futuro próximo.
- A Pedagogia Libertadora favorece as estratégias dialógicas e ações educativas, contribuindo para guiar a troca de saberes entre gestantes, acompanhantes e enfermeira durante a assistência de pré-natal de alto risco.
- A enfermeira atua como facilitadora do processo dialógico de educação em saúde e das transformações da realidade vivenciada pelas gestantes e seus acompanhantes durante a assistência de pré-natal de risco.

## Conceitos inter-relacionados

### Ser Humano

Ser humano é,

a possibilidade humana de existir forma acrescida de ser-, mais do que viver, faz do homem um ser eminentemente relacional. Estando nele, pode também sair dele. Projetar-se. Discernir. Conhecer. É um ser aberto. Distingue o ontem do hoje. O aqui do ali. Essa transitividade do homem faz dele um ser diferente. Um ser histórico. Faz dele um criador de cultura (FREIRE, 2002, p. 10).

Neste estudo, os seres humanos participantes são as gestantes, seus acompanhantes e a enfermeira como facilitadora, por serem as “pessoas” que vivenciam a gestação de alto risco.

As **gestantes** são seres humanos únicos, mulheres, que vivenciam as modificações biopsicossociais durante todo processo de gestar até o nascimento. São seres humanos que ao vivenciarem uma gestação de alto risco, sentem

necessidade de trocar experiências e através do diálogo, adquirirem novos conhecimentos de forma crítica e reflexiva, buscando ser mais e melhor. São mulheres que se encorajam para superarem os mais diversos sentimentos e buscam o fortalecimento para enfrentarem o parto e o pós-parto.

Os **acompanhantes** são seres humanos, homem ou mulher, de escolha da gestante, seja por consanguinidade e/ou por laços afetivos, que acompanham de forma direta a assistência pré-natal. É a pessoa que participa do processo dialógico-reflexivo e que favorece a continuidade deste, fortalecendo a mulher-gestante nas situações de insegurança durante e após o processo de educação em saúde.

A **enfermeira** é o ser humano, a profissional com habilidades técnico científicas, ética, crítica e facilitadora do processo de educação em saúde. É a pessoa que através do diálogo promove reflexão-ação-reflexão, compartilha conhecimentos entre gestantes e seus acompanhantes durante a assistência pré-natal de risco até que se obtenha a transformação da realidade e todos se sintam encorajados para o enfrentamento das situações inerentes da gestação e nascimento.

### **Gestação de alto risco**

É um momento da vida das gestantes e seus acompanhantes, muitas vezes não antes experienciado, com inúmeras transformações físicas e psicológicas, imerso em sentimentos de angústia, medo, insegurança.

### **Ambiente**

O ambiente é o local onde todos os seres humanos se inter-relacionam e vivenciam a gestação de alto risco. Está inserido em um contexto físico, social, cultural, político e econômico, no qual pode transformar ou vir a transformar situações de saúde/doença. É um fator determinante no processo dialógico de ensino-aprendizagem que transforma a realidade vivenciada. O espaço de educação em saúde deste

estudo, que favoreceu a reflexão crítica entre gestantes de alto risco, seus acompanhantes e enfermeira facilitadora foi o ambulatório do HU/UFSC, em consultório individual, ambiente acolhedor, harmônico e apropriado para os encontros em busca de transformações da realidade.

### **Educação em Saúde**

Freire (2003, p. 68) defende que “[...] ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo”.

Educação em saúde é o processo educativo, é uma estratégia que favorece a exposição com liberdade das necessidades biopsicossociais das gestantes e de seus acompanhantes em busca pela transformação da realidade vivenciada. Esta relação acontece por meio do diálogo, favorece as reflexões em busca do fortalecimento, rumo ao enfrentar as situações advindas do processo de vivenciar uma gestação de alto risco, inserida na práxis da enfermeira.

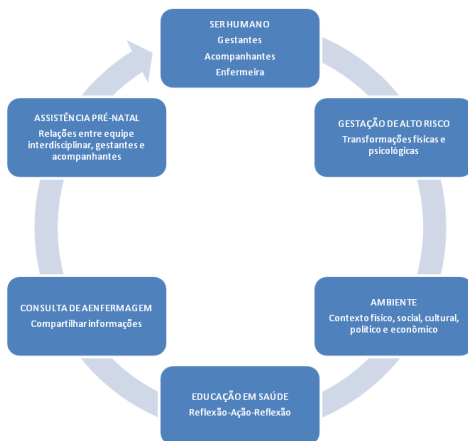
### **Consulta de Enfermagem**

É o momento em que gestantes, seus acompanhantes e enfermeira facilitadora, se relacionam através da dialogicidade, com uma visão Libertadora, em busca de melhor entendimento, fortalecimento e superação das situações vivenciadas durante a gestação de alto risco. É a possibilidade de se redescobrirem como seres humanos capazes de superar toda e qualquer dificuldade experienciada, na crença de que após a assistência pré-natal ocorrerão as transformações necessárias para esta nova realidade em suas vidas.

### **Assistência Pré-Natal**

São as relações entre a equipe interdisciplinar no contexto de saúde da mulher e o conjunto de ações durante o pré-natal que favorecem o acolhimento, o atendimento das necessidades biopsicossociais e promovem práticas

educativas com as gestantes de alto risco e seus acompanhantes.



**Figura 1:** Conceitos inter-relacionados.



## 4 METODOLOGIA

---

*“A educação sozinha não transforma a sociedade,  
sem ela tão pouco a sociedade muda”.*  
(Paulo Freire)

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de pesquisa qualitativa, do tipo Convergente-Assistencial (PCA). Este tipo de pesquisa está direcionado para a minimização ou resolução dos problemas da prática assistencial ou da prática educativa no contexto em que o pesquisador encontra-se em sua atuação profissional. As enfermeiras Mercedes Trentini e Lygia Paim, criadoras deste desenho de investigação, em 1999, tinham como meta delinear caminhos teóricos que convergissem com a prática. Deste modo, este tipo de pesquisa se espelha nas mudanças ou inovações nas mais diversas áreas da saúde e, em especial, da enfermagem (TRENTINI; PAIM, 2004).

Segundo as autoras, a PCA tem como objetivo (re) construir conhecimentos que orientem a prática do enfermeiro num processo educativo, devendo o enfermeiro-pesquisador socializar as mudanças com a comunidade científica e a sociedade em geral. Trata-se de uma pesquisa facilmente aplicável no contexto da prática dos profissionais da saúde em especial da enfermagem.

O eixo condutor para realizar esta pesquisa foi a pedagogia Libertadora de Paulo Freire, educação libertadora, que tem como objetivo estimular a capacidade humana de ser ativo nas mudanças sociais, sujeito da própria história. Nesta proposta, os problemas são identificados como ponto de partida para a

aprendizagem, requerendo a busca de soluções criativas e originais (FREIRE, 2007).

Freire (2002) afirma que pela sua essência, a educação libertadora não tem uma metodologia única, nem técnicas fixas. O que se tem na educação libertadora é uma “trajetória pedagógica” que se faz com o estudo da realidade através da fala do educando e pela organização dos dados pelo educador. Nesta trajetória não se leva para o grupo um conhecimento pronto, estanque, mas se estimula um pensar a partir das experiências vividas para um novo despertar.

A educação libertadora não é um ato de depositar, de transferir ou transmitir conhecimento, mas sim um ato ‘cognoscente’, onde o pesquisador é o mediatizador, e juntos pesquisador e pesquisados, num espaço dialógico, buscam a superação das contradições e conhecimentos.

Deste modo, Freire (2005, p.39) enfatiza que na educação libertadora “o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa”.

Assim, a PCA em consonância com a pedagogia Libertadora tem a mesma preocupação, a de desvelamento da realidade social, permitindo que os participantes da pesquisa, através de espaços dialógicos identifiquem fragilidades e fortalezas, e desvendem novas propostas de ação de mudanças concretas (HEIDEMANN, 2006).

#### 4.2 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO

Esta pesquisa foi realizada no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina – HU/UFSC. Esta instituição é 100% pública e atende gestantes de alto risco em nível ambulatorial e também acolhe aquelas que por ventura necessitarem de internação no setor de alto risco da maternidade.

A Maternidade do HU/UFSC, bem como a assistência

pré-natal, deu início a suas atividades em 20 de outubro de 1995, e desde então vem prestando seus serviços à comunidade em geral baseando-se na filosofia firmada desde sua inauguração que compreende uma assistência humanizada ao trinômio mãe-pai-filho.

Considerando que este estudo está direcionado às mulheres e seus acompanhantes que vivenciam uma gestação de alto risco torna-se importante a compreensão e o conhecimento do espaço e cenário que os sujeitos percorrem em sua trajetória. Assim, de forma sucinta, apresentamos o contexto do ambulatório, foco da pesquisa.

De forma muito singular as gestantes que apresentam alguma situação que requer uma atenção mais cuidadosa trilha caminhos talvez não antes percorridos. O primeiro acolhimento destas mulheres que apresentam alguma intercorrência durante a gestação com denotação de alto risco, é através do atendimento ambulatorial. Este serviço está localizado no andar térreo do HU/UFSC, identificado por área C, composto por uma recepção que através de uma recepcionista, realiza o primeiro acolhimento das gestantes e seus acompanhantes. Após realizar a parte burocrática, estes sujeitos são encaminhados para uma sala de espera onde aguardam o atendimento obstétrico ou da enfermagem. Sempre que possível neste espaço acontece atividades de sala de espera realizada pela enfermeira responsável pela área C.

Neste ambulatório ocorre assistência não somente de gestantes de alto risco como também de outras especialidades, dentre elas: ginecologia, mastologia, hematologia, dentre outras.

O itinerário percorrido pelas gestantes até chegarem ao ambulatório de alto risco acontece através de encaminhamentos de profissionais que realizam o pré-natal de baixo risco nas Unidades Básicas de Saúde e que no decorrer da assistência à gestante, detectam alguma alteração materna e/ou fetal. Uma vez sendo detectado o risco durante a gestação, essas mulheres recebem a assistência necessária nesta unidade de referência buscando garantir uma boa e adequada evolução da gravidez.

O espaço oferecido no ambulatório de alto risco para as

consultas de enfermagem numa perspectiva educativa foi em um consultório fixo e utilizado todas as quartas-feiras pela pesquisadora e pelos sujeitos da pesquisa. O fato de ter sido sempre o mesmo consultório tornou-se referência para as gestantes e seus acompanhantes sempre que precisavam trocar alguma informação, podendo ser considerado uma estratégia adequada e coerente com a PCA.

#### 4.3 OS SUJEITOS PARTICIPANTES

Os sujeitos do estudo foram as gestantes de alto risco e seus acompanhantes que estavam realizando pré-natal na instituição foco deste estudo.

Não foi estipulado número mínimo de participantes, estipulou-se apenas um período de seis meses, de janeiro a junho de 2012 para incluir gestantes novas. Após findar esses meses deu-se continuidade a assistência pré-natal daquelas que já estavam no processo de educação em saúde, perdurando até o mês de setembro quando todas já haviam finalizado os processos reflexivos, tendo sua visão da gestação se transformado. Além do período determinado para inclusão dos sujeitos, outro fator importante foi a concordância em participar do estudo, após conhecerem os objetivos, intencionalidades e modos de participação. Foram atendidas 12 gestantes e 9 acompanhantes, considerando que algumas das gestantes por motivos pessoais descritos em cada apresentação individual a seguir, não conseguiram ter o acompanhante de escolha presente durante a assistência pré-natal. O número de encontros variou conforme a necessidade de cada uma das gestantes e de seus acompanhantes, até que houvesse saturação dos dados.

As gestantes e seus acompanhantes participantes deste estudo foram identificados por nomes fictícios, a fim de manter o sigilo e respeitar os princípios éticos. Pensando em algo que fosse significativo, optamos por pedras preciosas. Esta escolha não foi por acaso. Nossa reflexão surgiu a partir da seguinte pergunta:

como percebemos as gestantes e seus acompanhantes desde o primeiro contato até o findar dos encontros? Após esta reflexão percebemos que ao chegarem nos primeiros encontros eram pedras preciosas, únicas, mas ainda em seu estado bruto, e que após vários contatos dialógicos e reflexivos se transformavam em pedras preciosas, lapidadas, com um brilho especial e mais valorizadas.

Considerando ainda que, as pedras preciosas são matérias tal como nós, os seres humanos, estas também precisam de tempo para se tornar únicas. Possuem substâncias e propriedades poderosas, preventivas e curativas, originárias da natureza. Segundo Stark e Meier (2009), elas promovem a autoconfiança, a criatividade e as nossas forças curativas, dando-nos vitalidade, senso de valor próprio e capacidade de amar.

Acreditamos que a pedra que é preciosa sempre será preciosa, porém quando está no seu habitat natural pouco são valorizadas e percebidas em sua essência, no entanto, quando extraídas e lapidadas, se tornam valorizadas.

Assim percebemos as mulheres-gestantes e seus acompanhantes, que antes de compreenderem a gestação de alto risco pouco sabiam da sua real essência, seu poder, mas com um cuidado humanizado e dialógico se perceberam como seres únicos e especiais, como uma jóia rara.

A seguir, apresentamos cada uma das gestantes de alto risco e seus acompanhantes que compuseram este estudo, antecedidos pelo nome fictício e pelo significado da pedra preciosa escolhida.

***Pedra do sol (reconhecimento; autoestima):*** A.S.C, 15 anos, 1º grau incompleto, católica, do lar, seu estado civil é de união estável. É sua primeira gestação, iniciou o pré-natal de baixo-risco com 9 semanas e 5 dias, sendo classificada como de alto risco com 12 semanas e 5 dias pela data da última menstruação (DUM) e com 14 semanas e 3 dias pela ultrassonografia (USG), com diagnóstico de risco materno e fetal, por ser adolescente. Veio acompanhada em todas as consultas por seu companheiro, exceto em um encontro que veio em companhia do seu pai.

**Pedra da lua** (*fertilidade; sexualidade*): A.V.D, companheiro e acompanhante de Pedra do sol, 18 anos, pai de ‘primeira viagem’, que esteve presente e participativo em todo processo de reflexão-ação-reflexão.

**Rubi** (*amor; fidelidade; parceria*): A.P.M, 13 anos , 1º grau incompleto, católica, do lar, solteira (namora o pai do bebê). Primigesta, iniciou o pré-natal diretamente no alto risco por ser adolescente e portadora de HPV vulvar e anal extenso, havendo risco materno e fetal. A idade gestacional (IG) que realizou seu primeiro USG foi com 24 semanas e 2 dias, não sabia informar a DUM, mas disse ter procurado o serviço de emergência obstétrica no começo da gestação, sendo considerada como ter iniciado o pré-natal no primeiro trimestre.

**Ônix** (*concentração; proteção*): mãe e acompanhante de Rubi. Esteve presente na assistência pré-natal e nos atendimentos ginecológicos que aconteciam na sequência para cauterização das lesões do HPV. Este procedimento era realizado pela enfermeira do ambulatório área C. Em muitos momentos acompanhei diretamente a assistência prestada a esta jovem, aproveitando a oportunidade para trocarmos falas sobre os cuidados de prevenção do HPV e a relação deste com a gestação, parto, dentre outros.

**Ágata** (*proteção; justiça; vitalidade*): C.A.I, 40 anos, 2º grau incompleto, católica, auxiliar de limpeza, separada – tem um relacionamento de aproximadamente dois anos, que gerou esta gravidez. Esta é sua quarta gestação, gerou três filhos fruto de outro relacionamento. Iniciou assistência pré-natal de risco com 32 semanas e 3 dias pela DUM, 33 semanas pela USG. Apresentando risco fetal devido ao diagnóstico de oligoâmnio severo, placenta espessada, feto com rins policísticos e má formação cardíaca. Em suas outras gestações não teve nenhuma intercorrência, fez todo acompanhamento no pré-natal de baixo risco. Durante assistência de pré-natal não foi possível ter acompanhante de sua escolha, seu namorado, devido à impossibilidade do mesmo em afastar-se do trabalho.

**Olho de gato** (*determinação; coragem*): D.B.M, 25 anos, 2º grau completo, católica, doméstica, união estável. Nesta sua

segunda gestação, tendo uma filha de 7 anos da mesma relação. Iniciou assistência pré-natal de risco com 18 semanas e 5 dias pela USG devido agenesia de cerebelo e dilatação ventricular laterais, de 3º ventrículo – classificada por mal formação de Dandy-Walker, ou seja, com risco fetal. Durante esta gestação esteve hospitalizada por causas não relacionadas com a gestação, mas sim por uma queda do 10º andar de um prédio, tendo lesões na coluna vertebral, sem danos motores. Na gestação anterior não teve nenhuma intercorrência.

**Coral** (*vitalidade; equilíbrio emocional*): fiel companheiro de Olho de gato e acompanhante em todos os momentos da assistência pré-natal. Esteve muito presente e participativo durante os encontros, sempre fortalecendo sua companheira e encorajando para os eventos futuros no momento do nascimento.

**Ametista** (*paz; espiritualidade*): D.L, 31 anos, 2º grau completo, espírita, união estável. Esta é sua quinta gestação, sendo três paridades e um aborto. O único filho comum entre o casal é o que está sendo gerado. Sua história obstétrica é de ter apresentado o mesmo diagnóstico da atual, ou seja, anemia falciforme, o que gera tanto risco materno quanto fetal. Nas outras gestações precisou ser internada para corrigir seu estado clínico que havia complicado. Nesta não houve necessidade de hospitalização, mas frequentemente necessitou ir à emergência obstétrica para receber medicamentos próprios para sua situação. Ametista iniciou seu pré-natal de risco com 32 semanas pela USG. Segundo ela, não iniciou antes por estar com problemas sérios com seu filho mais velho, e ter estado depressiva – o que foi considerado outro risco para a gestação atual.

**Âmbar** (*sucesso; proteção; motivação*): seu esposo e acompanhante de todos os dias. Sempre que nos encontramos para refletirmos sobre as situações a serem transformadas, Âmbar fazia levantamento de temas geradores em que muitas vezes Ametista não se pronunciava, tornando-se algo muito rico e promissor.

**Esmeralda** (*amor incondicional; confiabilidade*): E.L.da S., 31 anos, católica, do lar, 2º grau completo, união estável. Está

na sua terceira gestação, sendo que um nascimento há 5 anos atrás deste mesmo relacionamento e um aborto. Iniciou a assistência pré-natal de risco com 19 semanas e 4 dias pela DUM, 22 semanas e 4 dias pela USG, com risco fetal por hérnia diafragmática, dextroposição cardíaca, bradicardia fetal e ausência de septo. Na gestação anterior ocorreu tudo dentro da normalidade.

**Citrino** (*prosperidade; autoestima*): companheiro de todas as horas e acompanhante em todos os contatos com os profissionais que realizaram a assistência pré-natal de risco. Muito alegre e participativo, gerava nos diálogos muita descontração e otimismo, favorecendo cada dia mais a superação das dificuldades apresentadas por Esmeralda.

**Diamante** (*purifica; sexualidade; coragem*): E.S., 38 anos, 1º grau incompleto, diz não ter uma religião única, mas que crê fortemente no seu Deus. Costureira com união estável. Gerou quatro filhos e perdeu outro bem no início da gestação, todos gerados em uma relação conflituosa e de grandes sofrimentos. Nesta sua sexta gestação, sendo o primeiro bebê do relacionamento atual, foi encaminhada para o pré-natal de risco após realização de USG que identificou risco fetal por má formação cardíaca e ausência de septo nasal – o que após realização de outros exames durante a assistência pré-natal e cuidados educativos foi diagnosticado que o feto era portador da síndrome de Down. Seu encaminhamento para o ambulatório do HU foi quando estava com idade gestacional de 28 semanas pela USG.

Durante a assistência pré-natal, nas ações de educação em saúde, foi de escolha de Diamante não querer ter acompanhante, justificando que se sentia mais a vontade e livre para durante os diálogos expressar seus medos, e pela impossibilidade do acompanhante em afastar-se do serviço. Afirmava que sempre após os encontros trocava as informações com seu companheiro que sempre se mostrava esperançoso.

**Jade** (*equilíbrio emocional; fertilidade*): E.B. dos S., 23 anos, 1º grau completo, católica, atendente de lanchonete, união estável. Esta é sua segunda gestação. Foi encaminhada para o pré-



natal de alto risco pela gemelaridade e por risco fetal, tendo sido diagnosticado com 24 semanas pela DUM, 26 semanas pela USG uma gestação gemelar mono/diamniótica, popularmente conhecida por transfusão feto-fetal. Esta é sua primeira experiência com risco obstétrico, pois sua gestação anterior transcorreu tudo bem.

**Quartzo** (*calmante; relaxante*): esposo e acompanhante de Jade. Esteve a todo o momento ao lado da sua esposa, levantando inquietações e necessidade de aprendizagem em comum a sua companheira. Participava ativamente do diálogo e das ações educativas.

**Cristal** (*harmonia; energia*): H.F. da S., 21 anos, solteira, 2º grau incompleto, telefonista e estudante. Primigesta, iniciou o pré-natal de alto risco com IG de 36 semanas e 1 dia por depressão, diagnóstico este que leva a riscos tanto materno quanto fetal, principalmente, por possibilidade de rejeitar o conceito na gestação, no momento do nascimento e até mesmo no período pós-parto.

**Turquesa** (*sucesso; amor; felicidade*): mãe de Cristal, sua acompanhante incondicional, esteve em todos os encontros, participava ativamente dos diálogos e das trocas de saberes, era o alicerce da sua filha antes, durante e após os momentos reflexivos.

**Iolita** (*amor; sensibilidade; cura*): J.A.F., 38 anos, 1º grau completo, católica, do lar, união estável. Esta é sua segunda gestação, sendo que o primeiro filho hoje está com 18 anos de idade. Iolita refere que sente como se fosse a primeira gravidez. Foi encaminhada ao pré-natal de alto risco com 26 semanas e 6 dias de idade gestacional, em decorrência do risco fetal diagnosticado através de uma USG que mostrou uma displasia esquelética do bebê. Sua gestação anterior a esta não apresentou intercorrências, nem houve necessidade de internação hospitalar.

**Enxofre** (*proteção*): companheiro Iolita e também seu acompanhante nos momentos de educação em saúde. Esteve presente nos encontros, um pouco mais introvertido, mas comprometido com a situação de estar vivenciando em conjunto com sua esposa, a gestação de risco. Durante a assistência pré-

natal mostrava o seu ponto de vista no decorrer das conversas e nas reflexões críticas.

**Selenita** (*amor; gravidez; proteção*): S.S. 19 anos, 2º grau completo, católica, do lar, união estável. Esta é sua segunda gestação, porém na primeira teve um aborto em decorrência do uso de medicamento teratogênico. A gestação atual foi acompanhada no pré-natal de baixo risco até 33 semanas, quando por alteração fetal passou a ser acompanhada no pré-natal de alto risco, devido diagnóstico de dilatação ventricular, denotando risco fetal.

**Fluorita** (*fortalece a autoestima*): cunhada, acompanhante e madrinha do bebê de Selenita. Esteve presente em todos os momentos reflexivos, trazendo questões oportunas para dialogarmos. Fluorita representava ser o porto seguro de Selenita, durante todos os encontros e no processo que gerava transformações em seu novo modo de pensar a gestação. Fluorita como pessoa significativa era também participante ativa destes momentos de reflexão-ação-reflexão.

**Safira** (*sensitividade; amor; cura*): V. da R.C., 21 anos, 2º grau incompleto, católica, do lar, solteira. Primigesta, iniciou o pré-natal de risco com IG de 23 semanas e 5 dias pela DUM, 25 semanas e 2 dias pela USG. Classificada com risco materno e fetal, pelo uso de drogas ilícitas no início da gestação e pelo feto apresentar má formação, com diagnóstico pela USG de presença de pés tortos congênitos, clinodactilia na mão esquerda e sindactilia na mão direita. Sua situação afetiva era um tanto prejudicada pelo fato do pai do bebê ser usuário de drogas e não ter a intenção de assumir a gestação ao lado de Safira. Por outro lado, um amigo, admirador e atual companheiro de Safira a acolheu e dispensou os cuidados necessários para com ela e o bebê que estava sendo gerado, porém não pôde se envolver na assistência pré-natal por estar trabalhando.

#### 4.4 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO

Por se tratar de uma Pesquisa Convergente-Assistencial, onde o ofício de coletar dados é realizado no decorrer da práxis da enfermeira, julgo importante caracterizar esta vinculação, apresentando o que denominamos em estudo anteriormente realizado por, Guimarães (2006) como sendo “A trajetória da Pesquisa Convergente Assistencial”. Neste item descreve-se, inicialmente, como ocorreu o processo investigativo em consonância com a educação em saúde durante a assistência pré-natal, utilizando a Pedagogia Libertadora como apoio aos momentos dialógicos e reflexivos nas consultas de enfermagem.

Deste modo, acreditamos que esta descrição torna-se imprescindível, pois contém os elementos peculiares da coleta de dados e, principalmente, as técnicas destinadas a obter as informações para a pesquisa convergente de enfermagem que, neste estudo, envolveu a dialogicidade durante a reflexão-ação-reflexão. Também apontamos os procedimentos que foram seguidos para o registro dos dados e como foi realizado o processo de organização e análise dos dados da pesquisa. Esperamos, com esta descrição, mostrar que “a PCA se revela pelos movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência com a prática, de forma a criar espaços de superposição com a assistência”, conforme assinalam Trentini e Paim (2004, p. 72).

Destacamos que esse modo de organização tem um caráter essencialmente didático, uma vez que, na realidade, as ações educativas e de pesquisar aconteceram de forma concomitante, ativa, dinâmica e com etapas interligadas, havendo apenas um momento reflexivo final mais denso e rigoroso, no que diz respeito à interpretação e análise dos dados da PCA congruente a Pedagogia Libertadora.

#### 4.4.1 A trajetória da Pesquisa Convergente-Assistencial

A trajetória da coleta dos dados aconteceu durante a consulta de enfermagem às gestantes e seus acompanhantes, no ambulatório de alto risco, área C, do HU/UFSC. Para adentrar este espaço foram seguidas todas as etapas necessárias que oficializaram a atuação enquanto pesquisadora.

