

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

"VIVENCIANDO A GRAVIDEZ"

POR

SONIA SILVA MARCON

FLORIANÓPOLIS

1989

SONIA SILVA MARCON

"VIVENCIANDO A GRAVIDEZ"

Dissertação Apresentada à Uni-
versidade Federal de Santa Ca-
tarina para Obtenção do Grau de
Mestre em Enfermagem, Área de
Concentração em Ciências da En-
fermagem.

FLORIANÓPOLIS, 1989

Orientadora: INGRID ELSEN

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM - ÁREA SAÚDE DO ADULTO

D I S S E R T A Ç Ã O

TÍTULO: VIVENCIANDO A GRAVIDEZ

Submetida a Banca Examinadora para obtenção do

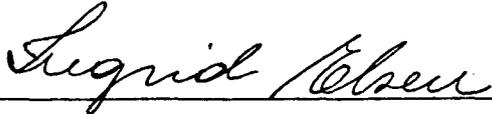
Grau de

MESTRE EM ENFERMAGEM

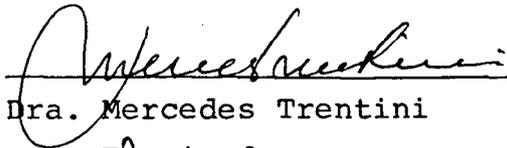
POR

SONIA SILVA MARCON

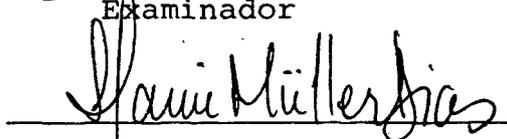
APROVADA EM _____



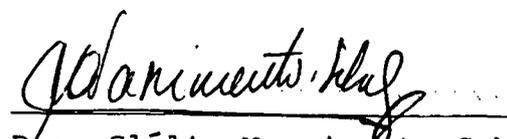
Dra. Ingrid Elsen
Presidente



Dra. Mercedes Trentini
Examinador



Dra. Lygia Paim Müller Dias
Examinador



Dra. Clélia Nascimento Schulze
Examinador - Suplente.

Ofereço este trabalho ao Rubens meu esposo e companhei
ro, a meus pais, irmãos e sobrinhos que muito quero e a meu
filho muito amado que está chegando.

AGRADECIMENTOS

A Deus que me fez como sou: imperfeita, inacabada, al
guém que erra muito, mas por outro lado, sempre disposta a re
começar, tentar outra vez e por fim, crescer um pouco mais.

A meus pais e irmãos queridos e a toda minha família
que ao me acreditarem sempre capaz me incentivaram nos momento
tos de dificuldade. Compreenderam minhas ausências e souberam
se fazer presentes, apesar da distância, amenizando o desconfor
to do ficar distante.

A todos os colegas e amigos que comigo conviveram du
rante o período de afastamento e aqueles que me acompanharam à
distância. A convivência, a amizade, o apoio, a compreensão e
a crítica construtiva de vocês, foram fundamentais para o meu
crescimento pessoal e conseqüentemente na realização deste traba
lho. Agradeço de forma especial à minha amiga Maria do Carmo
L. Haddad que com seu exemplo de vida, incutiu-me o desejo e a
vontade de fazer pesquisa.

Ao Departamento de Enfermagem da Universidade Esta
dual de Maringá que possibilitou o meu afastamento e a realizaç
ão deste estudo.

Aos docentes do curso de Mestrado em Enfermagem da
Universidade Federal de Santa Catarina, pela parcela com que
cada um a seu modo contribuiu para o meu crescimento.

Agradeço de forma especial à professora Doutora Ingrid
Elsen que, como orientadora deste estudo, soube compreender min
has limitações e ao mesmo tempo me incentivar para novas conqu
istas. Sua maneira amiga de ser, sua orientação e as trocas

de idéias me fizeram sentir aceita e reconhecida como alguém em crescimento. E isto, foi importante na busca do aprimoramento de minhas reflexões, além de tornar mais fácil a realização deste trabalho.

Ao Rubens, que com seu amor tem me possibilitado experienciar o "Vivenciando a Gravidez".

RESUMO

O objetivo deste estudo foi explorar e compreender o período de uma gravidez a partir da perspectiva de mulheres em estado de gravidez. Para tanto, adotei a metodologia da "Grounded Theory" (Teoria Fundamentada nos Dados), que segundo GLASER & STRAUSS (1967: 43), consiste na descoberta e no desenvolvimento de uma teoria a partir de informações obtidas e analisadas sistematicamente e comparativamente. Para a coleta dos dados foi utilizado o método de observação - participante (LEININGER, 1985:52). Eles foram coletados junto a 4 grupos amostrais, totalizando 85 mulheres em estado de gravidez no período de janeiro a dezembro de 1987. Para a análise dos dados adotei o método de comparação constante. Os resultados do estudo estão expostos na teoria substantiva desenvolvida "Vivenciando a gravidez": é um processo dinâmico que ocorre na vida da mulher dentro de um contexto espaço-temporal. A vivência deste processo pode ou não ser planejada, além de ser influenciada por um conjunto de fatos relacionados ao contexto no qual a mulher se encontra inserida. Esta vivência se dá em 4 etapas sequenciais e interrelacionadas que foram denominadas de: Precedendo o Início, o Início, o Meio e o Fim da Gravidez e é composta por cinco processos: "Vivendo um relacionamento sexual", "Descobrir-se grávida", "Estando grávida", "Sentindo-se grávida" e "Esperando nascer". Cada um destes processos é vivido de forma particularizada, embora existam conceitos que são comuns a todos. De qualquer modo, independente da forma como a mulher experiencia estes processos, a vivência de ca

da um deles só ocorre após a vivência do anterior, caracterizando a existência da teoria.

ABSTRACT

The goal of this study was to explore and understand the period of a pregnancy, as seen by pregnant women. To that purpose, I adopted the "Grounded Theory" methodology (Data Fundamented Theory) which, according to GLASER & STRAUSS (1967: 43) is based on discovery and development of a theory starting from information sistematically and comparatively secured and analyzed. Data collection, performed through the participating observation method (LEININGER, 1985:52) with four sample groups, included 85 pregnant women, from January to December 1987. For data analysis, I adopted the method of constant comparison. Results of the study are exposed on the developed substantive theory "Living the Pregnancy", a dynamic process occurring in the woman's life within a time space context. Living such a process could be planned or not, besides being influenced by a set of factors related to the context of which the woman makes part. Such course of living occurs along four sequenced and interconnected stages, which were called "Preceding the Beginning", "The Beginning", "The Middle", and "The End of Pregnancy", made up of the following 5 processes: "Living a sexual relationship", "Finding out one's own pregnancy", "Being Pregnant", "Feeling oneself Pregnant", and "Awaiting for the Birth". Each of these processes is lived in a particular manner, although there are concepts which are common to all of them. Anyhow, irrespective of the way the woman experiences these processes, each of them occurs only after the former has been lived through, characterizing the existence of the theory.

SUMÁRIO

I.	INTRODUÇÃO	01
II.	CONSTRUINDO A TEORIA	22

Aspectos metodológicos

Organizando os dados

VIVENCIANDO A GRAVIDEZ

-	Precedendo o Início da Gravidez	
	Vivendo um Relacionamento Sexual	118
	. Tendo vida sexual	119
	. Elaborando um projeto de vida sexual	137
-	Início da Gravidez	192
	Descobrimo-se Grávida	
	. Suspeitando-se grávida	201
	. Procurando uma certeza	229
	. Confirmando a gravidez	243
	Estando Grávida	
	. Vivendo o processo de aceitação do resultado....	258
	. Começando a perceber a presença da gravidez	275
-	Meio da Gravidez	296
	Sentindo-se grávida	
	. Percebendo a presença da gravidez	299
	. Percebendo a criança	304
-	Fim da Gravidez	312

. Esperando nascer	
. Vivendo com ansiedade	322
. Percebendo o final da gravidez	325
. Percebendo a criança	331
III. A TEORIA: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO.....	336
IV. CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES, IMPLICAÇÕES E RECOMENDAÇÕES.	367
V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	376

I. INTRODUÇÃO

Desde o começo do mundo nasceram crianças. A rigor, segundo PACIORNIK (1979:17) "menos de dez por cento necessitam da ajuda de uma parteira bem orientada e destes, menos da metade necessitariam da colaboração de um médico mais experiente". Esta idéia ainda é reforçada pelo autor, quando afirma que, nos povos primitivos, onde o processo civilizatório não chegou para alterar os fenômenos naturais, continua sendo assim até os dias de hoje, pois, para terem seus filhos, as mulheres sadias de modo geral, com pequenas variações, "automaticamente assumem a posição acocorada que, para elas é lógica e, sob o ponto de vista médico, certa e fisiológica".

Segundo REZENDE (1987:3), o parto na pré-história, à semelhança do ocorrido entre os animais, era episódio solitário. No entanto, nos últimos anos houve uma transformação neste processo, a começar pela gravidez que, segundo ODENT (1981:12), cada vez mais e com maior frequência tem sido vivida como se fora uma doença. Isto ocorre já a partir da concepção e perdura durante todo o transcorrer do período gestacional. Se, por um lado, a gravidez representa uma ocasião para freqüentar assiduamente o consultório médico, este é o personagem a quem se recorre quando se está doente. Se é uma ocasião para freqüentar o hospital ou a clínica, estes são lugares onde geralmente se reúnem os doentes. E, para completar, a gravidez geralmente termina dentro da sala de parto, a qual se parece muito com a sala de cirurgia. Assim, "quanto mais a gravidez é vivida como doença, mais ela é, em si, causa de

doença" (ODENT - 1981:3-4).

Segundo KITZINGER (1978:75) em nossa sociedade não é apenas a gravidez que é vivida como doença mas também a própria mulher grávida é tratada como se fosse uma "doente", sendo objeto de cuidados médicos constantes, como alguém que tem problemas de saúde ou que sofre de alguma deficiência. Este quadro é particularmente mais acentuado para as mulheres que são classificadas como "primigrávidas idosas". Para elas "a gravidez é como caminhar num campo minado de perigos ocultos". Neste contexto, o registro de dados e a orientação da gravidez são efetuados por profissionais que não fazem parte da comunidade em que a mãe vive e a família e os amigos são impotentes para intervir no processo. Se nas sociedades primitivas a gravidez já constituía um período no qual a futura mãe recebia advertências alarmantes sobre o que devia e não fazer, em nossa sociedade ela provoca uma ansiedade igual ou ainda maior através do uso constante de aparatos tais como exames, cálculos e intervenções obstétricas do tipo cirúrgica.

Por tudo isso, o parto, tanto quanto a gravidez, não tem sido visto como fenômeno natural. É a gravidez assim, vista como doença, que tende a desencadear a necessidade da atuação de profissionais na hora do parto, cada vez, de forma mais drástica, justificando-se desta forma os altos índices de intervenções cirúrgicas do tipo cesareana observados nos dias de hoje.

No entanto, para a melhor compreensão da lacuna existente entre estes dois extremos, ou seja, o fato da gravidez e o parto passarem de fenômenos naturais para o estágio de gravidez como doença e os altos índices de realizações de cirúrgias cesareanas ora observados, faz-se necessária uma reto

mada sobre a evolução histórica da obstetrícia. Esta surgiu inicialmente quando o homem aturdido e solícito, passou a presenciar o parto. Assim, o parto que na pré-história, à semelhança do que ocorria entre os animais, era um episódio solitário deixou de sê-lo. Mais tarde, as mulheres mais velhas preocupadas em acudir, através de conselhos e práticas diversas, especialmente dirigidas as estreantes na arte do parto, com a intenção de ajudá-las na retirada da criança, deram origem às parteiras. Foi bem mais tarde que a hora do parto começou a constituir foco de investigação e estudos por parte daqueles que se dedicavam a assistir pessoas doentes, com a intenção não só de entender os mecanismos do parto mas também de evitar algumas complicações que via de regra culminavam com a morte da mãe e da criança.

Desde os remotos 2.900 anos A.C., já se encontram referências ao papel da parteira, ficando o legado da obstetrícia restrito durante séculos, ao descobrimento de formas adequadas para se atuar durante o trabalho de parto, culminando com a utilização de instrumentos para a atuação durante o parto, dando início aos chamados partos a fórceps e partos operatórios, hoje denominados cesareanas.

Segundo REZENDE (1987:8), uma assistência mais elaborada ao parto teve início no Egito, com o advento da cadeira obstetríca, a qual, segundo PACIORNIK (1979:22) se destinava às obesas e aristocráticas habitantes do Nilo. Segundo este autor, as primeiras referências relacionadas ao parto em decúbito dorsal datam de 1.700, no seio da rica civilização francesa. Estas referências revelam que o início desta prática ocorreu porque o médico Mariceau, quando era solicitado para atender as mulheres da nobresa parisiense durante o parto,

ao encontrá-las deitadas em leitos elevados, se via obrigado a permitir-lhes que continuassem deitadas, em vez de assentarem-se em bancos, ajoelharem-se ou acocorarem-se, como acontecia com a plebe. Assim, o parto em decúbito dorsal passou a ser moda, proporcionou "status" e, da França, escorado nos argumentos de Mariceau ganhou primeiro as cortes europeias, para depois se difundir pelo mundo civilizado, onde vem, seguidamente sofrendo acréscimo de sofisticação (PACIORNIK, 1979:23).

No Brasil, no entanto, a evolução da obstetrícia, assim como a da medicina, se deu de forma lenta e gradual, uma vez que dependia da vinda de profissionais estrangeiros que tivessem alguma experiência com tais práticas ou do retorno de alguns aristocratas do Brasil que tivessem ido estudar na Europa. O próprio ensino médico no Brasil só teve início com a chegada de D. João VI. E assim, só em 1808 ocorre em nosso país o ensino sobre ligaduras, partos e operações. Antes disso, "o exercício da obstetrícia esteve entregue às parteiras, não raro negras forras, cuja ignorância e métodos de assistência se advinham" (REZENDE, 1987:17).

Já com relação à evolução da assistência durante o período gestacional pouca alusão foi encontrada na bibliografia consultada. Ao que parece, as primeiras referências relacionadas à assistência pré-natal foram encontradas em "Canon", texto enciclopédico escrito por Avicena, filósofo árabe que foi cognominado "Príncipe dos médicos". Em seus textos, além de preconizar métodos anti-concepcionais para mulheres com a matriz e a bexiga doentes e ensinar a provocar o aborto com injeções intra-uterinas, entre outras coisas, ditava também cuidados de higiene pré-natal (REZENDE, 1987:6). Assim, do aprimoramento da arte dos partos, seja através da busca de po

sições consideradas apropriadas, seja através da utilização dos partos com fórceps ou das cesáreas abdominais, desenvolvido na atual assistência dispensada à mulher durante o período gestacional, muito pouco tem sido referido na literatura especializada. Certamente, o desenvolvimento da ciência, gerada pela evolução social e tecnológica, bem como a diferenciação dos povos pela riqueza, tiveram papel importante no estabelecimento dessas novas práticas.

↳ Durante muito tempo o exercício da medicina esteve pautado em conhecimentos que davam relevo ao sobrenatural. As iniciativas baseadas em conhecimentos científicos eram isoladas. Assim, a prática dos partos esteve entregue à insciência e pouco discernimento das parteiras. Foi só a partir do século XVI, que teve início o ressurgimento verdadeiro da ciência e da arte dos partos através, inicialmente, do desenvolvimento de conhecimentos anatômicos e morfológicos e, depois, dos relacionados ao mecanismo do parto. (REZENDE, 1987:3-15).

Contudo, como foi só no século XIX que se observou uma transformação na medicina, através do surgimento dos métodos de investigação, os quais deram à clínica maior apoio no diagnóstico e tratamento, também foi a partir daí que surgiram algumas referências à assistência durante o período gestacional. Elas datam de 1821 quando Laennec, ao fazer revelações sobre a ausculta cardíaca proporcionou que Lejumeau de Kergaradec a transferisse para a ausculta dos batimentos fetais no ventre materno (REZENDE, 1987:21).

No Brasil, as primeiras referências sobre a assistência ao período gestacional encontram-se relacionadas à figura de Fernando de Magalhães, fundador da Escola Obstétrica Brasileira em 1911, pois, segundo REZENDE (1987:17), "o tratamen

to da infecção puerperal, a operação cesareana, que passou de evento bissexto e mortífero à segurança e trivialidade atuais, a proteção da vida embrionária, outrora preceito acadêmico, hoje contingência imperativa, o paulatino e profundo desenvolvimento do mecanismo do parto, o problema da distocia pélvica e a conduta nas hemorragias obstétricas constituem alguns dos muitos temas que a vivência de Magalhães fez palpitar, inspirou ou deu categoria".

Por este motivo e por vários outros, Magalhães e sua escola são considerados de importância ímpar na história e de de desenvolvimento da obstetrícia no Brasil.

Depois de Magalhães e antes da década de 70, mais uma vez, pouca ou quase nenhuma alusão é feita à assistência destinada às mulheres em estado de gravidez, o que me leva a considerar que até então esta se restringia ao setor privado, só existindo no público diante de alguma manifestação patológica que obrigasse a mulher a procurar a assistência institucionalizada. E, nesses casos, o atendimento era centrado na patologia e não na mulher em estado de gravidez.

Portanto, a assistência à mulher durante o período de gravidez, no Brasil, ganhou vulto na década de 70. Contribuíram para isto vários fatores, entre os quais cita-se a influência dos resultados de algumas pesquisas realizadas junto às comunidades, particularmente a Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância e a Investigação de Mortalidade em Adultos, realizadas pela Organização Panamericana de Saúde (SERRANO, 1977:245). Estes estudos, entre outros dados, evidenciaram a necessidade de se dar maior ênfase às ações preventivas, à saúde comunitária e aos programas assistenciais e educacionais.

Paralelo a essas pesquisas, a conscientização do governo sobre a deteriorização gradativa das condições de saúde da maioria da população determinou uma maior preocupação em estabelecer uma política nacional de saúde e neste, o grupo materno-infantil foi considerado prioritário.

Embora não se encontre alusão na literatura de forma explícita, é de se supor que através de suas atividades e programas o governo pretendia, por intermédio de uma política de saúde, transferir para as populações de camadas sociais menos abastadas um tipo ou uma parcela da assistência que, sem dúvida, já era prestada às camadas sociais de maior poder aquisitivo. O governo desta maneira procurava garantir a sobrevivência e a reprodução da força de trabalho nos limites necessários às exigências da expansão do capitalismo e a manutenção da estrutura do poder vigente (CANESQUI, 1983:30).

Assim, no início dos anos 70, a saúde do grupo materno-infantil, como prioritária nos planos governamentais, suscitou um conjunto de ações sanitárias formuladas pelo Ministério da saúde, através de sucessivos planos correspondentes a diferentes conjunturas (CANESQUI, 1983:29).

Os primeiros planos, em número de dois, surgiram em 1973, inspirados no Plano Decenal de Saúde das Américas e sob a orientação do I Plano Nacional de Desenvolvimento. Suas ações de saúde dirigiram-se às mulheres no ciclo reprodutivo e às crianças de 0-4 anos, tendo em vista a redução da mortalidade infantil e materna, além de descartar compromissos anti-natalistas. Isto porque as orientações e os parâmetros utilizados na sua elaboração foram os da Doutrina de Segurança Nacional, que preconizava que a grandeza da nação dependia da ocupação dos espaços vazios nacionais, o que poderia ser asse

gurado por filhos hígidos e sadios (CANESQUI, 1983:29).

Em 1975, através de um rearranjo institucional no Ministério da Saúde, o qual buscou uma integração com o Ministério da Previdência Social, tiveram origem alguns programas de extensão de cobertura às camadas marginalizadas, através da saúde pública. No que dizia respeito à mulher foram focalizados os eventos relacionados ao pré-natal, gestação, parto e puerpério, à contracepção, à esterilidade e às patologias ginecológicas e mentais (CANESQUI, 1983:29).

Em 1977 foi elaborado um novo plano nacional de saúde de Materno-Infantil e em 1978 foi incluído neste, um conjunto de Normas para Identificação e Controle dos Riscos Reprodutivo, Obstétrico e de Infertilidade (CANESQUI, 1983:29-36).

Como se vê, os programas de saúde materno-infantil começam a incluir gradualmente o aconselhamento e orientação ao espaçamento das gestações e a educação à paternidade responsável, definindo assim o planejamento familiar, embora de cunho educativo e sem oferta de meios contraceptivos.

Em contra-partida, o interesse manifestado por parte do governo com a saúde materno-infantil nestes programas fez com que o Brasil fosse escolhido em 1974 para sediar um programa de desenvolvimento de projetos em países latino-americanos durante um período de cinco anos (SERRANO, 1977:248). Assim, com início na década de 70, alguns programas subsidiados pela Fundação W.K. Kellogg, ocuparam posição de destaque no desenvolvimento da assistência materno-infantil. Estes programas objetivavam o desenvolvimento de metodologia assistencial em saúde materno-infantil e o desenvolvimento de recursos humanos para o trabalho em programas nesta área e também na área familiar. Eles previam, entre outras coisas, o desenvolvimento

de 9 (nove) projetos de integração docente-assistencial regionalizada, que foram distribuídos nas várias macro-regiões do país, indo de Belém do Pará a Londrina no Paraná (SERRANO, 1977:243-60).

Estes programas foram importantes porque, ao lado da valorização da integração docente assistencial, a partir deles, teve início, embora de forma incipiente, um novo tipo de assistência à saúde no Brasil, mais tarde denominada Assistência Primária à Saúde, que se caracterizou pela maior responsabilidade dos Municípios e dos Estados com a Saúde de sua população, pela regionalização e hierarquização das atividades de saúde e pela delegação de funções entre a equipe de saúde.

Ainda com relação às ações básicas de saúde, em 1980 foi elaborado um programa, pelo Ministério da Saúde, denominado Prev-Saúde, onde a saúde da mulher, paralelo à saúde de outros grupos considerados prioritários, ganhou destaque. Ele representava, de certa forma, a incorporação pelo Estado de propostas formuladas desde o início dos anos 70, por forças sociais do setor saúde, comprometidas com a saúde coletiva. Embora arquivado, face à conjuntura de crise vivida pelo país na época, este programa evidenciava a consciência por parte do governo, da necessidade de modificar a assistência médica prestada à população, através da valorização dos cuidados básicos e da integração das atividades de recuperação com as de promoção e proteção da saúde. Além disso, com estas medidas também seria possível obter uma maior utilização de recursos e uma redução nos custos e conseqüentemente corrigir as distorções existentes no sistema de saúde vigente àquela época.

Porém, foi só em 1983, que surgiu pela 1ª vez um pro

grama institucional, exclusivamente destinado à saúde da mulher, intitulado "Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher". A despeito das inúmeras discussões suscitadas sobre os verdadeiros interesses do governo com este programa, a verdade é que, pelo menos a nível teórico, o mesmo previa a assistência à mulher em todos os seus ciclos de vida.

Se, por um lado, o avanço do conhecimento científico no campo médico e a institucionalização das políticas de saúde têm possibilitado que, ao nível de documentos, as mulheres de classe média e baixa tenham acesso a um tipo de assistência que deveria ser global, em termos de qualidade e de extensão, não só de cobertura, mas também em termos de abranger todos os ciclos vitais pelos quais a mulher passa, onde se inclui a assistência pré-natal e ao parto, por outro lado, o que se observa na prática, é que a organização social e administrativa dos serviços de saúde, notadamente os da esfera pública, tendem a confirmar, através de seus programas e atividades oferecidas, que a maternidade continua se constituindo o apogeu da vida da mulher, e que as ocorrências de processos, tais como: gravidez, parto, puerpério e aleitamento são, necessariamente, e às vezes exclusivamente, os alvos privilegiadados dos chamados problemas de saúde da mulher.

Como em verdade, é fato histórico que as mulheres sempre engravidaram e tiveram seus filhos e que estes acontecimentos nem sempre estiveram sob a guarda e vigilância médica, bem como não se caracterizaram necessariamente como estados patológicos, é de se supor que a ênfase que tem sido dada a este tipo de assistência represente, no mínimo, uma ampliação, tendo em vista o atendimento de problemas extremamente angustiantes para as mulheres, segundo suas próprias constata

ções.

No entanto, o que observamos hoje é que, embora o acompanhamento pré-natal já provasse sua eficácia na assistência da mãe e do concepto, mesmo assim, apresenta ainda deficiências na extensão da cobertura e no seu padrão de qualidade. Isto acontece basicamente por dois motivos: 1º - o tipo de assistência prestada difere por classe social mais explicitamente, entre a assistência governamental e a privada e, 2º - as condições de vida das classes sociais menos abastadas determinam condições mais precárias de saúde, advindas de situações onde a assistência pré-natal basicamente não prevê atuação, pois como é mister saber, a assistência à saúde e consequentemente a assistência obstétrica caracteriza-se por atuar preponderantemente curativo. Desta forma, a prevenção de doenças e a importância social de suas causas não são consideradas, muito menos de forma adequada.

Assim sendo, atualmente, a assistência pré-natal caracteriza-se pelo diagnóstico e tratamento de intercorrências patológicas as quais, muitas vezes, são apenas exacerbadas pelo estado gestacional. Além disso, essa assistência visa, principalmente, identificar, através de recursos diagnósticos, às vezes altamente sofisticados, algumas perturbações físicas, morfológicas, fisiológicas, etc., que possam estar ocorrendo com a mãe ou com a criança.

Indubitavelmente, tais testes são valiosos quando há manifestações que os justifiquem, entretanto, o que se questiona é sua utilização indiscriminada "só porque existe o equipamento para tal, ou porque obstetras estão procedendo a uma investigação, com explicações insuficientes, e sem referência à mulher como pessoa, causando confusão e angústia" (KITZINGER,

1978:76). Isto pode trazer como consequência, entre outras coisas, a falta de confiança por parte das futuras mães na sua capacidade de dar à luz a um bebê saudável, sem a ajuda de profissionais. Além disso, muitas vezes, o que a mulher sente e percebe, ao invés de se constituir num recurso coadjuvante, tem menos valor do que o resultado de um exame clínico ou laboratorial, apesar da possibilidade de qualquer um deles ter sido realizado de forma superficial ou incorreta. Superficial, devido ao pouco tempo dispensado às consultas e à falta de interesse por parte de quem as realiza, por motivos vários que não cabe discutir no momento. E, incorreta, devido às deficiências não só no processo de orientação dispensada a quem será submetido aos exames, mas também nas condições de cunho técnico e estrutural necessários para a realização eficaz de exames diagnósticos.

Nesse sentido, a assistência pré-natal que tem sido prestada, parece não estar atenta em prestar esclarecimentos, em informar, em deixar saber com antecedência o que poderá acontecer, em discutir possibilidades, enfim, em contribuir para que a mulher deixe de ser passiva em relação ao processo gestacional e passe a ser o agente ativo, o sujeito do mesmo, alguém capaz de muito mais que apenas conceber e servir de instrumento para o desenvolvimento de um novo ser, mas também capaz de, conhecendo, pensar e agir sobre tudo o que incide sobre seu próprio corpo.

Contudo, paralelamente a este tipo de assistência e surgindo nos mesmos moldes já conhecidos, ou seja a partir de novos conhecimentos e destinados inicialmente às camadas mais elevadas, para depois ser transferida às camadas menos abastadas, assistimos nos últimos anos, a uma gradativa mudança na

filosofia da assistência prestada ao período de gravidez. Esta mudança prevê uma assistência mais global durante o período gestacional, sendo que no Brasil podemos detectar algumas práticas que evidenciam esta mudança de filosofia, como, por exemplo, o incentivo e o retorno ao aleitamento natural, o preparo psicoprofilático para o parto, o parto de cócoras, a maior participação do companheiro durante a assistência pré-natal e até mesmo na sala de parto, o parto domicilair, etc. No entanto, estas práticas caracterizam-se ainda como isoladas, à medida que, a maioria delas ainda não foi institucionalizada, nem devidamente considerada ao nível teórico. Outra característica comum entre tais práticas é o estímulo ao reconhecimento da necessidade, e desejo da mulher, em participar mais e ativamente durante todo o processo. Ou seja, essas abordagens requerem maior participação da mulher, fazendo com que a mesma saia da situação de mera espectadora dos acontecimentos que com ela ocorrem (já que na maioria das vezes ela é apenas uma receptora de informações pré-estabelecidas) e passe para um estágio de envolvimento com os processos que envolvem e incidem sobre seu corpo.

Mas, para que essa situação seja vigente na prática, necessário se faz uma conscientização por parte de todos, de que a participação de uma ação dessa natureza só existe quando a participação, desde a sua concepção até o seu término, é feita a dois. Isto significa que um novo tipo de relação cliente x profissional de saúde precisa existir e nesta, as questões referentes ao corpo e às práticas que sobre ele incidem, devem emergir. Assim, o que se visa, se sente e se pensa em relação ao próprio corpo, passa a ter seu espaço de expressão assegurado.

Isto é importante porque, segundo NASCIMENTO, (1984:3-4), o tipo de assistência prestada deixa claro, em última análise, que o bem-estar da gestante e do seu conceito, é tido, unicamente, como da responsabilidade e da competência dos profissionais e das instituições destinadas a prestarem assistência a ambos (mãe e filho). Portanto, a gestante é excluída do processo assistencial, não lhe sendo conferida a oportunidade e nem a possibilidade de colocar as suas próprias percepções de necessidades. Assim, ela não participa como elemento integrante do processo assistencial, pois a ela cabe apenas seguir as determinações estabelecidas como necessárias.

No entanto, escutar o que a mulher traz consigo e como ela o traz, o que a faz sofrer e incomoda, é condição "sine qua non" para que o profissional de saúde possa, junto com ela, localizar de que forma seu saber específico pode ser útil. Quando se nega a singularidade de cada indivíduo e a elaboração própria de sua história socialmente vivida, se impede que o contato com os profissionais de saúde possa resultar no atendimento às expectativas de quem o procurou. Com relação a este aspecto há de se considerar que as expectativas dos clientes hoje, ao procurarem um médico, fruto do próprio tipo de relacionamento mantido com este profissional, por muitos anos, restringem-se à questão da cura, uma vez que, a preocupação com a qualidade das relações e da assistência prestada na maioria das vezes quase que inexistente ou é colocada a um segundo plano. Foram muitas as vezes, no desenvolvimento de minha própria prática, que pude perceber as mulheres, principalmente aquelas das classes menos favorecidas, sem conseguir expor seus pontos de vista, suas crenças em relação à saúde, mesmo quando a elas era colocada essa oportunidade. É importante es

clarecer que, na maioria das vezes, tais situações e oportunidades foram isoladas. Este tipo de dificuldade, apresentada principalmente pelas pessoas de classes sociais menos favorecidas, também já foi observada e é muito bem descrita por BOLTANSKI (1979) em sua obra intitulada "As classes sociais e o corpo".

Acredito que com uma maior participação do cliente na relação com os profissionais de saúde, o tratamento se torna mais fácil e a doença mais difícil de aparecer, por um motivo muito simples, qual seja, ao invés de apenas cumprir ordens, o cliente, a partir de conhecimentos adquiridos, pensa para agir. Porém, apesar de os profissionais de saúde já terem conhecimento sobre este fato, o tipo de relacionamento mantido com o cliente continua o mesmo. Assim, ao cliente não é aberta a oportunidade de escolher entre um caminho A ou B e de pensar sobre as causas e conseqüências de determinado "caminho".

Esta oportunidade de participar nas decisões sobre seu corpo, de fazer opções, etc, só será possível a partir do momento em que os profissionais da área da saúde deixarem o apoio da muleta do "não há tempo para conversar" e começarem a se dar conta do ser humano que é o cliente. E que este, tem muitos conhecimentos, apesar de às vezes não saber elaborá-los e/ou manifestá-los e que estes conhecimentos influenciam suas situações de vida, a exemplo do que ocorre na forma como a mulher experiencia uma gravidez.

Em resumo, a minha convicção é de que ao profissional de saúde cabe buscar entender e por muitas vezes, fazer com que as pessoas entendam a situação da mulher que experiencia uma gravidez, a partir de uma nova prática e de um novo rela

cionamento, ao se convencer de que elas, melhor do que ninguém, conhecem seu corpo e, portanto, são capazes de perceber o que acontece com ele. Ademais, todos devem estar convencidos que esta percepção é importante na medida em que fornece subsídios para a atuação do saber científico. Acredito que conhecer e entender o que as pessoas sentem e experienciam ao vivenciam determinadas situações, neste caso específico, o período de tempo de uma gravidez, pode vir a se constituir na 1ª fase deste complexo processo de transformação das relações existentes entre o cliente e o profissional da área de saúde.

No entanto, a revisão bibliográfica efetuada demonstrou que poucos estudos têm valorizado a perspectiva, a percepção e a experiência das próprias mulheres em estado de gravidez de forma global. No Brasil, além da escassez de estudos sobre este tema, os poucos existentes, limitam-se a abordar apenas alguns de seus aspectos. Esta "limitação" apesar de metodologicamente correta, dificulta e/ou retarda a ampliação do conhecimento na área.

NASCIMENTO (1984) por exemplo, apesar de abordar os medos e sentimentos de mulheres grávidas associados à gravidez, ao parto e à criança, centrou o foco de sua investigação sobre o interesse e preocupações das gestantes em relação ao parto e sobre seus conhecimentos relativos aos diferentes tipos de parto e suas fases.

EIRAS (1983) por outro lado, não restringiu sua abordagem a apenas um aspecto, já que coletou e comparou dados sobre as experiências e sentimentos de mulheres grávidas a cerca da gravidez, do parto, do nascimento e do bebê, sobre seus conceitos a respeito de papéis de mãe e pai, sobre as experiências passadas com os próprios pais e sobre suas avaliações

quanto ao desempenho da parentalidade. Porém, constituiu sua amostra apenas com mulheres do 2º e 3º trimestre de gravidez.

Já GARCIA (1985), ao estudar a problemática psicossocial de mulheres em estado de gravidez, constituiu sua amostra apenas com adolescentes solteiras, pois objetivava conhecer especificamente a realidade concreta da gestante adolescente solteira, ou seja, os significados que elas atribuem aos fatos, às situações, as pessoas que a cercam e às suas próprias ações.

A nível internacional já existem alguns estudos mais abrangentes que foram realizados com o intuito de subsidiar a assistência às mulheres durante as crises de gravidez, parto e puerpério. Nestes, a evolução do estado psicológico durante toda a gestação, por exemplo, foi acompanhado, seja através dos sonhos, tanto da mulher grávida como de seu companheiro, seja através da identificação de variações nas características da personalidade, as quais são muitas vezes expressas por temores ou estados psicossomáticos.

Dentre estes estudos encontra-se o de SOIFER (1984) que através de observação clínica após 16 anos de trabalho em psicoprofilaxia obstétrica e psiquiatria infantil, caracterizou os movimentos específicos de incremento da ansiedade ao longo da gravidez, identificando sete momentos desencadeantes de crise.

Segundo a autora, "cada um desses acessos de ansiedade, que podem durar dias ou semanas e chegar a produzir sintomatologia física própria, ou inclusive provocar aborto ou parto prematuro, caracteriza-se por fantasias bem determinadas e específicas, cujo conhecimento possibilita ao profissional realizar a higiene mental adequada, a fim de prevenir um ulterior

agravamento.