A primeira necessidade para cumprir com os tramites legais de atendimento no ambulatório, foi o cadastramento enquanto profissional que realizaria as consultas de enfermagem durante a assistência pré-natal neste ambulatório, havendo necessidade de abertura de agenda para as consultas no sistema informatizado do HU. Este procedimento tem o objetivo de seguir os princípios éticos e administrativos já previamente instituídos no local da pesquisa. Além deste, outro fator importante é que se tratando de uma pesquisa conduzida por uma profissional efetiva desta instituição traria não só benefício para a população e para os profissionais de saúde, como também, estaria contribuindo financeiramente na arrecadação dos valores dispensados pelo SUS para cada consulta de enfermagem realizada.

A assistência pré-natal foi realizada, como já descrito, no ambulatório área C, todas as quartas-feiras, no turno vespertino, com início das atividades educativas às 13 horas e com término após atendimento da última gestante/acompanhante agendado.

A escolha pelas quartas-feiras se deu pelo fato de que neste dia da semana pode-se contar com dois obstetras que realizam atendimentos em diferentes perspectivas, sendo um voltado para o alto risco materno e outro para o alto risco fetal. Estes profissionais ao terem conhecimento da proposta de estudo mostraram-se interessados e parceiros neste trabalho interdisciplinar em prol das gestantes de alto risco e seus acompanhantes.

A prática da coleta dos dados ocorreu em três momentos:

O **primeiro momento** foi a identificação das gestantes e seus acompanhantes durante a assistência pré-natal de alto risco, realizada pelos obstetras, na qual identificavam a necessidade de educação em saúde e faziam o encaminhamento para a consulta

de enfermagem. Este encaminhamento foi através do agendamento informatizado ou em contato direto com a enfermeira pesquisadora, sempre que percebiam que a situação de risco demandava uma intervenção imediata.

O **segundo momento** foi a obtenção de alguns dados extraídos do prontuário de cada uma destas mulheres nos períodos que antecederam as consultas, tais como: nome – identificação, prontuário, idade, gestação/paridade/abortamentos, idade gestacional pela data da última menstruação (DUM) e pela ultrassonografia (USG), estado civil, procedência, diagnóstico de alto risco, se já esteve internada durante esta gestação, qual o motivo e antecedentes obstétricos. Estes dados foram de relevância para que houvesse conhecimento da história obstétrica atual dos sujeitos participantes da pesquisa.

O **terceiro momento** foi a consulta de enfermagem propriamente dita, em um consultório – espaço este direcionado para esta finalidade, onde me apresentava enquanto profissional e pesquisadora, apresentava os objetivos da pesquisa e o aceite, formalizado com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice A).

Durante o contato mais próximo com os participantes deste estudo foi favorecido no ambulatório, um espaço acolhedor e privativo em que a gestante e seu acompanhante puderam colocar suas angústias, limitações, medos, inseguranças, dentre outros sentimentos que permeiam a gestação de alto risco. Nesta etapa, considerando a necessidade de um fio condutor para o diálogo, lancei perguntas chave, tais como: Como vocês percebem essa gravidez? Vocês sabem por que estão em acompanhamento no ambulatório de alto risco? Que sentimentos são gerados por conta deste momento? Quais suas expectativas durante a gestação? (Apêndice B).

A duração de cada consulta de enfermagem no pré-natal dependeu das necessidades de transformações apresentadas pelos sujeitos, porém para que fossem respeitados os encontros posteriores, das demais gestantes em acompanhamento, buscou-se não extrapolar uma hora de diálogo. O número de encontros não foi limitado, variando entre 2 e 6, sendo estes números

determinados pela necessidade de diálogo e superação de cada gestante e seu acompanhante, ou ter sido encerrado em decorrência de alguma situação obstétrica materna, fetal ou materna e fetal, sendo que, dentre estas necessidades, a mais frequente foi a interrupção da gestação. No entanto, quando não houve necessidade de intervenção obstétrica, o contato entre participantes e pesquisadora só findou quando todas as inquietações forem atendidas, atendendo os objetivos propostos nesse estudo, sendo este o critério de saturação dos dados.

Os encontros foram realizados inspirados na relação entre teoria e prática, conforme prevê a PCA, sob um olhar abrangente e com rigor metodológico, levando em consideração o tempo e a qualidade do conhecimento a ser construído (TRENTINI; PAIM, 2004).

A Pedagogia Libertadora guiou como referencial teórico os encontros, respeitando as ideias propostas por Paulo Freire, defensor de que o primeiro princípio que norteia o processo de educação é a politicidade do ato educativo, onde a educação é um constante ir e vir, de construção e reconstrução de significados de uma determinada realidade. Secundariamente está a dialogicidade do ato educativo, que consiste numa relação dialógica que tem como objetivo ampliar sua visão de mundo (FREIRE, 2005).

Na assistência pré-natal, de modo individual nas consultas das gestantes de alto risco e seus acompanhantes, com a enfermeira, é que se estabeleceu um diálogo em busca de uma reflexão-ação-reflexão, numa práxis – compreendida como sendo a prática assistencial realizada pela enfermeira, que envolveu a relação entre teoria e prática.

O registro da coleta dos dados foi em um diário de campo e em gravador digital, após consentimento dos sujeitos. A cada contato com os participantes realizei a transcrição dos dados, busquei ser fiel aos termos utilizados pelos participantes, bem como as expressões e sentimentos percebidos a cada momento.

Após a assistência pré-natal de alto risco com as gestantes e seus acompanhantes terem findado, empenhei-me então, de forma mais sistemática, no ofício de organização e

análise dos dados da PCA, estando sempre norteadada pela pergunta que me propunha a investigar. Para tanto, busquei sustentação analítica nas indicações de Trentini e Paim (2004), que passo a apresentar no item que segue.

#### 4.4.2 Procedimento de organização dos dados

O processo de organização de todas as informações obtidas neste estudo tornou-se uma das etapas mais complexa da PCA, justamente pela diversidade de dados, que eram densos e multifacetados, requerendo um trabalho mental e grande esforço intelectual, tanto durante a assistência pré-natal, quanto no final, no momento que esse empreendimento tornou-se mais rigoroso e sistemático, com vistas ao alcance dos objetivos propostos.

Após aprofundamento teórico e envolvimento com os dados obtidos, a análise dos dados foi norteadada pelos quatro processos genéricos: apreensão, síntese, teorização e transferência, propostas por Morse e Field e seguidos por Trentini e Paim (2004).

A seguir descrevemos os quatro processos genéricos que utilizamos para a organização e análise global dos dados:

##### 4.4.2.1 Processo de Apreensão

Este foi o primeiro momento da análise dos dados. Fase em que as informações obtidas durante o contato com as gestantes e seus acompanhantes na assistência pré-natal foram organizadas de modo a apreender os significados em cada momento peculiar dos encontros. Este processo foi permeado por idas e vindas até que pudessem ser extraídos os ditos singulares dos participantes desta pesquisa.

Nesta etapa do estudo, com as informações organizadas em um diário de campo e em planilhas eletrônicas, após várias leituras e releituras apreendemos os principais códigos – palavras, termos que mais se fizeram presentes durante os contatos com

cada sujeito envolvido na pesquisa; este resultou num novo processo em consonância com a prática, o de reconhecer as informações, os diálogos gerados e as transformações obtidas entre as gestantes de alto risco e seus acompanhantes.

#### 4.4.2.2 Processo de Síntese

Realizado após uma leitura aprofundada dos dados obtidos, com olhar atento no referencial teórico, na pergunta que guiou a pesquisa, bem como nos objetivos traçados. Nesta parte da análise foi possível realizar as associações das informações obtidas durante as consultas de enfermagem na assistência pré-natal, e já com um pouco mais de propriedade conseguimos aprofundar os códigos geradores. Através dos códigos extraídos na fase de apreensão, enquanto pesquisadoras, ‘mergulhamos’ em um profundo pensar intelectual, tendo como base a literatura pertinente ao objeto de pesquisa. Com um olhar mais amplo e imerso nos significados emanados a cada encontro com as gestantes de alto risco e seus acompanhantes é que vislumbramos a seguir, nas figuras de 5 a 11, um desenho representativo dos dados obtidos, compreendendo melhor cada etapa.

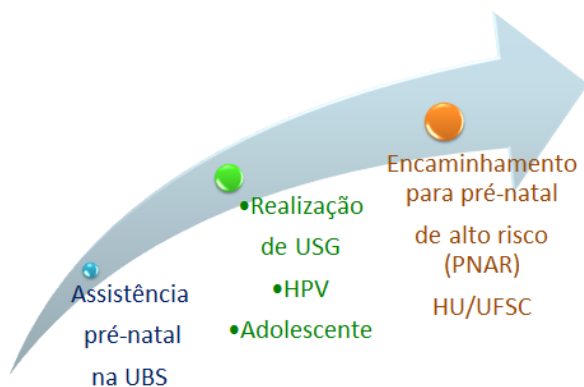




**Figura 2:** Sentimentos das gestantes ao saberem da gestação não planejada.



**Figura 3:** Sentimentos das gestantes ao saberem da gestação planejada.



**Figura 4:** Itinerário percorrido pelas gestantes e seus acompanhantes até a chegada ao pré-natal de alto risco no HU/UFSC.



**Figura 5:** Percepção das gestantes/acompanhantes do acolhimento pela equipe de saúde no pré-natal de alto risco HU/UFSC



**Figura 6:** Sentimentos das gestantes e seus acompanhantes frente ao diagnóstico de alto risco



**Figura 7:** Percepção das gestantes e seus acompanhantes frente a transformação da realidade na assistência pré-natal de alto risco



**Figura 8:** Percepção dos acompanhantes frente às transformações promovidas pela educação em saúde na assistência pré-natal de alto risco

#### 4.4.2.3 Processo de Teorização

Este é o momento em que se começa a estreitar as relações entre teoria e prática, possibilitando o desenho dos achados na pesquisa, o que exige um trabalho intelectual exaustivo, pois é nesta etapa que se busca descobrir os valores embutidos nas informações e a partir daí a formulação de novos conceitos para a mudança da prática (TRENTINI; PAIM, 2004). Já com dados mais lapidados e com um olhar mais aprofundado nos mantivemos atentas às ideias emergentes, e com uma relação de afinidades com a Pedagogia Libertadora pudemos a partir de movimentos de ir e vir, ou seja, ler e reler, vislumbrar os resultados deste estudo.

#### 4.4.2.4 Processo de Transferência

Nesta última etapa da PCA puderam-se vislumbrar com clareza os achados da pesquisa e seus significados, contextualizados numa nova realidade criada ou mesmo transformada sem generalizações (TRENTINI; PAIM, 2004).

Assim, o processo educativo durante as consultas de enfermagem, na assistência pré-natal às gestantes e seus acompanhantes, busca, dentre outras práticas similares, o remodelamento de atenção no decorrer da gestação de alto risco.

Alcançado o objetivo proposto pela PCA que é de atender diretamente a questão-problema de pesquisa no cenário assistencial e a ampliação dos resultados para uma prática fortalecedora, podemos dizer que esta etapa descreve o capítulo

final das mudanças previamente definidas. Deste modo, Trentini e Paim (2004, p. 97) reforçam que “a PCA cobre duas classes de resultados em processo: a primeira ligada ao problema de pesquisa enfocado; e a segunda na ampliação do resultado em processo de modo a explicar seus reflexos na qualidade da assistência desenvolvida no âmbito de atuação da pesquisa”.

Conforme sugere Basso (2007, p. 76), deve-se comparar a discussão realizada com a literatura existente, “buscando aproximar os dados desta pesquisa com resultados de outros estudos similares, seja para apoiar os dados aqui presentes, ou mesmo para refutá-los”.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS ENVOLVIDOS NO ESTUDO

Para Monticelli (2003), as questões éticas devem estar permeando todo o estudo e não apenas em um particular momento, mesmo porque as ideias e princípios éticos não estão “no papel” e sim na vigência das inter-relações e nos processos comunicativos que são estabelecidos em comum acordo entre pesquisadora e pesquisados.

O projeto foi encaminhado para a apreciação e autorização da Instituição foco da pesquisa (Anexo A), bem como submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Santa Catarina, com parecer favorável sob nº 2257/11, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 448412 (Anexo B).

Assim, esta pesquisa respeitou os princípios de beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, colocados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) e os princípios do Código de Ética profissional para normatizar as atividades investigativas.

Durante todo o desenvolvimento deste estudo mantivemos uma conduta ética para além do que está institucionalizado. Foram respeitadas todas as participações durante os diálogos, sabendo ouvir e apoiar a cada necessidade

percebida, bem como, as opiniões dos sujeitos e equipe interdisciplinar relacionadas a pesquisa.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

---

*“Mudar é difícil, mas é possível”.*  
*(Paulo Freire)*

Neste capítulo passamos a tecer os resultados obtidos durante a coleta dos dados, mas antes mesmo de apresentar as valiosas reflexões geradas a partir dos processos dialógicos sentimos a necessidade de um espaço em que possamos expressar o Ser mais de cada uma das gestantes e seus acompanhantes, repleto de sentimentos, emoções e transformações, e consideramos este o melhor momento, o melhor espaço. Essa descrição será singela se comparado a convivência face a face, lado a lado, a cada dia, a cada nova situação e a todo o momento.

O processo de educação em saúde desenvolvido no decorrer das consultas de enfermagem, na assistência pré-natal geraram diálogos intensos, envolvidos por emoções, ora com lágrimas, ora com sorrisos que possibilitaram valiosos momentos reflexivos, permeados por dúvidas, questionamentos e entendimentos. Foram necessárias várias idas e vindas até que pudessem já encorajadas se empoderarem da situação, enquanto seres humanos imersos neste novo mundo, o mundo da gestação de alto risco.

Ao finalizar todos os encontros com as gestantes de alto risco e seus acompanhantes, guiados pela educação em saúde embasada nos pressupostos Freireanos, esses sujeitos conseguiram ter um novo olhar, um novo sentir e agir, atingindo o principal objetivo, a transformação da realidade, o que possibilitou um vivenciar mais concreto nas situações experienciadas. Mas, tudo isso não aconteceu como num ‘passe de mágica’, foram necessários muitos encontros, reencontros e até mesmo desencontros entre gestantes, acompanhantes e enfermeira pesquisadora.

Trazendo um pouco dos sentimentos que vivenciamos nestes nove meses com cada uma das pedras preciosas, descrevemos a seguir o ‘ser existente’ dentro de cada uma delas, bem como, o número de encontros e os processos necessários para que pudessem superar os obstáculos na vivência da gestação de alto risco. Anteriormente, no capítulo da metodologia, foram descritos dados sociais e obstétricos, neste momento a descrição se volta para um olhar humanizado e de muitas transformações.

**Cristal** (5 encontros), menina-mulher, sensível, aparentemente frágil, decepcionada pela ausência do pai de seu filho e do reconhecimento da paternidade, em estado depressivo. Foram muitas lágrimas até que ao longo dos cinco encontros aconteceram inúmeras mudanças e ao findar transformou-se em uma mulher-mãe guerreira, corajosa e disposta a enfrentar todas as situações em prol do seu filho; um menino lindo, que deu seu primeiro choro numa madrugada quente e de céu estrelado. **Turquesa** mãe-avó, protetora, companheira afetuosa que compartilhou desabafos, lágrimas, sorrisos e muita alegria ao perceber sua filha enfrentando os obstáculos.

**Rubi** (3 encontros), adolescente, ainda introjetada num mundo só seu, tímida, de poucas palavras, sem muito saber o seu futuro e a passagem de filha para mãe, mas frente a tantas incertezas buscou compreender as mudanças do seu corpo e do seu cotidiano. Cercada de interrogações e imersa em sua ‘meninice’, os contatos se fizeram não só por meio de diálogos, mas também de contatos não verbais, através da visualização de imagens que proporcionavam cada vez mais nossa aproximação e seu entendimento. Já empoderada de seu novo papel, nasce uma menina, saudável que despertou o instinto maternal em Rubi. **Ônix** mãe-avó, presente e participativa com suas palavras simples, mas com seu real valor, movimentava as reflexões apoiando sua filha a participar mais ativamente dos momentos dialógicos.

**Pedra do sol** (4 encontros), adolescente entusiasmada pela vida, determinada a querer se transformar em mulher-mãe, mas com alguns conflitos internos, resgatando os momentos em que vivia para os estudos, amigos, para a prática de seus esportes



preferidos e quando conseguia comandar o seu corpo, que aos poucos foi se modificando, perdendo curvas e simbolizando as transformações próprias da gestação. O processo de reflexão-ação-reflexão sempre esteve acompanhado por um sorriso largo no rosto que facilmente motivava a aceitação das transformações promovidas pelos momentos de educação em saúde na assistência pré-natal. **Pedra da lua**, companheiro adolescente, esteve sempre por perto, dividindo sorrisos e refletindo quando a imaturidade lhe gerava inúmeras dúvidas, mesmo com gestos tímidos compartilhava seus sentimentos mais fortes, conseguindo ao findar se empoderar de suas novas responsabilidades.

**Safira** (5 encontros), mãe de primeira viagem, com olhar assustado, repleto de culpas, medos, sem direção. Vinda de uma adolescência conturbada e imersa em atitudes que se repetiram na fase adulta. Foram momentos reflexivos intensos para transformar seus sentimentos com relação à malformação da sua filha, durante as consultas de enfermagem. Mas ao finalizarmos no quinto encontro as ações educativas, a verdadeira superação aconteceu, a mulher-gestante fragilizada se transformou em uma leoa, segura e com garras afiadas para enfrentar qualquer julgamento e as necessidades de sua filha. Safira foi apoiada constantemente por seu atual companheiro, que mesmo não sendo o pai biológico já vestia a camisa de pai de coração.

**Iolite** (3 encontros), de mulher a gestante, especialmente preparada para a vivência de uma gestação de baixo risco, mas não para mudanças de rumo da gravidez. Muito desapontada, com muitos medos e inseguranças, Iolite não aceitava a possibilidade de não ter o bebê que tanto esperou, em seus braços logo após o nascimento. Mas, ao iniciarmos os diálogos, motivada pela vontade de vencer e de braços dados com a fé gerou momentos reflexivos, com mudanças incríveis. **Enxofre**, companheiro de poucas palavras, mas de muitas atitudes e de encorajamento, contatos afetivos e que possibilitaram maior segurança durante os períodos finais da gestação. Já preparados para o nascimento, certos que os diálogos estabelecidos haviam promovido mudanças no modo de enfrentarem as situações concretas, puderam com mais tranquilidade acolher seu filho que

nasceu estável e rodeado de afeto.

**Jade** (2 encontros), mãe-gestante-mãe, com ar angelical, repleta de dúvidas frente à descoberta da gestação gemelar, com alterações intrauterinas que comprometiam também a sua saúde enquanto gestante. As dúvidas, inseguranças e medos geraram reflexões densas e conflitantes, pois a prematuridade já estava prevista e o risco materno era incerto. No entanto, durante as consultas de enfermagem, envolvida pela educação em saúde, Jade, sempre se colocava como protetora e com um modo muito especial ao falar de seus meninos, porém insegura de conseguir estar junto para exercer seu papel de mãe. **Quartzo**, parceiro otimista, com lágrimas aderidas em seus olhos sempre proporcionava reflexões sobre a possibilidade de perder seus filhos e sua parceira, mas logo percebia seu papel frente à necessidade de se manter com pensamentos positivos, refletindo em atitudes transformadoras. Os bebês nasceram prematuros, um pesando 1.370g e outro com 1.890g, necessitando se inserirem no cenário da UTI neonatal e, junto aos seus pais foram vitoriosos.

**Esmeralda** (6 encontros), mulher guerreira, com vestimenta de ferro, mas com coração sangrando, com dificuldade em compartilhar seus reais sentimentos, até que quando já sentindo-se segura, se permitiu chorar, desesperar e expor seus reais sentimentos. A cada dia, a cada novo encontro, a cada diálogo, e após as reflexões, com novas atitudes, conseguiu se fortalecer e enfrentar o nascimento do seu segundo filho que dentro de seu ventre lutava para sobreviver. **Citrino**, companheiro, parceiro, sempre motivando os encontros durante a assistência pré-natal com brincadeiras e um sorriso cativante que também escondia grande dor. As reflexões foram constantes e com ações transformadoras ao longo dos seis encontros, possibilitando que enfrentassem juntos, o nascimento, às 24 horas de luta pela vida de um forte e guerreiro menino, que hoje é um anjo que continua a guiar e motivar seus pais a seguirem juntos com sua irmã, a vida.

**Diamante** (5 encontros), mulher gestante, repleta de conflitos, de inseguranças, medos, mas com um amor incondicional ao filho que pela condição especial de ser, portador

da síndrome de Down, pouco compreendia como poderia enfrentar o preconceito das pessoas. Os diálogos foram de encontros e desencontros quando se deparava com a realidade. O processo dialógico e as reflexões foram repletos de momentos preciosos, singulares e com reais transformações frente à realidade, o que possibilitou que Diamante se sentisse empoderada para os enfrentamentos necessários. Nasceu um menino com síndrome de Down associado a um coraçãozinho fragilizado que inviabilizou um contato mais duradouro com sua família. Hoje é uma linda estrelinha que brilha lá no céu.

**Ágata** (2 encontros), multigesta com encaminhamento tardio a assistência pré-natal de alto risco. Mulher corajosa e cercada por inúmeras questões. Os momentos dialógicos necessitaram ser mais prolongados e intensos num mesmo encontro, pois estávamos correndo contra o tempo, em busca de um fortalecimento para confrontar com a realidade sabidamente dolorosa, pois sua filha tinha uma síndrome que a tornava incompatível com a vida. Os momentos dialógicos possibilitaram um repensar com relação a sua situação conjugal, atribuindo a situação da gestação de alto risco como parte de um ensinamento divino. Ao nascer, sua menina sobreviveu por uma semana, tempo necessário para Ágata fazer a despedida.

**Ametista** (2 encontros), gestante com as mais diferentes experiências de vida, com gestações conturbadas e que na atual desencadeou sentimentos contraditórios, do desejar ao rejeitar, do amar ao odiar, mas com a possibilidade de modificar tais sentimentos depressivos durante as consultas de enfermagem, focada na educação em saúde. Ao findar os diálogos, reflexão-ação-reflexão Ametista conseguiu desmistificar seus pensamentos e agregar fontes de transformações que possibilitaram um novo olhar para a gestação. **Âmbar**, parceiro motivador das necessidades de transformação de sua companheira, sempre amável e compreensivo. Esteve presente a todo o momento, nos diálogos e processos reflexivos como ser ativo, estimulando em parceria com a enfermeira articuladora, a capacidade de ser e de amar da sua esposa com o bebê que estava sendo gerado. Ao finalizarmos os contatos a realidade é transformada em fonte de

poder, segurança e afeto.

**Selenita** (4 encontros), jovem gestante, com inseguranças, medos e ansiedade gerados pelo diagnóstico de risco fetal. Sempre muito participativa durante os diálogos, conseguia despertar em si mesma um novo olhar para a situação concreta, transformando os sentimentos negativos impostos pelas dúvidas em atitudes e pensamentos positivos. Durante os momentos de educação em saúde no decorrer do pré-natal de risco teve apoio da sua amiga **Fluorita**, que representava com carinho seu irmão, pai do bebê que pela ocupação profissional ficou impossibilitado de participar ativamente. As transformações foram visíveis, mas realmente comprovadas após o nascimento de um menino, pesando 3.945g, que com saúde fez Selenita se empoderar do seu novo papel, o de mãe.

**Olho de gato** (5 encontros), uma fortaleza, é assim que consigo caracterizar esta mulher-mãe-gestante que após ter passado por um trauma físico e psicológico se depara com mais uma situação de risco, o de sua filha. Os sentimentos de culpa permearam os diálogos, os momentos reflexivos, mas guiados pela educação em saúde foram sendo superados. **Coral**, companheiro, sempre muito preocupado com sua esposa e sua filha, se via como o pilar principal de suas vidas. No modo de pensar e agir foi ativo nas transformações da realidade. Já empoderados da realidade transformada conseguiram receber em seus braços, sua filha, que após passar por procedimento cirúrgico é a mais nova alegria de suas vidas.

*E foi assim* nossa convivência, onde os sujeitos adentravam o espaço dialógico da assistência pré-natal imersos em sentimentos negativos quando se depararam com a classificação da gestação de alto risco. No entanto, sem exceção, as gestantes e seus acompanhantes afirmam que a tomada de consciência frente à realidade não seria possível sem os momentos reflexivos guiados pela enfermeira que os envolveu neste universo transformador promovido pela educação em saúde.

Frente a todos os achados neste estudo, que foram possíveis pelo diálogo estabelecido, podemos afirmar na preciosidade de cada fala, a cada lágrima, dos momentos de

desespero, dentre inúmeros sentimentos vivenciados intensamente pelas gestantes e seus acompanhantes, mas que, após tantas situações, obtiveram a compreensão, o entendimento, a tomada de consciência e por fim a transformação da realidade, o que permitiu resultados densos e multifacetados que foram estruturados no formato de quatro manuscritos científicos e que respondem aos objetivos deste estudo.

O primeiro manuscrito “Perfil sócio obstétrico das gestantes que realizaram pré-natal de alto risco em um hospital universitário do sul do Brasil” buscou relacionar os fatores sociais e obstétricos apresentados pelas gestantes de alto risco.

O segundo manuscrito intitulado “Itinerário terapêutico vivenciado pelas gestantes de alto risco e seus acompanhantes” revela o percurso vivenciado pelos sujeitos, desde o momento da descoberta da gestação, até chegada a unidade de referência para a assistência pré-natal de alto risco.

O terceiro manuscrito “Sentimentos e expectativas das mulheres-gestantes frente à gestação de alto risco” exprime como as gestantes se sentiam e os pensamentos futuros frente à classificação de alto risco.

E por fim, o quarto e último manuscrito intitulado “Transformação das concepções das gestantes de alto risco e seus acompanhantes durante processo de educação em saúde na assistência pré-natal” responde ao principal objetivo deste estudo, que era o de desvelar como a educação em saúde nas consultas de enfermagem, desenvolvidas pela enfermeira, pode preparar a gestante e seu acompanhante para o enfrentamento das intercorrências inerentes ao processo de vivenciar uma gestação de alto risco. Assim, este manuscrito comprova que o processo de educação em saúde na assistência pré-natal transforma o modo de pensar e agir diante da gestação de alto risco.

Todos manuscritos, após avaliação da banca examinadora, serão submetidos à análise em diferentes periódicos da área da saúde, a fim de cumprir a exigência do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, bem como divulgar os resultados da investigação no meio acadêmico e assistencial. Passamos neste momento a apresentar os manuscritos na íntegra.