Por outro lado, embora muitos estudos enfocando as pectos do estado psicológico durante a gravidez, a partir da perspectiva das próprias gestantes, já tenham sido realizados, observa-se que a maioria deles, ainda é fragmentada. Assim sendo, dentre os vários temas que têm constituído interesse nestes estudos, encontramos com bastante frequência a questão da mudança na imagem corporal ou auto-imagem durante a gravidez (FAWCETT, 1977, 1978, 1986; IFFRIG, 1972; STRANG, 1985; TOLOR, 1977 e WEINBERG, 1978); o relacionamento conjugal (RICHARDSON, 1983; MOORE, 1983; GRIFFITH, 1976; PORTER, 1979; WENNER, 1969; BROOM, 1984 e 1986; MEYEROWITZ, 1970) e o relacionamento com outras pessoas, particularmente, filhos e familiares (DUNN, 1980; DUNN, 1981; KENDRICK, 1980; RICHARDSON, 1981 e RICHARDSON, 1982; RICHARDSON, 1983; TAYLOR, 1973; RUBIN, 1975); o suporte social recebido durante a gravidez (BROWN, 1986; TILDEN, 1983; CRONEN & WETT, 1985) etc.

Na literatura consultada, a única autora que abordou o fenômeno gestacional como uma experiência humana global foi WINSLOW, (1987). Esta autora, utilizando um método qualitativo, mais precisamente a "Grounded theory", estudou 12 primigestas com mais de 35 anos com o objetivo de melhor entender a experiência e as dimensões psicológicas de uma primeira gravidez após os 35 anos de idade. A estrutura conceptual identificada com central nesta experiência foi denominada pela autora de "Gravidez como um projeto". Ela é composta de quatro fases: "Planejando a gravidez", que ocorre antes da concepção; "Procurando passagem segura", que ocorre nas primeiras vinte semanas de gravidez; "A realidade do novo" que corresponde ao período compreendido entre a 24ª e a 34ª semana de gravidez;

e "Antecipando o futuro" que ocorre após a 34ª semana de gr
videz".

As características e vivência de cada uma destas fa
ses levaram a autora a concluir que na experiência de engravi
dar pela 1ª vez após os 35 anos de idade existem importantes
diferenças psicológicas inerentes à defesa do nascimento e
que isto tem implicações significantes para a prática da en
fermagem.

Portanto, na revisão bibliográfica efetuada consta
tei, e isto pode ser observado nos comentários anteriores,
que: 1) a maioria dos estudos já realizados têm abordado os
problemas das gestantes a partir da ótica de profissionais; 2)
os estudos nacionais relacionados à percepção e experiências
vivenciadas pelas mulheres durante o período gestacional são
ainda incipientes e mesmo assim, esta percepção é muitas ve
zes abordada apenas casualmente, pois os objetivos destes es
tudos são vários; e finalmente, 3) na maioria dos casos os da
dos são colhidos num determinado corte do espaço-temporal, o
que os torna restritos a um determinado ponto do processo ges
tacional, apesar das informantes encontrarem-se em diferentes
períodos de gestação e diferentes estágios de evolução.

Além disso, constatei também que as propostas de tra
balho apresentadas nos relatos de experiência e nos ensaios
teóricos, trazem à tona a carência de conhecimento que possam
fundamentar e nortear a assistência de enfermagem à gestante,
uma vez que, nem sempre, parece haver coerência entre o supor
te teórico adotado e a metodologia de assistência então pro
posta; isto sugere que há uma inconsistência nos conhecimen
tos adquiridos, e mesmo uma dificuldade em traduzir para a
prática alguns pressupostos teóricos.

Por outro lado, acredito que o período de gravidez e a gestação já foi, e continua sendo, muito estudado do ponto de vista de suas alterações morfológicas, funcionais e psicológicas, por isto, considero que o que falta para uma assistência mais adequada à mulher em estado de gravidez, é o aprofundamento e compreensão do período de gestação enquanto fenômeno experienciado pelo ser humano. É neste contexto que surge o meu interesse em estudar o que as mulheres sentem e percebem ao experienciarem uma gravidez. Isto, acredito que pode ser mais fácil e completamente alcançado a partir de estudos que valorizem a perspectiva dos próprios indivíduos que estão vivenciando esta experiência, justificando-se desta forma a escolha de uma abordagem qualitativa. A "Grounded theory" por sua vez, foi escolhida como linha metodológica devido à necessidade de se explorar o conceito de percepção do período de gestação de forma profunda e de maneira tal que possibilite o surgimento de novas idéias, conceitos e constructos sobre este fenômeno.

Assim sendo, defino o objetivo deste estudo como sendo o de explorar para compreender, o período de gestação a partir da percepção de mulheres em estado de gravidez.

Implicitamente, espero que a partir do conhecimento da maneira como as mulheres, de forma geral, percebem, definem e priorizam as transformações que ocorrem consigo mesmas durante a gravidez, haja por parte dos profissionais de saúde uma maior preocupação com as formas de abordagem e de relacionamento com a cliente, enquanto ser humano, durante a assistência pré-natal. Além disso, espero que a reflexão sobre a relação existente entre a assistência que vem sendo prestada e aquela necessária para atender as reais necessidades de mu

lheres em estado de gravidez, constituam razões para que esforços sejam envidados por parte dos profissionais de saúde e das políticas de saúde vigentes, no sentido de tornar essa assistência eficiente e eficaz do ponto de vista das pessoas que a procuram.

Para tanto, a questão norteadora deste estudo é a percepção longitudinal da mulher sobre o seu estado de gestação. A fim de detalhar e especificar esta questão, duas perguntas de pesquisa foram elaboradas: 1) Como a mulher grávida percebe a si e a seu estado ao longo do período de gestação?; 2) Que transformações são percebidas ao longo do período de gestação?.

II. CONSTRUINDO A TEORIA

1. ASPECTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa que foi desenvolvida é um estudo do tipo qualitativo que adotou como linha metodológica básica a "Grounded Theory" (GLASER & STRAUSS, 1967) e como método de coleta de dados a "Observação Participante" (LEININGER, 1985). Nos estudos qualitativos, a "metodologia não é vista apenas como uma das etapas do mesmo, mas sim como o conjunto do todo" que acompanha e envolve o processo total de pesquisa, desde o seu planejamento, até a forma de apresentação de seu relatório final, incluindo a própria concepção de pesquisa da autora do estudo.

Apesar destas considerações, optei por apresentar no presente relatório os aspectos metodológicos de forma destacada. Isto porque acredito que as pesquisas qualitativas, embora de suma importância, dadas as suas características, para subsidiarem uma melhoria na assistência de enfermagem, são ainda incipientes em nosso meio. Não somente por isso, mas também devido ao desconhecimento, seja em relação às suas vantagens e até a sua existência, seja sobre a forma de desenvolver este tipo de pesquisa.

Assim sendo, neste capítulo, procurarei descrever da melhor forma possível, além dos "aspectos metodológicos", todo o caminho por mim percorrido desde que me decidi a desenvolver um estudo dentro da linha qualitativa. Durante esta descrição, procurarei revelar os principais aspectos relativos à minha experiência pessoal em desenvolver o estudo atra

vés da verbalização/apresentação de meus sentimentos, reações e decisões em cada um dos momentos vivenciados ao longo do mesmo. Com isto, pretendo não só salientar o significado e as dificuldades sentidas ao desenvolver uma pesquisa qualitativa, mas também demonstrar o meu crescente envolvimento com o processo de pesquisa como um todo.

Para facilitar o acompanhamento e entendimento desta experiência, a mesma está sendo dividida e apresentada em 4 momentos distintos que receberam as seguintes denominações: 1) definindo-me pelo tema; 2) decidindo-me por um estudo qualitativo; 3) definindo-me pelo tipo de estudo e 4) desenvolvendo o estudo. Eu entendo que cada um destes momentos, a seu tempo, esteve impregnado pela necessidade da tomada de algumas decisões em relação aos aspectos metodológicos. Porém, estas decisões não foram baseadas apenas no conhecimento puro e isolado da metodologia de pesquisa adotada, mas também na minha experiência de vida; por isto, optei por fazer uma apresentação da metodologia onde a concomitância dos aspectos metodológicos à minha vivência fosse salientada.

1.1. Definindo-me pelo tema

É difícil precisar quando ocorreu o início de meu interesse em estudar a mulher em estado gestacional. A própria consciência de meu interesse por este tema não ocorreu em decorrência de um ato previamente planejado. Ela foi surgindo aos poucos, tendo sido desencadeada a partir de encontros com orientadores ao longo do curso de mestrado, onde fui incentivada e orientada a relembrar e ao mesmo tempo questionar experiências profissionais que me marcaram, não só na área da assistência, mas também na de pesquisa, na qual vinha me intro

duzindo há algum tempo.

Através deste processo constatei que desde a vida acadêmica, quando comecei a trabalhar em um hospital especializado em câncer, já comecei a apresentar um interesse particular em relação à saúde da mulher. Provavelmente, contribuiu muito para isto a consciência de que, na condição de mulher, eu também estaria vulnerável a esse grande problema de saúde que é o câncer ginecológico, mesmo considerando-me em condições de agir, a nível de prevenção das complicações através principalmente, da realização do exame de detecção precoce.

No entanto, o fato de saber que um grande número de mulheres continuava a morrer por problemas facilmente detectáveis e preveníveis, devido à dificuldade de acesso aos serviços ou o desconhecimento sobre a existência e eficácia dos exames de detecção e prevenção de alguns tipos de cânceres ginecológicos, de certa forma, referiam minha vulnerabilidade pessoal e minha impotência profissional.

Nessa ocasião realizei um estudo onde procurei comparar os conhecimentos e a prática de mulheres em relação ao câncer ginecológico em duas populações femininas da cidade de Londrina: funcionárias de enfermagem de dois hospitais um geral e um especializado em câncer, e moradoras de um bairro característico de classe média. Os resultados demonstraram que, apesar das funcionárias terem um maior nível de conhecimento, as mulheres do bairro realizavam os exames de detecção precoce com mais regularidade.

Posteriormente, já na vida profissional, apesar de atuar junto a homens, mulheres e crianças, uma vez que trabalhava na supervisão noturna, em vários setores, de um hospital geral, o grupo formado pelas mulheres continuou a chamar minha atenção. Desta feita foi o tipo de clientela que chegava ao

pronto-socorro a qual despertou-me para a questão da saúde da mulher. Assim, logo identifiquei a frequência e as complicações advindas de abortos provocados naquela população, e isto me causou muitas inquietudes.

Porém, foi bem mais tarde que minha atuação profissional, circunstancialmente, começou a se definir por uma assistência voltada, especificamente para a questão da saúde da mulher. Inicialmente, ainda trabalhando a nível de supervisão, tive oportunidade de observar no setor de maternidade que as mulheres, após o parto, nem sempre se sentiam preparadas em muitos aspectos, para o seu novo papel. Esta constatação esteve representada em mim pela dificuldade apresentada pelas mulheres em praticar o aleitamento materno. As inquietudes advindas desta observação levaram-me a investigar a atuação dos serviços de pré-natal em relação ao incentivo ao aleitamento materno. Os resultados demonstraram que apesar de a maioria das mulheres fazerem pré-natal esta questão não era enfocada pelos serviços, demonstrando a dicotomia existente na assistência prestada ao binômio mãe-filho.

A partir desta constatação muitos dos meus questionamentos permaneceram, por algum tempo, arraigados à questão do incentivo ao aleitamento materno a ponto de, praticamente, constituir-se no foco principal de meu interesse e atuação quando iniciei-me no ensino da graduação em enfermagem, suscitando a escrita de uma série de textos sobre o tema. Contudo, com o transcorrer do tempo e o convívio com um maior número de mulheres, por ocasião do acompanhamento de alunos em alguns estágios supervisionados, a questão relacionada com a saúde das mulheres foi sendo ampliada e, por diversas vezes, revista até que hoje me preocupo em refletir sobre o significado que a saúde e suas diferentes formas de apresentação pode ter

para as mulheres.

É neste contexto que surge meu interesse em apreender o significado da gravidez na vida das mulheres.

1.2. Decidindo-me por um estudo qualitativo

A existência de estudos e/ou pesquisa qualitativa era algo com o qual não tinha contato até quando fui fazer o mestrado em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina, mais especificamente até cursar o 3º semestre do curso, oportunidade em que "Métodos Qualitativos de Pesquisa" foi oferecida como uma disciplina optativa.

Ao longo do desenvolvimento dessa disciplina, eu tive oportunidade de conhecer as bases filosóficas e as características principais de uma pesquisa qualitativa. Esse conhecimento foi aguçado quando, mesmo ultrapassando a carga horária os alunos, juntamente com o professor, optaram por fazer um pequeno treinamento prático a fim de desenvolver a observação como técnica de coleta de dados, a descrição como forma de registro de dados e a categorização, embora apenas a nível inicial, como meio de análise de dados. Ao término das atividades da disciplina, apesar das lacunas no conhecimento e da pequena experiência vivida, eu sentia que este tipo de metodologia iria responder de forma mais completa aos meus anseios em relação ao desenvolvimento de uma pesquisa. Isto, especialmente porque eu sentia que com esta metodologia a experiência dos pesquisados era importante, pois, como afirmam Pelto e Sprandley, citados por LEININGER (1985: 7) este é o melhor método para descobrir as essências, os sentimentos, atributos, significados e aspectos teleológicos ou filosóficos de um fenômeno sob estudo. Igualmente, a minha experiência de vida faa

ria parte do processo de pesquisa, muitas vezes de forma de terminante.

Portanto, não foi só a consciência das limitações e frustrações de um estudo quantitativo, obtida nas minhas poucas experiências em desenvolver pesquisa, alegando principalmente o fato dos indivíduos e seus atributos serem reduzidos a uma simples variável ou hipóteses, que me levou a desejar desenvolver um estudo qualitativo. O deslumbrar da possibilidade de poder, através de uma pesquisa, não só explorar mas também valorizar o ponto de vista ou estrutura de referência das pessoas, de forma a conhecer os seus valores, significados, crenças, pensamentos, bem como as características de seus eventos de vida, das suas situações ou fenômenos vivenciados em determinados momentos. Tudo isso me despertou para a importância deste tipo de pesquisa no desenvolvimento da enfermagem. Finalmente, considero que os aspectos anteriormente mencionados quando somados ao receio que eu tinha de não ter outras oportunidades, e às dificuldades que eu enfrentaria fora do curso de mestrado para desenvolver este tipo de pesquisa, é que, realmente, me levaram à decisão de desenvolver minha dissertação de mestrado dentro da linha qualitativa.

1.3. Definindo-me pelo tipo de estudo

Embora na maioria das vezes as decisões referentes às questões metodológicas do estudo, sejam de competência do mestrando, existem alguns fatores que precisam ser considerados antes que uma decisão seja tomada. Historicamente e extra-oficialmente, sabe-se que um dos fatores que mais têm influenciado esta decisão é a disponibilidade de orientador entendida além da simples questão tempo disponível ou da rela

ção orientador X número de orientandos. Ela envolve linhas de pesquisa e interesses individuais do orientador, enquanto pesquisador, os quais podem coincidir ou estar relacionados com o problema de pesquisa que está sendo proposto pelo orientando.

Na verdade, a escassez de pesquisadores envolvidos com estudos na área da enfermagem, e conseqüentemente de orientador para este tipo de estudo, foi um dos entraves sentidos por ocasião de minha decisão em desenvolver um estudo qualitativo para a dissertação. A única pessoa capacitada para orientar estudos dentro desta linha de pesquisa já estava com o número máximo de cinco orientandos permitidos pelo Regimento do Curso de mestrado em Enfermagem da UFSC, embora existisse a previsão de que no decorrer do semestre, ou, o mais tardar, ao término do mesmo, algumas de suas orientandas defenderiam suas dissertações de mestrado e abririam-se novas vagas para outros orientandos.

Assim, frente à minha determinação em desenvolver este tipo de pesquisa, após dois contatos com a orientadora, decidimos pela utilização de uma estratégia que o curso entendia como possível, ou seja, pela realização de uma disciplina caracterizada como Estudo Independente, a qual foi denominada de "A observação - participante como metodologia de pesquisa aplicada à assistência pré-natal". Nesta disciplina, eu me propunha a aprofundar os conhecimentos sobre a metodologia qualitativa e a fazer um treinamento de suas técnicas específicas de coleta de dados e registro de informações. Como a mesma previa que ao seu término eu deveria estar com meu projeto de pesquisa elaborado, a sua realização durante todo um semestre não foi interpretada como um possível fator de atraso no prazo que eu teria para terminar o curso.

O fato de a disciplina possibilitar o aprofundamento teórico da metodologia qualitativa e o treinamento de algumas de suas técnicas específicas foi visto como benéfico porque o emprego desta metodologia de pesquisa ainda é muito recente na área da enfermagem, e até por isso necessita que os estudos realizados sejam muito bem fundamentados. Além disso, o treinamento possibilitaria que a definição do problema de pesquisa ocorresse a partir da observação de situações reais, tal como propõem os defensores desta metodologia de pesquisa, e não da necessidade e/ou curiosidade do pesquisador, ou seja, voltados principalmente para os produtos de minha experiência de vida.

Implicitamente, o desenvolvimento da disciplina permitiria também identificar se eu realmente possuía condições, ou melhor, os atributos necessários para desenvolver um estudo dentro desta linha, tais como: paciência, não ter pressa em ver resultados, sobreviver ao viver com ambigüidade, etc.

A identificação destes atributos antes do início do estudo se fazia necessária porque as características da metodologia não permitiriam, a não ser com uma perda muito grande de tempo, que eu descobrisse só mais tarde que não estava me adaptando à metodologia adotada. Por isto, segundo a orientadora, eu deveria estar muito firme em minha decisão. Ela costumava afirmar que "iniciar um estudo qualitativo é quase um caminho sem volta". Para mim, a exigência destes atributos representaram um desafio muito grande, mas eu estava decidida, por isto passei a considerar que a aquisição ou controle sobre os mesmos deveria ser interpretado como um dos muitos aprendizados que eu levaria do mestrado.

O treinamento no campo teve uma duração de dois meses e constituiu mais tarde a etapa do "ganhando acesso", a qual

corresponde às fases 1 e 2 da coleta de dados. Os dados coletados subsidiaram a definição do problema de pesquisa e dos objetivos do estudo, e a disciplina, como um todo, subsidiou a elaboração do projeto de pesquisa, bem como as decisões referentes aos aspectos metodológicos.

1.4. Desenvolvendo o estudo

Embora as definições relativas ao problema de pesquisa e a linha metodológica a ser adotada só tenham ocorrido após um determinado tempo no campo, o desenvolvimento do estudo teve início com a minha entrada no campo, ou seja muito antes do período no qual os dados específicos ao problema de pesquisa começassem a ser coletados. Por isto, o desenvolvimento do estudo está sendo dividido em 3 etapas:

1. Pré-trabalho no campo;
2. Trabalho no Campo;
3. Pós-trabalho no Campo.

1. Etapa do Pré-Trabalho no Campo

A etapa do pré-trabalho no campo corresponde ao período no qual, na qualidade de pesquisadora, planejei atividades, identifiquei necessidades e tomei decisões relativas às questões metodológicas de forma que o estudo pudesse ser desenvolvido a contento. Duas atividades caracterizaram esta etapa: a escolha do local do estudo e a solicitação de permissão para a realização do estudo.

a) Escolhendo o local do estudo

A escolha do serviço de pré-natal para a coleta inicial dos dados obedeceu o proposto por BOGDAN e TAYLOR (1975: 27-8), ou seja, procurei um local que atendesse aos meus interesses substantivos e teóricos enquanto pesquisadora. Assim, na escolha do local adotei basicamente 3 (três) critérios: a localização geográfica do serviço, o tipo de assistência prestada no serviço e o período de atendimento à gestante.

A localização geográfica do local onde os dados serão coletados é um dos critérios que BYERLE (1968:) e BOGDAN & TAYLOR (1975:28) referem que deve ser considerado pelo pesquisador durante a definição de seu local de estudo.

Ao adotar este critério, considerei os seguintes aspectos: 1. Escolhi um local próximo à minha residência, porque entendia que isto possibilitaria ganho de tempo no meu deslocamento e também economia financeira. Além disso, o local escolhido ainda apresentava como vantagem o fato de se encontrar localizado dentro do "campus" universitário. Isto interpretei como sendo um facilitador dos contatos e acesso à orientadora e bibliotecas e também ao próprio serviço, uma vez que se tratava de um local habituado com a presença de estagiários e alunos da graduação de vários cursos da área da saúde.

Com relação ao tipo de assistência prestada pelo serviço, considerei o fato de o mesmo possuir um programa de assistência à gestante no qual era prevista a participação do profissional enfermeiro, pois eu ainda não havia definido o problema de pesquisa, e a assistência prestada por este profissional poderia vir a se constituir em foco de interesse, já que esta é a área de minha formação.

Finalmente, com relação ao horário de atendimento considerei o fato do atendimento à gestante, a nível ambulatorial, no referido serviço, limitar-se apenas ao período matutino, além de possuir um número fixo de atendimentos diários relativamente baixo. Estes dois aspectos, no meu ponto de vista, foram considerados favoráveis ao andamento do estudo porque eles facilitariam o acompanhamento das gestantes selecionadas para compor a amostra de diferentes formas. A restrição do atendimento ao período matutino possibilitaria a minha permanência no serviço durante todo o período de atendimento à gestante sem que isso prejudicasse o registro das informações obtidas junto às mesmas, uma vez que este poderia ser efetuado no período vespertino. Por outro lado, com a restrição de apenas seis atendimentos por dia haveria maior possibilidade de as gestantes selecionadas para o estudo se encontrarem distribuídas ao longo do mês, ao invés de concentradas em alguns dias do mesmo. Isto certamente dificultaria que o propósito inicial, de acompanhar as gestantes durante toda sua permanência no serviço, se concretizasse devido a um número superior a duas gestantes participantes do estudo por dia.

Ainda com relação à escolha do local para a coleta dos dados, BOGDAN e TAYLOR (1975:28), além de citarem a necessidade do pesquisador considerar a possibilidade do local atender a seus interesses substantivos e teóricos também apresentam duas recomendações que devem ser consideradas pelo pesquisador na definição do local de estudo e que não puderam ser observadas neste estudo. A 1ª delas é a de que o pesquisador deve escolher um local onde os sujeitos lhe são totalmente estranhos, e a outra é a de que o pesquisador não deve possuir conhecimento profissional ou especializado acerca da área de enfoque do estudo.

Os autores acima citados apresentam estas recomendações a partir de duas crenças: a 1ª é a de que, quando o pesquisador tem amigos ou conhecidos no local de coleta de dados, pode haver distorções sobre coisas observadas ou ditas, podendo inclusive haver certa tendência na limitação das anotações por medo de ofensas, desagrado, etc. E a 2ª crença é a de que é relativamente difícil para "experts" terem suas próprias crenças e sentimentos em desuso, o que impossibilita um registro descritivo do observado desprovido de cunho avaliativo.

A 1ª recomendação não pode ser atendida porque o local escolhido era um ambulatório de ginecologia e obstetrícia onde já tinha sido mantido alguns contatos com o pessoal do serviço, por ocasião de algumas consultas realizadas anteriormente na área de ginecologia. E a 2ª, porque o interesse pela área de obstetrícia surgiu de minha própria atuação no atendimento à gestante a nível de atenção primária, apesar de não se tratar de uma atuação calcada em conhecimentos como especialista da área e sim apenas geral.

O não segmento destas recomendações exigiu que durante todo o desenvolvimento do estudo fossem tomados alguns cuidados especialmente voltados para a tentativa de minimizar os efeitos negativos que dele pudessem decorrer, tais como discussões frequentes com a orientadora sobre condutas tomadas e a serem tomadas e anotações as mais fidedígnas possíveis.

b) Pedindo permissão para a realização da pesquisa

- na instituição e no serviço

A solicitação de permissão para a realização do estudo na instituição e no serviço foi feita, através de corres

pondência oficial da coordenadora do curso de mestrado à diretora de enfermagem do hospital selecionado. Nesta correspondência, sem especificar objetivos do estudo, estratégias a serem utilizadas e duração do mesmo, foi solicitada permissão para minha permanência no ambulatório de ginecologia e obstetrícia, bem como para a coleta de dados.

Neste período, além da correspondência enviada, também mantive contatos pessoais com a diretora de enfermagem da instituição e com a enfermeira responsável pelo serviço de obstetrícia a nível ambulatorial, a fim de apresentar os propósitos do estudo, as estratégias que seriam utilizadas na coleta de dados e esclarecer possíveis dúvidas quanto às atividades que seriam desenvolvidas durante a minha permanência no serviço.

Durante este período, segui algumas recomendações sugeridas por BOGDAN e TAYLOR (1975:31-5), ou seja, fiz anotações detalhadas após cada contato mantido, onde procurei sempre, além do relato, expressar também minhas percepções sobre o ocorrido. Além disso, durante os contatos, tentei fazer, em linguagem acessível, uma explanação geral de meus propósitos; porém, evitei expor os meus interesses teóricos e substantivos e o detalhamento das técnicas que seriam utilizadas. Em contrapartida, procurei ressaltar que a metodologia utilizada não permitiria interferências nas atividades diretas dos observados, e que, portanto, não haveria interferência "planejada" nas atividades diárias do serviço, e que o desenvolvimento do estudo não implicaria em necessidade de maior disponibilidade de área física, já que isto me parecia constituir sempre uma preocupação, principalmente por parte da enfermeira do serviço.

2. Etapas do Trabalho no Campo

O trabalho no campo em si, foi dividido em 3 etapas: "ganhando acesso", "coletando os dados" e "analisando os da dos".

. Ganhando Acesso

"Ganhando acesso" é a etapa correspondente aos primeiros tempos do pesquisador no campo (BOGDAN e TAYLOR, 1975: 41).

Neste estudo, a realização de uma disciplina que previa um período de 2 meses destinados ao treinamento prático de algumas estratégias e técnicas específicas da metodologia qualitativa representou um dos principais suportes para a etapa do ganhando acesso. O fato de tratar-se de uma disciplina com objetivo definido e com tempo determinado para acabar contribuiu para que as portas da instituição se abrissem, uma vez que a falta de espaço físico era vista pela enfermeira do serviço como um problema bastante sério, sendo inclusive isto muito considerado antes de ser autorizada minha permanência no mesmo.

Este período de 2 meses corresponde às fases 1 e 2 da coleta de dados. Durante o seu transcorrer, eu procurei fazer contatos informais com todo o pessoal do serviço e também com algumas gestantes. Além disso, foi durante este período que fiz uma explanação informal sobre meus objetivos a alguns membros da equipe de saúde, especialmente àqueles que rotineiramente assistiam, direta ou indiretamente a gestante por ocasião de seus retornos ao serviço tais como: docentes de medicina da área de obstetrícia, funcionários de enfermagem e re

recepcionista do serviço. Esta mesma explanação não foi feita rotineiramente a acadêmicos de medicina e enfermagem, dada a grande rotatividade dos mesmos; porém, ao longo do estudo ela foi sendo feita, esporadicamente, sempre que alguém se interessava em saber não só quem eu era, mas também os propósitos do meu estudo, já que eu estava observando suas atividades.

No início, eu me sentia bastante deslocada e tinha a sensação de estar sendo avaliada, tanto pelas pessoas da equipe de saúde como pelas clientes do serviço. Possivelmente, isto existia mais na minha imaginação do que de forma concreta, mas a questão é que eu ficava pensando que as pessoas do serviço me achavam desinteressada por eu ficar tão pouco tempo no campo (menos de uma hora por dia), já que esta foi uma das estratégias utilizadas até que a minha habilidade em recordar e registrar fosse desenvolvida. Além disso, como eu ficava do lado de dentro do balcão, por estar interessada em observar como as mulheres eram recepcionadas no serviço, me sentia muito mal em ficar ali "sem fazer nada", principalmente quando acontecia de ficar sozinha, pois as mulheres chegava e sem dizer nada estendiam seu cartão em minha direção, mesmo com as funcionárias, este era o comportamento da maioria das mulheres e isto me fazia sentir uma espécie de obrigação em recepcioná-las.

Assim, logo que aprendi os aspectos gerais da recepção da cliente no serviço, também comecei a fazê-la. Isto ajudou muito a esclarecer alguns aspectos que me haviam passado despercebidos na observação, além de me aproximar mais da secretária (funcionária responsável pela recepção das clientes).

Quando comecei a observar a pré-consulta (na metade da 3ª semana no campo) já havia me habituado a observar e por isto já não me sentia tanto sem fazer nada. Só comecei a aju

dar nesta tarefa porque achava que desta forma haveria maior aproximação com a funcionária responsável por esta atividade e com a própria enfermeira a quem, às vezes, eu ajudava. Isto, realmente parece que aconteceu, pelo menos em parte, pois as conversas com a funcionária tornaram-se bem mais livres e espontâneas a partir de então. De forma que, ao final do 1º mês no campo, considerava que meu grande problema era apenas com a enfermeira, com quem não estava conseguindo manter uma relação amigável. Na verdade, ainda não havia descoberto uma forma de nos aproximarmos, e isto fazia com que até mesmo a relação profissional se tornasse distante e impessoal. Por volta da 6ª semana no campo, senti que podia aumentar mais a minha permanência no campo, passando para um período em torno de duas horas diárias. Nesta ocasião também precisei mudar o meu horário no campo, pois o meu objetivo, tendo em vista a definição do problema de pesquisa, passou a ser o de observar o maior número possível de pós-consultas e algumas consultas médicas.

No início da observação destas atividades, a enfermeira me dava a impressão de estar se sentindo avaliada, pois depois que a cliente saía, ela ficava se justificando, dizendo que não dava para fazer isto ou aquilo por este ou aquele motivo. Eu também, de certa forma, vivia me justificando, pois eu sentia necessidade de comentar somente sobre coisas específicas da cliente, numa tentativa de lhe demonstrar que meu objetivo não era avaliá-la. Aos poucos, nossas conversas, além de se tornarem mais frequentes, também foram extrapolando os temas referentes à profissão. Nessas conversas, eu sempre procuirei saber o que ela pensava a respeito dos dados que estavam surgindo, e isto parece que facilitava os nossos contatos, pois como era minha intenção, ela passava a sentir que sua ex

períencia no serviço estava sendo valorizada. Por outro lado, ela também passou a se interessar mais pelo andamento do estágio, de forma que ao final do tempo destinado para o conhecimento do campo e definição do problema de pesquisa, falávamos sobre o início da coleta de dados para a dissertação como se isto já tivesse sido combinado antes.

Foi somente após esta etapa que as decisões referentes às questões metodológicas do estudo, tais como linha metodológica e método de coleta de dados a ser adotada, população, amostra, etc. foram tomadas, pois nesta ocasião houve um afastamento do campo, de aproximadamente um mês, para a elaboração do projeto de pesquisa.

. Coletando os Dados

Período de Coleta de dados

O período de tempo destinado à coleta dos dados deste estudo foi considerado desde o início como uma possível limitação do mesmo, pois dificilmente seria possível atender plenamente, ao mesmo tempo, dois de seus propósitos, os quais de certo modo podem ser considerados até excludentes. O primeiro era o cumprimento de um cronograma de execução e o prazo para ser concluído, uma vez que ele estava sendo desenvolvido em razão da exigência final de um curso de mestrado. O segundo era a preocupação em atender a característica dos estudos da linha qualitativa, já que muitos autores afirmam que o período destinado à coleta de dados deste tipo de estudo deve ser suficientemente longo, de forma que o pesquisador possa presenciar vários, senão todos os tipos de experiências relacionadas com o fenômeno em estudo, devendo deixar o campo somen

te quando estas se tornarem repetitivas.

Com relação a esta limitação, BOGDAN e TAYLOR (1975: 75-6) afirmam que o observador participante dificilmente al cançará um ponto onde possa estabelecer conclusivamente que o estudo está completo e que em geral os estudos são "terminados" quando diminui o rendimento dos retornos, ou seja, quando os dados se tornam repetitivos.

Desta forma, na tentativa de diminuir a probabilida de de as observações serem conduzidas em um tempo não repre sentativo e de aumentar a possibilidade de o pesquisador real mente conhecer a dinâmica das mudanças do fenômeno em estudo, eles sugerem que os pesquisadores, ao observarem um fenômeno, devem gastar no mínimo vários meses em um lugar, independen temente da frequência de suas visitas ao mesmo.

Assim sendo, ao considerar os aspectos citados aci ma, estabeleci no cronograma inicial do estudo um período de 6 (seis) meses para a coleta de dados, porém, este prazo se mostrou insuficiente, sendo necessário pelo menos mais quatro meses para que o estudo alcançasse um estágio no qual pudesse ser interrompido sem ocasionar grandes prejuízos aos seus pro pósitos. Embora o período denominado "ganhando acesso" cons tituísse parte deste estudo, os dados coletados durante o mes mo foram importantes apenas para subsidiar as decisões metodo lógicas. Assim, a coleta de dados voltada especificamente aos propósitos do estudo foi feita no período de janeiro a dezembro de 1987, ou seja, um período de aproximadamente 12 meses.

Durante este período, puderam ser identificadas, em linhas gerais, pelo menos duas formas de coleta de dados. Na primeira os dados eram provenientes de um único grupo amos tral e coletados diariamente, no mesmo dia e local onde a as sistência era prestada. Sua característica principal era a

inexistência de uma definição sobre os tipos de dados a serem coletados; por isto, eles foram bastante gerais e tudo o que acontecia ou que a gestante falasse era considerado uma fonte potencial de dados.

Na segunda forma já existia maior definição sobre os tipos de dados a serem coletados e aonde os mesmos poderiam ser buscados, uma vez que um modelo teórico já estava sendo esboçado. Por isto, os dados eram mais específicos além de serem provenientes de vários grupos amostrais, inclusive do 1º, pois a coleta de dados neste grupo, embora com intervalos maiores, continuou até o fim do estudo. Ao contrário do que aconteceu na primeira forma, aqui a coleta era mais espaçada e não sujeita a horário e a local, ou seja, ela passou a ser realizada prioritariamente na biblioteca e na própria residência das gestantes e em horário que lhes fosse mais conveniente.

Linha metodológica

A linha metodológica básica adotada dentro do desenho qualitativo foi a "Teoria Fundamentada nos Dados", conhecida como "Grounded Theory" e preconizada por GLASER & STRAUSS (1967). Consiste basicamente na descoberta e desenvolvimento de teorias a partir de informações obtidas e analisadas sistematicamente e concomitantemente; ou seja, através do emprego do "método comparativo constante", o que possibilita um constante "ir e vir" da coleta para análise e da análise para coleta de dados. Este caráter de flexibilidade, apesar de comum nos estudos qualitativos, é bastante acentuado naqueles que adotam a "Grounded Theory". Isto porque ao utilizar "o método comparativo constante" de análise, o pesquisador compara inciden

te por incidente dos dados e em seguida estabelece categorias conceptuais que possam explicar estes dados. Desta forma, as categorias analíticas emergem dos próprios dados e são elaboradas à medida que o trabalho se desenvolve.

Além disso, o constante "ir e vir" também possibilita que sejam efetuadas progressivas e gradativas adaptações e mudanças no plano inicial do estudo sempre que for identificado que este está dificultando o seu próprio andamento e, conseqüentemente, o conhecimento da situação em foco, tal como ela se apresenta. Estas características da "Grounded Theory" existem porque ela tem suas raízes nas ciências sociais, mais especificamente na tradição de interação simbólica da psicologia e da sociedade. Estas têm como preocupação principal o estudo dos aspectos internos ou experimentais do comportamento humano, isto é, o como as pessoas definem eventos ou realidades e como elas agem em relação às suas crenças. (CHENITZ & SWANSON, 1986:4-7).

O propósito da "Grounded Theory" é "gerar teoria substantiva que favoreça a compreensão de fenômenos sociais e psicológicos" (CHENITZ & SWANSON, 1986:3). Teoria substantiva segundo GLASER & STRAUSS (1967: 32-43), é aquela desenvolvida dentro de uma área de investigação sociológica substantiva ou empírica. Durante o desenvolvimento ou construção deste tipo de teoria, segundo FIELD & MORSE (1985: 23), os constructos e conceitos são originados dos dados, e as hipóteses são testados tal como elas emergem da pesquisa.