5.1 MANUSCRITO 1 - PERFIL SÓCIO OBSTÉTRICO DAS GESTANTES QUE REALIZARAM PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL

**PERFIL SÓCIO OBSTÉTRICO DAS GESTANTES QUE REALIZARAM PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL**

***PARTNER PROFILE OF PREGNANT WOMEN WHO HAVE OBSTETRIC PRENATAL HIGH RISK IN AN UNIVERSITY HOSPITAL SOUTH OF BRAZIL***

***PAREJA PERFIL DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE TIENEN ALTO RIESGO PRENATAL OBSTÉTRICA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SUR DE BRASIL***

**RESUMO:** Este estudo teve por objetivo relacionar os fatores de riscos sociais e obstétricos apresentados pelas gestantes que realizaram o pré-natal de alto risco em uma unidade hospitalar do sul do Brasil. Trata-se de pesquisa qualitativa, do tipo Convergente-Assistencial, tendo como eixo condutor a pedagogia Libertadora. A coleta dos dados foi realizada no período de janeiro a setembro de 2012, sendo atendidas 12 gestantes de alto risco e 9 acompanhantes, com condições sociais e obstétricas variadas. A análise dos resultados foi norteada pelos quatro processos genéricos da pesquisa convergente assistencial: apreensão, síntese, teorização e transferência. Os resultados do perfil social das gestantes apontaram que a faixa etária predominante foi dos 31 aos 40 anos; todas possuíam algum grau de instrução; 84% seguiam a religião católica; 75% das gestantes foram acompanhadas por alguém de sua escolha durante a assistência pré-natal de risco, sendo que 50% das escolhas foram por seu cônjuge; metade das gestantes possui uma atividade profissional rentável. Os achados obstétricos demonstraram que a maioria das mulheres não planejaram a gestação, 17% iniciaram o

pré-natal no primeiro trimestre; 42% já haviam apresentado situação de risco na gestação anterior; 58% das gestantes foram classificadas como sendo de alto risco em decorrência de alterações fetais. Frente a esses achados percebe-se a gestação de alto risco como um período que envolve diversos fatores, dentre eles, os sociais e obstétricos que quando interligados, podem comprometer o processo de gestar tanto para a gestante quanto para o concepto.

**Palavras-chave:** Gestação; pré-natal; alto risco, enfermagem

**ABSTRACT:** This study aimed to relate the social and obstetric risk factors presented by pregnant women who underwent high risk prenatal in a southern Brazil hospital unit. This is a qualitative research, of the Convergent-Care type, with conducting factor based on the Libertarian pedagogy. The data collection was conducted from January to September 2012, where 12 high-risk pregnancies and nine companions with diversified social and obstetric conditions were seen. The analysis was guided by the four generic processes of convergent analysis: gathering, synthesis, theory and transfer. Pregnant women social profile results indicated that predominant age group was 31 to 40 years old; all had some degree of education; 84% Catholic; 75% of pregnant women were accompanied by someone of their choice during high risk prenatal care; and 50% of the choices were for her spouse; half of these pregnant women have a professional occupation. Obstetrics findings demonstrated that the majority of women was not planning on the pregnancy, only 17% started prenatal care in the first trimester, 42% had already presented risk in previous pregnancy, 58% of women were classified as high risk due to fetal abnormalities. Given these findings, it is clear that high-risk pregnancy as a period involving several factors, including social and obstetric that, when connected, can compromise the process of gestating for both the mother and for the fetus.

**Keywords:** Pregnancy, prenatal care, high risk, nursing

**RESUMEN:** Este estudio tuvo como objetivo relacionar los factores de riesgo sociales y obstétricas presentadas por mujeres embarazadas que se sometieron a un alto riesgo prenatal en un hospital en el sur de Brasil. Esta es una investigación cualitativa, el tipo convergente-Care, con su pedagogía central de Liberación conductor. La recopilación de datos se realizó entre enero y septiembre de 2012, se cumplen 12 embarazos de alto riesgo y nueve compañeros, con las condiciones sociales y obstétricas variadas. El análisis se basó en los cuatro procesos genéricos de análisis convergente: recopilación, síntesis, la teoría y la transferencia. Los resultados del perfil social de las mujeres embarazadas mostraron que el grupo de edad predominante fue de 31 a 40 años, todos tenían algún grado de educación, el 84%, seguido de la religión católica, el 75% de las mujeres embarazadas fueron acompañados por una persona de su elección durante la atención prenatal riesgo de nacimiento, y el 50% de las opciones eran para su cónyuge, la mitad de las mujeres embarazadas tienen una ocupación rentable. Los resultados mostraron que una mayoría de mujeres con embarazo no deseado obstétricas, sólo el 17% comenzó la atención prenatal en el primer trimestre, un 42% presentó riesgo en el embarazo anterior, el 58% de las mujeres fueron clasificadas como de alto riesgo debido a anomalías fetales. Teniendo en cuenta estos resultados es claro que el embarazo de alto riesgo como un período que involucra varios factores, incluyendo el social y obstétrica que cuando esté conectado, puede poner en peligro el proceso de gestación, tanto para la madre como para el feto.

**Palabras clave:** El embarazo, cuidado prenatal, de alto riesgo, enfermería



## INTRODUÇÃO

A gestação é considerada um evento fisiológico na vida de um casal, com período de evolução, na sua maioria, sem intercorrências, cercado de sensações que geram prazer e expectativas nos meses que se sucedem até o findar das semanas de gestação. No entanto, este período, considerado fisiológico na vida das mulheres, muitas vezes é modificado em decorrência de alguns agravos, passando a ter características específicas, podendo evoluir de maneira desfavorável, representando risco tanto materno quanto fetal, com possibilidades de internações em âmbito hospitalar.

As mulheres que vivenciam uma gestação fora dos parâmetros da normalidade e que se percebem num processo de saúde-doença, denomina-se como "gestantes de alto risco" (BRASIL, 2000).

Os riscos materno e fetal não estão apenas relacionados com fatores obstétricos da gestação atual, mas também a fatores externos que agregam situações desfavoráveis a uma evolução favorável no transcorrer da gestação, essas diretamente relacionadas às condições sociais, e histórias pregressas oriundas de gestações anteriores.

Outro fator que deve ser levado em consideração é o elevado número de gestantes adolescentes em nosso meio, e que tem sido associado a uma frequência aumentada de resultados obstétricos adversos, tais como, o baixo peso ao nascer, o parto prematuro, a morte materna e perinatal, pré-eclâmpsia e parto cirúrgico, dentre outros. Não que estas sejam classificadas como sendo de alto risco, mas a possibilidade de se tornarem no decorrer da gestação é maior, quando comparadas com gestantes de outras faixas etárias (MAGALHÃES, 2006).

Deste modo o presente artigo tem por objetivo conhecer o perfil social e obstétrico das gestantes que realizaram o pré-natal de alto risco em uma unidade hospitalar do sul do Brasil.

A importância de identificar o perfil social e obstétrico das gestantes favorece conhecer mais profundamente as facilidades e dificuldades do contexto familiar e das suas

relações, bem como, a situação de risco que classificou a gestante como sendo de alto risco. Através destas informações sociais e obstétricas a relação entre sujeitos e pesquisadora fica mais próxima.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de pesquisa quantitativa, realizada em Hospital público de formação do sul do Brasil, local onde os sujeitos do estudo, 12 gestantes de alto risco e 9 acompanhantes, estavam realizando a assistência pré-natal. A coleta dos dados iniciou após os sujeitos conhecerem os objetivos, intencionalidades e modos de participação, concordaram em participar do estudo.

Não foi estipulado número mínimo de participantes. Estipulou-se apenas um período de seis meses, de janeiro a junho de 2012 para incluir gestantes novas, sendo este o critério de exclusão. Após findar esses meses deu-se continuidade a assistência pré-natal daquelas que já estavam no processo de educação em saúde, perdurando até o mês de setembro quando todas já haviam finalizado os processos reflexivos.

Ao realizar as Consultas de Enfermagem (CE), durante a assistência pré-natal com as gestantes de alto risco e seus acompanhantes, fez-se necessário conhecermos um pouco sobre a situação social e obstétrica de cada mulher, possibilitando visualizarmos os principais fatores relacionados neste momento tão especial da gestação.

No primeiro momento da Consulta de Enfermagem (CE), realizada de modo individual com as gestantes de alto risco e seus acompanhantes, é que se estabeleceu um diálogo inicial em busca da confirmação dos dados sociais e obstétricos extraídos dos prontuários.

Os dados sociais levantados foram: a idade, a escolaridade, a religião, a profissão/ocupação, o estado civil e o acompanhante de escolha. Já os dados obstétricos abordaram a paridade, ou seja, o número de gestações já vivenciadas, o planejamento ou não da gestação, a classificação de risco, o

diagnóstico e se houve internação na gestação atual.

Após serem extraídas dos prontuários as informações, os registros desses dados foram realizados em um diário de campo e transferidos posteriormente para uma planilha do Excel, para tabulação simplificada. A análise dos dados foi através da estatística simples.

Foram respeitados os princípios éticos colocados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) e os princípios do Código de Ética profissional para normatizar as atividades investigativas. O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da UFSC, com parecer favorável sob n° 2257/11, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética n° 448412 .

## **RESULTADOS**

As condições sociais e obstétricas foram variadas, deste modo, para melhor compreensão dos achados deste estudo, os dados serão apresentados separadamente, primeiramente, os achados sociais e posteriormente os obstétricos.

A faixa etária das mulheres que vivenciavam a gestação de alto risco variou entre 13 e 40 anos tendo predominado (Tabela 1) as gestantes com idade entre 31 e 40 anos, vindo ao encontro de resultados apresentados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) destacando a região Sul do Brasil como sendo a de maior proporção de nascidos vivos nessa faixa etária, já na região Norte, as maiores taxas de gestações de alto risco ocorrem em adolescentes.

A menor faixa etária das mulheres que realizaram assistência pré-natal de alto risco neste estudo foram as adolescentes. A faixa etária considerada neste estudo para adolescentes foi dos 13 aos 19 anos, levando em conta o mínimo da idade defendida pela Lei 8.069, de 13 julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, sendo adolescente a pessoa que se encontra entre doze e dezoito anos de idade, e a máxima idade pela Organização Mundial da Saúde -

OMS que adota a faixa etária entre 15 e 19 anos (WAISELFISZ, 2012).

**Tabela 1:** Perfil social das gestantes que realizaram assistência pré-natal de alto risco no HU/UFSC – 2012.

<b>PERFIL</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>FAIXA ETÁRIA</b>		
13 - 19 anos	3	25
20 - 30 anos	4	33
31 – 40 anos	5	42
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
<b>ESCOLARIDADE</b>		
Ensino médio completo	06	50
Ensino médio incompleto	06	50
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
<b>RELIGIÃO</b>		
Católica	10	84
Espírita	01	8
Sem religião	01	8
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
<b>ACOMPANHANTE</b>		
Companheiro	06	50
Outros	03	25
Sem acompanhante	03	25
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
<b>ESTADO CIVIL</b>		
União Estável	07	58
Solteira	04	34
Separada	01	8
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
<b>OCUPAÇÃO/PROFISSÃO</b>		
Sem ocupação	06	50
Com ocupação	06	50
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Constatou-se que as gestantes deste estudo eram todas alfabetizadas, variando somente o grau de instrução. O fato de estas mulheres terem um grau de instrução que proporciona não só o conhecimento prático, visual e de vida, mas também o das palavras escritas a troca de conhecimentos, durante o processo de reflexão-ação-reflexão. Algumas inclusive já haviam lido sobre a situação de risco que estavam vivenciando, bem como buscado por informações no universo virtual da internet ou por meio de pessoas que relatavam suas experiências particulares da gestação em seus blogs, um espaço na internet organizado de forma cronológica inversa, tendo como foco uma determinada temática, podendo ser escritos por um número variável de pessoas que compartilham suas experiências pessoais, podendo postar fotos, textos, etc.

No entanto, apesar das gestantes adotarem a busca prévia por conhecimentos na mídia eletrônica, muitas leituras vinham distorcidas gerando maior nível de tensão nelas e em seus acompanhantes, aumentava a labilidade emocional, sendo necessário um constante ir e vir para aproximá-las da sua realidade e do contexto em que vivem.

A religião era algo fortemente pontuado pelas gestantes, que em conjunto com a assistência pré-natal proporcionava conforto, motivação e força para continuar a caminhada da gestação de risco. Ter fé sempre foi a base para manter-se firme e enfrentar os obstáculos, além da presença marcante do acompanhante que proporcionou maior segurança nos momentos difíceis, de expectativas e também nos de felicidade.

A escolha dos acompanhantes pelas gestantes durante a assistência pré-natal foi variada, sendo que a maior parte das mulheres vinha acompanhada de seu parceiro. Outras escolhas de acompanhantes foram: a mãe e a cunhada/madrinha do bebê. Nos chama a atenção o fato de parte das mulheres não possuírem acompanhante e terem que enfrentar as dificuldades da gestação de alto risco sem apoio de alguém, seja familiar, amigo ou alguém que pudesse compartilhar seus sentimentos e favorecer a

relação dialógica durante os encontros da assistência pré-natal.

Um dado importante que merece ser observado é o estado civil das 12 gestantes acompanhadas, sendo que a maior parte das mulheres possui um companheiro através de uma união estável, possibilitando compartilhar os momentos vivenciados durante o período gestacional. Tivemos neste estudo um número relevante de gestantes solteiras.

A constituição da renda familiar é exercida com equilíbrio pelo companheiro considerando que 50% das gestantes não realizam atividades com fins lucrativos, dedicando a maior parte do seu tempo para as atividades do lar. Por outro lado, a outra parcela das mulheres, correspondente a 50%, deste estudo possui uma ocupação profissional, sendo: auxiliar de limpeza, doméstica, esteticista, costureira, atendente de lanchonete e telefonista, e além destas atividades lucrativas, ainda atendem as demandas domésticas ou adotam o papel de arrimo da família, denotando múltiplas jornadas.

Os resultados apresentados até o momento possibilitam uma visão do perfil social das mulheres-gestantes foco deste estudo, porém não o bastante para vislumbrar de modo global a gestação de alto risco, para tal passamos a apresentar o perfil obstétrico, buscando correlacionar os fatores sociais e obstétricos das gestantes que realizaram o pré-natal de alto risco, e fazermos uma análise crítica mais ampla e apropriada.

Os achados obstétricos refletem o perfil das gestantes desde o primeiro momento, sendo que a maior parte das gestantes afirma não terem planejado a gravidez, somente parte delas planejou com seus companheiros o momento da gestação. O fato de não terem planejado a gestação pode justificar o início da assistência pré-natal a partir do segundo ou terceiro trimestre de gestação.

**Tabela 2:** Perfil obstétrico das mulheres que realizaram assistência pré-natal de alto risco no HU/UFSC – 2012.

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>INÍCIO ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL</b>		
1º trimestre	02	17
2º trimestre	06	50
3º trimestre	04	33
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
<b>PARIDADE</b>		
Primigesta	03	25
Secundigesta	04	33
Multigesta	05	42
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
<b>SITUAÇÃO DE RISCO NA GESTAÇÃO ANTERIOR</b>		
Sim	02	17
Não	07	58
Não se Aplica (primigesta)	03	25
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
<b>INTERNAÇÃO NESTA GESTAÇÃO</b>		
SIM	01	8
NÃO	11	92
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Com relação à paridade das gestantes houve certa proximidade, entre primigestas, ou seja, aquelas que estavam gerando seu primeiro filho e as secundigestas. Em maior número estavam as mulheres que haviam tido três ou mais gestações, sendo estas classificadas como multigestas.

A história pregressa das gestantes estudadas evidencia

que a minoria das gestantes tiveram situações de risco em alguma das gestações anteriores. A maior parte das mulheres realizou o pré-natal de baixo-risco, ou seja, em Unidades Básicas de Saúde – UBS, contrapondo com a gestação atual em que foram classificadas como gestantes de alto risco, necessitando realizar o pré-natal em unidade hospitalar referência para tal assistência.

Após as gestantes terem sido consideradas como sendo de alto risco e já estarem em acompanhamento na assistência pré-natal especializada, destaca-se o fato de que a maioria das participantes deste estudo manteve sua condição de gestante de alto risco de forma mais tranquila e sem intercorrências, não havendo necessidade de hospitalização por motivos relacionados à gestação. No entanto, vale ressaltar que 3 gestantes eram primigestas, não sendo consideradas com relação a vivência de gestações anteriores.

As mulheres estudadas além de terem sido classificadas dentro da assistência de pré-natal como sendo de alto risco, também foram direcionadas quanto ao tipo de risco, podendo ser risco materno, risco fetal e risco materno-fetal. Ao relacionarmos quanto ao tipo de risco percebemos que a maior parte das mulheres estava realizando o pré-natal de risco em decorrência do risco fetal, e uma menor parcela estavam ligadas ao risco materno-feta. Nenhuma das estudadas apresentou isoladamente o risco materno.

**Tabela 3:** Riscos obstétricos das gestantes que realizaram assistência pré-natal de alto risco no HU/UFSC – 2012.

<b>RISCOS OBSTÉTRICOS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Fetal	07	58
Materno – Fetal	05	42
Materno	00	---
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Tais classificações de risco foram determinadas a partir dos diagnósticos clínicos levantados durante a assistência pré-



natal, que guiaram a abordagem e os processos dialógicos durante todos os contatos, favorecendo a superação das necessidades apresentadas por cada uma das gestantes e seu acompanhante.

**Tabela 4:** Diagnóstico de risco das gestantes que realizaram assistência pré-natal de alto risco no HU/UFSC – 2012.

<b>DIAGNÓSTICOS DE RISCOS OBSTÉTRICOS</b>	
<b>MATerno-FETAL</b>	<b>FETAL</b>
Anemia falciforme	Hérnia diafragmática
Adolescência	Dextroposição cardíaca / má formação cardíaca
HPV	Oligoâmnio
Depressão	Displasia esquelética
Doença vascular	Síndrome de Dandy Walker
---	Agenesia cerebelar
---	Síndrome de Down
---	Transfusão feto-fetal
---	Má formação congênita (pé torto; sindactília, etc)

O modo como as gestantes enfrentaram as situações de risco e a de seu conceito foi favorecido não só pela assistência pré-natal especializada, direcionada as suas necessidades, mas também, e com o mesmo valor, a possibilidade de terem em todos os momentos dessa caminhada a possibilidade de escolha de um acompanhante que fosse significativo e que pudesse apoiar, incentivar, compreender seus sentimentos e compartilhar todo o processo de reflexão-ação-reflexão encorajando a superação das dificuldades e possibilitando o empoderamento do ser mulher-gestante de alto risco.

## **DISCUSSÃO**

Durante o período gestacional a mulher passa por inúmeras situações e muitas dessas levam as gestantes a serem

consideradas como sendo de maior ou menor riscos, que podem ser agravados por fatores sociais e obstétricos. Os fatores identificados neste estudo denotam um perfil de gestante que vem de encontro a realidade institucional, foco deste estudo, onde as mulheres possuem algum grau de instrução, estão na sua maioria em companhia de alguém da sua escolha, já possuem uma gestação anterior, possuíam uma crença que as fazem seguir a caminhada, dentre outros, favorecendo os momentos reflexivos e promovendo melhores resultados para as gestantes.

Para contrapor estes momentos de fragilidade, são perceptíveis outras mudanças no perfil destas mulheres-gestantes que estão cada vez mais em busca da sua independência, engravidando com idade acima dos 30 anos, estudando por mais tempo, com um grau de instrução que favorece o compartilhar dos saberes, além de possuírem uma ocupação profissional, evidenciando uma maior maturidade nas suas atitudes e decisões. Este novo modo de ver o futuro proporciona um agir mais seguro e determinado.

Em consonância com os achados deste estudo estão os apontamentos feitos por Gravena, et al. (2012) que destacam os principais motivos para uma gestação com idade materna avançada, dentre esses, o desejo de investir na formação e na carreira profissional, a escolha mais tardia por uma relação conjugal mais sólida, a constituição de novas uniões, os problemas de infertilidade, dentre outros.

Por outro lado, a idade das gestantes acima de 30 anos é identificada como sendo um fator com relação direta a mortalidade materna, principalmente quando associada à multiparidade e a outros fatores de risco, tais como: a falta de estudos e a ausência de acompanhante durante a gestação. Assim, as mulheres nesta faixa etária, deverão ser consideradas como gestantes de alto risco, e receberem assistência pré-natal qualificada, direcionada as suas necessidades (SOARES; SCHOR; TAVARES, 2008).

Mesmo com a maturidade, os sentimentos de insegurança, incertezas, angústias surgem e são intensificados em todos os momentos em que situações novas aparecem. No

entanto, esses sentimentos são amenizados pela fé e por acreditarem em um Ser superior independentemente da crença religiosa, pois é esse Ser maior que fortalece e dá coragem para enfrentar as dificuldades no decorrer da assistência pré-natal de alto risco (BALDUINO, 2011).

Fatores como a maturidade das mulheres-gestantes estudadas, ligado à fé que motiva o caminhar, podem ser associados, para a maior parte destas gestantes, com o apoio emocional de seus companheiros, bem como do núcleo familiar, que assim como a fé, proporciona melhores condições emocionais.

Apesar de algumas gestantes não terem sido acompanhadas por seus cônjuges na assistência pré-natal de alto risco, elas puderam contar com uma pessoa significativa ao seu lado, o que favoreceu uma presença participativa nos momentos de reflexão-ação-reflexão. Para elas o importante é construir num espaço coletivo as suas histórias de vida, de modo a compartilhar seus desejos e anseios (BASSO; MONTICELLI, 2010).

Vários estudos científicos, nacionais e internacionais comprovam os benefícios da presença do acompanhante. Além das mulheres-gestantes se sentirem mais seguras durante o transcorrer da gestação, essas também demonstram estarem mais confiantes no momento do nascimento (LESSA; ROSA, 2010).

No entanto, devemos considerar que a ausência de alguém significativo na assistência pré-natal desfavorece a superação das dificuldades, não só durante estes momentos, mas principalmente no a seguir da dialogicidade, no retorno ao lar, ao local de trabalho, ao núcleo familiar.

Deste modo, quando a gestante não possui uma pessoa de referência, torna-se importante que a relação entre gestante e enfermeira seja ainda mais próxima e fortalecida, pois muitas dessas mulheres consideram a enfermeira como sendo este ser especial, provedor das seguranças e de atenção. Independente da situação, as consultas de enfermagem devem ser envolvidas por muito diálogo, reflexões e ações no decorrer do compartilhar das informações nesse mundo da gestação de alto risco.

Cunha, et al. (2009) apontam a importância da

enfermeira na assistência pré-natal, pois além de esclarecer as dúvidas das gestantes e de seus acompanhantes durante o encontro, esta categoria profissional vem contribuindo para o fortalecimento de uma relação de confiança e proximidade, bem como um atendimento integral com ações educativas à gestante, seu conceito e acompanhante.

Talvez, uma forte influência com relação à falta de acompanhante durante a assistência pré-natal de alto risco nesse estudo, possa estar relacionado ao não planejamento da gestação. Tal fator, também tem fortes relações com o início tardio do pré-natal, no segundo trimestre de gestação, período este que as mulheres começam a perceber as mudanças físicas e emocionais próprias do desenvolver do período gestacional e buscam um serviço de saúde para dar início ao pré-natal.

Silva, et al. (2013) destaca ainda que nas situações em que não houve planejamento da gestação, os fatores de risco para sua recorrência devem ser considerados, principalmente quando a gestante é uma adolescente. Assim, os cuidados preventivos para uma nova gravidez deve fazer parte das ações educativas e reflexivas durante o pré-natal de alto risco.

Para maior parte das gestantes, a situação de risco experienciada nesta gestação é algo singular, não anteriormente vivido, isso pelo fato de ser a primeira gestação ou por terem tido uma gestação anterior dentro de uma evolução favorável e classificada como sendo de baixo risco.

A vivência da gestação atual, de risco, foi acompanhada, na quase totalidade das gestantes, em ambulatório, ou seja, conseguindo manter a situação de risco fetal ou materno-fetal de forma adequada, controlada e estável, não havendo necessidade de hospitalização no serviço de maternidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos diagnósticos identificados no decorrer da gestação terem sido os mais variados, percebemos que a maior parte da classificação de risco obstétrico está voltada para patologias, dentre elas o estado depressivo e até mesmo depressão. Esta última é considerada a doença do século, e quando associada às alterações hormonais e de humor, gera instabilidade e descrença de um futuro promissor.

Frente aos achados deste estudo, percebemos a gestação de alto risco como sendo um período que envolve diversos fatores, dentre eles, os sociais e obstétricos que quando interligados, podem comprometer o processo de gestar tanto para a gestante quanto para o conceito.

Neste sentido, é fundamental que a enfermeira como profissional ativa durante a assistência pré-natal, componha um espaço que permita a dialogicidade entre os sujeitos inseridos no contexto da gestação, mulher-gestante, seu acompanhante e os profissionais, propondo momentos de diálogo, reflexões e ações para favorecer cada vez mais a superação das dificuldades vivenciadas na gestação de alto risco.

Sugerimos que outros estudos olhem com profundidade para a realidade social e obstétrica das gestantes de sua instituição, e saibam criar um canal dialógico entre profissionais, gestantes e acompanhantes para que possam lidar melhor com as questões que permeiam a gestação de risco, e promovam ações para a superação das dificuldades vivenciadas durante todo o período gestacional, favorecendo que estes sujeitos sejam ativos nas mudanças da sua própria história.

Dentre as recomendações, acreditamos que há necessidade que se tenha um olhar mais amplo por parte dos profissionais que prestam assistência de pré-natal de alto risco, devendo a enfermeira conhecer a situação social e obstétrica, de cada uma das mulheres-gestantes e de seus acompanhantes, para que possa correlacionar os principais fatores de risco, na tentativa de minimizá-los na gestação atual.

## REFERÊNCIAS

BALDUÍNO, L. S. C. et al. Spirituality, coping and nursing: an integrative literature review. **Rev Enferm UFPE on line**, v.5, n. spe, p. 481-488, 2011. Disponível em: <[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1737/pdf\\_456](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1737/pdf_456)>. Acesso em: 10 jan. 2012.

BASSO, J. F.; MONTICELLI, M. Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n. 3, p. 390-397, mai./jun, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual técnico de gestação de alto risco**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. Brasília: CNS, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Orientações acerca dos indicadores da pactuação de diretrizes, objetivos e metas 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CUNHA, M. de A.; MAMEDE, M. V.; DOTTO, L. M. G.; MAMEDE, F. V. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. Esc. Anna Nery. **Rev. Enferm**, v. 13, n. 1, p. 145 – 153, jan./mar, 2009.