Por este motivo, em relação especificamente à construção de teorias, a "Grounded Theory" possui pelo menos três pressupostos: o de que toda experiência humana é um processo que se encontra em constante evolução; o de que a construção da teoria envolve ambas, a abordagem dedutiva e a indutiva; e o de que devem existir vários grupos amostrais os quais são

comparados entre si ao longo do estudo, o que dá origem aos conceitos de amostragem teórica e saturação de categorias (GLASER & STRAUSS, 1967:).

A maior contribuição desta metodologia ocorre em áreas inexploradas, ou seja, onde pouca ou nenhuma pesquisa foi realizada, e as variáveis relevantes aos conceitos ainda não foram identificados (CHENITZ & SWANSON, 1986: 23; SIMMS, 1981 e STERM, 1980) sendo por isto impossível testar uma teoria, dada a sua inexistência. Além disso, ela também tem sido usada para descobrir novas perspectivas de situações que são familiares, com o propósito de favorecer a aplicabilidade em problemas práticos (STERM, 1980).

Finalmente, devido às suas características, STERM (1980) tem considerado a "Grounded Theory" como um "método ideal para descobrir problemas de enfermagem, para encontrar soluções para estes problemas e para aplicar estes resultados no campo da enfermagem".>

Método de coleta de dados

O método de coleta de dados utilizado neste estudo foi a Observação - Participante (LEININGER, 1985: 52-3). Esta escolha se deu por dois motivos: 1º - geralmente este é o método adotado nos estudos que utilizam a "Grounded Theory", e, 2º - suas características me levaram a considerar que o seu uso me possibilitaria conhecer, ao máximo, o mundo simbólico das gestantes, sua linguagem, hábitos, modelos de vida e trabalho, sentimentos, atitudes, comportamentos e opiniões.

Este método, segundo Pearsall, citada por BYERLE (1968) além de se constituir em um dispositivo para se obterem informações detalhadas junto aos informantes, também é um con

junto de comportamentos no qual o observador é envolvido. Seu objetivo é o de obter dados sobre o fenômeno em estudo, através de contatos diretos, em situações específicas, nas quais as distorções resultantes do fato do pesquisador ser um elemento estranho são reduzidas ao mínimo.

O papel adotado durante toda a coleta de dados foi o de observadora e participante, variando de observadora como participante e de participante como observadora. Segundo PEAR SALL (1965: 37-8), o 1º caso ocorre quando o pesquisador mais observa do que participa e é exemplificado pelo papel adotado durante a vivência das fases 1 e 2 da coleta de dados. O inverso, caracteriza o papel assumido durante a 3ª fase da coleta de dados na qual, através das entrevistas, participei mais do que observei. Portanto, as entrevistas estão sendo entendidas como uma forma de participação já que eu não poderia tornar-me uma gestante e nem participar ativamente das atividades do serviço em detrimento da coleta de dados.

Na maioria do tempo do período de coleta de dados a minha participação foi do tipo "conhecida" (LOFLAND, 1971: 93-5) pelos observados, ou seja, as gestantes que compuseram os grupos amostrais foram informadas sobre o estudo e concordaram em participar do mesmo; além disso, a função científica de minha presença foi conhecida por todos os elementos do serviço.

Vários autores (BOGDAN & TAYLOR, 1975; HUTCHINSON, 1985; LEININGER, 1985 e SCHATZMAN & STRAUSS, 1973) já fizeram referência às diferentes fases pelas quais um pesquisador passa ao desenvolver um estudo que utiliza a observação participante como metodologia ou método de coleta de dados, já que nem pesquisador nem pesquisados se comportam da mesma forma do início ao fim do estudo.

Neste estudo, foi adotado o modelo de observação-participante proposto por LEININGER (1985: 52-3) que preconiza a existência de quatro fases: observação primária ou inicial, observação inicial com alguma participação, participação com alguma observação e observação reflexiva. Estas fases, segundo a autora, têm por objetivo ajudar o pesquisador a sistematizar e explicitar a observação - participante, o que, além de guiá-lo, vai torná-lo consciente de seu papel no decorrer do desenvolvimento do estudo, e também facilitará a replicação do mesmo.

FASE 1 - Observação primária ou inicial

Esta fase, segundo o proposto por LEININGER, (1985: 53), caracterizou-se essencialmente pelo "observar e ouvir", pois eu deveria obter ampla visão do local relacionado para o estudo antes que meu envolvimento e participação começasse a influenciá-lo ou que eu começasse a dirigir minha atenção a um aspecto específico do mesmo.

Meu interesse nesta fase esteve voltado para o conhecimento da rotina e da estrutura do serviço em relação ao atendimento à gestante, numa tentativa de aprofundar e checar as informações obtidas durante o "ganhando acesso". Por isto, nesta fase estive atenta a tudo o que acontecia com a gestante durante sua permanência no serviço, desde a sua chegada até a sua saída, apesar de ter centrado o foco de minha observação na atividade de recepção da clientela ou melhor, no relacionamento e comportamento tanto da gestante como da pessoa do serviço que fizesse a recepção.

Esta fase teve uma duração de mais ou menos dez dias e foi vivida com certa dificuldade porque na verdade ela englobou o início da minha experiência, enquanto pesquisadora, de entrar no campo selecionado para o estudo e de desenvolver um estudo qualitativo.

O entrar no campo, de certa forma, representou durante algum tempo um desafio difícil de ser transposto, uma vez que eu não conseguia imaginar como seria ficar no campo apenas observando. Nesta ocasião, fazia questionamentos à orientadora do tipo:

"Mas como vai ser isto? Será que não vai ser maçante ficar ali só olhando?".

Na verdade, mesmo após várias discussões com a orientadora sobre estas questões, eu ainda não me sentia preparada e de certa forma tentava adiar a entrada no campo, como pode ser observado na resposta que dei quando a enfermeira do serviço perguntou quando eu iniciaria o estágio:

"Estou dependendo da orientadora; não sei se vou conseguir falar com ela hoje; ainda não estou muito segura quanto à forma de agir; precisamos acertar os últimos detalhes antes que eu comece."

(Diário da Pesquisadora)
15/09/86

Quando finalmente consegui entrar no campo, ainda me

sentia muito insegura e tive dificuldade em colocar em prática o esquema de observação montado, a partir de informações obtidas durante o "ganhando acesso", com o objetivo de contemplar toda a trajetória da cliente no serviço.

No 1º dia de estágio e nos subsequentes, apesar de saber que a observação inicial seria sobre a recepção da cliente no serviço, eu não sabia o que exatamente iria observar, o que deveria registrar e, principalmente, temia não saber observar, tal como pode ser detectado das anotações feitas no diário da pesquisadora referentes ao 1º dia no campo:

"hoje a enfermeira me mostrou o setor, me apresentou ao pessoal do serviço e me forneceu mais detalhes sobre as principais atividades do serviço. Conversei com o docente da obstetrícia e acho que não vou ter problemas no desenvolvimento do estágio, pois todos se mostraram receptivos.

Achei que o dia foi produtivo; na verdade fiquei bastante aliviada quando percebi que já havia passado uma hora no campo e não daria tempo de ficar observando... ainda estou ansiosa por não conseguir imaginar como começar".

30/09/86

A insegurança sobre estes aspectos continuaram durante algum tempo mesmo depois de iniciada a observação e de constatá-la como uma atividade razoavelmente fácil:

"Hoje, eu fiquei só observando a recepção da cliente no serviço; no fundo foi bem mais fácil do que eu esperava; no fim de uma hora já estava achando cansativo ficar só observan

do, pois as coisas parecem funcionar sempre do mesmo jeito... parece que é uma atividade fácil ou será que eu é que não estou sendo minuciosa na observação?".

01/10/86

"Parece que já sei tudo da rotina da recepção da cliente, apesar de esporadicamente surgirem alguns casos que não obedecem a esta rotina. Tenho a impressão de que posso observar outras coisas ao mesmo tempo e na verdade, estou achando difícil não observar, por exemplo, o comportamento individual e interpessoal dos acadêmicos, funcionários e docentes dentro do postinho, pois tudo ocorre muito próximo de mim".

02/10/86

Como pode ser observado nessas anotações, foi difícil para mim, na qualidade de pesquisadora principiante, manter o foco de minha observação em uma única atividade, principalmente porque a mesma estava sendo percebida como corriqueira e de fácil execução. No entanto, a ampliação, mesmo que involuntária, do foco de observação, representou um problema na hora do registro das informações, como pode ser observado na seguinte anotação:

"Eu tenho observado superficialmente muita coisa referente ao pessoal do serviço; mas eu não sei se devo anotar tudo o que observo ou não. Estou anotando, mas estou achando muito cansativo, além de dispendido muito tempo no registro de algo que talvez não vá servir para nada. Como será que eu devo agir? Fechar os olhos para não ver o que acontece na minha frente? Ver

mas não anotar ou anotar tudo?"

03/10/86

Um outro problema encontrado nesta fase foi o constrangimento vivido por não ter exposto, ou pelo menos por ter omitido as estratégias que seriam utilizadas no desenvolvimento do estudo:

"Eu não tenho tido problemas em ficar observando, possivelmente devido à minha pouca permanência no campo; porém, hoje foi o 1º dia que encontrei a enfermeira e fiquei chateada quando ela verbalizou o fato de estar estranhando a minha presença do lado de dentro do balcão ao me perguntar: Como voce consegue observar as gestantes daí?

Na verdade, ela tem razão em estranhar, pois em nossos encontros eu havia dito que o meu interesse era as gestantes e não a dinâmica do serviço ou a atuação dos funcionários, por isto dei uma desculpa e preferi continuar a observação do lado de fora do balcão."

07/10/86

Este constrangimento me levou a refletir sobre a minha atitude inicial. Considero que a enfermeira deveria ser informada sobre as estratégias que utilizaria, apesar de BOGDAN e TAYLOR (1975: 33-4) recomendarem que o pesquisador não deva expor totalmente suas estratégias de trabalho ao pessoal do serviço:

"Hoje fiquei esperando a enfer

meira chegar para conversarmos. Expliquei-lhe que estou tentando acompanhar e entender o trajeto das clientes no serviço para só depois começar a ter contato com elas e que gostaria de iniciar a observação à pré-consulta, pois acho que já entendi a dinâmica de funcionamento da recepção.

Também expliquei que, futuramente, pretendo mudar meu horário no campo porque gostaria de acompanhar as gestantes durante a consulta e pós-consulta. Ela parece que não entendeu muito o porquê da observação, pois disse que já já tinha me passado estas informações. De qualquer forma, não se opôs.

De minha parte estou me sentindo mais aliviada por estar jogando mais aberto."

08/10/86

Finalmente, o último problema enfrentado nesta fase foi a dificuldade em me manter observando apenas:

"Eu não sei se é certo ou não, mas eu não estou conseguindo ficar só observando, me sinto mal em ficar "sem fazer nada" quando chega alguma cliente e não tem ninguém para recepcioná-la, principalmente quando ela me esdende seu cartão de identificação. Antes eu pedia para esperar um pouquinho, mas eu sentia o olhar da mulher me perguntando:

"O que você está fazendo aí que não marca no papel que eu já cheguei?"

Pode ser besteira da minha cabeça, mas eu não me sentia legal, mesmo diante da secretária; dava-me a impressão de ser má vontade da minha parte vê-la correndo de lá prá cá e eu ali sem fazer nada, mas eu só recepciono as clientes quando não tem ninguém no postinho."

09/10/86

"Eu me senti um pouco mal em ficar ali só observando enquanto tinha gente esperando. Aconteceu uma espécie de luta interna para eu me convencer que não tinha que ir ajudar."

10/10/86

FASE 2 - Observação inicial com alguma participação

Nesta fase o meu foco principal continuou sendo a observação; porém, paulatinamente começou a ocorrer alguma participação. Esta, além de ser prevista no modelo de LEININGER (1985: 53), também teve como objetivo facilitar o "ganhando acesso", pois, segundo BOGDAN e TAYLOR (1975: 51-3), alguns pesquisadores só conseguem entrar verdadeiramente no mundo em estudo após a fase em que começam a participar, no sentido de fazer o que eles fazem, de suas atividades.

Além disso, esta fase me permitiu conhecer melhor alguns detalhes da rotina do serviço, pois ao desempenhá-la me via obrigada a elucidar algumas dúvidas que a observação por si só não tinha sido capaz de esclarecer e às vezes nem de identificar.

Meu objetivo nesta fase era definir a população alvo do estudo e o problema de pesquisa em sua forma definitiva. Por isto, procurei manter contato verbal com todas as pessoas do serviço ligadas à assistência à gestante e também com algumas gestantes através de entrevistas bem abertas. Ela teve uma duração de mais ou menos seis semanas e se caracterizou pela observação do maior número possível de duas atividades do serviço, a pré e a pós-consulta; pela observação de algumas consultas médicas e por um pouco de participação, através

da realização de algumas das seguintes atividades: recepção das clientes, de pré-consultas e interferências profissionais durante a observação das pós-consultas.

O meu interesse em observar cada uma das atividades acima era identificar o tipo de relacionamento mantido durante as mesmas, entre a cliente e o membro da equipe de saúde, bem como a conduta do profissional e o enfoque da assistência prestada. A preocupação em não deixar que a participação nas atividades desenvolvidas no serviço viessem prejudicar o rendimento das observações foi constante durante todo este período e de certa forma continuava gerando uma espécie de conflito proveniente especialmente do medo de estar sendo avaliada:

"Sinto-me mal em ficar assim parada à espera de uma nova pré-consulta para observar, principalmente porque as mulheres que ficam aguardando a consulta me viram dentro da sala de pré. Fico imaginando que elas não conseguem entender se eu trabalho aqui ou não e se trabalho como fico sem fazer nada o tempo todo."

29/10/86

"Enquanto eu observava, a funcionária pediu para eu anotar os dados do controle enquanto ela verificava e eu achei que esta seria uma boa forma de observar sem ficar sentindo-me mal. Quando eu fiz os controles pela 1ª vez foi porque a funcionária da pediatria tinha faltado e ela precisava fazer os controles dos dois setores, então fiz os da obstetrícia para ajudá-la. Depois, esporadicamente fazia quando estava corrido. Mas depois, comecei a perceber que ela mais ou menos ficava deixando para eu fazer, por isto tentei ir cortando a minha participa

ção nesta atividade."

30/10/86

Aliás, o medo de estar sendo avaliada existia mesmo quando a participação ocorria em uma atividade que já tinha se constituído em foco de observação:

"Não havia ninguém no postinho por isto foi difícil sair dali sem atender as pessoas que estavam esperando no balcão."

03/11/86

"Acho ruim quando não está tendo pós-consulta pois acabo ficando no postinho e é desagradável não atender quando chega alguém."

06/11/86

Com o andamento do estudo, especialmente com o início da observação das pós-consultas, a participação foi processando cada vez mais livre de culpas, como pode ser servado na anotação seguinte:

"Hoje durante uma pós-consulta me peguei algumas vezes completando uma orientação, lembrando aspectos a serem orientados, etc. Não me senti intrusa, talvez porque era uma aluna que a estava realizando e também porque é uma pessoa com quem venho conversando sempre."

10/11/86

As reflexões sobre esta mudança me levaram a perceber que o tipo de relacionamento mantido com as pessoas contribuía para me deixar mais livre para participar, principalmente porque constatei que sentia dificuldade, até em observar esta mesma atividade, ou seja, a pós-consulta, quando esta era desenvolvida pela enfermeira:

"Eu me senti muito mal quando entrei na sala e a enfermeira estava fazendo uma pós-consulta. Ela olhou para mim e nem respondeu ao meu cumprimento. Me senti uma intrusa; mesmo assim permaneci na sala, pois ela sabia que eu estava observando as pós-consultas, porém, tentei disfarçar: fiquei olhando algumas caixas de amostra grátis. Não entendo a sua atitude, acho que ela se sente checada com a minha presença."

11/11/86

Estas constatações me levaram a começar a planejar uma forma diferente de participação nas atividades. Assim, estas passaram a ser efetuadas muitas vezes apenas como um pretexto para permanecer perto das pessoas do serviço, pois eu acreditava que assim criaria situações favoráveis a um relacionamento, o que poderia contribuir no fornecimento de informações.

Os resultados destas novas condutas podem ser observados nas anotações feitas no diário da pesquisadora após esta data:

"Eu pedi para a enfermeira me deixar ver o uso do sonar, justificando que nunca tinha visto. Na verdade eu só estava querendo descobrir formas de me aproximar dela. Achei bom a alguns não estar presente, pois me

achei um pouco ridícula na hora que disse que nunca tinha visto."

13/11/86

"Hoje estava calmo e eu fiquei um tempão ajudando a funcionária a embrulhar espátulas. Achei que foi importante pois a gente conversou bastante sobre coisas pessoais e também sobre coisas profissionais."

14/11/86

Com a mudança de horário para a observação das pós-consultas, meus contatos com a enfermeira se tornaram mais frequentes e a impressão de que ela estaria se sentindo avaliada com a minha presença aumentava cada vez mais.

"Percebi que a enfermeira estava checando a aluna o tempo todo, parece que ela tinha necessidade de encontrar erros em todos os valores dos controles feitos pela aluna; de determinar as atividades a serem desenvolvidas, dando-me a impressão de querer demonstrar quem sabia e/ou mandava ali. Por isto, comecei a fazer um monte de perguntas "ingênuas". A sensação que eu tenho é de que estava jogando confetes na enfermeira, mas acho que está dando resultado, pois além de ela se deter para responder todas as perguntas, até se prontificou a me emprestar alguns materiais sobre saúde da mulher."

17/11/86

Considerarei que se eu não conseguisse demonstrar-lhe de alguma forma que não a estava avaliando, seria necessário

que conversássemos claramente, pois o andamento do estudo po
deria ser prejudicado. Por isto, procurei me aproximar da en
fermeira utilizando diferentes recursos:

"Sempre que estou diante da en
fermeira, procuro demonstrar o meu re
conhecimento em relação à sua experiênç
cia e conhecimentos na área, mesmo
diante das clientes eu faço um monte
de perguntas que considero ingênuas."