GRAVENA, A. A. F. et al . Resultados perinatais em gestações tardias. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 15 – 21, fev, 2012.

LESSA, R.; ROSA, A. H. V. da. Enfermagem e acolhimento: a importância da interação dialógica no pré-natal. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, UNIRIO, v.2, n. 3, p. 1105 – 1110, 2010. Disponível em: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3651897>. Acesso em: 24 mar. 2013.

MAGALHÃES, M. de L. et al. Gestação na adolescência precoce e tardia: há diferença nos riscos obstétricos? **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.28, n.8, p. 446-452, 2006.

SILVA, A de A. A.; et al . Fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência em uma maternidade escola: estudo caso-controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 496 – 506, mar. 2013 .

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o saber fazer e o saber pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

SOARES, V. M. N.; SCHOR, N.; TAVARES, C. M. Vidas arriscadas: uma reflexão sobre a relação entre o número de gestações e mortalidade materna. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 254 -263, dez. 2008.

WALSELFISZ, J. J. **Mapa de violência 2012 crianças e**

**adolescentes do Brasil.** Rio de Janeiro: CEBELA FLACSO  
Brasil, 2012.



## 5.2 MANUSCRITO 2 - ITINERÁRIO TERAPÊUTICO VIVENCIADO PELAS GESTANTES DE ALTO RISCO E SEUS ACOMPANHANTES

### **ITINERÁRIO TERAPÊUTICO VIVENCIADO PELAS GESTANTES DE ALTO RISCO E SEUS ACOMPANHANTES**

#### ***ITINERARY THERAPEUTIC EXPERIENCED BY HIGH RISK PREGNANCY AND ITS***

#### ***ITINERARIO TERAPÉUTICO EXPERIMENTADO POR EMBARAZO DE ALTO RIESGO Y SUS ACOMPAÑANTES***

**RESUMO:** Este estudo teve por objetivo conhecer o itinerário terapêutico das gestantes de alto risco que realizaram a assistência pré-natal em uma unidade hospitalar do sul do Brasil. Trata-se de pesquisa qualitativa, do tipo Convergente-Assistencial, tendo como eixo condutor a pedagogia Libertadora. A coleta dos dados foi realizada no período de janeiro a setembro de 2012, com 12 gestantes de alto risco e 9 acompanhantes. A análise dos resultados foi norteada pelos quatro processos genéricos da pesquisa convergente assistencial: apreensão, síntese, teorização e transferência. Os resultados apontam que o início da assistência pré-natal aconteceu para 11 gestantes em Unidades Básicas de Saúde, ou seja, na assistência de baixo risco, apenas uma gestante iniciou o pré-natal direto na atenção terciária de saúde. A maior parte das gestantes estudadas só foi encaminhada ao pré-natal de alto risco no segundo trimestre, evidenciando a morosidade na realização de exames complementares. Observou-se que as mulheres-gestantes após serem encaminhadas para o serviço de referência para gestação de alto risco sentiram-se mais seguras e na condição de que a assistência a todas as suas necessidades seriam consideradas neste contexto. Conclui-se que a busca pelas Unidades Básicas de Saúde mostrou ser a primeira escolha por parte dessas mulheres,

mas que os serviços de atendimento primário de saúde ainda apresentam grandes dificuldades para atender a demanda de gestantes que necessitam realizar exames laboratoriais e de imagem, que possibilitam o diagnóstico precoce das situações de risco. Ao terem sido encaminhadas, juntamente com seus acompanhantes, para a unidade referência, estes sinalizam terem sido acolhidos pela equipe interdisciplinar de forma humanizada, sentindo-se mais seguras.

**Palavras-chave:** Gestação; pré-natal; alto risco; educação em saúde; enfermagem

**ABSTRACT:** This study was aimed at determining the therapeutic itinerary of high-risk pregnancies that underwent prenatal care in a hospital in southern Brazil. This is qualitative research, of the Convergent-Care type, with conducting factor based on the Libertarian pedagogy. Data collection was conducted from January to September 2012, with 12 high-risk pregnancies and 9 companions. The analysis was guided by the four generic processes of convergent analysis: gathering, synthesis, theory and transfer. The results indicate that the early prenatal care for 11 pregnant women took place at the Basic Health Units, namely in assisting low-risk pregnancies, only one pregnant woman began prenatal care directly at the tertiary health care. Most of the pregnant women studied was only referred to the high risk prenatal care in the second quarter, highlighting the delay in conducting complementing exams. It was observed that after being sent to the high-risk pregnancy services, these pregnant women felt more secure and with a sense that all their needs would be considered in this context. We conclude that the search for the Basic Health Units proved to be the first choice for these women, but that the primary health care services were still showing great difficulties meeting the needs of pregnant women who required imaging and laboratory tests that enable early detection of risky situations. When they were sent, along with their companions to the unit of reference, they signal that they were welcomed by the interdisciplinary team in a humane way and, consequently, feeling safer.

**Keywords:** Pregnancy, prenatal care, high risk, health education, nursing

**RESUMEN:** Este estudio tuvo como objetivo determinar el itinerario terapéutico de los embarazos de alto riesgo sometidos a control prenatal en un hospital del sur de Brasil. Esta es una investigación cualitativa, el tipo convergente-Care, con su pedagogía central de Liberación conductor. La recopilación de datos se realizó entre enero y septiembre de 2012, con 12 embarazos de alto riesgo y compañeros 9. El análisis se basó en los cuatro procesos genéricos de análisis convergente: recopilación, síntesis, la teoría y la transferencia. Los resultados indican que el inicio de la atención prenatal para las mujeres embarazadas pasó a 11 Unidades Básicas de Salud, a saber, en la asistencia de bajo riesgo, sólo una mujer embarazada se inició la atención prenatal en la atención directa de salud terciaria. La mayoría de las gestantes estudiadas se refería únicamente a riesgo prenatal de alta en el segundo trimestre, destacando el retraso en la realización de los exámenes. Se observó que las mujeres embarazadas después de ser enviadas a los servicios de referencia para embarazos de alto riesgo se sentían más seguros y siempre que la asistencia a todas sus necesidades serían considerados en este contexto. Llegamos a la conclusión de que la búsqueda de las Unidades Básicas de Salud resultó ser la primera opción para estas mujeres, sino que los servicios de atención primaria de la salud siguen teniendo grandes dificultades para satisfacer las necesidades de las mujeres embarazadas que deben someterse a pruebas de laboratorio y de imagen, que permitir la detección precoz de situaciones de riesgo. Cuando se les envió, junto con sus compañeros, a la señal de referencia del convertidor fueron recibidos por el equipo interdisciplinario de una manera humana, sintiéndose más seguro.

**Palabras clave:** El embarazo, cuidado prenatal, de alto riesgo, educación sanitaria, enfermería



## INTRODUÇÃO

A gestação é considerada um fenômeno natural, fisiológico da mulher e aparentemente sem riscos, o que possibilita um acompanhamento através da assistência pré-natal nos serviços de atenção primária de saúde, ou seja, nas Unidades Básicas de Saúde – UBS. Entretanto, existe determinada parcela de gestantes que, por possuir características específicas ou por ser portadora de algum agravamento, apresenta maior probabilidade de ter evolução desfavorável tanto para a mãe, como para o bebê ou até mesmo para ambos. Essa parcela constitui um grupo denominado de gestantes de alto risco (BRASIL, 2010).

A identificação das situações de alto e baixo risco exige da equipe interdisciplinar um olhar sensível e aprofundado para que consigam perceber tais necessidades e determinar as ações de cuidados específicos. As necessidades das gestantes de baixo risco são solucionadas no atendimento primário de saúde, já as gestantes classificadas como sendo de alto risco requerem atendimento especializado dos serviços de referência, em unidades hospitalares. Desta forma, Luciano, Silva e Cecchetto (2011) reforçam que identificar precocemente a mulher com risco gestacional é essencial para que as intervenções apropriadas possam ser instituídas o mais precocemente possível, aumentando a probabilidade de controlar ou até mesmo modificar a evolução desfavorável da gestação e proporcionar um desfecho positivo.

Para que se possa favorecer a mulher-gestante com um desfecho favorável da gestação, as normas de assistência devem permitir identificação precoce e adequada da situação de risco materno e perinatal, assim como os procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários, e em que nível de atenção os mesmos serão realizados. Assim, “o controle pré-natal da gestante sem problemas poderá ser diferente daquela que apresenta problemas, seja em objetivos, conteúdos, número de consultas e tipo de equipe que presta a assistência” (BRASIL, 2010, p. 11).

Deste modo, considerando as diferentes necessidades de atenção às gestantes, este estudo tem por objetivo conhecer o

itinerário terapêutico<sup>4</sup> das gestantes de alto risco que realizaram a assistência pré-natal em uma unidade hospitalar do sul do Brasil.

## METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa qualitativa, do tipo Convergente-Assistencial (PCA). Este tipo de pesquisa está direcionado para a minimização ou resolução dos problemas da prática assistencial ou da prática educativa no contexto em que o pesquisador encontra-se em sua atuação profissional. O eixo condutor para realizar este estudo foi a pedagogia Libertadora de Paulo Freire, educação libertadora, que tem como objetivo estimular a capacidade humana de ser ativo nas mudanças sociais, sujeito da própria história.

Esta pesquisa foi realizada no ambulatório da área C do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina – HU/UFSC.

A escolha dos sujeitos aconteceu durante a consulta obstétrica, momento este em que o médico do pré-natal de alto risco identificava a necessidade de educação em saúde. O encaminhamento para a enfermeira pesquisadora se dava através de agendamento, ou em contato direto, quanto a situação necessitava de um processo dialógico mais imediato.

Os sujeitos do estudo foram 12 gestantes de alto risco e 9 acompanhantes que estavam realizando pré-natal na instituição foco deste estudo, e que concordaram em participar do estudo, após conhecerem os objetivos, intencionalidades e modos de participação.

Não foi estipulado número mínimo de participantes, estipulou-se apenas um período de seis meses, de janeiro a junho de 2012 para incluir gestantes novas, após findar esses meses deu-se continuidade a assistência pré-natal daquelas que já

---

<sup>4</sup> Itinerário terapêutico é o percurso realizado pelas gestantes e seus acompanhantes nos sistemas de serviços de saúde, para o acompanhamento da assistência pré-natal de alto risco.

estavam no processo de educação em saúde, perdurando até o mês de setembro quando todas já haviam finalizado os processos gestacionais e reflexivos.

A coleta dos dados aconteceu durante todos os momentos de contato entre pesquisadora e sujeitos através da Consulta de Enfermagem (CE) de modo individual com as gestantes de alto risco e seus acompanhantes. Nesses encontros, é que se estabeleceu um diálogo em busca do conhecimento relacionado ao itinerário terapêutico, do momento em que foi confirmada a gestação até a classificação de alto risco. A saturação dos dados aconteceu quando todas as necessidades de educação em saúde das gestantes e seus acompanhantes foram satisfeitas.

Os registros da coleta dos dados foram realizados em um diário de campo e em gravador digital, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos e a cada contato com os participantes. Após aprofundamento teórico e envolvimento com os dados obtidos, a análise dos mesmos foi norteada pelos quatro processos genéricos da PCA: apreensão, síntese, teorização e transferência, propostos por Morse e Field e seguidos por Trentini e Paim (2004), o que gerou códigos e categorias.

Foram respeitados os princípios éticos colocados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) e os princípios do Código de Ética profissional para normatizar as atividades investigativas. O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da UFSC, com parecer favorável sob nº 2257/11, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 448412.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Conforme apontado, ao realizar as consultas de enfermagem no decorrer da assistência pré-natal com as gestantes de alto risco e seus acompanhantes, buscou-se conhecer qual o caminho percorrido por estes sujeitos desde o momento em que foi confirmada a gestação até a chegada nesta unidade hospitalar, considerada de referência para assistência pré-natal de alto risco.

Das gestantes sujeitos deste estudo, 11 delas iniciaram o pré-natal na Unidade Básica de Saúde – UBS, ou seja, na assistência pré-natal de baixo risco. Apenas uma gestante iniciou a assistência pré-natal direto na atenção terciária de saúde. O acesso desta gestante no serviço de alto risco se deu por ela ter procurado o primeiro atendimento na emergência da unidade hospitalar, contexto desta pesquisa, ao apresentar desconfortos gástricos, conforme relato: *“fui lá na emergência porque estava com dor na barriga. Aí eles pediram um exame para saber se eu estava grávida e deu que eu estava, aí eles me mandaram para fazer o pré-natal aqui”*(Rubi). O motivo do encaminhamento direto após confirmação da gestação para assistência pré-natal de risco foi por ser adolacente e portadora de HPV, em fase aguda e com lesões extensas.

Percebemos que, assim como Rubi, muitas gestantes adolescentes procuram as unidades de saúde por apresentarem algum desconforto ou alterações em seu organismo, acreditando ser qualquer situação menos a da possibilidade de estarem gestando. Essa situação significa a falta de conhecimento do seu próprio corpo, bem como o não uso de métodos contraceptivos, aliados a imaturidade, advento diretamente relacionado com o período da adolescência, denotando mais uma situação de risco.

No entanto, apesar das adversidades inerentes a gestação na adolescência, acredita-se que se a gestante tiver um suporte social, de orientação e apoio familiar, essas meninas-mulheres conseguem desenvolver habilidades resilientes e passam a perceber com novos olhares este momento de sua vida e começam a vivenciar a gestação com expectativas futuras (RIBEIRO; GUALDA, 2011).

É necessário que as gestantes aceitem os desafios deste novo acontecimento em suas vidas, e tenham apoio no contexto familiar e na assistência pré-natal. Para Freire (2002) o ser humano tem total capacidade de modificar sua realidade, ou pelo menos aprimorá-la, podendo ser com curiosidade, porém com responsabilidade.

Em outra ótica, as 11 gestantes que procuraram a UBS para iniciarem seu pré-natal, já tinham a compreensão da



gestação, pois ao perceberem atraso menstrual e alterações em seu corpo desconfiaram fortemente da possibilidade de estarem gestando. Ao perceberem tais alterações 8 gestantes tiveram como primeira escolha realizar teste de farmácia, através da urina que detecta a quantidade do hormônio gonadotrofina coriônica humana ( $\beta$ HCG) – hormônio encontrado nas mulheres quando gestantes, mas logo ao ter o resultado ‘positivo’ procuraram a UBS :

*Minha menstruação estava bem atrasada, aí desconfieei que estava grávida e fiz um teste de farmácia (Pedra do Sol);*

*[...] quando senti meu corpo diferente fiz um exame e deu que estava grávida e já marquei minha primeira consulta de pré-natal (Selenita);*

*[...] comecei a passar mal aí desconfieei e fiz um teste que deu positivo, na outra semana já fui no posto (Safira).*

A percepção do seu corpo favorece o início precoce da assistência pré-natal, considerando que confirmada a gestação através de exames urina/sangue que comprovem a fecundidade logo procuram o local mais próximo de sua residência para realizarem o acompanhamento da gestação. No entanto, é notório que ainda há pouca conscientização do uso dos métodos contraceptivos, o que poderia evitar uma gestação indesejada. Outro fator a ser relacionado, conforme aponta Alves (2011), é a carência que ainda se tem de serviços de saúde sexual e reprodutiva, deixando insatisfeitas as necessidades de contracepção.

Um estudo realizado com adolescentes por Silva, et al. (2009), mostra que a maioria dos adolescentes desconhece a existência de um período fértil na mulher, bem como o uso correto dos métodos contraceptivos disponíveis nas redes de saúde, o que favorece uma gravidez indesejada. Os autores destacam ainda, a importância de ações educativas com os jovens, considerando que no mundo atual, tudo acontece

rapidamente, das transformações comportamentais, existenciais, às mudanças com o corpo. A falta ou pouca experiência dos adolescentes sobre a vida sexual representa atualmente uma preocupação mundial, não somente relacionada a uma gestação indesejada, mas também às doenças sexualmente transmissíveis (SILVA; et al., 2009).

Neste estudo, uma das gestantes, ao ter indícios de gestação e talvez pela relação de ter planejado a gravidez, logo procurou a assistência pré-natal na UBS:

*Minha gravidez foi muito planejada [...], então quando vi que a minha menstruação não desceu logo fui no posto de saúde (Esmeralda);*

Outras duas gestantes referem não ter planejado a gestação, mas como haviam tido relação sexual sem preservativo e não utilizaram outro método contraceptivo logo suspeitaram da gravidez:

*Minha gravidez não foi planejada, mas não me cuidei e sabia que estava grávida, então procurei o postinho perto de casa (Cristal);*

*Logo que fico grávida já sei [...], como nas minhas três gestações tive problemas, logo fui no posto de saúde para confirmar (Ametista).*

A procura pela UBS é a primeira escolha das mulheres-gestantes, considerando que nestes serviços será oferecido à futura mãe atendimento de enfermagem, médico, agendamento de exames, dentre outras ações, o que possibilita a confirmação da gestação, bem como, o acompanhamento de cada período gestacional.

Ter acesso a UBS para receber assistência pré-natal tem um valor e um significado muito forte para as mulheres-gestantes, pois se torna uma garantia de obter maiores informações que irão esclarecer suas dúvidas e anseios, o que promove fontes transformadoras de suas necessidades com relação a cada momento da gravidez, promovendo ainda mais a sua autonomia e empoderamento nas tomadas de decisões.

A realização da assistência pré-natal está atrelada ao número de atendimentos realizados neste período, conforme preconizado pelo Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHPN), devendo ser no mínimo 7, porém esta realidade não é para todas as mulheres. Conforme publicado pelo Ministério da Saúde (2012) é visível o déficit da adesão a assistência pré-natal em algumas regiões, sendo a região Norte com menor número de nascidos vivos de mães que realizaram 7 ou mais consultas correspondendo a 36,6% e a região com maior adesão foi a região sul com 75,2%.

Para Souza, Roecker e Marcon (2011), a possibilidade das gestantes terem um espaço para a troca de experiências e vivências promove uma melhor compreensão do processo gestacional. Esta intercomunicação entre gestantes e profissionais de saúde deve ser priorizada na assistência pré-natal, a fim de prover transformações nas situações de mudanças geradas pela própria gestação.

A transição da assistência pré-natal de baixo para a de alto risco aconteceu para as gestantes deste estudo em situações distintas. Uma delas, Rubi, foi direcionada para o alto risco, logo após diagnóstico da gravidez na própria instituição hospitalar, era adolescente e portadora de HPV em fase aguda, Cristal foi encaminhada para a atenção terciária de saúde por ser adolescente e com labilidade emocional, e Ametista, por já ter uma história obstétrica pregressa com adversidades, porém já estava com o tempo de gestação mais adiantado.

*Quando fui atendida no posto de saúde o médico disse que era melhor eu ser acompanhada no HU porque era adolescente e estava com depressão, chorava muito e não queria mais sair da cama [...] (Cristal);*

*Na primeira gestação tive leucemia, na segunda meus filhos nasceram mortos, eram gêmeos, a terceira perdi com 2 meses, na quarta tive anemia grave [...] com tudo isso a médica do postinho disse que não achava bom fazer o pré-natal lá e me mandou para cá (Ametista).*

Estes são exemplos de situações onde o encaminhamento das UBS para a atenção terciária, referência na assistência pré-natal de alto risco, foi precoce, ainda no primeiro trimestre de gestação, uma por ser adolescente e em estado depressivo e a outra gestante pela situação prévia de risco em todas as gestações anteriores. No entanto, gestantes como Safira, Diamante, Esmeralda e Olho de gato só foram encaminhadas ao ambulatório de alto risco do HU/UFSC no segundo ou terceiro trimestre, após realizarem exame de imagem, que acusou alguma alteração fetal, configurando risco fetal ou até mesmo risco materno-fetal, conforme diagnóstico estabelecido.

*O médico pediu um ultrassom, mas demorei muito para fazer porque não tinha vaga, aí quando fiz mostrou que meu bebê tinha as perninhas tortas (Safira);*

*Meus exames de sangue fizeram rápido, mas o pra ver o bebê demorou [...] o médico disse que tinha um probleminha na nuca [...] (Diamante);*

*O exame pelo posto ia demorar, fui e paguei para fazer, então mostrou que meu filho tinha alterações (Esmeralda);*

*Fizeram um ultrassom porque tive um acidente e falei que estava grávida, no posto não tinha conseguido ainda (Olho de gato).*

A morosidade da realização de exames complementares para uma avaliação clínica mais precisa, pode comprometer ações precoces de intervenções obstétricas, bem como o acompanhamento da assistência pré-natal e a relação direta com a educação em saúde que possibilita a estas mulheres superar os medos e inseguranças.

Andreucci e Cecatti (2011) reforçam que a falta ou a dificuldade das gestantes em realizarem consultas e exames de pré-natal compromete diretamente o cuidado com a mulher e com o bebê que está sendo gerado. Há necessidade, que os serviços da

atenção obstétrica tenham um olhar humanizado, com uma rede de cuidado integrada, que proporcione um acolhimento e um vínculo maior das gestantes e seus acompanhantes entre o sistema de saúde e às ações de educação em saúde.

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde nos protocolos de atenção a saúde da mulher-gestante, durante a assistência pré-natal deverão ser realizados diversos exames dentre estes: grupo sanguíneo e fator Rh (quando não realizado anteriormente), sorologia para sífilis (VDRL), parcial de urina, hemoglobina e hematócrito, glicemia de jejum, teste anti-HIV com aconselhamento pré-teste e consentimento da mulher, sorologia para hepatite B, sorologia para toxoplasmose, colpocitologia oncótica, quando houver indicação e ampliação do ultrassom obstétrico para 100% das gestantes. Quando estas mulheres são classificadas como gestantes de alto risco deverão ser adicionados os seguintes exames: contagem de plaquetas, dosagem de proteínas (urina 24 horas), dosagens de uréia, creatinina e ácido úrico, eletrocardiograma, ultrassom obstétrico com Doppler e cardiocografia ante-parto (BRASIL, 2012).

No entanto, o que é preconizado pelo Ministério da Saúde - MS nem sempre é uma realidade vivenciada por todas as mulheres-gestantes. Quadros et al (2011) ao realizarem estudos sobre a realização dos exames laboratoriais mínimos complementares durante o pré-natal verificaram que menos da metade da população tem acesso a uma assistência pré-natal completa e de qualidade. Reforçam ainda que esta realidade só irá se modificar quando os profissionais de saúde, gestores e comunidade se conscientizarem a respeito de seus direitos e deveres no sentido de captar precocemente as gestantes e solicitar os exames previstos pelo Ministério da Saúde durante a assistência pré-natal.

A relação entre os usuários e os serviços de saúde torna-se viável quando os vários setores da sociedade caminham na mesma direção. Para isso, é importante que os gestores dos serviços de saúde sigam as recomendações do MS, de garantia às necessidades mínimas para a gestante e seu conceito durante a assistência pré-natal. Esta contribuição, de Promoção da Saúde,

está na forma de como os profissionais de saúde envolvidos na atenção obstétrica conduzem as situações de risco no período gestacional, seja de modo individual ou coletivo, acerca das atividades que visam à transformação do comportamento dos indivíduos neste período específico da vida dos casais (SANTOS, 2011).

A possibilidade das gestantes terem um conjunto amplo de ações que as direcione para cuidados preventivos, curativos e paliativos ainda no primeiro trimestre gestacional, viabiliza o desvelar de algumas anomalias, malformações e doenças que acometem a gestação. Além dos exames laboratoriais, a ultrassonografia é uma prática que deveria ser utilizada rotineiramente para a avaliação mais precisa da idade gestacional, detecção do número de fetos e outras situações de risco (OLIVEIRA; MARINHO; FONSECA, 2011).

Para que a qualidade dos serviços na rede de atenção primária aconteça de forma adequada, ele deverá estar associado a diversos fatores, dentre eles, acesso facilitado e garantido às mulheres-gestantes a uma assistência pré-natal qualificada, com profissionais habilitados que orientem sobre as necessidades da gestação, garantia da realização de exames complementares em cada trimestre de gestação, assim como um propício processo dialógico que estimule a gestante a expressar suas necessidades biopsicossociais.

Percebe-se que o contexto em que as gestantes iniciaram a assistência pré-natal não está apto a dar sequência na atenção às necessidades singulares de cada uma dessas mulheres, classificadas como de alto risco, isto por ser um serviço que presta cuidados para as gestantes de baixo risco. Os profissionais de saúde envolvidos na UBS realizaram encaminhamento para o HU/UFSC por ser uma unidade hospitalar referência na atenção à saúde das gestantes de alto risco, seja por risco materno, fetal ou de ambos, e que possui uma equipe multiprofissional que atende às necessidades de modo global, incluindo o diagnóstico precoce dos agravos.

É fundamental que as redes de atenção à saúde estejam interligadas para um bem comum ao cidadão que utiliza os

serviços, buscando neste cenário um acompanhamento profissional de qualidade e livre de riscos (MENDES, 2011).

Observamos que as mulheres-gestantes após serem encaminhadas para o serviço de referência para gestação de alto risco sentiram-se mais seguras e na condição de que a assistência e todas as suas necessidades seriam consideradas neste contexto.

*Desde que cheguei aqui fui muito bem atendida (Esmeralda);*

*Fiquei com receio que não fosse ser bom, não conhecia ninguém, mas tava enganada foi muito bom (Jade);*

*Aqui (referindo-se ao HU) consegui fazer todos meus exames, as enfermeiras, os médicos sempre me perguntavam como eu estava [...] (Diamante).*

Os relatos apontam para a importância do acolhimento por parte da equipe de saúde na unidade referência de alto risco para a continuidade da assistência pré-natal. A possibilidade de contar com um serviço especializado e com profissionais qualificados trouxe maior segurança, não só da parte obstétrica, mas especialmente a segurança afetiva resgatada através do diálogo nos momentos direcionados às ações de educação em saúde com a enfermeira.

Atualmente, as gestantes e seus acompanhantes que vivenciam uma gestação de alto risco buscam um pré-natal que vá além dos aspectos clínicos, do examinar e medicar. Mas sim, desejam ter a possibilidade de conversarem e serem ouvidos pelos profissionais de saúde, em busca de se sentirem reconhecidos e fortalecidos. Para Dantas-Berger e Giffin (2011), este processo de troca de experiências, proporciona um construir mais participativo, reflexivo e educativo no cotidiano dos serviços de saúde entre usuários e profissionais, resgatando uma sociedade mais solidária.

A importância da educação em saúde está numa perspectiva participativa, onde as gestantes e acompanhantes não fiquem apenas como receptores de informações, mas também

sejam seres críticos nessa relação dialógica com a enfermeira, tomando consciência da situação vivenciada (FREIRE, 2002).

Para as gestantes, é na assistência pré-natal que tudo se transforma, e passam a perceber os profissionais envolvidos como uma oportunidade para ampliação dos seus conhecimentos e empoderamento da gestação. Para isto, Santos, Radovanovic e Marcon (2010) reforçam que é preciso favorecer o diálogo amenizando suas dúvidas, medos e inseguranças. As orientações oferecidas devem ser adequadas às reais necessidades e apropriadas para cada situação, de forma a possibilitar que o processo gestacional seja vivenciado da forma mais tênue e prazerosa possível.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Foi evidenciado neste estudo que a busca pelas Unidades Básicas de Saúde – UBS mostrou ser a primeira escolha por parte dessas mulheres, não só para a confirmação da gestação, como também para início da assistência pré-natal, denotando a responsabilidade consigo mesma e com o bebê que está sendo gerado.

Identificou-se que os serviços de atendimento primário de saúde ainda apresentam grandes dificuldades para atender a demanda de gestantes que necessitam realizar exames laboratoriais e de imagem. Tais exames complementares possibilitam o diagnóstico precoce das situações de risco materno, fetal ou materno-fetal.

Percebe-se que uma assistência de pré-natal qualificada deve estar direcionada às necessidades materna e fetal, para efetivamente favorecer o desenvolvimento da gestação de maneira mais acolhedora e segura, reduzindo consideravelmente as situações de conflitos no período gestacional.

Os resultados apontam que, após a classificação de risco das mulheres-gestantes, as UBS conseguiram encaminhar esta clientela para a assistência pré-natal de alto risco nas unidades de referência. Ou seja, os serviços de referência e contra referência



nestas situações estão em sintonia, conforme previsto nas políticas públicas ministeriais.

Após classificação como gestantes de alto risco e terem sido encaminhadas juntamente com seus acompanhantes para a unidade referência, estes sinalizaram ter sido acolhidos pela equipe interdisciplinar de forma humanizada, individualizada e com facilidades para realizarem os exames complementares.

No entanto, ainda tem-se o desafio da busca de melhorias da qualidade na assistência pré-natal de alto risco, pautada na promoção da saúde, de garantia de acompanhamento direcionado às necessidades biopsicossociais das mulheres, e de educação em saúde com as gestantes, seus acompanhantes e profissionais envolvidos.

## REFERÊNCIAS

ALVES, J. E. D. Sete bilhões de habitantes em 2011. **Revista Cidadania & Meio Ambiente**. Ecodebate. Disponível em: <<http://www.ecodebate.com.br/2011/01/18/sete-bilhoes-de-habitantes-em-2011-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves/>>. Acesso em: 03 jan. 2012.

ANDREUCCI, C.B.; CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Orientações acerca dos indicadores da pactuação de diretrizes, objetivos e metas 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. Brasília: CNS, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pré-natal garante uma gestação mais tranquila**. Disponível em: <[http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/8161/162/pre\\_natal-garante-uma-gestacao-mais-tranquila.html](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/8161/162/pre_natal-garante-uma-gestacao-mais-tranquila.html)>. Acesso em: 17 jan. 2013.

DANTAS-BERGER, S.M.; GIFFIN, K.M. Healthcare services and violence during pregnancy: perspectives and practices of healthcare professionals and teams in a public hospital in Rio de Janeiro. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.37, p.391-405, abr./jun. 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

LUCIANO, M. P; SILVA, E. F. da; CECCHETTO, F. H. Orientações de enfermagem na gestação de alto risco: percepções e perfil de gestantes. **Rev enferm UFPE**, v. 5, n. 5, p. 1261-266, 2011.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

OLIVEIRA, H. M. de; MARINHO, M. M.; FONSECA, E. B. Avaliação morfológica fetal no primeiro trimestre. **Revista Medicina Materno-Fetal**, Ano II, v.3, p. 9-18, 2011.

QUADROS, L. C. M. et al. Avaliando a realização de exames laboratoriais pelas gestantes durante o pré-natal. **Rev. Enferm. Saúde**, Pelotas, v.1, n.1, p. 99-106, jan/mar. 2011.

RIBEIRO, P. M.; GUALDA, D.M. R. Gestação na adolescência: a construção do processo saúde-resiliência. **Esc Anna Nery**, v.15, n.2, p. 361-371, abr -jun. 2011.

SANTOS, A.A.G. dos. **Práticas e saberes de promoção da saúde para adolescentes na estratégia saúde da família de Fortaleza-Ceará** 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Fortaleza, 2011. 96 f.

SANTOS, A. de L.; RADOVANOVIC, C.A. T.; MARCON, S. S. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas **Rev. Rene**, v. 11, n. especial, p. 61-71, 2010.

SILVA, L. K. Da; IZIDORO, I. De F. R. V.; MAIA, C. C.; SOBREIRA, T. T. métodos contraceptivos: estratégia educativa com adolescentes. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 10, n. 1, p. 145-161, 2009.

SOUZA, V. B.; ROECKER, S.; MARCON, S. S. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 13, n. 2, p. 199-210, abr/jun. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.10162>>. Acesso em: 28 dez. 2011.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o saber fazer e o saber pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

### 5.3 MANUSCRITO 3 - SENTIMENTOS E EXPECTATIVAS DAS MULHERES-GESTANTES FRENTE À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

#### **SENTIMENTOS E EXPECTATIVAS DAS MULHERES-GESTANTES FRENTE À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO**

#### ***FEELINGS AND EXPECTATIONS OF PREGNANT WOMEN FACE-TO HIGH RISK PREGNANCY***

#### ***SENTIMIENTOS Y EXPECTATIVAS DE LAS MUJERES EMBARAZADAS CARA A EMBARAZO DE ALTO RIESGO***

**RESUMO:** Este estudo teve por objetivo conhecer os sentimentos e expectativas das mulheres-gestantes diante da gestação de alto risco. Trata-se de pesquisa qualitativa, do tipo Convergente-Assistencial, tendo como eixo condutor a pedagogia Libertadora. A pesquisa foi realizada no período de janeiro a setembro de 2012, sendo atendidas 12 gestantes de alto risco e 9 acompanhantes. A análise dos resultados foi norteada pelos quatro processos genéricos da pesquisa convergente assistencial: apreensão, síntese, teorização e transferência. Os resultados apontam que a assistência pré-natal, norteada por ações educativas auxiliam no processo gestacional. As mulheres estudadas se encheram de expectativas ao saber da gestação, mesmo não tendo sido planejada. Passaram a ter as mais diversas preocupações com essa nova experiência em suas vidas. Ao serem classificadas como sendo gestantes de alto risco sentiram um forte impacto emocional, afetivo e físico. Quando já haviam tido outros filhos foi comum a comparação com a gestação anterior. Os sentimentos apresentados foram de angústia, culpa e medo para a totalidade das gestantes. No decorrer da assistência pré-natal de alto risco, nas consultas de enfermagem foi possibilitado momentos dialógicos e de ação-reflexão-ação. Tais momentos foram percebidos pelas mulheres-gestantes e seus acompanhantes como algo transformador, fortalecedor e que os

transformaram em seres mais seguros e encorajados para vivenciarem todo o processo de gestar e parir. A presença de um acompanhante foi visto pelas gestantes como sendo algo positivo, bem como terem tido a possibilidade de um profissional que as guiassem durante a assistência pré-natal. Deste modo, frente aos resultados apresentados neste estudo, podemos concluir que o acolhimento prestado pela enfermeira durante a assistência pré-natal numa perspectiva libertadora de transformação da realidade traz consigo mudanças no comportamento da gestante, que consegue reverter os momentos de apreensão, medo, angústias em momentos de tranquilidade e confiança durante o período gestacional.

**Palavras-chave:** Gestação; pré-natal; alto risco; educação em saúde; enfermagem

**ABSTRACT:** This study aimed to know the feelings and expectations of pregnant women when faced with a high risk pregnancy. This is qualitative research, of the Convergent-Care type, with conducting factor based on the Libertarian pedagogy. The survey was conducted from January to September 2012, 12 high-risk pregnant women and 9 companions were seen. The analysis was guided by the four generic processes of convergent analysis: gathering, synthesis, theory and transfer. Results showed that prenatal care guided by educational aid have helped during the gestational process. Women participating in the study were filled with expectations when learning about the pregnancy, even if not planned. They displayed a diversified number of concerns about this new experience in their lives. By being classified as high risk pregnancies, they felt a strong impact both emotional and physical affection. When they had had other children, it was common to compare it with previous pregnancies. The feelings were presented with anxiety, guilt and fear by all pregnant women. During the high risk prenatal care, it was made possible dialogic and action-reflection-action moments, such moments were perceived by the pregnant women and their companions, as something transformative, empowering and turned them into beings more assured and encouraged to

experience the entire process of gestating and giving birth. The presence of a companion was seen by the pregnant women and the possibility of having a professional who could guide them during prenatal care were seen as something positive. Therefore, when compared to the results presented in this study, we can conclude that, caring provided by the nurse during the prenatal care, based on a liberating transformation of reality perspective, brings about changes to the pregnant woman's behavior, who is now capable of reversing moments of apprehension, fear, anxiety into times of ease and confidence during pregnancy.

**Keywords:** Pregnancy, prenatal care, high risk, health education, nursing

**RESUMEN:** Este estudio tuvo como objetivo conocer las percepciones y expectativas de las mujeres embarazadas por adelantado embarazos de alto riesgo. Esta es una investigación cualitativa, el tipo convergente-Care, con su pedagogía central de Liberación conductor. La encuesta se realizó entre enero y septiembre de 2012, se cumplen 12 embarazos de alto riesgo y compañeros 9. El análisis se basó en los cuatro procesos genéricos de análisis convergente: recopilación, síntesis, la teoría y la transferencia. Los resultados muestran que durante la atención prenatal guiado por la ayuda educativa en el proceso de gestación. Las mujeres estudiadas estaban llenos de expectativas de aprender del embarazo, incluso si no se planifica. Ahora tienen las preocupaciones más diversos con esta nueva experiencia en sus vidas. Al ser clasificados como embarazos de alto riesgo sintió un fuerte impacto emocional y físico afecto. Cuando habían tenido otros hijos era común a comparar con el embarazo anterior. Los sentimientos se presentaron con toda la angustia, la culpa y el miedo a la pareja embarazada. Durante el cuidado prenatal de alto riesgo fue posible momentos dialógicos y de acción-reflexión-acción, esos momentos fueron percibidos por las mujeres, las mujeres embarazadas y sus acompañantes como algo transformativo, potenciando y los convirtió en seres más seguros y animados a experimentar proceso de gestar y dar a luz. La presencia de un acompañante por las mujeres embarazadas era

visto como algo positivo, así como tener la posibilidad de un profesional que le guiará durante la atención prenatal. Por lo tanto, en comparación con los resultados presentados en este estudio, se concluye que el huésped proporcionada por la enfermera durante la transformación prenatal perspectiva liberadora de la realidad provoca cambios en el comportamiento de la madre, lo que puede revertir los momentos de aprensión, miedo, angustia en tiempos de facilidad y confianza durante el embarazo.

**Palabras clave:** El embarazo, cuidado prenatal, de alto riesgo, educación sanitaria, enfermería





## INTRODUÇÃO

A saúde da mulher vem evoluindo ao longo do tempo, com perspectivas mais promissoras, de forma organizada pelos serviços e pelos profissionais de saúde, amparada por ações governamentais e não governamentais que promovem o bem estar físico e mental das mulheres, em especial das gestantes.

A gestação é considerada por muitas mulheres como sendo um momento especial e único, com transformações intensas tanto nos aspectos físicos quanto nos emocionais. Além dessas mudanças no organismo materno, há também as mudanças da estrutura familiar, que também são necessárias para auxiliar a mulher a manter-se saudável e preparar-se para o nascimento do seu filho (CAMACHO et al., 2010).

As alterações são intensas, os sentimentos no período gestacional são ambivalentes, pois num piscar de olhos tudo se transforma, passam de menina à mulher, percebem as mudanças do corpo e da mente, do pensar às atitudes, um turbilhão de sensações e sentimentos.

Deste modo, estar gestando, é um acontecimento especial na vida das mulheres, repleto de sentimentos, expectativas e projeções futuras, que modifica o corpo e as atitudes, transforma os pensamentos e as emoções, agrega valores conceituais, sociais, éticos e morais, além da mudança de papéis, ou seja, de menina a mulher, de filha, a esposa a mãe. Mas, quando este evento deixa de ser algo tranquilo e sonhador, passando a ser mais complexo, as gestantes temem o seu futuro e do conceito.

Em algumas situações, gestar pode estar relacionado a situações de riscos, que quando acometem a gestação necessitam de um olhar peculiar para cada situação, com ações direcionadas a cada necessidade. As gestações consideradas de alto risco são complexas, não ficando restritas somente às alterações orgânicas, ultrapassam os achados clínicos, repercutindo nas condições sócio-afetivas e emocionais de cada uma das mulheres.

Diante das mudanças de rumo da gestação, estas mulheres necessitam de um acompanhamento na assistência pré-natal, de modo humanizado, guiado por profissionais habilitados

que possibilite se sentirem seguras e acolhidas. Deste modo, Tostes (2012) considera que a gestante deverá ser acompanhada por meio de uma assistência pré-natal de qualidade desde a concepção até o trabalho de parto, buscando compreender as suas necessidades, por meio da percepção de seus sentimentos e expectativas, em sua totalidade.

A caminhada das gestantes e seus acompanhantes por percursos obscuros, muitas vezes não trilhados anteriormente pode ser amenizada durante a assistência pré-natal nos momentos reflexivos de apoio emocional e social, iniciando o estabelecimento dos vínculos afetivos entre gestante-acompanhante-feto.

Nesta caminhada durante a assistência pré-natal de alto risco, o processo de educação em saúde visa à libertação dos sujeitos envolvidos, mostrando as possibilidades de mudanças e transformações da realidade.

Dentre as estratégias de transformações está o diálogo, que consiste em uma relação horizontal de troca de conhecimentos entre gestantes, acompanhantes e enfermeira, até que se consiga ter a tomada de consciência, que significa a passagem da imersão na realidade para um distanciamento desta realidade (GADOTII, 1996).

Esta tomada de consciência está diretamente atrelada aos vínculos pré-estabelecidos, que são influenciados por fatores externos e contextuais da vida da gestante, tanto do ponto de vista social quanto emocional/afetivo que são incentivados pelas redes de apoio. Dentre as redes de apoio, a assistência pré-natal qualificada torna-se essencial, considerando conforme apontam Piccinini et al. (2012) que as questões de saúde física e emocional são aspectos inseparáveis durante todos os momentos da gestação.

Além de uma prática assistencial qualificada, Hillesheim et al. (2009) ressaltam a importância de ações de educação em saúde, principalmente na troca de conhecimento com as gestantes produzindo o bem-estar da mulher e do bebê.

Desta forma, considerando a gestação como um momento especial, marcante na vida da mulher, envolvidas numa

diversidade de mudanças físicas e emocionais, e considerando a possibilidade de riscos que podem acometer a mulher e o feto, buscou-se através do presente estudo conhecer os sentimentos e expectativas das mulheres-gestantes diante da gestação de alto risco.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de pesquisa qualitativa, do tipo Convergente-Assistencial (PCA), tendo como eixo condutor a pedagogia Libertadora de Paulo Freire, educação libertadora, que tem como objetivo estimular a capacidade humana de ser ativo nas mudanças sociais, sujeito da própria história.

Esta pesquisa foi realizada no ambulatório área C do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina – HU/UFSC, que atende os usuários exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

Os sujeitos do estudo foram 12 gestantes de alto risco e 9 acompanhantes que estavam realizando pré-natal na instituição foco deste estudo, após conhecerem os objetivos, intencionalidades e modos de participação.

As gestantes e seus acompanhantes que necessitavam de ações de educação em saúde com a enfermeira pesquisadora, foram identificados durante o atendimento médico, realizado pelos obstetras desta unidade hospitalar. Após serem identificados, os sujeitos eram encaminhados para agendamento de consulta de enfermagem.

Não foi estipulado número mínimo de participantes, estipulou-se apenas um período de seis meses, de janeiro a junho de 2012 para incluir gestantes novas, após findar esses meses deu-se continuidade à assistência pré-natal daquelas que já estavam no processo de educação em saúde, perdurando até o mês de setembro quando todas já haviam finalizado os processos reflexivos, sendo este o critério de saturação dos dados.

Através da consulta de enfermagem de modo individual com as gestantes de alto risco e seus acompanhantes é que se

estabeleceu um diálogo favorecendo o desvelar dos sentimentos e expectativas das gestantes que vivenciavam a gestação de alto risco.

Os registros da coleta dos dados foram realizados em um diário de campo e em gravador digital, após consentimento dos sujeitos e a cada contato com os participantes. Ao transcrever os diálogos buscamos ser fiéis aos termos utilizados pelos participantes, bem como as expressões e sentimentos percebidos a cada momento.

Após aprofundamento teórico e envolvimento com os dados obtidos, a análise dos dados foi norteada pelos preceitos de Pedagogia Libertadora e pelos quatro processos genéricos da PCA: apreensão, síntese, teorização e transferência, propostas por Morse e Field e seguidos por Trentini e Paim (2004).

Foram respeitados os princípios éticos colocados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) e os princípios do Código de Ética profissional para normatizar as atividades investigativas. O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da UFSC, com parecer favorável sob nº 2257/11, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 448412.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo, utilizamos o diálogo como estratégia de aproximação, através da reflexão-ação-reflexão que, norteada pela pedagogia libertadora, obteve-se relatos imersos em angústias, temores, inseguranças, mas também repletos de esperança. Para Freire (2002), o diálogo é uma relação horizontal, de respeito mútuo e de saberes compartilhados. Nutre-se de amor, humildade, esperança, fé e confiança.

Ao saber da gestação, as mulheres se enchem de expectativas, fazem planos para o futuro e mergulham em um mundo imaginário de sonhos. Esta visão promissora pode-se perceber através destes relatos:

*Apesar de ter feito muitas besteiras, estou muito*

*feliz! (Safira);*

*A gravidez serviu para nos unir mais, ficamos bem felizes (Olho de gato);*

*Eu sempre quis ser mãe nova, aí quando fiquei sabendo foi uma surpresa, mas foi boa! (Pedra do sol);*

*A gravidez foi planejada, então quando ficamos sabendo foi só alegria (Iolite).*

Apesar da alegria e sentimentos positivos, ao ser revelada a gestação tanto para a mulher quanto para seu acompanhante, é perceptível que as transformações tanto do corpo, quanto do emocional e da vida, perpassam a vontade de que tudo aconteça dentro das suas expectativas. Cada gestante vivencia estas transformações a sua maneira.

Mota et al. (2011) percebem o período gestacional como sendo um forte momento de transição que envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões, tais como: mudança de identidade e uma nova definição de papéis, ou seja, passando de filha e mulher, para mãe. Estes momentos também são apresentados pelas mulheres que já são mães, pois configura um recomeçar.

A mulher passa a ser vista e a se ver diferente,

*Já tenho uma filha, mas já tá com 6 anos, éramos em três agora seremos quatro, vou começar tudo de novo [...] (Esmeralda);*

*Minha casa é pequena, mas meu marido já tava construindo uma casa nova, agora vai ter que ser mais rápido para ter um quarto para meu bebê (Diamante).*

Percebe-se que nestas situações a preocupação passa a ser mais específica, relacionada com o espaço físico, de modo a comportar com melhores condições o futuro bebê. No entanto, quando a gestante é adolescente e ainda não possui

independência, responsabilidades financeiras, a reestruturação fica ainda mais intensa, conforme apontam os relatos:

*Vou ficar morando com minha mãe, meu filho vai ficar comigo no meu quarto. Já tinha terminado meus estudos, mas achei melhor fazer o magistério para ter logo uma profissão e poder cuidar melhor do meu filho (Cristal);*

*Morava com meu pai, mas depois que fiquei grávida fui morar com o meu namorado na casa dos pais dele, porque ia ser melhor [...], não temos condições de cuidar sozinhos (Pedra do sol).*

No tocante da adolescência estas expectativas são vivenciadas de forma singular, um tanto mais intenso do que as vividas pelas gestantes que possuem certa independência pessoal, financeira e de estrutura familiar, pois traz consigo mudanças biológicas, psicológicas, familiares que aliadas às alterações do ciclo gravídico ficam ainda mais exacerbados (MOTA, et al., 2011).

Destaca-se que as questões que envolvem uma reorganização familiar estão ligadas a uma gravidez saudável, sem riscos aparentes e com perspectivas futuras. A espera pelos nove meses de gestação parece ser algo vagaroso, mas numa constante que envolve sentimentos pela vida que está sendo gerada, pelo convívio diário com as mudanças do corpo e permeado por emoções que abarcam o acompanhante ou a pessoa mais próxima.

*Foi uma emoção muito forte quando fiquei sabendo da gravidez (Jade);*

*[...] quando fiquei sabendo que era dois (gêmeos), a alegria foi maior ainda (Quartzo).*

Para Fernandes et al. (2012), a gestação está atrelada a uma transição existencial impregnada de sentimentos profundos, momentos de crises construtivas e de transformações psíquicas.

Estes sentimentos ficam ainda mais intensos quando as

mulheres, futuras mães, passam a ser consideradas como gestantes de alto risco, esta classificação é percebida por elas como algo amedrontador, temeroso, repleto de questionamentos, culpas e medos.

No entanto, estes momentos de ajustamentos de ordem emocional podem ser amenizados durante as consultas de enfermagem, em conjunto com a enfermeira que estimula e envolve as gestantes e seus acompanhantes num processo de educação em saúde, por meio do diálogo.

Freire (2006) reforça que o ser humano é capaz de superar várias dificuldades através de mudanças de atitudes, pois é capaz de decidir, de romper, de escolher e intervir em seu próprio eu. Assim, estes sentimentos podem ser amenizados nos momentos dialógicos, de reflexão-ação-reflexão.

*Quando fiquei sabendo do risco com meu bebê entrei em pânico, chorei [...], fiz tudo certinho, porque comigo? (Iolite);*

*Pra falar a verdade ainda não caiu a ficha, acho que tô vivendo um pesadelo (Enxofre);*

*Tenho medo de morrer [muitas lágrimas] (Jade);*

*A culpa dela [referindo-se ao bebê] estar assim foi minha, foi porque eu usei droga no começo, mas eu não sabia que estava grávida (Safira).*

Ter um bebê perfeito, saudável e ‘fofinho’ são as expectativas, sonhos e desejos de todas as mulheres, no entanto, quando ocorre de modo diferente, com condições de risco, a gestante pode se sentir inferior às outras grávidas, afetando sua autoestima e as relações afetivas (VASCONCELOS; PETEAN, 2009).

Esta relação entre o imaginário e o real foi apreendida a todo o momento quando na relação dialógica as mulheres e seus acompanhantes relatavam:

*A nossa primeira filha nasceu bem, sem*

*problema, era normal [...] a gente achava que ia ser igual (Coral);*

*Não passei mal em nenhum momento da minha gravidez, foi igual as outras, então achei que tava tudo certo (Ágata);*

*Sou nova e tenho essas coisas aqui [referindo-se aos condilomas do HPV] meu bebê também vai nascer com isso? (Rubi).*

O impacto que o diagnóstico da gestação de alto risco traz consigo gera as mais diversas reações emocionais, muitas vezes conflituosas, de medo, insegurança, preocupações, de culpabilidade e dúvidas, contrapondo com momentos de alegria, plenitude e motivação mantendo o fio de esperança, mas ao terem que tomar decisões tornam-se um tanto vulneráveis.

As decisões se aplicam a realização de procedimentos invasivos, a continuidade ou não da gestação quando em casos amparados por lei, dentre eles, o feto incompatível com a vida, até mesmo as mudanças do dia-a-dia que irão surgindo até que chegue o momento tão esperado e por algumas mulheres temido, o nascimento.

*Eu fiquei muito nervosa e com medo quando o médico disse que tinha que fazer um exame que fura a barriga [referindo-se a amniocentese] e que tem riscos, mas fiz porque era importante (Esmeralda);*

*Quando fiquei sabendo que minha gravidez não iria até o final porque eram gêmeos e um tava roubando a comida do outro [transfusão feto-fetal] fiquei triste (Jade);*

*As pessoas me perguntam se tá indo tudo certo, perguntam do meu bebê, mas como vou dizer que tá tudo certo! Então prefiro não sair de casa (Diamante).*



A dúvida e a confrontação com os seus próprios valores éticos e morais são as principais barreiras do processo decisório, tendo como consequências a culpabilização e os temores (SOUSA; PEREIRA, 2009).

O tempo passa, e com a proximidade do parto as emoções ficam mais intensas. Nascer significa estar frente a frente com a realidade, de não poderem mais ter a esperança de que alguém se enganou no diagnóstico, de acreditarem que a vivência da gestação de alto risco foi um equívoco e que tudo não passou de um engano. Mas, quando este momento se aproxima, sem possibilidades de protelar, as gestantes e seus acompanhantes referem um ‘friozinho na barriga’, se enchem de expectativas, pois o que era aparentemente desconhecido passa a ser real.

*Sei que minha filha vai nascer com o pezinho torto, o medico disse que pode ter outras coisas, mas acho que vai ser só esse probleminha e isso dá pra resolver (Safira);*

*Sei que ele tem síndrome de down porque o exame mostrou [referindo-se ao cariótipo], mas às vezes os exames erram (Diamante).*

Este modo de comportamento está relacionado à fuga da realidade e das mudanças geradas pela situação concreta. Quando passam a perceber que esta possibilidade é remota, e estando cada vez mais próximo o momento do parto, o sentimento mais referido pelas gestantes é de terem medo de desencadear um processo de depressão, de não conseguirem cuidar do filho e até mesmo de rejeitá-lo.