19/11/86

Os resultados dos esforços efetuados para a aproxi
mação com a enfermeira foram evidentes e imediatos como de
monstram as anotações efetuadas nos dias subseqüentes:

"... nas conversas triviais com
os docentes ela parece querer me in
troduzir, pois, de vez em quando, elã
olha para mim e sorri ou então pergun
ta se eu também não penso como ela."

20/11/86

"Hoje estava bem calmo e quando
ela foi tomar um cafezinho me convi
dou; ficamos um tempão conversando e
quando fui me despedir no final do pe
ríodo ela foi bastante amável e até
carinhosa."

21/11/86

"Acho que o relacionamento com a
enfermeira atingiu um ponto bom, pois
ela agora até me chama quando vai de

sempenhar alguma atividade."

27/11/86

Quando achei que já tinha elementos suficientes so
bre a pós-consulta, decidi que poderia começar a treinar a
utilização de outra técnica de coleta de dados: a consulta a
documentos:

"Acho que já posso começar a
consulta a documentos, pois sinto que
não estou tendo dificuldade para re
cordar nem para registrar, apesar de
ter aumentado o tempo no campo. Acho
que a quantidade de observação aumen
tou muito em um mesmo período de tem
po em relação ao que eu conseguia ob
servar e registrar no início."

24/11/86

Durante esta fase, também foi freqüente a preocupa
ção com o desenvolvimento de minha habilidade com as técnicas
de coleta e registro de dados:

"Não estou tendo dificuldade pa
ra recordar na hora do registro."

05/11/86

"Apesar de estar registrando pa
lavras chaves, pensei que não fosse
conseguir me lembrar de muita coisa,
pois durante as pós-consultas existem
muitas informações e situações a se
rem observadas e agora que fiz o re

gistro fiquei satisfeita em ver que consegui recordar inclusive as formas coloquiais das mulheres falarem suas gírias regionais e tudo. O único problema é o tempo gasto, pois para 1h10min. no campo, gastei 4h50min. para o registro."

11/11/86

"Os prontuários contêm bem poucas informações. A maior parte do registro se restringe a alguns dados de valores referentes à evolução obstétrica (circunferência abdominal, altura uterina, idade gestacional, batimentos cardio-fetais, presença de edema ou queixas) e à cópia dos resultados de exames, os quais ficam anexados no fim do prontuário. Esta constatação me deixou curiosa em saber como se processa a consulta médica."

25/11/86

Como se vê nas anotações acima e nas subsequentes, as decisões referentes à mudança de fonte para a coleta de dados foram baseadas na avaliação diária sobre o rendimento das informações e sobre minhas condições para avançar, pois o início da observação de uma nova atividade não significava o abandono das anteriores e sim que as observações posteriores deveriam incluir estas e as novas:

"Hoje comecei a assistir algumas consultas médicas. Apesar de não ter definido nenhum critério para selecionar qual consulta iria assistir, ao analisar os prontuários, concluí que seria interessante assistir os casos de primeira consulta. Desta forma, achei que poderia ficar sabendo o que leva as mulheres a procurarem o serviço."

26/11/86

"Eu sempre chego mais cedo que os docentes e acadêmicos para poder consultar os prontuários e depois de finir quais consultas devo assistir. Estou tentando, na medida do possível, observar casos diferentes: clientes portadores de alguma patologia crônica ou de algum problema decorrente da gravidez, primigesta, multípara, adulescente, idosa, etc.

27/11/86

Durante as observações das consultas médicas, achei a conduta dos acadêmicos muito técnica e restrita apenas a alguns aspectos. Por isto, aproveitei todas as oportunidades que surgiram, ampliando meu foco de interesse. Assim, após conversações com alguns acadêmicos, escrevi um memorando so bre o preparo que eles recebiam para prestar atendimento à gestante donde podem ser extraídas algumas considerações:

"Os acadêmicos não se sentem preparados e nem apoiados na prestação do atendimento à gestante. Eles geralmente gostam mais da ginecologia do que da obstetrícia que consideram repetitiva e monótona. Eles também se sentem limitados, principalmente no que diz respeito ao tempo que podem dispender a uma consulta e gostariam de poder conversar mais, conhecer mais, enfim de prestar uma assistência mais global."

02/12/86

Nesta fase, as gestantes só foram constituir foco de interesse direto, através de entrevistas, por ocasião da observação das consultas médicas. Até o momento, elas só tinham sido observadas como parte de uma atividade; porém, durante

as consultas eu aproveitava os momentos que os acadêmicos saíam do consultório em busca de orientação, para conversar livre e abertamente com as gestantes:

"Tenho sentido as gestantes abertas para conversarem comigo, parece até que elas gostam que eu fique conversando com elas enquanto "médico" não está na sala."

27/11/86

Ao final do período destinado pela disciplina para a permanência no campo, eu tinha registrado uma quantidade relativamente grande de dados referentes não só ao funcionamento do serviço, mas também às características da população que procurava o mesmo. Estes dados mostraram um leque bastante amplo de possíveis áreas que poderiam ser estudadas, as quais de forma geral, podem ser classificadas em três tipos: as relacionadas ao pessoal do serviço, ao próprio serviço e às gestantes. Isto permitiu que as decisões metodológicas em relação ao desenvolvimento do estudo e que a escolha do problema de pesquisa fosse embasada em questões práticas.

FASE 3 - Participação com alguma observação

Nesta fase, segundo LEININGER (1985: 53), "o observador começa uma participação mais ativa e diminui a observação ... com o objetivo não só de apreender com as pessoas mas também de sentir, experienciar e aprender, através do envolvi

mento direto em suas atividades". Portanto, nesta fase, através de uma participação indireta das atividades das gestantes no serviço, tentei aprender com elas sobre os objetivos do estudo, ou seja, no papel de observadora selecionei as gestantes e no de participante fiz o convite para o estudo. Novamente no de observadora acompanhei as gestantes selecionadas, observando seu comportamento e relacionamento mantido durante todas as etapas de sua permanência no serviço: na recepção, na espera e na própria pré-consulta, consulta e pós-consulta. Finalmente, novamente no papel de participante, durante as minhas interações com as gestantes de forma mais sistematizada e objetiva, através de técnicas verbais e não verbais (tais como entrevistas abertas e semi-estruturadas e observação) coletei dados referentes à percepção das mulheres sobre a experiência vivida durante o período gestacional.

Na maioria dos casos foi na recepção ou na pré-consulta que solicitei a participação das gestantes no estudo. No caso de concordância, simplesmente dava continuidade à observação já iniciada e esclarecia que deveríamos conversar depois da consulta ou quando houvesse tempo, depois da pós-consulta. No entanto, no decorrer do estudo, sempre que houve possibilidade uma parte da entrevista foi realizada antes mesmo da consulta médica, principalmente nos casos em que a gestante já fazia parte da amostra. Isto aconteceu porque muitas vezes nossas conversas, apesar de terem um início informal, terminavam em entrevistas. Isto, de certa forma, facilitou a participação das gestantes no estudo, pois ao conversarmos enquanto elas aguardavam a consulta médica, diminuía o tempo necessário de entrevistas depois da mesma, podendo as gestantes serem liberadas mais cedo. Em algumas ocasiões, quando as gestantes estavam com pressa, a realização das entrevistas an

tes da consulta médica, constituiu-se no único recurso viável para a realização das mesmas.

Como pode ser identificado acima, a participação nesta fase esteve direcionada ao relacionamento mantido com as gestantes e não às atividades do serviço, embora esporadicamente eu ajudasse no desempenho de algumas atividades, tais como: pré-consulta e recepção da cliente, especialmente daquelas selecionadas para o estudo. Vale ressaltar que nesta fase não houve preocupação de minha parte, em estar sendo avaliada, possivelmente porque durante a maior parte de minha permanência no campo eu me encontrava ocupada acompanhando as gestantes do estudo em sua trajetória no serviço.

Ainda com relação à minha participação, eu observei que apesar da mesma não ter sido prevista em termos de prestação de assistência de enfermagem, houve algumas ocasiões durante esta fase que, por solicitação explícita da gestante ou pela identificação de um possível prejuízo à saúde da mesma por falta de informação, não foi possível evitá-la.

Foi nesta fase que ocorreu, a partir da análise dos dados, a ampliação dos grupos amostrais. Ela teve uma duração de quase nove meses, o que foi bastante superior à previsão inicial. Isto porque, em decorrência de uma exigência pertinente aos estudos qualitativos, tanto o problema de pesquisa, quanto os objetivos do estudo precisaram ser definidos de forma bem ampla.

Assim sendo, durante esta fase eu fui guiada por uma orientação de BOGDAN e TAYLOR (1975: 45-5) de que a consciência do observador deve ser tal que qualquer coisa que ocorra no campo pode se constituir numa fonte potencialmente importante de dados, uma vez que eventos aparentemente insignificantes podem provar serem importantes quando examinados em

conjunto e no final do estudo. Esta definição ampla do problema de pesquisa e dos objetivos do estudo ao mesmo tempo que permitiu uma flexibilidade muito grande durante a coleta de dados, de certa forma, representou um gasto relativamente grande de tempo coletando dados que mais tarde, à medida que os mesmos foram sendo analisados e que a centralização em um dos muitos modelos teóricos começou a ser estruturada, foram considerados desnecessários. Por exemplo, os dados referentes ao processo de filtração/seleção que a mulher parece fazer em relação a quem ela revela os diferentes tipos de alterações percebidas durante o período gestacional e a própria conduta dos profissionais diante desta revelação constituiu durante muito tempo, aproximadamente uns quatro meses, um dos focos de coleta e análise de dados, chegando inclusive até o ponto de serem testadas algumas hipóteses e iniciado um modelo teórico a este respeito.

Além disso, o meu crescente envolvimento durante esta fase com os dados, de certa forma, atrasou a descoberta do modelo teórico identificado neste estudo sobre a experiência de vivenciar uma gravidez; pois, a minha constante busca em torno de um maior aprofundamento sobre os diferentes tipos de alterações que as gestantes conseguiam perceber durante a gravidez fazia com que a coleta de dados fosse voltada, quase que exclusivamente, a estes aspectos.

Com o decorrer do tempo, no entanto, quando a afeição pela percepção das mulheres sobre suas alterações começou a diminuir, devido à repetição e não surgimento de novas informações, eu comecei a prestar atenção em outros fatores e foi aí que percebi que, à medida que as mulheres falavam sobre suas alterações, elas costumavam estabelecer uma relação entre estas e a sua apresentação no tempo:

"... isto eu senti só no come
cinho."

"Antes eu não tinha azia, foi me
aparecer só agora no final."

Embora há muito tempo eu já tivesse percebido a rela
ção entre a percepção de alterações e o tempo, neste momento,
eu consegui perceber que para as gestantes o "tempo" era difere
rente dos "trimestres" a que eu estava habituada. E mais, que
ao classificar as alterações percebidas pelas gestantes por
trimestre, eu estava, na verdade, alterando esta informação.
Pois eu estava me deixando levar por um conhecimento pré
vio. Por exemplo, quando eu estava conversando com alguma gestan
te, e ela relatava a percepção de alguma alteração, automatica
mente eu lhe perguntava em que mês de gestação ela tinha ti
do início e até quando havia durado. Se ela respondia: "Isto
foi no início" eu tornava a perguntar: - em que mês; aí então
ela geralmente me dava uma resposta exata, a partir da qual
eu classificava a alteração relatada no trimestre correspon
dente.

Porém, eu comecei a perceber que a minha classifica
ção não correspondia à das mulheres. Por exemplo, uma alteração
que, segundo as mulheres, tinha surgido no início da gravi
dez, quando especificada com início no 4º mês, era classifica
da como pertencente ao 2º trimestre ao invés de no 1º trimes
tre.

Como eu me havia proposto a estudar e compreender o pe
ríodo gestacional a partir da ótica das gestantes, ao suspei
tar que poderia estar alterando o que as mulheres estavam me
passando sobre suas experiências de gravidez, reconheci que pa
ra captar esta experiência de forma global se fazia necessá
ria.

rio despir-me de todo e qualquer conhecimento, por mais óbvio que ele pudesse me parecer, para só então começar a escutar, assimilar e realmente reconhecer a experiência que as mulheres estavam relatando.

A partir de então, percebi que para a maioria das gestantes do meu estudo, a nomenclatura e mesmo a classificação do tempo de uma gravidez por "trimestres" era quase totalmente desconhecida. Percebi também que, quando elas queriam se referir ao tempo já passado de sua gravidez, elas utilizavam o mês de gestação:

"Estou no 3º mês"

"Entrei no 5º mês"

"Já estou indo para o 8º mês..."

Mas quando se referiam à época que surgiu ou desapareceu alguma alteração percebida, não era ao mês que elas se reportavam e sim a algumas outras palavras, como: "no começo", "no comecinho", "mais no meio", "só agora no finalzinho", "mais pro fim", etc.

Estas constatações reforçavam minhas descobertas anteriores de que as mulheres conseguiam perceber a relação existente entre as alterações e o tempo; porém, não eram suficientes para esclarecer se a divisão do período gestacional percebida pelas mulheres realmente era diferente da divisão por trimestres utilizada na área da saúde.

Esta dúvida, assim como todas as que surgiram ao longo do estudo, foi esclarecida através de dados coletados especificamente ao aspecto em questão. Neste exemplo, ao invés

de buscar um novo grupo amostral, entrei em contato com 27 gestantes pertencentes aos diversos grupos amostrais, pois eu queria testar um modelo teórico e não uma simples categoria. Meu intuito era testar a hipótese de que na experiência vivida pelas mulheres, o período gestacional ao invés de ser dividido por trimestres era dividido em 3 momentos: início, meio e fim. Durante esta testagem também procurei identificar cada um destes momentos em termos de características, duração e acontecimentos que marcavam ou indicavam a passagem de um momento para outro. Foi a partir daí e a partir de procedimentos semelhantes a este que surgiu o modelo teórico identificado neste estudo.

A descoberta de cada elemento que deu forma ou estrutura a este modelo tanto teve aspectos positivos como negativos, como pode ser observado na anotação feita no diário da pesquisadora:

"... na hora que me dei conta do trabalho que teria, caso a hipótese fosse confirmada, para reclassificar as alterações de acordo com esta nova divisão, eu quase desisti. Vou precisar investir tempo e muito tempo nesta nova classificação. Dá vontade de deixar como está, mas a Ingrid (orientadora) acha que esta é uma grande descoberta do meu estudo..."

02/09/87

O próprio processo de testagem de hipótese referente ao modelo geral constituiu novidade e representou, por isto, um desafio. Isto me levou a buscar formas de "rapport" com as gestantes, apesar de saber que seria um único contato:

"Quando fui confirmar a hipótese, fiquei maravilhada com a facilidade com que as mulheres falaram sobre o assunto, principalmente porque não tínhamos tido nenhum contato anterior. Acho que o fato de iniciar a conversa ao mesmo tempo que fazia os controles da pré-consulta ajudou muito. Além disso, antes de fazer a pergunta referente à hipótese eu sempre procurava informalmente perguntar como estava indo a gestação, o controle de peso, etc."

09/09/87

Durante esta fase, o relacionamento com o pessoal do serviço em geral foi bom. Houve ocasiões de grande aproximação e outras de distanciamento, provavelmente por acúmulo de atividades de ambas as partes.

As entrevistas, no início desta fase, foram bem abertas, pois o objetivo era explorar e aprender num sentido mais geral; com o decorrer do tempo, à medida que os dados eram analisados e o modelo teórico começava a ser esboçado, elas foram se tornando cada vez mais estruturadas. Isto aconteceu porque nestas alturas eu procurava esclarecer dúvidas e confirmar ou rejeitar hipóteses tendo em vista o descobrimento do constructo central da experiência de vivenciar uma gravidez.

FASE 4 - Observação reflexiva

O objetivo desta fase segundo LEININGER (1985: 53) é ajudar o pesquisador a avaliar sua própria influência e a de outros; a sintetizar o total das observações em sequência lógica, a particularizar uma forma de obter um quadro represen

tativo dos dados e a poder relatar os dados honestamente.

Esta fase teve uma duração aproximadamente, de 8 a 9 meses, embora no cronograma inicial estivesse previsto um período de apenas três semanas, já que BOGDAN e TAYLOR (1975: 89-93) afirmam que o retorno do pesquisador no campo, quando necessário, deve ser feito transcorrido o mínimo de tempo possível, para que ele possa aproveitar-se do clima de interação criado durante o trabalho no campo.

Na realidade, o desenvolvimento desta fase, neste estudo, pode ser dividido em duas etapas: a 1ª teve uma duração aproximada de dois meses e corresponde ao período onde foram realizados os retornos ao campo para confirmar os aspectos gerais do modelo do constructo que estava sendo desenvolvido; e a 2ª etapa, corresponde ao período gasto em reflexões e abstrações com o intuito de idealizar um quadro acurado dos dados mais representativos em relação à experiência vivenciada pelas mulheres durante o período de uma gravidez.

O longo período gasto nesta época ocorreu principalmente por dois motivos, que coincidentemente podem ser interpretados como pessoais. O 1º, está relacionado à minha relativa dificuldade de abstração, uma vez que me considero uma pessoa muito prática e principalmente acostumada a trabalhar com coisas mais concretas. O 2º, está relacionado ao meu retorno à instituição de origem, o que dificultou e distanciou ainda mais os encontros e conseqüentemente as discussões com a orientadora sobre as reflexões surgidas a partir das abstrações em relação ao constructo em elaboração.

A vivência de angústia e de sofrimento durante esta fase é algo evidente nas raras anotações sobre isto, feitas no diário da pesquisadora:

"Parece que a minha cabeça está vazia ... eu não consigo colocar nada no papel."

19/10/88

"Parece que é uma espécie de fuga ... cada vez que sento, eu começo a trabalhar em cima das alterações, mas só em termos de passar a limpo, reformular pequenos aspectos ... não surge nada de novo."

16/03/88

"Eu estou desesperada, não sinto a coisa avançar."

20/07/88

"Eu não aguento mais pegar neste início do modelo, parece que está em pacado; não consigo descobrir um jeito para passar tantas informações."

22/08/88

"Eu não pensei que fosse ter tantos problemas para apresentar as alterações, afinal eu tenho estas alterações descritas pelo menos de cinco formas diferentes. Parece que ao apresentá-las nos diferentes processos seguidos durante a gestação elas ficarão repetitivas e cansativas. Como será que eu devo fazer?"

29/09/88

- Enfim, apesar de ser uma afirmação bastante forte,

considero esta última fase como a mais difícil para um pesquisador iniciante na metodologia qualitativa. Isto possivelmente porque nas fases anteriores, apesar do desconhecido, eu me sentia apoiada, pois sempre existia a possibilidade de embasar minhas ações em técnicas ou mesmo em algumas recomendações ou cuidados específicos, enquanto que nesta última tudo dependia da minha capacidade própria de abstração e concepção, inclusive a forma de elaborar o relatório final. E em assim sendo, mesmo após a árdua tarefa de identificação da categoria central referente ao modelo teórico que estava sendo construído, não foram raras as mudanças na redação deste relatório até que a sensação de se estar transmitindo da melhor forma possível tudo o que tinha sido captado da experiência vivenciada pelas mulheres em relação a uma gravidez fosse alcançada, originando a teoria que estou denominando "Vivenciando a gravidez".

População e Amostra

O estudo foi desenvolvido junto a mulheres grávidas da cidade de Florianópolis-SC, no período de outubro de 1986 a novembro de 1987.

Ao definir a amostra a ser estudada, considerei as particularidades da linha metodológica adotada, a qual, ao preconizar a existência de um método específico de análise dos dados, preconiza também a necessidade de o pesquisador adotar algumas condutas particularizadas, especialmente durante a coleta e análise dos dados. Ou seja, o emprego do "método comparativo constante" na análise dos dados de estudos que utilizam a "Grounded Theory" como linha metodológica básica determina que a amostra destes estudos não pode ser definida esta

tisticamente; pois este método, além de exigir a existência de vários grupos amostrais, com características diferentes para possibilitar a análise comparativa dos dados, possui dois pressupostos básicos: a amostragem teórica e a saturação teórica ou de categorias.

A saturação teórica ou de categorias, momento no qual não são mais encontrados dados novos ou adicionais em determinado grupo (WILSON, 1977), constituiu neste estudo um dos principais critérios adotados para a definição do momento em que novos grupos deveriam ser buscados. E a amostragem teórica, processo no qual o pesquisador após coletar, codificar e analisar os dados de cada grupo amostral toma algumas decisões em relação a quais os tipos de dados ainda devem e/ou precisam ser coletados e onde os mesmos podem ser encontrados (WILSON, 1977), foi o critério adotado na definição dos grupos amostrais deste estudo.

O objetivo deste tipo de amostragem é propiciar a descoberta de novos conceitos e hipóteses e suas interrelações, o que por sua vez possibilita uma maior ampliação e aprofundamento do tema em estudo.

Ao fazer uso deste processo de amostragem o pesquisador só pré-determina qual deve ser o seu 1º grupo amostral, ficando todos os demais à mercê dos resultados das análises dos dados obtidos neste e nos grupos subsequentes.

. Selecionando e compondo os grupos amostrais

Interpretando que, para a composição do 1º grupo amostral, o único critério a ser utilizado seria a identificação de que os componentes de um determinado grupo possuíam os atri

butos em estudo, no caso, ser uma gestante ou estar grávida. Defini que o 1º grupo amostral deveria ser constituído por mulheres grávidas da cidade de Florianópolis, que estivessem fazendo o acompanhamento de seu pré-natal em um ambulatório da rede pública, por entender que a mesma responde pelo atendimento da maioria da população de gestantes em nosso meio.

Este grupo está constituído de 58 gestantes de diferentes faixas etárias e paridade. Essas mulheres eram solteiras, casadas ou amasiadas e a sua idade variou de 16 a 42 anos.

Na composição deste grupo adotei como critério de inclusão a ordem de chegada das clientes no serviço. Este critério além de propiciar a composição de uma amostra não viciada, uma vez que me permitiu entrar em contato com todos os tipos de gestantes que freqüentavam o serviço de pré-natal, no qual os dados estavam sendo coletados, permitiu também que algumas características das gestantes, tais como idade, estado civil, número de gestações anteriores, etc., ficassem livres para serem utilizadas como características de outros grupos amostrais, caso fosse necessário.

Desta forma, durante o 1º mês, destinado para a coleta de dados, todos os dias, a 1ª e a última clientes atendidas no serviço foram convidadas a participarem do estudo, passando a compor o 1º grupo amostral desde que verbalmente concordassem ou demonstrassem interesse em participar do mesmo.

Como eu pretendia fazer um acompanhamento das gestantes ao longo do período gestacional, nos meses subsequentes, procurei acompanhar as gestantes que já haviam sido selecionadas para o estudo, em todos os seus retornos ao serviço. Assim sendo, só seleccionei novas gestantes nos dias em que não havia nenhuma gestante do estudo com retorno agendado.

Para tornar viável este acompanhamento, ao final de cada contato, eu conversava com as gestantes selecionadas sobre a importância de mantermos contatos em todos os seus reornos e em seguida solicitava-lhes que após a marcação da consulta no serviço, me avisassem sobre a data de seu próximo retorno. Porém, esta solicitação foi atendida apenas por algumas gestantes, não sendo possível fazer um agendamento dos contatos subsequentes. Isto, de certa forma, prejudicou o acompanhamento das gestantes selecionadas para o estudo, pois em alguns dias não comparecia nenhuma das gestantes com quem eu deveria conversar, e em outros compareciam 3 a 4 gestantes do estudo. De qualquer forma, considero que esta foi uma limitação do estudo que dificilmente poderia ser minimizada, pois os retornos ao serviço eram agendados de acordo com a disponibilidade da instituição e não da gestante, e seria muito menos de acordo com a minha.

Com relação à definição dos outros grupos amostrais o critério realmente adotado foi o processo de amostragem teórica o qual determinava quais os tipos de dados deveriam ser coletados e onde os mesmos poderiam ser encontrados, Portanto, o 2º grupo amostral foi definido com base no modelo teórico que começou a emergir a partir da coleta e análise concomitante dos dados do 1º grupo amostral. Quando os dados deste grupo referentes por exemplo, ao planejamento da gravidez despertaram-me a dúvida se, o que estava sendo encontrado, era característico de uma população de baixa renda, defini que deveria conversar com gestantes de nível sócio-econômico mais elevado. Achei que elas poderiam ser encontradas entre as gestantes que faziam o acompanhamento do pré-natal na rede privada. No entanto, a pressuposição de que seria difícil encontrar um médico que permitisse o acesso a seu consultório

levou-me a procurar estas gestantes em meus próprios círculos sociais. Assim sendo, conversei com gestantes que moravam no mesmo prédio ou que faziam yoga no mesmo local que eu.

O 2º grupo amostral esteve constituído por 12 gestantes que estavam fazendo o acompanhamento pré-natal com médicos particulares.

Os outros quatro grupos amostrais foram sendo definidos à medida que mais dados eram coletados e analisados em cada um dos grupos selecionados, sempre com o objetivo de validar, modificar e ampliar o modelo teórico que estava sendo desenvolvido. Assim, à medida que mais características iam surgindo, os grupos foram se tornando cada vez mais especificados.

O 3º grupo amostral está constituído por 8 gestantes de maior nível de escolaridade, ou seja com 3º grau completo ou incompleto. O 4º grupo amostral está constituído por 4 gestantes que estudavam ou trabalhavam na área de saúde. O 5º grupo amostral está constituído por 3 gestantes que são enfermeiras graduadas.

À medida que novos grupos eram formados eu continuava a coleta de dados na rede pública, de forma que, em alguns momentos, as mulheres componentes do 1º grupo amostral foram sub-divididas em vários sub-grupos amostrais: de adolescentes, idosas, casadas, solteiras, primigestas e multíparas.

Estas sub-divisões foram esporádicas e sempre com o intuito de testar alguma hipótese. Além disso, durante o decorrer do estudo mantive contatos informais e formais com várias gestantes que não fizeram parte da amostra deste estudo onde implicitamente eu buscava a confirmação das hipóteses e ampliação do modelo emergente. Vale salientar que como eu sempre senti uma boa receptividade e interesse por parte das mu

lheres em estado gestacional, eu me sentia incentivada a abordar-las em várias situações e em qualquer parte que eu fosse: bancos, bares, bibliotecas, feiras, supermercados, salões de beleza, na rua, etc.

Registrando os Dados

O registro dos dados baseados em lembrança completa, acurada e detalhada e a guarda destas informações de forma adequada constituem a base para o sucesso da observação participante como método de coleta de dados e da "Grounded Theory" como metodologia de pesquisa. Segundo HENSE (1987: 31), estes dois elementos funcionam como: a) acervo de dados para análise, b) facilitador do levantamento de hipóteses, c) facilitador da identificação das relações teóricas e d) orientador do exame retrospectivo dos passos dados e conseqüentemente avaliação se as situações exploradas estão sendo fecundas ou se convém tentar novos caminhos.

. Tipo de registro

Neste estudo, os dados foram registrados basicamente nas notas de campo e no diário da pesquisadora.

Existiram notas de campo do serviço e das gestantes. Nas notas de campo do serviço, foram registradas as descrições e as anotações gerais sobre a estrutura física e funcional e as rotinas do serviço, o desenvolvimento do trabalho de forma geral e o agendamento dos retornos das clientes.

Nas notas de campo das gestantes foram registradas, em termos específicos e não avaliativos, as descrições das gestantes (aparência, gestos, expressões, etc), das conversas

ções e dos relacionamentos mantidos durante toda a trajetória das mesmas no serviço, além do nome completo e número de matrícula no serviço. Também foram anotadas algumas informações básicas retiradas dos prontuários tais como: idade, estado civil, período gestacional, número de filhos, etc.

Finalmente, no diário da pesquisadora foram registrados meus sentimentos, percepções subjetivas, hipóteses trabalhadas e avaliações sobre o andamento do estudo e meu próprio desempenho, com o objetivo de reunir os dados referentes às inferências teóricas que surgiram durante a coleta de dados e à minha vivência ao desenvolver o estudo.

. Cuidados no registro das informações

Ao proceder o registro das informações, procurei ter sempre em mente que a capacidade de observar pode tornar-se insignificante diante da incapacidade em recordar e registrar e para que isto não acontecesse, estabeleci que os dados seriam registrados de acordo com a sua fonte. Por exemplo, com relação aos dados provenientes das sessões de observações existiram três formas de registro: a) registrei palavras-chaves durante as sessões e fiz registro literal logo após o seu término, quando os dados foram obtidos por entrevistas; b) confiei totalmente na memória quando foram obtidos pela observação e c) fiz anotações literais no campo, quando foram obtidos através da consulta a documentos.

No entanto, ao longo do estudo nem sempre foi possível efetuar o registro dos dados logo após o término de cada período no campo. Desta forma, pude constatar na prática, que um tempo prolongado entre a observação e o registro reduz a habilidade de uma recordação acurada, mesmo quando as pala

vras-chaves estão registradas, tanto pela limitação da lembrança, quanto pela produção de um pouco de confusão na mente de quem efetua tal registro.

Além disso, a conscientização de que alguns cuidados efetuados durante o registro dos dados poderiam facilitar etapas posteriores do estudo, levaram-me a seguir, desde o seu início algumas sugestões de BOGDAN e TAYLOR (1975: 65-6) que foram representadas neste estudo pelos seguintes cuidados:

- a) padronizei os grupos de notas com um título de acordo com a natureza dos dados contidos naquele conjunto e a data da observação e do registro;
- b) deixei margens extensas ao longo das notas, as quais mais tarde serviram para comentários e codificações das mesmas;
- c) formei novos parágrafos frequentemente, ou seja, sempre que houve mudança de assunto ou surgiu algum evento diferente, o que mais tarde facilitou a leitura e a codificação das notas;
- d) fiz sempre os registros com cópias para evitar a perda de informações; e
- e) mantive a linguagem utilizada pelas próprias informantes, com o objetivo de minimizar a perda de informações e garantir o máximo possível a sua fidedignidade.

Codificações

Na metodologia qualitativa, cada passo que se dá representa uma preocupação não só com o momento presente mas também com o momento futuro. Desta forma, a codificação das informações obtidas representou uma preocupação em tentar dispende o menor tempo possível e ao mesmo tempo tornar menos árdua a etapa da análise dos dados. Ela foi utilizada em pelo menos dois momentos: durante e após o registro das notas. Durante o registro das notas, ela ocorreu através do uso de alguns sinais, tais como os sugeridos por BOGDAN e TAYLOR (1975: 65-6): "aspas" para indicar recordações exatas e palaavras textuais; "apóstrofes" para indicar menor precisão nas palavras e a não utilização de qualquer tipo de marca para recordações apenas razoáveis.

Após o registro das notas, as codificações ocorreram sempre que houve a leitura das mesmas e tiveram por objetivo facilitar a distinção entre os vários tipos de anotações. Os códigos utilizados neste momento seguiram a classificação proposta por SCHATZMAN & STRAUSS (1973: 99-101) e são as seguintes:

- "NO" - notas de observação - corresponderam ao registro de eventos experienciados principalmente através do que vi e ouvi;
- "NT" - notas teóricas - referem-se especificamente às análises e inferências teóricas realizadas no transcorrer da coleta e da análise dos dados; elas representaram uma tentativa controlada de dar significado a qualquer uma ou a várias notas de cam

po; com o objetivo de ir construindo um modelo teórico da realidade em estudo.

- "NM" - notas metodológicas - referem-se ao registro dos questionamentos, adaptações e mudanças feitas no tocante aos procedimentos metodológicos adotados; elas refletem minhas ações realizadas ou planejadas (tais como: instruções, sugestões, lembretes, críticas, etc) e reflexões sobre mim mesma, enquanto pesquisadora: minhas condutas, sentimentos, interpretações, impressões, etc.

Também foram utilizados dois outros tipos de códigos, produtos da prática de minha orientadora ELSÉN (1986): "NE" - notas de entrevistas - referem-se ao registro das entrevistas e "IPP" - interferência profissional do pesquisador - referem-se ao registro de minhas atitudes ou comportamentos que existiram em decorrência de solicitação ou não e que estavam relacionados com minha formação profissional.

O rigor do estudo

A credibilidade de uma investigação científica dependente do "rigor" adotado pelo pesquisador durante o desenvolvivimento da mesma. O rigor de uma pesquisa qualitativa por sua vez, segundo Guba e Lincoln (SANDELOWSKI, 1986: 27 - 37), está relacionado à "confirmabilidade" (neutralidade) do estudo ou seja à possibilidade de "confirmação do estudo" que é alcaçada quando a "auditabilidade" (verdade/confiabilidade), a "credibilidade" (validade interna) e a "adequabilidade" (aplicabilidade/validade externa) são encontradas.

"Auditabilidade" - em pesquisa qualitativa a "unica bilidade" da situação humana e a importância das experiências que não são necessariamente acessíveis à validação são valori zadas ao invés da repetibilidade, por isto as variações em uma experiência são procuradas. Sendo assim, Guba e Lincoln consideram que um estudo e seus resultados possuem auditabilidade quando outro pesquisador tanto pode seguir claramente a "trilha de decisão" usada pelo investigador, assim como alancançar os mesmos resultados ou comparáveis, mas nunca conclusões contraditórias, sempre que utilizar os mesmos dados, perspectivas e situações do investigador. Ela também existirá quando apresentar descrições ou interpretações de uma experiência humana de maneira tão fiel que tanto as pessoas que já as vivenciaram como aquelas que vierem a vivenciá-las podem imediatamente reconhecê-las como verdadeiras ou quando qualquer leitor ou outro pesquisador pode seguir a progressão dos eventos no estudo e entender sua lógica.

Uma ameaça que pode existir em relação à auditabilidade do estudo está relacionada com o risco do pesquisador "torna-se nativo", ou seja começar a envolver-se com os sujeitos da pesquisa de tal forma que passa a apresentar dificuldade em separar suas próprias experiências das experiências de seus sujeitos. Esta ameaça é definida por CHENITZ & SWANSON (1985: 8) como "efeitos reativos do pesquisador" (isto é, as maneiras pelas quais a presença do pesquisador na cena afeta os participantes) e "efeitos de suas ações". Os autores acima afirmam que ambas precisam ser cuidadosamente examinadas, embora ainda não esteja claro qual a melhor forma de agir, pois enquanto alguns pesquisadores as interpretam como uma interferência e por isto procuram minimizar ou controlar os efeitos que produzem sobre a situação em estudo; outros sugerem que

estas questões são componentes dos dados, pois elas são partes da realidade e assim sendo o fato de elas alterarem aquilo que é observado é implicitamente aceito. Portanto, paradoxalmente, a aproximação existente na relação pesquisador-sujeito tanto pode ser um facilitador como uma ameaça à verdade de um estudo qualitativo.

Neste estudo a auditabilidade foi assegurada através dos seguintes cuidados:

1. descrevi minuciosamente todos os passos utilizados no desenvolvimento do estudo: - como me interessei pelo tema em estudo, - como me defini pela metodologia, - quais meus objetivos específicos, - como os sujeitos foram incluídos e abordados, - como os dados foram coletados, - como os dados foram analisados, interpretados e apresentados, etc;
2. avaliei periodicamente minha atuação através da discussão sobre a mesma com a orientadora do estudo e também através da análise sobre as anotações efetuadas no diário da pesquisadora. Estas duas estratégias sempre me levavam a refletir, sobre a real razão de estar convivendo com as informantes e isto fazia ressaltar para mim mesma o meu papel de pesquisadora, evitando assim o perigo de "tornar-me nativa";
3. fiz discussões freqüentes com a orientadora sobre as técnicas de coleta e registro dos dados, assim como sobre os dados propriamente ditos e a forma como eu os estava interpretando ou analisando suas

relações. Estas discussões tiveram por objetivo num 1º momento, facilitar a coleta de dados de tal forma que a perspectiva das informantes fosse valorizada, bem como fazer com que o registro dos mesmos fosse feito de forma o mais fidedigna possível. Num segundo momento, elas objetivavam ajudar-me a identificar até que ponto as minhas reflexões e análises, assim como os esquemas teóricos que estava desenvolvendo eram representativos dos dados. Para tanto, durante essas discussões voltamos aos dados brutos sempre que foi necessário.