*Quando fiquei sabendo do risco com o bebê quase fiquei doída, tenho medo de entrar em depressão [...], é horrível você pensar que o bebê vai nascer com problemas. Sabe Deus como vai ser depois (Ágata);*

*Sabe o que é [pausa, lágrimas], acho que não vou conseguir cuidar do meu filho (Jade);*

*Sei que sou mãe, mas quando nasce não sei o que*

*acontece, não quero ver [o recém-nascido], disseram que era depressão, ainda mais agora! (Ametista).*

Não se pode negar que o bem-estar materno está diretamente ligado ao desenvolvimento fetal e as condições favoráveis de apego após o nascimento. É preciso que a mulher-gestante tenha muita potência física e psíquica a fim de transpor os obstáculos, em cada etapa vivenciada, sendo capaz de proteger e cuidar do concepto ao mesmo tempo em que vai explanando esse novo mundo de sensações proporcionando o equilíbrio e satisfazendo suas precisões, sem ser acometida pela depressão (CUNHA et al., 2012).

Em contraponto, a presença do acompanhante é de extrema importância, pois, apesar de também possuir tais preocupações, não tão explícitas, mais introjetadas, passa a dar palavras de apoio, contato físico aproximador e afetuoso a mulher.

É fundamental que se estabeleça um elo entre mãe-pai-bebê desde a gestação. A presença mais ativa do pai na fase de preparação para a maternidade encoraja a mulher-gestante em suas decisões (SILVA et al., 2012).

Durante a assistência pré-natal é essencial que se perceba o companheiro como pai, para que sejam oferecidos espaços dialógicos com este ser, que muitas vezes se coloca no papel de figurante neste cenário. Além disso, conforme apontam Silva e Brito (2010), o companheiro naturalmente não demonstra as emoções sentidas, possivelmente pelo estereótipo social, ou por achar que precisa ser o alicerce e a principal fonte de segurança para sua companheira.

Percebe-se que o contato físico aconteceu através de um carinho, um beijo, um apertar de mãos com intensidade e um abraço ‘protetivo’, concretizando as expressões não verbais de apoio, solidariedade e companheirismo. Já ao expressarem verbalmente a parceria o incentivo, os acompanhantes exprimiram:

*Já falamos para ela que todo mundo vai ajudar*

*um pouco, ela pode ficar tranquila (Fluorita);*

*Jamais vou abandonar minha filha, imagina meu neto, sempre vou dar meu apoio para ela e cuidar bem dos dois, não quero ver minha filha só deitada, chorando [...] (Turquesa);*

*Ela não está sozinha, vou estar sempre perto dela, dando apoio e ajudando em tudo, vai dar tudo certo! (Citrino).*

A necessidade de fortalecimento e encorajamento tem um valor inquestionável. A mulher precisa encontrar meios que a faça sentir-se empoderada de si e da situação para poder enfrentar todos os obstáculos, e dentre as possibilidades de ajuda, estar próximo a pessoas que incentivam, encorajam. Este despertar torna-se tão ou mais importante quanto as demais intervenções inerentes da assistência pré-natal.

Ter a possibilidade de espaços reflexivos favorece o diálogo, as relações e a superação dos sentimentos contraditórios e negativos. “*Depois que começamos a conversar tudo mudou [referindo-se aos momentos dialógicos com a pesquisadora]*” (Jade); “*me senti mais aliviada, tirei aquele peso que tava me sufocando, conseguindo respirar mais fundo e consciente*” (Diamante).

A assistência pré-natal vista como um espaço que agrega os valores, construídos no decorrer da gestação, delineada por profissionais sensíveis e que promovem o diálogo como ponte entre equipe, gestantes e seus acompanhantes constroem ao longo do período gestacional a superação dos sentimentos que envolvem a gestação de risco.

Neste espaço da assistência pré-natal de alto risco é que a enfermeira tem papel primordial, pois possibilita colocar em prática a educação em saúde. Conforme aponta Freire (2006), é necessário que o profissional atue em prol do ser humano e que por meio da sua capacidade científica, de alegria, de afetividade e de domínio técnico exerça sua profissão a serviço das mudanças deste novo mundo, o das gestantes de alto risco e seus

acompanhantes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mudanças de rumo da gravidez de baixo para alto risco compreendem inúmeras sensações, sentimentos e expectativas, que na sua maioria não são promissoras. Pois, desde a classificação de risco até o nascimento muitos são os obstáculos a serem vivenciados.

Não há dúvidas que gestar em situação de risco traz diversos sentimentos negativos, principalmente a sensação de que a cada momento uma informação nova pode chegar e modificar ainda mais o rumo da gestação. No entanto, percebemos que ter esperança também é mantido pelas mulheres-gestantes e seus acompanhantes a todo o momento, mesmo quando parece não existir nenhuma solução, este sentimento aflora.

A possibilidade de terem um acompanhante de sua escolha durante a assistência pré-natal favoreceu a superação das dificuldades no decorrer dos períodos que antecediam o nascimento. Estar com alguém de confiança, lado a lado vivenciando as situações conflituosas e de instabilidade emocional promove maior segurança e garantia de que não estão sozinhas neste mundo cheio de mistérios.

A participação e a valorização da figura paterna ou de alguém que tenha um forte laço afetivo durante a assistência pré-natal possibilita o conscientizar de cada momento vivenciado pelas gestantes, de forma que os profissionais da saúde possam reforçar a importância deste ser significativo em todo processo de gestar.

Identificamos que este universo incerto, permeado por dúvidas, faz com que as gestantes se deparem com mudanças concretas do seu mundo ilusório, ou seja, há conflitos entre o mundo imaginário x mundo real, do bebê ideal x bebê real. Essas transformações são intensas levando a sentimentos de incapacidade, culpas, medos, baixa autoestima e de desapego com o bebê que está sendo gerado e com os que a cercam.

Todos estes sentimentos envolvidos em pensamentos de que as expectativas frente a gestação e ao nascimento não são promissoras, a gestante pode desencadear processos depressivos e de desilusão, que torna-se impactante no comportamento afetivo e de cuidados com o recém-nascido, não conseguindo exercer suas atribuições maternas.

Evidenciamos que para minimizar os sentimentos negativos, fortalecer a autoestima e dar ferramentas em que a mulher se aproprie do papel materno gerando expectativas fortalecedoras, a assistência pré-natal deverá ser guiada por ações de educação em saúde, que tem como objetivo promover espaços dialógicos, reflexivos com a gestante, seu acompanhante e o profissional de saúde, em especial a enfermeira, contribuindo de forma a desmistificar os pensamentos negativos, gerando atitudes de enfrentamento e superação.

Deste modo, os resultados apresentados neste estudo, apontam que o acolhimento prestado pelo profissional durante a assistência pré-natal numa perspectiva libertadora de mudanças da realidade traz consigo modificações no comportamento da gestante, que consegue reverter os momentos de apreensão, medo, angústias em momentos de tranquilidade e confiança durante o período gestacional.

Neste sentido, o estudo sugere que uma assistência humanizada está atrelada ao papel da enfermeira no contexto da gestação de alto risco, que é de aproximar as mulheres e seus acompanhantes da realidade, através da dialogicidade, possibilitando refletirem sobre seus sentimentos e comportamentos durante o processo de gestar. Estes momentos permeados pela educação em saúde, guiados pela enfermeira, propiciam a efetivação de transformações na reconstrução da consulta de enfermagem como espaço indispensável no pré-natal de alto risco.

Os resultados deste estudo apontaram a educação em saúde nas consultas de enfermagem, como um espaço de trocas de informações entre as gestantes, os acompanhantes e a enfermeira. Essa possibilidade do cuidado humanizado de enfermagem no decorrer dos encontros converteu os sentimentos

de desespero em esperança, de angústias e medos em segurança, ou seja, promoveram mudanças da realidade de cada uma das mulheres e seus acompanhantes na vivência da gestação de alto risco.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. Brasília: CNS, 1996.

CAMACHO, K. G. et al. Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes. **Ciencia Y Enfermeria**, v. XVI, n.2, p. 115-25, 2010.

CUNHA, A. B. et al. A importância do acompanhamento psicológico durante a gestação em relação aos aspectos que podem prevenir a depressão pós-parto. **Revista Saúde e Pesquisa**, v.5, n.3, p. 551-558, set/dez. 2012.

FERNANDES, D. L. et al. Percepção de um grupo de gestantes detentoras de história de aborto em gestação anterior. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, ano 10, n.32, p. 47-53, abr/jun. 2012.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3. ed. São Paulo: Centauro, 2006.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

GADOTTI, M. A voz do biógrafo brasileiro a prática à altura do sonho. In: GADOTTI, M. (Org.) **Paulo Freire: uma biobibliografia**. São Paulo: Cortez: Instituto Paulo Freire: UNESCO, 1996, p. 69-115.

HILLESHEIM, B. et al. Saúde da mulher e práticas de governo no campo das políticas públicas. **Psicologia em Revista**, v.15, n.1, p. 196-211, 2009.

MOTA, E. M. et al. Sentimentos e expectativas pelas primigestas adolescentes com relação ao parto. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.12, n.4, p. 692-698, out/dez. 2011.

PICCININI, C. A. et al. Percepções e Sentimentos de Gestantes sobre o Pré-natal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 28, n.1, p. 27-33, jan/mar. 2012.

SILVA, F. C. B. da; BRITO, R. S. de. Percepção de gestantes acerca das atitudes do companheiro diante da sua ausência no pré-natal. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 95-102, jul./set. 2010.

SILVA, P. P. et al. A percepção das mães sobre o apoio paterno: influência na duração do aleitamento materno. **Rev. Paul. Pediatr.**, v.30, n.3, p. 306-313, 2012.

SOUSA, L.; PEREIRA, M. G. O impacto da interrupção da gravidez por malformação congênita: a perspectiva do pai. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.10, n.1, p. 31-47, 2009.

TOSTES, N. A. **Percepção de gestantes acerca da assistência pré-natal, seus sentimentos e expectativas quanto ao preparo para o parto**. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano E Saúde. Universidade de Brasília. Instituto de Psicologia, Brasília, 2012.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o saber fazer e o saber pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

VASCONCELOS, L.; PETEAN, E. B. L. O impacto da malformação fetal: indicadores afetivos e estratégias de enfrentamento das gestantes. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v.10, n.1, p. 69-82, 2009.



5.4 MANUSCRITO 4 - PERCEPÇÕES DAS GESTANTES DE ALTO RISCO E SEUS ACOMPANHANTES DURANTE PROCESSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

**PERCEPÇÕES DAS GESTANTES DE ALTO RISCO E SEUS ACOMPANHANTES DURANTE O PROCESSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL**

***PERCEPTIONS OF HIGH RISK PREGNANCY AND ITS PROCESS FOR HEALTH EDUCATION ASSISTANCE IN PRENATAL***

***PERCEPCIONES DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO Y SU PROCESO DE INTERVENCIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD PRENATAL***

**RESUMO:** Este estudo teve por objetivo conhecer as estratégias de enfrentamento adotadas pelas gestantes de alto risco e seus acompanhantes, bem como, o processo de mudanças da realidade vivenciada por cada uma destas mulheres durante e após o processo de educação em saúde. Trata-se de pesquisa qualitativa, do tipo Convergente-Assistencial, tendo como eixo condutor a pedagogia Libertadora. A pesquisa foi realizada no período de janeiro a setembro de 2012, com 12 gestantes de alto risco e 9 acompanhantes. A análise dos resultados foi norteada pelos quatro processos genéricos da pesquisa convergente assistencial: apreensão, síntese, teorização e transferência. Os achados deste estudo apontaram que quando a gestação é de risco as mulheres e seus acompanhantes passam a ter preocupações mais intensas e buscam um serviço de saúde que possa atender às suas necessidades enquanto gestantes de alto risco. No entanto, percebe-se que a assistência pré-natal ainda está centrada nas necessidades obstétricas, com poucas ações de educação em saúde. O processo educativo, realizado na consulta de

enfermagem, se estabeleceu na aproximação entre enfermeira, gestante e acompanhante e possibilitou a construção de conhecimentos através do diálogo, num processo de ação-reflexão-ação em busca da transformação da realidade da gestação de alto risco. A educação em saúde foi percebida pelos sujeitos como principal ação de superação das dificuldades da gestação de risco. Deste modo confirma-se que não podemos dissociar a assistência pré-natal das ações educativas em todas as etapas do ciclo gravídico, pois é durante o pré-natal que a mulher deverá ser orientada, favorecendo a compreensão de toda a evolução da gestação.

**Palavras-chave:** gestação; processo educativo; assistência; pré-natal; enfermagem

**ABSTRACT:** This study aims to identify the coping strategies adopted by high-risk pregnant women and their companions, as well as, the change process of reality experienced by each of these women during and after the process of health education. This is qualitative research, of the Convergent-Care type, with conducting factor based on the Libertarian pedagogy. The survey was conducted from January to September 2012, with 12 high-risk pregnancies and 9 companions. The analysis was guided by the four generic processes of convergent analysis: gathering, synthesis, theory and transfer. Findings of this study show that when pregnancy is considered of risk, women and their companions start to display more intense. Conscious about the situation, they seek health services that can meet their needs while in this high-risk pregnancy. However, it is clear that prenatal care is still primarily oriented in the obstetric needs, with few shares of health education. The educational process was established in the rapprochement between nurse, mother and companion enabling the construction of knowledge through dialogue, a process of action-reflection-action in pursuit of transforming the reality of high-risk pregnancies. Health education was perceived by the subjects as the main action to overcome the difficulties of risky pregnancies. Therefore, it is confirmed that we cannot dissociate educational activities from

prenatal care in any stages during the pregnancy cycle, as it is during the prenatal that women should be guided by promoting understanding of the entire course of pregnancy.

**Key words:** pregnancy; educational process; assistance, prenatal care; nursing

**RESUMEN:** Este estudio tiene como objetivo identificar las estrategias de afrontamiento adoptadas por alto riesgo, las mujeres embarazadas y sus cuidadores, así como el proceso de cambio de la realidad vivida por cada una de estas mujeres durante y después del proceso de educación para la salud. Esta es una investigación cualitativa, el tipo convergente-care, con su pedagogía central de Liberación conductor. La encuesta se realizó entre enero y septiembre de 2012, con 12 embarazos de alto riesgo y compañeros 9. El análisis se basó en los cuatro procesos genéricos de análisis convergente: recopilación, síntesis, la teoría y la transferencia. Los resultados de este estudio muestran que cuando el embarazo son las mujeres de riesgo y sus compañeros se sustituyen las preocupaciones más intenso y buscar un servicio de salud que puede satisfacer sus necesidades mientras embarazos de alto riesgo. Sin embargo, es claro que la atención prenatal sigue centrado en las necesidades de las parteras con pequeñas acciones de educación para la salud. El proceso educativo, realizado en consultas de enfermería, se instaló en el enfoque entre enfermera, madre y cuidadora y permitió la construcción del conocimiento a través del diálogo, un proceso de acción-reflexión-acción en pos de la transformación de la realidad de los embarazos de alto riesgo. Educación para la salud fue percibida por los sujetos como el recurso principal para superar las dificultades del riesgo de embarazo. Por lo tanto, se confirma que no podemos disociar las actividades educativas prenatales en todas las etapas del ciclo de embarazo, ya que es durante el prenatal que las mujeres deben ser guiados por promover la comprensión de todo el curso del embarazo.

**Palabras clave:** embarazo, proceso educativo, la asistencia, la atención prenatal, enfermería



## INTRODUÇÃO

A gestação é considerada um evento fisiológico na vida de um casal, com período de evolução, na sua maioria, sem intercorrências, cercado de sensações que geram prazer e expectativas nos meses que se sucedem até o findar das semanas de gestação, que segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS (1996) se dá com 42 semanas, isto para ser considerada sem riscos aparentes e dentro de um prazo seguro para a mãe e para o recém-nascido, o qual se denomina gestação a termo.

No entanto, este período, considerado fisiológico na vida das mulheres, muitas vezes é modificado em decorrência de algum agravo, passando a ter características específicas, podendo evoluir de maneira desfavorável, representando risco tanto materno quanto para o feto, com possibilidades de internações em âmbito hospitalar. As mulheres que vivenciam uma gestação fora dos parâmetros da normalidade e que se percebem num processo de saúde-doença, denomina-se como "gestantes de alto risco" (BRASIL, 2000).

Dentre as situações adversas que classificam a gestação de alto risco estão as síndromes hipertensivas e as hemorrágicas; os desvios de crescimento intra uterino; a má formação fetal; o Diabetes Mellitus gestacional; a toxoplasmose; a isoimunização materna pelo fator Rh; o descolamento prematuro da placenta; as anemias; as infecções do trato urinário; as alterações do volume de líquido amniótico; a duração da gravidez; a êmese e hiperêmese, dentre outras (FEBRASGO, 2011; BRASIL, 2000).

No entanto, os riscos maternos e fetais não estão somente relacionados aos aspectos da biomedicina, mas também com fatores relacionados à atenção psicossocial e de educação em saúde para estas mulheres.

Assim, torna-se importante que durante o acolhimento das gestantes que vivenciam uma gestação de alto risco tenhamos em mente, e em nossas atitudes, que a assistência pré-natal não deve se restringir às ações clínico-obstétricas, mas incluir, com prioridade, ações de educação em saúde na rotina da assistência integral e num contexto ampliado que engloba os aspectos

antropológicos, sociais, econômicos e culturais, reduzindo os riscos maternos no período gestacional (DUARTE; ANDRADE, 2008).

Os riscos maternos durante o período gestacional estão fortemente relacionados com a mortalidade materna, sendo este um importante indicador da realidade social de um país, bem como da determinação política de realizar ou não ações de saúde que priorizem a mulher em seu ciclo gravídico puerperal, principalmente quando já possui situações de alto risco. Concordamos com Nagahama e Santiago (2006) quando colocam que o problema da morte materna no Brasil está diretamente ligado à qualidade da assistência recebida pelas mulheres durante o ciclo gravídico puerperal.

Percebe-se que os índices elevados de mortalidade materna e perinatal estão diretamente influenciados pelas condições de vida, pela qualidade da assistência obstétrica, bem como pela assistência pré-natal pouco qualificada (OLIVEIRA; MADEIRA, 2011).

No Brasil, pode-se dizer que ainda é precária a situação perinatal relacionada ao acesso à assistência pré-natal e ao parto, que evidencia as mais diversas dificuldades impostas socialmente à gestante, impossibilitando-as de frequentarem o pré-natal com condições adequadas (MINAGAWA et al., 2006).

O fato das mulheres-gestantes estarem juntamente com seu conceito em situações de risco, faz com que muitas delas passem a perceber a gestação como doença, pelas transformações, que poderão ser intensas, impulsionadas por algumas mudanças físicas e psicológicas, em que a mulher introjeta a condição de doente, tendendo a ficar ainda mais ansiosa e, dependendo do nível de ansiedade, gerar mais distúrbios em sua saúde (GUIMARÃES; MONTICELLI, 2007).

Uma possibilidade de esclarecer e amenizar o estigma gerado pela mudança de rumo da gravidez é o desenvolvimento de ações de educação em saúde. A prática educativa proposta precisa perceber o ser humano para além do biológico, acolhendo-o como um ser único e transformador da sua história, tendo na educação em saúde um espaço de compartilhamento de

saberes, articulado pela enfermeira em uma relação de diálogo com a gestante e seu acompanhante.

A consulta de enfermagem é um momento que configura a possibilidade da gestante e seu acompanhante apresentarem suas dúvidas, falarem sobre seus medos, suas inseguranças e dificuldades relacionadas à gestação de alto risco, transformando a realidade vivenciada. É um espaço importante para educar em saúde.

Esta relação dialógica é defendida por Freire (2005) como sendo o melhor modo de trocarmos vivências, de podermos crescer juntos, e de aprendermos de forma igualitária, sem uma autoridade absoluta. É através da educação que se permite ser educado enquanto se educa.

Considerando a consulta de enfermagem no contexto da assistência pré-natal como um espaço que promove através do diálogo e de reflexões a aproximação entre gestantes, acompanhantes e enfermeira, buscou-se neste estudo conhecer as estratégias de enfrentamento adotadas pelas gestantes de alto risco e seus acompanhantes, bem como, o processo de mudanças da realidade vivenciada por cada uma destas mulheres durante e após o processo de educação em saúde.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de pesquisa qualitativa, do tipo Convergente-Assistencial (PCA). Este tipo de pesquisa está direcionado para a minimização ou resolução dos problemas da prática assistencial ou da prática educativa no contexto em que o pesquisador atua profissionalmente. O eixo condutor para realizar este estudo foi a pedagogia Libertadora de Paulo Freire, educação libertadora, que tem como objetivo estimular a capacidade humana de ser ativo nas mudanças sociais, sujeito da própria história.

Esta pesquisa foi realizada no ambulatório área C de um hospital público de formação. Os sujeitos do estudo foram 12 gestantes de alto risco e 9 acompanhantes que estavam realizando pré-natal na instituição foco deste estudo e que concordaram em

participar do estudo, após conhecerem os objetivos, intencionalidades e modos de participação.

O critério de inclusão admitiu as gestantes de alto risco e seus acompanhantes que estavam em acompanhamento ambulatorial na instituição foco deste estudo e que foram encaminhadas para a consulta de enfermagem pelos obstetras, no período determinado entre janeiro e junho de 2012, ou seja, seis meses. Após findar esses meses deu-se continuidade a assistência pré-natal àquelas que já estavam no processo de educação em saúde, perdurando até o mês de setembro quando todas já haviam finalizado os processos de atenção pré-natal e reflexivos, sendo este o critério de saturação dos dados.

O processo educativo aconteceu durante a consulta de enfermagem, desde o primeiro momento, de forma aproximadora, em um espaço acolhedor e privativo em que a gestante e seu acompanhante puderam colocar suas angústias, limitações, medos, inseguranças, dentre outros sentimentos que permeiam a gestação de alto risco. Nesta etapa, considerando a necessidade de um fio condutor para o diálogo, foram lançadas perguntas chave, tais como: Como vocês percebem essa gravidez? Vocês sabem por que estão em acompanhamento no ambulatório de alto risco? Que sentimentos são gerados por conta deste momento? Quais suas expectativas durante a gestação?

A duração de cada consulta de enfermagem dependeu das necessidades apresentadas pelos sujeitos, porém para que fossem respeitados os encontros posteriores, das demais gestantes em acompanhamento, buscou-se não extrapolar uma hora de diálogo. No entanto, o número de encontros não foi limitado, variou entre 2 e 6 encontros, sendo estes números determinados pela necessidade de diálogo e superação de cada gestante ou ter sido encerrado em decorrência de alguma situação obstétrica materna, fetal, ou materno e fetal, dentre estas necessidades a mais frequente foi a interrupção da gestação. No entanto, quando não houve necessidade de intervenção obstétrica, o contato entre participantes e pesquisadora só findou quando todas as inquietações forem atendidas, sendo este o critério de saturação dos dados.



As consultas foram realizadas inspiradas na relação entre teoria e prática conforme prevê a PCA, sob um olhar abrangente e com rigor metodológico, levando em consideração o tempo e a qualidade do conhecimento a ser construído (TRENTINI; PAIM, 2004).

O referencial teórico Freireano, norteou o processo de educação, o ato educativo. Neste sentido, a educação configurou-se como um constante ir e vir, de construção e reconstrução de significados de uma determinada realidade. Secundariamente está a dialogicidade do ato educativo, consiste numa relação dialógica que tem como objetivo ampliar sua visão de mundo (FREIRE, 2005).

Os registros da coleta dos dados foram realizados em um diário de campo e em gravador digital, após consentimento dos sujeitos e a cada contato com os participantes. Ao transcrever os diálogos buscamos ser fiéis aos termos utilizados pelos participantes, bem como as expressões e sentimentos percebidos a cada momento.

Após aprofundamento teórico e envolvimento com os dados obtidos, a análise dos dados foi norteada pelos quatro processos genéricos da PCA: apreensão, síntese, teorização e transferência, propostas por Morse e Field e seguidos por Trentini e Paim (2004).

Foram respeitados os princípios éticos colocados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) e os princípios do Código de Ética profissional para normatizar as atividades investigativas. O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da UFSC, com parecer favorável sob nº 2257/11, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 448412. Respeitou-se o anonimato dos sujeitos por meio de nomes fictícios.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os achados deste estudo apontaram que quando a gestação é de risco as mulheres e seus acompanhantes passam a ter preocupações mais intensas, conscientes e buscam um serviço de saúde que possa atender às suas necessidades, expectativas e que em suas concepções, seja adequado para o enfrentamento das necessidades que advirão do processo gravídico. Assim, a primeira preocupação dos pares, está em ter um pré-natal bem assistido e que se sintam acolhidos pelos profissionais de saúde.

*Quando me disseram que tinha que fazer o pré-natal aqui no HU fiquei com um pouco de medo, não conhecia ninguém, mas todo mundo me recebeu muito bem aí fiquei mais segura (Jade);*

*Aqui no HU todo mundo ajuda a gente, então fiquei tranquila quando o médico disse que ia ser atendida aqui (Diamante);*

*Quero fazer meu pré-natal direitinho e saber de tudo (Iolite).*

Em muitas situações vivenciadas notou-se que a assistência pré-natal estava voltada basicamente para as necessidades obstétricas, sendo:

*O médico falou que meu bebê tinha um problema na cabeça por excesso de água e problema no cerebelo, mas não sei o que isso pode ser [...] (Olho de gato);*

*O médico disse que o fêmur era torto, que não tava crescendo e que poderia ser uma displasia, aí o tórax podia esmagar os órgãos e ele [feto] não sobreviver (Iolite).*

Acredita-se que as orientações numa perspectiva educativa com relação às situações identificadas no decorrer do pré-natal estejam presentes, no entanto, conforme apontam Canaver et al. (2011), por vezes, a linguagem científica adotada

dificulta a compreensão das gestantes quando recebem alguma informação ou até mesmo orientação repassadas por estes profissionais.

Tais necessidades de educação em saúde no decorrer da assistência pré-natal são pontuadas pelas gestantes e seus acompanhantes nas falas: “*quero saber tudo que está acontecendo com meu bebê*” (Safira); “*minha vida vai mudar bastante e acho que tô pouco preparada*” (Rubi); “*ela é muito novinha, precisar aprender muita coisa [...]*” (Ônix). Esta relação de diálogo desenvolvida durante as consultas de enfermagem favoreceu que os sujeitos deste estudo se apropriassem de conhecimentos que lhes permitiram superar as dificuldades, inseguranças e medos inerentes a este período de suas vidas, através de processos assistenciais educativos.

Essas mudanças de comportamento que possibilitaram a superação dos sentimentos negativos foram possíveis pela forma como as consultas de enfermagem foram conduzidas, ou seja, nos encontros com a enfermeira, que se manteve a todo tempo guiada pelos pensamentos de Freire, que consistiu em diálogos e na crença de que ensinar não é transmitir conhecimentos prontos, mas sim criar possibilidades para a sua construção.

De acordo com Duarte e Andrade (2008), muitos profissionais ainda têm seu olhar durante o pré-natal apenas para o útero da mulher, sendo um ato extremamente técnico, fragmentado, restrito às ações clínico-obstétricas. Mas quando o profissional percebe que há necessidade de ir além desta visão clínica e passa a entender que os momentos de educação em saúde articulados pela enfermeira são necessários, tudo se transforma positivamente na assistência pré-natal.

Assim, foi durante a prática da PCA, através da consulta de enfermagem, de modo individual com as gestantes de alto risco e seus acompanhantes que se estabeleceu uma relação dialógica, possibilitando conhecer de forma mais aprofundada as percepções durante o período gestacional, bem como, as mudanças da realidade experienciadas por cada uma destas mulheres e seus acompanhantes durante e após o processo de educação em saúde. Este caminhar em parceria possibilitou não

só a troca de informações entre a equipe interdisciplinar de saúde, mas principalmente promoveu o bem-estar das gestantes e seus acompanhantes, conforme relatos:

*[...] recebi uma injeção de ânimo, sai até com algumas tarefas [risos] e pensando que alguma coisa vou ter que fazer para melhorar [gestante adolescente, depressiva]. Sabes que me fizesse pensar muito em tudo que conversamos? (Cristal);*

*Vejo a diferença no rosto e no comportamento da minha filha depois que conversamos com você [enfermeira-pesquisadora] (Turquesa);*

*Gosto muito de vir para conversar com você [...], saio mais forte (Diamante);*

*Vim aqui porque ela [esposa] queria falar contigo, como sei que ela fica bem melhor venho junto, nos sentimos mais seguros (Citrino).*

Este modo de aproximação entre enfermeira, gestante e acompanhante favoreceu a construção de conhecimentos através do diálogo, num processo de reflexão-ação-reflexão em busca de mudanças da realidade da gestação de alto risco, através de uma assistência pré-natal com ações educativas.

Considera-se que durante o pré-natal de risco aumentam as necessidades de interação entre gestante-acompanhante e equipe multiprofissional, favorecendo o conhecimento e a interação das especificidades de cada sujeito que vivencia a gestação de alto risco. Assim, reafirma-se a importância de uma assistência humanizada, educativa, livre de intervenções desnecessárias, coerente com os preceitos normatizados pelos programas atuais, direcionados à saúde da mulher (OLIVEIRA; MADEIRA, 2011).

Após os encontros algumas estratégias foram adotadas pelas mulheres, tais como: realizar afazeres domésticos, atividades manuais, cuidados com seus outros filhos, dentre outras. Percebe-se então, que o diálogo, a troca de informações e

de experiências, estabelecida com a enfermeira, durante as consultas de enfermagem, favoreceu a busca destas estratégias.

*Quando fiquei sabendo que meu bebê tinha síndrome de Down, conversava também com minha vizinha que tem um filho com o mesmo probleminha (Diamante);*

*Depois que saio daqui [referindo-se ao local em que era realizada educação em saúde na assistência pré-natal] fico empolgada e faço umas coisinhas para enfeitar o quarto do meu bebê (Cristal).*

*Arrumo minha casa, cuido do meu irmão pequeno, mas gosto mesmo é quando venho aqui com você (Safira).*

A cada encontro pôde-se perceber as transformações das gestantes e seus acompanhantes, desde a maneira como adentravam o espaço físico, do modo de se vestirem e das palavras expressadas. Com o decorrer do tempo tudo ia ganhando cores, dando a impressão que ao chegarem ao primeiro encontro estavam envoltos num tom pálido, fosco e nada atrativo. No entanto, com o desenvolvimento do cuidado de enfermagem e uma maior aproximação com a enfermeira, estas gestantes e acompanhantes evoluíram para um dueto de cores denotando um pincelar de transformações, até que ao findar do processo educativo já era possível ver um arco-íris repleto de cores vivas e firmes.

*É aqui que me sinto fortalecida, consigo expressar meus sentimentos sem julgamentos e saio com a certeza de que tudo está sendo feito (Esmeralda);*

*Nossa pra gente tá sendo maravilhoso, o que você fala eles também falam e aí a gente fica seguro. Percebo que desde que ela começou a conversar com você ela é outra, não fica mais chorando pelos cantos, está mais alegre (Citrino);*

*Falei para meu marido que se não tivesse você para me fazer pensar em tudo acho que não suportaria e morreria (Lolite).*

O reflexo deste atendimento direcionado, com ações educativas, anteriores ao parto, favorece igualmente o contato posterior no centro obstétrico e na unidade neonatal entre os pais e os profissionais, uma vez que os mesmos aparentam maior disposição para lidar com as dificuldades contribuindo na superação dos obstáculos, do que aqueles casais que não tiveram esta oportunidade (GUIMARÃES, 2006).

Por outro lado, vale ressaltar a importância da interação e da credibilidade entre os profissionais envolvidos na assistência pré-natal, para que esta seja adequada, focada nos protagonistas desta história, num único propósito, o de favorecer a transformação da realidade vivenciada pelas gestantes de alto risco e seus acompanhantes.

A possibilidade de um trabalho em conjunto, formado por uma equipe multiprofissional, junto às gestantes de alto risco e seus acompanhantes por meio das ações de educação em saúde, possibilita aos profissionais envolvidos, uma experiência enriquecedora não só do ponto de vista profissional, como também no pessoal. A potencialidade desta interação entre os membros da equipe interdisciplinar, gestantes e acompanhantes está na possibilidade de cada profissional contribuir de alguma forma durante o período gestacional, pois todos possuem o mesmo objetivo, a promoção da saúde. Neste contexto, o enfermeiro tem papel fundamental, pois durante sua formação acadêmica são oferecidos subsídios teóricos e práticos que podem favorecer a realização das atividades de educação em saúde (PIMENTA et al., 2012).

Neste estudo houve essa cumplicidade, considerando que as gestantes eram encaminhadas à enfermeira pesquisadora após a percepção dos obstetras sobre a necessidade de uma intervenção educativa mais direcionada.

No entanto, podemos afirmar que, sem dúvida, uma

assistência pré-natal fragmentada, sem interação entre os profissionais atuantes na área obstétrica, gestantes e acompanhantes, torna-se um fator complicador no que diz respeito aos comportamentos e sentimentos apresentados pelos sujeitos tanto no período gestacional quanto nos momentos que sucedem a gestação.

*Gostei quando o médico disse que uma enfermeira iria conversar comigo, vi que tudo era sério mesmo, mas ia ter mais alguém para me ajudar (Ágata);*

*Lá [referindo-se ao atendimento obstétrico] eu escuto como esta toda a minha situação e a do meu bebê, mas aqui eu consigo falar como eu estou, choro, desabafo e consigo melhorar (Ametista);*

*O médico me fala um monte de coisa e às vezes não sei o que perguntar, mas aqui aproveito para tirar as minhas dúvidas e entender o que acontece (Olho de gato).*

Nesta perspectiva uma prática de educação em saúde para ser considerada adequada e acolhedora necessita durante o pré-natal estar todo tempo aliada à integralidade dos saberes dos mais diversos profissionais, consolidando a equipe de saúde, com seus múltiplos saberes e práticas obtendo como resultado uma assistência qualificada, segura para a gestante e seu bebê (PINHO; SIQUEIRA; PINHO, 2006).

Este modo de dinamizar a assistência pré-natal entre o olhar clínico fisiopatológico e as ações de educação em saúde, foi o ponto chave para que as gestantes e seus acompanhantes pudessem transformar o modo de vivenciar a gestação de alto risco e sentirem-se empoderados no confronto com uma realidade não antes experienciada.

Esta relação entre profissionais, gestantes e acompanhantes é referenciada por Castro et al. (2012) como sendo a essência do pré-natal, pois é nestes momentos que se

esclarece as dúvidas apresentadas pelas mulheres, por meio do apoio emocional e social. A equipe interdisciplinar deve considerar que as questões de saúde física e emocional são aspectos inseparáveis durante a assistência pré-natal.

Estando próximo a finalizar os encontros educativos, percebendo as mudanças de comportamento e a superação dos sentimentos negativos das mulheres-gestantes e de seus acompanhantes, buscou-se fazer uma reflexão sobre esta realidade transformada desde os primeiros contatos até este momento final, que configurava não só o desfecho da assistência pré-natal, mas principalmente, a proximidade com o parto, ou seja, estar frente a frente com a realidade.

Os resultados encontrados confirmaram a importância do diálogo, de processos reflexivos, de contato direto, de formação de vínculo entre profissionais e gestantes.

*Hoje tudo está diferente, sentimos que estamos mais tranquilos, seguros e otimistas. Nossas conversas ajudaram muito a esclarecer o diagnóstico do nosso bebê (Olho de gato e Coral);*

*Consegui botar para fora tudo que estava aqui dentro [colocando a mão no peito]. Você nos ajudou a ver as coisas de outro jeito (Ametista e Âmbar);*

*Agora já estou mais preparada, vou aceitar minha filha, saber cuidar dela e sei o probleminha que ela tem (Ágata);*

*Muito obrigada por tudo mesmo, hoje minha filha é outra, está forte e confiante (Turquesa).*

As falas denotam o reconhecimento da assistência pré-natal realizada pela enfermeira que do ponto de vista dos sujeitos, esta profissional reconheceu e valorizou a essência de cada indivíduo, que através de um pensamento crítico e problematizador gerou mudanças em sua própria realidade.

Este reconhecimento é o que Freire (2002) propõe, pois o



pensamento libertário entre educador e educando só acontece quando ambos respeitam os valores, o modo de ver e de pensar o mundo e as condições que os rodeiam, e juntos desvelam um novo mundo.

Fica evidente nestes relatos que o cuidado de enfermagem, realizado através da educação em saúde na consulta de enfermagem à gestante e seu acompanhante, foi o fio condutor para que pudessem acontecer os momentos de reflexão-ação-reflexão, bem como mudanças na percepção da realidade das gestantes e seus acompanhantes durante a assistência pré-natal de alto risco.

Em destaque nestas falas pode-se perceber que ter a possibilidade de conhecer o diagnóstico do seu bebê e de trocar conhecimentos, expressar sentimentos e emoções, bem como obter informações dos aspectos fisiopatológicos e da rotina de procedimentos, através do diálogo durante a assistência pré-natal com os profissionais da saúde, torna-se para os sujeitos envolvidos neste cenário, um modo de redefinir papéis e responsabilidades o que para Basso e Monticelli (2010) evita maiores frustrações no futuro.

Nesse sentido, Barbosa, Gomes e Dias (2011) apontam que os profissionais da área da saúde, entre eles o enfermeiro, devem estar sensibilizados para a humanização da assistência no decorrer do pré-natal. Cabe ao enfermeiro compreender as necessidades de apoio no transcorrer da gestação, garantindo qualidade na assistência com melhores resultados obstétricos e perinatais para a mãe e recém-nascido.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os achados deste estudo vêm ao encontro das reflexões feitas por Paulo Freire, que a educação libertadora, estimula os sujeitos a construir sua própria história. E foi neste pensar e caminhar, que os sentimentos, emoções, expectativas de vida de cada uma das gestantes e seus acompanhantes se transformaram.

As preocupações e sentimentos ambivalentes, sentidos

pelas mulheres durante a assistência pré-natal de risco foram substituídos por atitudes de coragem, de força perante cada obstáculo vivenciado, de ânimo e entusiasmo a cada superação. Todas estas transformações só foram possíveis porque as gestantes e seus acompanhantes foram protagonistas de um processo de educação em saúde realizado através do cuidado de enfermagem, guiado pela enfermeira. Tal cuidado, desenvolvido na consulta de enfermagem, contemplou um processo dialógico de compartilhamento de saberes considerado pelos sujeitos como sendo a melhor estratégia para que conseguissem sentir-se empoderados para o enfrentamento da situação.

O acolhimento pela equipe de saúde foi promotor deste processo educativo em todos os aspectos, desde a aceitação da necessidade de um acompanhamento multiprofissional, até a concretização da atenção pré-natal de risco em dois momentos, um no atendimento clínico, com o obstetra e o outro momento gerado por reflexões-ações-reflexões de forma direcionada para cada necessidade específica, tendo a enfermeira como articuladora destes contatos.

A educação em saúde foi percebida pelas gestantes e seus acompanhantes como uma importante estratégia de superação das dificuldades da gestação de risco, bem como principal aliada para se sentirem encorajadas a enfrentarem todo o processo de gestar e parir em risco. Deste modo, confirma-se que não podemos dissociar a assistência pré-natal das ações educativas em todas as etapas do ciclo gravídico, pois é durante o pré-natal que a mulher deverá ser melhor orientada, favorecendo a compreensão de toda a evolução da gestação.

Outro destaque bem pontual neste estudo foi que em todos os momentos que geraram mudanças da percepção da realidade, o cuidado de enfermagem foi referido pelas mulheres-gestantes e seus acompanhantes como sendo o principal elo entre eles mesmos e entre os profissionais envolvidos na assistência pré-natal, ou seja, a enfermeira foi a todo o momento a articuladora neste caminhar, conseguindo por meio da educação em saúde estabelecer um vínculo afetivo, de confiança entre equipe de saúde e os protagonistas desta história.

Frente ao exposto recomendamos que os profissionais atuantes na área da saúde da mulher, em especial no período gestacional, busquem associar o olhar clínico às ações educativas para que realizem uma assistência integral. Sugere-se também que sejam realizados outros estudos nesta perspectiva para que se fortaleça ainda mais a educação em saúde na assistência pré-natal, em especial com as gestantes de alto risco, fortalecendo os reflexos desta atenção no momento do nascimento e nos períodos que se sucedem.

Identificamos como dificuldade neste estudo, a demora do encaminhamento das gestantes ao serviço de referência para o início da assistência pré-natal de risco, motivo este, que retardou o primeiro encontro dialógico entre sujeitos e enfermeira articuladora do processo educativo.

## REFERÊNCIAS

BASSO, J. F.; MONTICELLI, M. Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n. 3, p. 390-397, mai./jun. 2010.

BARBOSA, T. L. de A.; GOMES, L. M. X.; DIAS, O. V. O pré-natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes. **Cogitare Enferm.**, v.16,n.1, p. 29-35, jan/mar, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual técnico de gestação de alto risco**. 3. ed Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. Brasília: CNS, 1996.

CANEVER, B. et al . Percepções das agentes comunitárias de saúde sobre o cuidado pré-natal.]. **Invest. educ. enferm**,

Medellín, v. 29, n. 2, jul. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S012053072011000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012053072011000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 jan. 2013.

CASTRO, C. M. et al. O estabelecimento do vínculo mãe/recém-nascido: percepções maternas e da equipe de enfermagem. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v.2, n.1, p. 67-77, jan/abr. 2012.

DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O. de. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. **Saude Soc**, v.17, n.2, 132-139, abr./jun. 2008.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de orientação: gestação de alto risco**. Casa Leitura Médica, 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido**. 43.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GUIMARÃES, G. P. **A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no Método Mãe Canguru: uma contribuição da enfermagem**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

\_\_\_\_\_; MONTICELLI, M. **A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe-canguru: uma contribuição da enfermagem**. **Texto Contexto Enfermagem**, v.16, n.4, p. 626-35, out./dez, 2007.

MINAGAWA, A. T. et al. Baixo peso ao nascer e condições maternas no pré-natal. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 4, p.548-

554, 2006.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.173-179, jan. 2006.

OLIVEIRA, V. J.; MADEIRA, A. M. Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de alto risco. **Esc. Anna Nery**, v.15, n.1, p. 103-109, jan./mar. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Maternidade segura**: assistência ao parto normal – um guia prático. Genebra: OMS, 1996.

PIMENTA, L. F. et al. Atuação da equipe multiprofissional nas práticas de educação em saúde: possibilidade de crescimento profissional. In: JORNADA INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM UNIFRA, II, Santa Maria, 2012. **Anais**. Santa Maria: UNIFRA, 2012.

PINHO, I. C.; SIQUEIRA, J. C. B. A.; PINHO, L. M. O. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 01, p. 42-51, 2006.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o saber fazer e o saber pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

*“Não há saber mais ou saber menos,  
há saberes diferentes”.*  
(Paulo Freire)

Chegado o momento do desfecho final da tese, cercado de reflexões e emoções, com inúmeras possibilidades de novas caminhadas lado a lado com as gestantes e seus acompanhantes no universo da gestação de alto risco. Gostaríamos que este estudo fosse visto como um incentivo e como uma fonte de inspiração para outros defensores da educação em saúde como ferramenta para que a enfermeira possa realizar uma assistência pré-natal que favoreça o diálogo, as reflexões e, conseqüentemente, transformações da realidade das mulheres-gestantes e seus acompanhantes que vivenciam uma gestação imersa em riscos e em novas descobertas.

Refletindo sobre os resultados do estudo, retomamos o objetivo principal que é o de desvelar como a educação em saúde desenvolvida pela enfermeira pode preparar a gestante e seu acompanhante para o enfrentamento das intercorrências inerentes ao processo de vivenciar uma gestação de alto risco. Para obter as respostas para este objetivo fez-se necessário primeiramente conhecer as concepções das gestantes de alto risco e de seus acompanhantes, com relação à gestação, a seguir, analisar as estratégias de enfrentamento utilizadas por estas gestantes de alto risco durante o período gestacional, e por fim chegar ao tão almejado momento que é o de refletir sobre as contribuições do processo de educação em saúde numa visão libertadora, através da Pesquisa Convergente-Assistencial, durante a assistência de enfermagem no pré-natal, para o enfrentamento da gravidez de alto risco da gestante e seu acompanhante.

O ambiente escolhido para a PCA foi favorável à

construção e troca de experiências com os outros profissionais participantes deste processo educativo. O consultório utilizado para as reflexões era um ambiente tranquilo, sem interferências e com privacidade. Neste contexto ocorreram as mais variadas sensações, emoções, sorrisos, lágrimas, esperança, desapontamentos, mas principalmente, a transformação da realidade numa perspectiva de encorajamento para enfrentamento das situações vivenciadas e as que ainda estavam por acontecer com cada gestante de alto risco e seu acompanhante.

Assim como na literatura descrita ao longo deste trabalho, as mulheres deste estudo têm a pré-concepção de que a gestação é permeada somente por momentos de alegria, sonhos e mudanças com seu corpo que vai, no decorrer dos meses, se preparando para o momento do parto e nascimento. No entanto, esta preocupação ganha outros rumos quando passam a ser consideradas gestantes de alto risco.

Nesta perspectiva humanizada, a participação direta de um acompanhante significativo para a gestante favorece as relações afetivas, modificando o comportamento e o modo de pensar das mulheres-gestantes e seus acompanhantes no decorrer da gestação, transformando os sentimentos de insegurança em segurança, se tornando gradativamente mais autoconfiantes e emocionalmente estáveis. Esta relação entre a qualidade na assistência pré-natal, a redução da mortalidade materna e neonatal ainda é o que esperam os representantes dos órgãos do governo brasileiro, como retorno das políticas públicas implantadas, no entanto, essas metas ainda não foram alcançadas e em alguns locais ainda parece ser algo utópico.

Percebesse pelos discursos das gestantes que a assistência pré-natal de baixo risco realizada nas unidades primárias de saúde, apresenta diversas dificuldades para efetivar uma atenção à saúde das gestantes de qualidade. Essas dificuldades incluíam desde a falta de profissionais de saúde capacitados, pois muitos ainda se baseiam quase que exclusivamente no modelo biomédico, até a morosidade para realizar exames complementares laboratoriais e de imagem necessários já no primeiro trimestre de gestação.



O fato da assistência pré-natal de baixo risco não contemplar os principais requisitos logo no início da gestação dificulta ainda mais o diagnóstico precoce das situações de risco e, conseqüentemente, o encaminhamento destas gestantes às unidades de referência.

Ao adentrarem o universo da gestação de alto risco estes sujeitos se deparam com uma nova realidade, passando a ter outras preocupações, mudanças de sentimentos, passando a ter um novo olhar para a gestação. Para que se sintam acolhidos e seguros há necessidade de um local adequado, com uma estrutura que contemple as necessidades impostas por uma gestação de risco, bem como profissionais de saúde qualificados.

O direcionamento das gestantes das unidades básicas de saúde para a atenção hospitalar promove uma assistência pré-natal com maiores possibilidades de atendimento, sendo assistidas por profissionais de saúde habilitados e capacitados para conduzir as mais diversas situações de risco. No entanto, no decorrer desta assistência nos deparamos com um olhar voltado para a patologia que caracterizava o risco materno, risco fetal ou risco materno-fetal por parte de alguns profissionais, e não um olhar global e holístico para a gestante como um todo.

O impacto da qualidade do atendimento durante as consultas de enfermagem no pré-natal de alto risco está na relação entre o conhecimento profissional, técnico-científico, e a valorização do conhecimento popular, ou seja, a integração dos saberes.

Ao buscarmos desvelar como a educação em saúde poderia preparar a mulher-gestante e seus acompanhantes para o enfrentamento da gestação de alto risco nos deparamos com uma realidade que assim como a maioria dos estudos que realiza a assistência pré-natal de alto risco numa perspectiva clínica, biológica. Quando iniciou a prática este estudo os primeiros relatos apresentados pelos sujeitos mostrava-se como uma oportunidade para expressarem seus medos, angústias e inseguranças e uma forma de receberem ajuda neste processo.

Esta forma de perceber a educação favoreceu todos os momentos de encontros com as gestantes e seus acompanhantes

no decorrer da assistência pré-natal de alto risco. A cada encontro todos os envolvidos se fortaleciam num constante repensar da realidade vivenciada, com liberdade de expressão e construção de um novo pensar em cada situação problema identificada.

Destacamos que no universo da gestação de alto risco é importante unir os saberes em prol destas mulheres, assim a assistência pré-natal se desenvolveu em dois momentos distintos: o clínico, realizado pelo médico obstetra e, o segundo momento, guiado pela enfermeira pesquisadora que os recebia para uma consulta de enfermagem, incluindo a educação em saúde através de diálogos que promoveram reflexões e novas possibilidades de enfrentamentos. Este processo foi um constante ir e vir considerando que o processo de gestar compreende inúmeras transformações físicas, psicológicas, afetivas, mas que ao longo dos meses e das ações educativas foi se modificando.

Foram vários encontros, mas a cada novo encontro ia se estabelecendo uma relação de confiança entre gestantes, acompanhantes e profissional enfermeira. Esta relação tornou-se tão afetiva que perpassava as paredes da instituição, favorecendo ainda mais o encorajamento a cada obstáculo vivenciado. Durante o processo de educação em saúde se sentiam mais empoderados da situação e conseguiam participar ativamente não somente quando em contato com a enfermeira, mas também na assistência clínico obstétrica.

Percebe-se a importância que se tenha não somente um pré-natal direcionado às especificidades da gestação relacionadas aos aspectos fisiopatológicos, mas também voltado às necessidades emocionais, de cuidado, e que possibilite conhecermos as representações das gestantes com relação à gestação de alto risco, proporcionando maior conhecimento de todos os períodos que configuram a gestação, através de ações educativas, favorecendo segurança para o enfrentamento das adversidades que possam vir a experienciar.

As reflexões geradas durante a assistência pré-natal de alto risco com a enfermeira despertou em outros profissionais a necessidade de um trabalho conjunto, interdisciplinar, compreendendo que a participação da profissional enfermeira não

se reduz ao pré-natal de baixo risco, mas com relevância durante as situações de alto risco através das ações educativas. Assim, percebemos que a vivência da educação em saúde não gerou mudanças apenas na realidade das gestantes e seus acompanhantes, mas também nos profissionais que compartilharam a assistência pré-natal de alto risco.

O diálogo, as reflexões e a convivência durante o desenrolar da gestação de alto risco provocaram nos sujeitos foco deste estudo inúmeras mudanças, transformando sentimentos negativos em fonte de esperança e coragem, além de se tornarem conscientes da realidade que vivenciam.

Este estudo foi além do processo de reflexão-ação-reflexão entre gestantes, acompanhantes e enfermeira articuladora destes momentos. A relação estabelecida nos fez compreender a necessidade destes sujeitos de terem alguém como referência durante todo o desenrolar da gestação, se estendendo ao nascimento e período neonatal. Este reencontro após término do período gestacional foi uma necessidade expressa pelos sujeitos, possivelmente por verem na enfermeira um ser significativo, conhecedor das suas histórias de vida e de superações, bem como pelo apego. Porém, estes contatos, após ter findado a intencionalidade deste estudo, aconteceram pelas nossas convicções enquanto seres humanos, assim sendo estes momentos não foram utilizados da descrição dos resultados, pois para que isso acontecesse necessitaria um novo traçado metodológico e de condutas investigativas.

Percebendo esta necessidade de ir além da assistência pré-natal por parte dos sujeitos, sugerimos que futuros estudos façam esta ponte entre a gestação, o parto e o período pós-parto, buscando avaliar os reflexos da educação em saúde realizada durante a assistência pré-natal. Bem como, que sejam cada vez mais discutidos nas unidades de ensino superior os conhecimentos e as habilidades para a prática da educação em saúde pelas enfermeiras.

Ao finalizar este estudo, avaliamos que a assistência pré-natal não é dissociável da educação em saúde, sendo o diálogo a principal estratégia não só de empoderamento das gestantes e

seus acompanhantes para enfrentarem a gestação de alto risco, como também de aproximar os sujeitos ativos desta história e os profissionais de saúde atuantes neste contexto.

Os encontros regados pelo diálogo foram a principal ferramenta para a coleta dos dados, pois foi através destes momentos que aconteceram valiosas reflexões, sempre norteadas pelo referencial teórico adotado, a pedagogia libertadora que durante toda a trajetória favoreceu o desvelamento das situações inerentes à gestação de alto risco e superadas pelo poder de transformação que a educação em saúde exerceu no decorrer da assistência pré-natal.

A todo o momento em que a enfermeira pesquisadora esteve como articuladora dos processos de reflexão-ação-reflexão, mediando os diálogos que instigavam um novo pensar e agir dos sujeitos. Neste processo precisou-se manter um olhar atento para não interferir ou até mesmo induzir os pensamentos das gestantes e seus acompanhantes. Este exercício de afastamento e aproximação foi mediado, guiado a todo o momento pelos princípios teóricos, metodológicos, pressupostos e conceitos.

Ao finalizarmos esta pesquisa, foi possível perceber as mulheres-gestantes e seus acompanhantes com certa autonomia, mais fortalecidos e empoderados. Vislumbramos também, que a forma de como a assistência pré-natal de alto risco foi conduzida, por meio da consulta de enfermagem, guiado pela educação em saúde, proporcionou a protagonização dessa vivência.

Este estudo foi certamente inovador, com perspectivas futuras de novas práticas na assistência pré-natal, conduzidas pelos profissionais de saúde de forma mais humanizada, individualizada e promissora, mas também favoreceu o crescimento do ponto de vista acadêmico, enquanto profissionais atuantes na área da saúde da mulher e do neonato, bem como ser humano. Para as gestantes e seus acompanhantes acreditamos ter contribuído para o enfrentamento das situações de risco da gestação, bem como, para as necessidades de transformação que a vida lhes impõe.

Ademais, destacamos como principais contribuições

deste trabalho, os momentos dialógicos entre sujeitos-enfermeira, o reconhecimento dos pares a respeito da importância de um espaço durante a assistência pré-natal de alto risco que promova a educação em saúde guiada pela profissional enfermeira e a interlocução entre a equipe interdisciplinar. Neste sentido, o estudo confirma o quão importante são os momentos reflexivos, permeados pela educação em saúde, sendo esta uma estratégia acolhedora e transformadora, não só na intenção apresentada, como também em outros modos de assistência, no ensino e enquanto seres humanos reflexivos e ativos nas suas próprias histórias de vida.

Assim, fica comprovada a tese defendida de que a educação em saúde através de processos de reflexão-ação-reflexão, gerados por momentos dialógicos, prepara a mulher e seu acompanhante para o enfrentamento das intercorrências inerentes ao processo de vivenciar uma gestação de alto risco, sendo este um modo valioso para a enfermeira guiar as consultas de enfermagem no pré-natal de alto risco.

## REFERÊNCIAS

ALVES, J. E. D. Sete bilhões de habitantes em 2011. **Revista Cidadania & Meio Ambiente**. Ecodebate. Disponível em: <<http://www.ecodebate.com.br/2011/01/18/sete-bilhoes-de-habitantes-em-2011-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves/>>.

Acesso em: 03 jan. 2012.

BALDUÍNO, L. S. C. et al. Spirituality, coping and nursing: an integrative literature review. **Rev Enferm UFPE on line**, v.5, n. spe, p. 481-488, 2011. Disponível em: <[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1737/pdf\\_456](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1737/pdf_456)>. Acesso em: 10 jan. 2012.

BASSO, J. F. **Reflexões de um grupo de gestantes e acompanhantes sobre a participação ativa no parto e nascimento**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

\_\_\_\_\_; MONTICELLI, M. Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n. 3, p. 390-397, mai./jun. 2010.

BARBOSA, T. L. de A.; GOMES, L. M. X.; DIAS, O. V. O pré-natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes. **Cogitare Enferm.**, v.16,n.1, p. 29-35, jan/mar, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual técnico de gestação de alto risco**. 3. ed Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede. Disponível

em: <<http://brasilsus.com.br/legislacoes> -  
<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108545-1459.html>>.  
Acesso em: 25 mai. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério:** atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Mais sobre a saúde da mulher.** Brasília: MS, 2009. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=2035&codModuloArea=301&chamada=Mais-sobre-Saude-da-Mulher>>. Acesso em: 19 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. Brasília: CNS, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de saúde da criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso:** método mãe canguru: manual do curso. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. Programas e Projetos da Saúde da criança: responsabilidades compartilhadas em benefício das crianças brasileiras. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 2, n. 2, p. 193-196, mai./ago. 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Orientações acerca dos indicadores da pactuação de**

**diretrizes, objetivos e metas 2012.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco:** manual técnico. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Educação. **Parecer CNE/CP 3/2004.** Diretrizes curriculares nacionais para a educação das relações étnico-raciais e para o ensino de história e cultura afro-brasileira e africana. Brasília: CNE, 2004a.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Educação **Resolução CNE/CP 1/2004.** Diretrizes curriculares nacionais para a educação das relações étnico-raciais e para o ensino de história e cultura afro-brasileira e africana. Brasília: CNE, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores e dados básicos Brasil 2007.** Brasília: MS, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pré-natal garante uma gestação mais tranquila.** 2008. Disponível em: <[http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/8161/162/pre\\_natal-garante-uma-gestacao-mais-tranquila.html](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/8161/162/pre_natal-garante-uma-gestacao-mais-tranquila.html)>. Acesso em: 17 jan. 2013.

BLUMER, H. **Symbolic Interactionism:** perspective and method. London (UK):125 University of California Press, 1969.

BRÜGGEMANN, O. M.; OSIS, M. J. D.; PARPINELLI, M. A. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. **Rev. Saúde Pública,** v.41, n.1, Feb, p.16, 2007.

CAMACHO, K. G. et al. Vivenciando repercussões e



transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes. **Ciencia Y Enfermeria**, v. XVI, n.2, p. 115-25, 2010.

CANEVER, B. et al . [Catapercepções das agentes comunitárias de saúde sobre o cuidado pré-natal.]. **Invest. educ. enferm**, Medellín, v. 29, n. 2, jul. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S012053072011000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012053072011000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 jan. 2013.

CARVALHO, V. C. P. de.; ARAÚJO, T. V. de. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**, v.7, n.3, 309-317, jul./set, 2007.

CASTRO, C. M. et al. O estabelecimento do vínculo mãe/recém-nascido: percepções maternas e da equipe de enfermagem. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v.2, n.1, p. 67-77, jan/abr. 2012.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. **Decreto n.º 94.406, de 08 de junho de 1987**Lei do Exercício Profissional da Enfermagem.. Florianópolis: COREN, 2001.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; WALTER, T. M. I. M. Atendimentos a gestantes no Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública**, v.39,. n.5, p. 35-39, 2005.

CUNHA, A. B. et al. A importância do acompanhamento psicológico durante a gestação em relação aos aspectos que podem prevenir a depressão pós-parto. **Revista Saúde e Pesquisa**, v.5, n.3, p. 551-558, set/dez. 2012.

CUNHA, M. de A.; MAMEDE, M. V.; DOTTO, L. M. G.; MAMEDE, F. V. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Esc. Anna Nery. Rev. Enferm**, v. 13, n. 1, p. 145 – 153, jan./mar, 2009.

DANTAS-BERGER, S.M.; GIFFIN, K.M. Healthcare services and violence during pregnancy: perspectives and practices of healthcare professionals and teams in a public hospital in Rio de Janeiro. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.37, p.391-405, abr./jun. 2011.

DAVIM, R. M. B. et al. Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n. 3, p. 600-609, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a06.htm>>. Acesso em: 10 set. 2012.

DENITTO, M. de O. et al. Orientações sobre amamentação na assistência pré-natal: uma revisão integrativa. **Rev. Rene**, v. 11, n. esp., p. 223-229, 2010.

DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O. de. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. **Saude Soc**, v.17, n.2, 132-139, abr./jun. 2008.

DOURADO, V. G.; PELLOSO, S. M. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n.1, p. 69-74, 2007.

FALCONE, V. M. et al. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n.4, 612-618, ago. 2005.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de orientação: gestação de alto risco**. Casa Leitura Médica, 2011.

FEITOSA, A. C.R. et al. Aplicação de programa educativo multidisciplinar em gestações de alto risco devido a doenças endócrinas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, v.32, n.10, p. 504-509,

out. 2010.

FERNANDES, D. L. et al. Percepção de um grupo de gestantes detentoras de história de aborto em gestação anterior. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, ano 10, n. 32, p. 47-53, abr/jun. 2012.

FERRAZ, T. da R.; NEVES, E. T. Fatores de risco para baixo peso ao nascer em maternidades públicas: um estudo transversal. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, mar. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198314472011000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472011000100011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 nov. 2012.

FRAGA, I. T. G.; PEDRO, E. N. R. Sentimentos das mães de recém-nascidos prematuros: implicações para a enfermagem. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 89-97, abr. 2004.

FREIRE. **Ação cultural para a liberdade:** e outros escritos. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

\_\_\_\_\_. **A educação na cidade.** São Paulo: Cortez Editora, 1991.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido.** 43.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido.** 46 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007. 213 p.

\_\_\_\_\_. **Conscientização:** teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3. ed. São Paulo: Centauro, 2006.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

GADOTTI, M. A voz do biógrafo brasileiro a prática à altura do sonho. In: Gadotti, M. (org.) **Paulo Freire: uma biobibliografia**. São Paulo: Cortez: Instituto Paulo Freire: UNESCO, 1996, p. 69-115.

GOMES, A. L. H. **As especificidades do vínculo da mãe com o bebê pré-termo na situação de internação**. 2001. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2001.

GRAVENA, A. A. F. et al . Resultados perinatais em gestações tardias. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 15 – 21, fev, 2012.

GRUPO UFMG. **Embarque neste mundo irresistível do conhecimento através da magia e encanto sobre a Pedagogia de Paulo Freire**. 2010. Disponível em: <[http://paulofreireufmg.blogspot.com.br/2010/06/biografia-e-principais-obras\\_24.html](http://paulofreireufmg.blogspot.com.br/2010/06/biografia-e-principais-obras_24.html)>. Acesso em: 21 nov. 2012.

GUIMARÃES, G. P. **A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no Método Mãe Canguru: uma contribuição da enfermagem**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

\_\_\_\_\_; MONTICELLI, M. **A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe-canguru: uma contribuição da enfermagem. Texto Contexto Enfermagem**, v.16, n.4, p. 626-35, out./dez, 2007.

\_\_\_\_\_; SCHNEIDER, K. L. K. **Reflexão crítica sobre a motivação da puérpera para participar do método mãe-canguru**. 2003. Monografia (Especialização em Enfermagem Obstétrica) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

\_\_\_\_\_; SILVA, K. C. S da. **Caracterização das gestantes que realizaram o pré-natal no posto de saúde do bairro Imaruí-Itajaí/SC, quanto as variáveis gestacionais e peso do recém-nascido, segundo ficha perinatal e declaração de nascido vivo.** 1998. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 1998.

HEIDEMANN, I. T. S. B. **A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de saúde da família.** 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2006.

HILLESHEIM, B. et al. Saúde da mulher e práticas de governo no campo das políticas públicas. **Psicologia em Revista**, v.15, n.1, p. 196-211, 2009.

HOGA, L. A. K.; BORGES, A. L. V.; REBERTE, L. M. Razões e reflexos da gravidez na adolescência: narrativas dos membros da família. **Rev. Enferm. Anna Nery**, v.14, n.1, p.151-157, jan/mar. 2010.

\_\_\_\_\_; REBERTE, L. M. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 4, p. 559-566, dez. 2007.

JUSTO, M. T.; TOLEDO, F. D. R.; TAVARES, B. B. Assistência pré-natal: cuidados executados e opinião da usuária do SUS. **R. Ci. Méd. Biol**, v. 8, n. 3, p. 262-269, set./dez, 2009.

LESSA, R.; ROSA, A. H. V. da. Enfermagem e acolhimento: a importância da interação dialógica no pré-natal. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, UNIRIO, v.2, n. 3, p. 1105 – 1110, 2010. Disponível em: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3651897>. Acesso em: 24 mar. 2013.

LIMA, Y. M. S.; MOURA, M. A. V. Consulta de Enfermagem pré-natal: a qualidade centrada na satisfação da cliente. **R. de Pesq.:** cuidado é fundamental, Rio de Janeiro, ano 9, n. 1/2, p. 93-99, 1./2. Sem, 2005.

LUCIANO, M. P; SILVA, E. F. da; CECCHETTO, F. H. Orientações de enfermagem na gestação de alto risco: percepções e perfil de gestantes. **Rev enferm UFPE**, v. 5, n. 5, p. 1261-266, 2011.

MAGALHÃES, M. de L. et al. Gestação na adolescência precoce e tardia: há diferença nos riscos obstétricos? **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.28, n.8, p. 446-452, 2006.

MARQUES, R. G; PRADO, S. R. L. A. Consulta de enfermagem no pré-natal. **Rev. Enferm. UNISA**, n.5, p. 33-6, 2004.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDOZA-SASSI, R. A. et al. Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2157-2166, set. 2007.

MERIGHI, M. A. B; GONÇALVES, R.; FERREIRA, F. C. Estudo bibliométrico sobre dissertações e teses em enfermagem com abordagem fenomenológica: tendência e perspectiva. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 645-50, jul./ago. 2007.

MINAGAWA, A. T. et al. Baixo peso ao nascer e condições maternas no pré-natal. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 4, p.548-554, 2006.

MONTEIRO, G. A. **Alterações anatômicas e modificações**

**posturais durante a gravidez.** 2009. Disponível em: <[www.gizelemonteiro.com.br/2009/07/07/alteracoes-anatomicas-emodificacoesposturais-durante-a-gravidez-parte-1](http://www.gizelemonteiro.com.br/2009/07/07/alteracoes-anatomicas-emodificacoesposturais-durante-a-gravidez-parte-1)>. Acesso em: 12 fev. 2011.

MONTICELLI, M. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias no contexto do nascimento hospitalar:** uma etnografia de alojamento conjunto. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

\_\_\_\_\_. Ações educativas em enfermagem: do senso comum ao bom senso. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 3, n. 2, p. 7-16, jul./dez. 1994.

MORSCH, D. S. **Quando a vida é prematura/a interface entre o desenvolvimento afetivo e cognitivo de bebês pré-termo.** 2004. Tese (Doutorado em Saúde da Mulher e da Criança) - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher. Instituto Fernandes Figueira. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

MOTA, E. M. et al. Sentimentos e expectativas pelas primigestas adolescentes com relação ao parto. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.12, n.4, p. 692-698, out/dez. 2011.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.173-179, jan. 2006.

NASCIMENTO, E. R. do; PAIVA, M. S.; RODRIGUES, Q. P. Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, v.7, n.2, p.191-197, abr.-jun. 2007.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. 3a ed. São Paulo: Savier, 2006.

NERY, T. A.; TOCANTINS, F. R. O enfermeiro e a consulta pré-natal: o significado da ação de assistir a gestante. **Rev. Enferm. UERJ**, v.14, n.1, p. 87-92, jan./mar. 2006.

NETO, E. T. dos S. et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde Soc.**, v.17, n.2, p. 107-119, abr./jun. 2008.

OLIVEIRA, H. M. de; MARINHO, M. M.; FONSECA, E. B. Avaliação morfológica fetal no primeiro trimestre. **Revista Medicina Materno-Fetal**, Ano II, v.3, p. 9-18, 2011.

OLIVEIRA, V. J.; MADEIRA, A. M. Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de alto risco. **Esc. Anna Nery**, v.15, n.1, p. 103-109, jan./mar. 2011.

OLIVEIRA, F. P. et al. Psicologia comunitária e educação libertadora. **Psicologia: teoria e prática**, v. 10, n. 2, p. 147-161, dez. 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **A ONU e o desenvolvimento**. Brasil, 2012. Disponível em: <http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-em-acao/a-onu-e-o-desenvolvimento/>. Acesso em: 13 jan. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Maternidade segura: assistência ao parto normal – um guia prático**. Genebra: OMS, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de Maternidade Segura. Saúde Reprodutiva e da Família. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2004.

PEDESPAN, L. Attachementetprematurite. **Gynecologie**,



**Obstetrique & Fertilité**, v. 32, n. 9, p. 716-720, sep. 2004.

PEREIRA, S. V.; BACHION, M. M. Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. **Rev. Bras. Enferm**, v.58, n.6, p. 659-664, nov./dez. 2005.

PICCININI, C. A. et al. Percepções e Sentimentos de Gestantes sobre o Pré-natal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 28, n.1, p. 27-33, jan/mar. 2012.

PIMENTA, L. F. et al. Atuação da equipe multiprofissional nas práticas de educação em saúde: possibilidade de crescimento profissional. In: JORNADA INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM UNIFRA, II, Santa Maria, 2012. **Anais...** Santa Maria: UNIFRA, 2012.

PINHO, I. C.; SIQUEIRA, J. C. B. A.; PINHO, L. M. O. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 01, p. 42-51, 2006.

PRADO, M. L.; GELBCKE, F. L. Produção do conhecimento em enfermagem no Brasil: as temáticas da investigação. **Rev Bras Enfermagem**, v.54, n.1, p. 34-42, jan./mar. 2001.

\_\_\_\_\_; RIEBNITZ, K. S.; GELBCKE, F. L. Aprendendo a cuidar: sensibilidade como elemento plasmático para a formação da profissional crítico-criativa em enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v.15, n.2, p. 296-302, abr./jun. 2006.

QUADROS, L. C. M. et al. Avaliando a realização de exames laboratoriais pelas gestantes durante o pré-natal. **Rev. Enferm. Saúde**, Pelotas, v.1, n.1, p. 99-106, jan/mar. 2011.

RIBEIRO, P. M; GUALDA, D. M. R. Gestação na adolescência: a constru o do processo saúde-resiliência. **Esc Anna Nery**, v.15, n.2, p. 361-371, abr -jun. 2011.

REZENDE, J. DE. **Obstetrícia**. 10a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 514p;

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p. 477-486, mar./abr. 2007.

SANTOS, A.A.G. dos. **Práticas e saberes de promoção da saúde para adolescentes na estratégia saúde da família de Fortaleza-Ceará** 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Fortaleza, 2011. 96 f.

SANTOS, A. de L.; RADOVANOVIC, C. A. T.; MARCON, S. S. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas **Rev. Rene**, v. 11, n. especial, p. 61-71, 2010.

SANTOS, R. V.; PENNA, C. M. de M. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. **Texto Contexto Enfermagem**, v.18, n.4, p. 652-60, out-dez. 2009.

SCHIMDT, F.; OLIVEIRA, T. **Ações da Rede Cegonha reduzem mortalidade materna em 21%**. Portal da Saúde – SUS 2012. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/5286/162/red-e-cegonha-reduz-mortalidade-materna-em-21.html>>. Acesso em: 26 mai. 2012.

SEPÚLVEDA, M. A. C. **Diagnósticos de enfermagem por trimestre de gravidez**. Disponível em: <<http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/diagnostico>>. Acesso em: 12 fev. 2011.

SILVA, F. C. B. da; BRITO, R. S. de. Percepção de gestantes

acerca das atitudes do companheiro diante da sua ausência no pré-natal. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 95-102, jul./set. 2010.

SILVA, L. K. Da; IZIDORO, I. De F. R. V.; MAIA, C. C.; SOBREIRA, T. T. métodos contraceptivos: estratégia educativa com adolescentes. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 10, n. 1, p. 145-161, 2009.

SILVA, M. da A. et al. Enfermeiro & grupos em PSF: possibilidade para participação social. **Cogitare Enferm**, v.11, n.2, p.43-49, mai./ago. 2006.

SILVA, P. P. et al. A percepção das mães sobre o apoio paterno: influência na duração do aleitamento materno. **Rev. Paul. Pediatr.**, v.30, n.3, p. 306-313, 2012.

SILVA, A de A. A.; et al . Fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência em uma maternidade escola: estudo caso-controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 496 – 506, mar. 2013 .

SILVA, R. da S.; CHRISTOFFEL, M. M.; SOUZA, K. de V. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.14, n.4, p. 585-593, out/dez. 2005.

SHIMIZUI, H. E; LIMA, M. G de. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v.62, n.3, p. 387-92, mai./jun. 2009.

SOARES, V. M. N.; SCHOR, N.; TAVARES, C. M. Vidas arriscadas: uma reflexão sobre a relação entre o número de gestações e mortalidade materna. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 254 -263, dez. 2008.

SOUSA, L.; PEREIRA, M. G. O impacto da interrupção da gravidez por malformação congênita: a perspectiva do pai. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.10, n.1, p. 31-47, 2009.

SOUZA, J. P. et al. Obstetric care and severe pregnancy complications in Latin America and the Caribbean: an analysis of information from demographic health surveys. **Rev Panam Salud Publica**, v. 21, n. 6, p. 396-401, jun. 2007.

SOUZA, N. L. et al. Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclampsia. **Rev Saúde Pública**, v.41, n.5, p. 704-10, 2007.

SOUZA, V. B; ROECKER, S; MARCON, S. S. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 13, n. 2, p. 199-210, abr/jun. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.10162>>. Acesso em: 28 dez. 2011.

STRASSBURGER, S. Z.; DREHER, D. Z. A fisioterapia na atenção a gestantes e familiares: relato de um grupo de extensão universitária. **Scientia Medica**, v. 16, n.1, p. 23-26, jan./mar. 2006.

TOSTES, N. A. **Percepção de gestantes acerca da assistência pré-natal, seus sentimentos e expectativas quanto ao preparo para o parto**. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano E Saúde. Universidade de Brasília. Instituto de Psicologia, Brasília, 2012.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o saber fazer e o saber pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2.ed. Florianópolis: Insular, 2004.

VASCONCELOS, L.; PETEAN, E. B. L. O impacto da malformação fetal: indicadores afetivos e estratégias de enfrentamento das gestantes. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v.10, n.1, p. 69-82, 2009.

VIDO, M. B. **Qualidade de vida na gravidez**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Guaarulhos. São Paulo, 2006.

WALSELFISZ, J. J. **Mapa de violência 2012 crianças e adolescentes do Brasil**. Rio de Janeiro: CEBELA FLACSO Brasil, 2012.

WIGGERS, E. **Aleitamento materno: educação libertadora com grupos de puérperas e acompanhantes no alojamento conjunto**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

WHO. The World Bank. **Maternal Mortality**. Cidade: Genebra, 2005.

ZAMPIERI, M. F. M. **Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências**. 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

\_\_\_\_\_. Atenção ao pré-natal. In: ZAMPIERI, M. F. M. et al. **Enfermagem na atenção primária à saúde da mulher: textos fundamentais**. v. 2. Florianópolis: UFSC, 2005. p. 357-428.

\_\_\_\_\_. Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 140-166, jan. 2001.

\_\_\_\_\_; ERDMANN, A. L. Cuidado humanizado no pré-natal:

um olhar para além das divergências e convergências. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**, v.10, n.3, p. 359-367, jul./set. 2010.

\_\_\_\_\_ et al. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.19, n.4, p. 719-727, out-dez. 2010.

**APÊNDICES**





**APÊNDICE A - CONSENTIMENTO LIVRE E  
ESCLARECIDO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA  
(GESTANTES/ACOMPANHANTE)**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE DOUTORADO**

Ao assinar este documento, estamos dando nosso consentimento para participar da pesquisa conduzida pela enfermeira doutoranda Gisele Perin Guimarães (pesquisadora principal), e orientada pela Dra. Jussara Gue Martini (pesquisadora responsável).

Compreendemos que participaremos de uma pesquisa que irá focalizar “A educação em saúde como espaço dialógico da gestante e seu acompanhante para o enfrentamento da gravidez de alto risco” nesta Instituição. Esse estudo pretende colaborar na compreensão de como a educação em saúde pode preparar a gestante e seu companheiro para o enfrentamento dos adventos inerentes ao processo de vivenciar uma gestação de risco, parto e puerpério.

Estamos cientes que a pesquisadora coletará dados através do prontuário e de encontros individuais através da consulta de enfermagem que serão registrados em gravador digital e de imagens, e que a mesma utilizará as informações obtidas exclusivamente para os propósitos da pesquisa, sem qualquer prejuízo a nós.

Sabemos que os dados obtidos poderão ser gravados e transcritos, bem como filmados e/ou fotografados, mas que

nossos nomes não aparecerão em qualquer registro. Serão utilizados nomes fictícios.

Nossa participação na pesquisa é voluntária e poderemos nos negar a participar da mesma, sem que isto acarrete em qualquer efeito negativo a nós. Também estamos cientes de que poderemos deixar de participar, em qualquer momento, se assim desejarmos.

Compreendemos que os resultados dessa pesquisa serão dados a nós, caso os solicitemos, e que a pesquisadora é a pessoa com quem devemos contar, no caso de dúvidas sobre o estudo ou sobre nossos direitos como participantes.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Ass. da GESTANTE

\_\_\_\_\_  
Ass. do ACOMPANHANTE

Telefones p/ contato: Enf.<sup>a</sup> Gisele Perin Guimarães  
(9997.6978/3721.9875)

**APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE EDUCAÇÃO EM  
SAÚDE AS MULHERES E SEUS ACOMPANHANTES  
QUE VIVENCIAM UMA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE DOUTORADO**

Data do Atendimento:

***I – Identificação da Mulher***

Prontuário:

Nome:

Idade (anos):

Escolaridade:

Religião:

Profissão:

Estado Civil:

Procedência:

***II - Identificação do Acompanhante***

Nome:

Idade (anos):

Escolaridade:

Religião:

Profissão:

### **III – Dados Obstétricos**

Gestações: Paridade:            Aborto:  
 Idade Gestacional:            pela Data da Última Menstruação  
 (DUM)  
 Idade Gestacional:            pela USG  
 Início da assistência pré-natal de alto risco pela Idade  
 Gestacional:  
 Diagnóstico de Alto Risco:  
 Risco Materno ( )      Risco Fetal ( )  
 Já esteve internada durante esta gestação?  
 ( ) SIM      ( ) NÃO      Motivo:  
 Teve situações de risco nas gestações anteriores?  
 ( ) SIM      ( ) NÃO      Motivo:

### **IV – Expectativas do Casal**

Como vocês percebem essa gravidez?  
 Qual o motivo que os levou ao acompanhamento da gestação no  
 ambulatório de alto risco do HU/UFSC?  
 Que sentimentos são gerados por conta deste momento?  
 Quais suas expectativas durante a gestação?

**ANEXOS**



## ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSC



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
Campus Universitário, s/nº, Trindade – Florianópolis - SC - Caixa Postal 5199  
CEP 88040-900 - CNPJ 83.899.526/0004-25 / Fone/FAX: +55 (48) 3721-9100/  
3721-8354

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **CONSTRUINDO UM ESPAÇO DIALÓGICO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM GESTANTES DE ALTO RISCO E SEUS COMPANHEIROS**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 11/08/11

*Prof. Felipe Felício*  
Diretor Geral, HU/UFSC

**ASSINATURA  
CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL**





## ANEXO B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

**CERTIFICADO** Nº 2257

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º0584-GR-99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

**APROVADO**

**PROCESSO:** 2257      **FR:** 448412

**TÍTULO:** Construindo um espaço dialógico de educação em saúde com gestantes de alto risco e seus companheiros

**AUTOR:** Jussara Gae Martini, Gisck, Perini, Guimarães

FLORIANÓPOLIS, 28 de Novembro de 2011.

\_\_\_\_\_  
Coordenador do CEPSH/UFSC