4. questionei freqüentemente as respondentes sobre as várias hipóteses que emergiram ao longo do estudo para verificar se o que era verdade para algumas informantes também o era para outras e submeti à apreciação das mesmas, os vários aspectos do modelo teórico emergente, inclusive sobre o modelo teórico final, a fim de verificar se as mesmas reconheciam no modelo construído suas próprias experiências. Com relação a este aspecto, gostaria de ressaltar que eu própria estou validando a veracidade parcial do estudo, uma vez que estando à ocasião, grávida de cinco meses, pude constatar que a experiência vivida até aquele momento correspondeu ao modelo teórico construído;
5. submeti o modelo teórico final à apreciação de três profissionais enfermeiros: uma que já havia vivenciado a experiência da gravidez, outra que trabalha exclusivamente com mulheres em estado de

gestação e outra que não trabalha nesta área mas que possui o grau de mestre. Esta última contribuiu para que uma maior clareza na forma de apresentação do modelo fosse alcançada enquanto a experiência vivenciada pela primeira e a prática profissional da segunda confirmaram o modelo teórico apresentado ao final deste estudo.

A "adequabilidade" do estudo está relacionada com a questão da aplicabilidade do modelo formado a partir dos dados. Um estudo atende o critério de adequabilidade quando seus achados podem ser "encaixados" dentro de um contexto fora da situação em estudo, quando sua audiência vê seus resultados como significativos e aplicáveis em termos de suas próprias experiências e quando estes resultados refletem tanto as experiências dos elementos típicos, quanto a dos elementos atípicos. Isto é possível porque em pesquisa qualitativa qualquer sujeito que pertença a um grupo específico é considerado representativo daquele grupo. Portanto, a experiência de qualquer pessoa, se bem descrita, representa "uma parte da vida do mundo", restando ao pesquisador a tarefa de estabelecer a posição de todos os sujeitos em relação ao grupo em que eles são membros e o significado de seus pedaços de vida.

Devido a estas características, dois tipos de perigo podem ameaçar a adequabilidade do estudo: a "falácia do holismo" e a "tendência pelas elites". O primeiro refere-se á tentativa do pesquisador de fazer os dados parecerem mais padronizados, regulares ou congruentes do que são; de selecionar as informações a serem analisadas e de apresentar as conclusiões do estudo como representantes de todos os dados, apesar de não contê-los. Já a "tendência pelas elites" refere-se á

tendência que existe do pesquisador de obter os dados do estudo junto às pessoas mais articuladas, acessíveis e de melhor posição dentro do grupo.

Neste estudo, a adequabilidade foi assegurada através dos seguintes cuidados:

1. descrevi as gestantes dentro de suas próprias perspectivas;
2. descrevi todos os elementos típicos e atípicos de cada gestante ou evento;
3. efetuei grande parte da coleta dos dados no mesmo dia e local em que a assistência foi prestada;
4. mantive contatos no máximo com 2 gestantes por dia, de forma que os mesmos puderam ser prolongados ao mesmo tempo que as gestantes do estudo puderam ser observadas durante toda sua permanência no serviço;
5. pré-determinei apenas o 1º grupo amostral; todos os demais foram determinados de acordo com os dados obtidos no 1º grupo;
6. segui a pressuposição de que qualquer gestante seria representativa do grupo de gestantes, por isto nenhum critério foi adotado para a seleção dos componentes do 1º grupo amostral, além da ordem de chegada no serviço, numa tentativa de minimizar a ameaça determinada pela "tendência pelas elites";
7. obtive os dados a partir de diferentes estratégias, tais como: observação, entrevistas e consul

ta a documentos na tentativa de determinar a congruência entre a triangulação de fontes e procedimentos de coleta de dados;

8. convivi com a experiência da mulher em estado de gestação durante cinco dias da semana por um período de 10 meses. Esse convívio permitiu contatos mais próximos e conseqüentemente um conhecimento mais aprofundado possível da perspectiva dessas mulheres;
9. voltei constantemente aos dados a fim de verificar se as interpretações e análises feitas os representava de fato.

A "credibilidade" (validade interna) para GUBA e Lincoln (SANDELOWSKI, 1986: 29-30) deve ser o critério de avaliar o valor da verdade em pesquisa qualitativa. Nesta, a verdade é um objetivo muito abstrato, pois ela se refere à descoberta do fenômeno humano ou experiências como são vividas pelos sujeitos ao invés de conceptualizações feitas "a priori" dessas experiências. Significativamente, a verdade é orientada pelo sujeito ao invés de ser definida pelo pesquisador.

Em pesquisa qualitativa, credibilidade se refere à consistência dos resultados e é alcançada quando é possível seguir a "trilha de decisão" do pesquisador (SANDELOWSKI, 1986: 33). Ou seja, quando qualquer pessoa puder ter uma nítida idéia de como foi desenvolvido o estudo e qual a progressão dos eventos, desde o surgimento do interesse do pesquisador pelo tema em questão até a elaboração do relatório final, apenas tomando conhecimento deste relatório.

Este aspecto é muito importante apesar do fato de um estudo de "Grounded Theory" não poder ser replicado (STERN, 1985: 150) uma vez que a teoria emergente deriva da melhor análise que o pesquisador é capaz de fazer. Assim sendo, duas análises jamais serão exatamente iguais porque dois pesquisadores jamais serão iguais. É por isso sobretudo que a "Grounded Theory" deve ser um método confiável e que pode ser usado para predizer (STERN, 1985:151).

Tentei garantir a credibilidade deste estudo com os seguintes cuidados:

- . Solicitei, especialmente no início do estudo, leituras freqüentes, por parte da orientadora, das notas de observação, de entrevista, as metodológicas e as teóricas, com o objetivo de encaminhar-me à melhor forma de redação possível. Assim sendo, os apontamentos e questionamentos da orientadora sobre registros incompletos ou não suficientemente claros a ponto de dar uma idéia acurada, completa e fidedigna da situação como um todo, inclusive sobre minhas atitudes, decisões e comportamentos ajudaram-me a tornar os resultados do estudo mais consistentes;
- . procurei, enfaticamente, esclarecer no relatório o caminho seguido e as decisões tomadas, especialmente em relação aos aspectos metodológicos e à definição da estrutura conceitual.

Finalmente, descrevi, embora de forma sucinta, minha vivência durante a experiência de desenvolver um estudo qualitativo, evidenciando não só as dificuldades e problemas en

contrados, mas também meus sentimentos durante a mesma.

A "confirmabilidade" deve ser o critério de neutralização na pesquisa qualitativa ao invés da objetividade. A subjetividade deve ser valorizada de duas formas: pelo envolvimento subjetivo dos investigadores com seus sujeitos e - pela ênfase na realidade subjetiva ou nos significados que os sujeitos dão ou derivam de suas experiências de vida. Ela se refere aos dados per sí e não à postura objetiva ou subjetiva do pesquisador e é encontrada quando a auditabilidade, credibilidade e adequabilidade são estabelecidos.

Neste estudo, tentei garantir a confirmabilidade deixando que meu envolvimento com as informantes ultrapassasse a relação cliente-profissional; ou seja, durante nossos contatos, a gestante teve liberdade para falar ou mesmo recusar-se a falar sobre o que quisesse, num ambiente o mais confortável possível, justificando-se por isso, a ausência do uso do gravador durante as entrevistas. Com algumas informantes cheguei mesmo a estabelecer laços de amizade, durante algum tempo, inclusive indo visitá-las em sua residência após o parto.

Além disso, tentei explorar ao máximo a realidade subjetiva e o significado que as mulheres davam a cada mudança percebida durante a gravidez.

. **Análise dos Dados**

O método de análise indicado para os estudos que utilizam como metodologia a "Grounded Theory" é o comparativo constante (GLASER & STRAUSS, 1967: 105-15). A utilização deste método permite que a estrutura conceptual do estudo seja gerada a partir dos dados ao invés de estudos anteriores

(STERN, 1985:150). E isto por sua vez, além de evitar o surgimento de uma estrutura teórica pré-concebida, também permite que a história surja das palavras dos participantes e no próprio ambiente de estudo (WILSON, 1977:105).

Segundo STERN (1980:21) este método de análise é um processo que não envolve uma série de passos lineares, isto é, o método todo ocorre ao mesmo tempo, pois seus passos podem ocorrer fora de seqüência, podem ser repetitivos e estas rem envolvidos com uma sucessão de "gestalts" ou hipóteses que são unidas simultaneamente de forma a explicarem o fenômeno. Portanto, várias etapas do processo de pesquisa são desenvolvidas ao mesmo tempo, como é o caso da coleta dos dados, a análise dos dados e até os registros de um relatório inicial.

Finalmente, como já foi descrito anteriormente, este método de análise possui dois pressupostos básicos, a amostragem teórica e a saturação de categorias (GLASER & STRAUSS, 1967:45-76).

Ao utilizarem este método, alguns autores tais como Turner, citado por FIELD & MORSE (1985:109-113), STERN (1980:21-3), CHENITZ e SWANSON (1986:95-101) e SIMMS (1981:356-9) identificaram a existência de diversos componentes semelhantes, mas não iguais, apresentando por isto sugestões diferentes em relação ao número de etapas que o método deve conter. No entanto, a análise acerca das proposições destes autores sobre cada uma das etapas sugeridas nos permite afirmar que, de forma geral, as mesmas contém todos os passos sugeridos por GLASER & STRAUSS (1967:105-15). Assim sendo, neste estudo foi adotado o esquema proposto por STERN (1980:21-3). Ela propõe que a análise dos dados em estudos que utilizam a "Grounded Theory" seja efetuada em cinco etapas: coleta de dados empíricos, formação de conceitos, desenvolvimento de conceitos,

modificação e integração do conceito e produção do relatório de pesquisa.

1. Coleta de Dados Empíricos

Os dados deste estudo foram obtidos através de entrevistas, observações e consultas a documentos. Foi durante a etapa de coleta de dados que conheci o ambiente onde a assistência à gestantes era prestado e que tentei identificar como as mulheres grávidas percebiam o período de tempo de uma gravidez.

2. Formação de Conceitos

Esta etapa correspondeu aos primeiros passos dados na tentativa de gerar uma estrutura conceptual e isto envolveu três processos: codificar, categorizar e hipotetizar.

a) Codificar é o mesmo que rotular as notas. Este processo só ocorreu após várias leituras dos dados nas quais todas as informações foram examinadas, linha por linha, até que os conceitos ou significados nelas contidas fossem identificados dando origem aos códigos substantivos. Isto é, cada informação, após a análise, foi resumida numa palavra ou expressão que transmitisse o seu significado.

EXEMPLO DE CODIFICAÇÃO

- . dado bruto: "a gente não queria prá agora"
- . código: "não queria engravidar"

b) Categorizar refere-se ao processo onde cada grupo de códigos substantivos foram examinados e analisados comparativamente uns com os outros de forma que os grupos de códigos

afins foram reunidos formando as categorias iniciais. As categorias identificadas representam a forma como eu interpretei os dados e suas relações. Por exemplo, os dados relacionados com o fato de a mulher querer ou não engravidar foram agrupados inicialmente em uma categoria que denominei "Aceitação da gravidez".

c) Hipotetizar refere-se ao processo hipotético que utilizei para organizar os dados através de seu agrupamento em categorias. Ou seja, durante este processo eu presumi que determinados grupos de códigos substantivos tinham a ver com determinadas categorias. Através da coleta de mais dados, algumas de minhas suposições foram confirmadas e outras rejeitadas. Por exemplo, a suposição de que os códigos: "não queria engravidar", "queria engravidar", "queria engravidar só mais tarde" pertenciam à uma mesma categoria, qual seja, a de "Aceitação da gravidez", foi confirmada.

3. Desenvolvendo Conceitos

Nesta etapa, procurei explorar as partes (fatores, elementos e processos) da estrutura conceptual que estava começando a emergir; neste momento da análise, por exemplo, as alterações físicas percebidas pelas mulheres pareciam constituir a natureza do estudo. Três processos me ajudaram a identificar mais tarde, o núcleo ou essência do estudo. A partir destes três processos, a teoria emergente "Vivenciando a Gravidez" se desenvolveu, cresceu e tomou corpo.

a) Redução de categorias - este é um processo indutivo de agrupamento das categorias. Nele, as categorias já formadas foram analisadas comparativamente, à luz dos novos dados que estavam chegando, com o intuito de tentar identifi

car aquelas referentes às vivências mais significativas da experiência das mulheres em relação a uma gravidez. Este processo reduziu o número de categorias, pois estas se tornaram mais globais e mais organizadas, uma vez que seus componentes (causas, conseqüências, contingências, contexto, condições, co-variância e fatores que maximizavam ou minimizavam a categoria em questão) foram considerados. Desta forma identifiquei que algumas categorias eram peculiares a uma determinada época da experiência vivida durante a gravidez, devido à intensidade e à forma como elas se manifestavam ao longo do tempo. Neste momento com a coleta de mais dados, os processos e sub-processos identificados em cada uma das quatro etapas do "Vivenciando a gravidez" começaram a ser estruturados.

b) Amostra seletiva dos dados - refere-se ao processo dirigido de coleta de dados adicionais. Esta coleta foi efetuada com base no que eu já conhecia da estrutura conceitual e teve os seguintes objetivos: desenvolver hipóteses tendo em vista a identificação das propriedades das principais categorias; identificar e desenvolver as propriedades das categorias e confirmar os conceitos já formados.

No final deste processo a categoria central ou o processo capaz de caracterizar/expressar a vivência das mulheres em cada uma das etapas do "Vivenciando a gravidez" já estava estruturado. Entretanto, a categoria que expressava o centro da experiência da mulher grávida ainda não havia emergido; aliás, a dúvida e a reflexão sobre qual realmente seria esta categoria esteve presente até o final do estudo. Neste momento, "Vivenciando a gravidez" parece ser esta categoria.

c) Amostra seletiva da literatura - refere-se ao processo indutivo de revisão bibliográfica realizado a partir

dos conceitos que estavam emergindo. Quando os achados da literatura se ajustaram à teoria em desenvolvimento, eles se tornaram um dado de suporte e quando não, eles suscitaram a coleta de mais dados, tendo em vista o esclarecimento dos aspectos discordantes. Persistindo a incongruência entre os dados do estudo e os da literatura, esses foram considerados inválidos ou impróprios para a perspectiva deste estudo ou estão sendo considerados como aspectos que ainda precisam ser mais explorados.

4. Modificação e Integração do Conceito

Esta etapa refere-se à existência de um processo que ocorre simultaneamente aos demais, com o objetivo de transpor a estrutura conceptual de uma forma descritiva para uma teórica. Dois processos atuam nesta etapa, tornando a teoria emergente integrada e delimitada.

a) Codificação teórica - refere-se à maneira de pensar sobre os dados, mais em termos teóricos do que descritivos. Ela tem por objetivo ajudar o pesquisador a mover-se de uma estrutura descritiva para uma referencial; ou seja, de favorecer a abstração do pesquisador sobre os dados. Isto, neste estudo, foi conseguido através da aplicação aos dados, de uma variedade de esquemas analíticos até que o formato da experiência de vivenciar a gravidez em quatro etapas foi descoberto e descrito da forma como está sendo apresentado.

b) Memorandos - os memorandos foram estes ao longo de todo o estudo e à medida que surgiram idéias sobre as interrelações dos dados. Eles tiveram por objetivo preservar hipóteses emergentes, esquemas analíticos, intuições e abs

trações.

Um dos primeiros "menos" desenvolvidos foi sobre o esquema de atendimento à gestante no serviço onde os dados estavam sendo coletados, e um dos últimos foi sobre como as mulheres percebiam a presença da criança durante a gravidez.

5. Produção do Relatório de Pesquisa

Na elaboração deste relatório tenho procurado fornecer um quadro claro e preciso da trajetória da formulação da teoria que desenvolvi, utilizando para isto, exemplos dos dados e descrições detalhadas dos passos adotados durante o estudo.

3. Etapa do Pós-Trabalho no Campo

Algumas das atividades do pós-trabalho no campo, na verdade, foram realizadas durante o transcorrer do trabalho no campo. Elas incluem principalmente parte de alguns passos do processo de análise tais como o Desenvolvimento de Conceitos e a Modificação e Integração do Conceito. Porém, didaticamente, a atividade considerada como característica da etapa de pós-trabalho no campo foi a produção do relatório de pesquisa.

2. ORGANIZANDO OS DADOS

Nesta secção apresento os dados do estudo já imbuí dos de minhas análises e reflexões pessoais sobre as suas pos síveis relações. Ou seja, sob a forma de resultados, pois de acordo com a metodologia preconizada por GLASER & STRAUSS (1975:35-43), não existe uma etapa no relatório de pesquisa onde os dados brutos do estudo possam ser apresentados de for ma isolada desvinculados da interpretação da pesquisadora so bre suas relações e interrelações. Sendo assim, os dados bru tos apresentados servem apenas para ilustrar a teoria ou cons tructo em processo de desenvolvimento.

Minhas análises e reflexões surgiram em grande par te, no momento em que os dados estavam sendo organizados, uma vez que emergiram à medida que eu tomava conhecimento dos mes mos e os interpretava. Como estas análises e reflexões são ba seadas em minha experiência e vivência prática, adquiridas ao longo de minha vida pessoal e profissional e mesmo no decorrer da coleta destes dados, a organização dos mesmos da forma que ora apresentarei reflete tanto as minhas limitações como as minhas possibilidades de ver, captar e interpretar o fenômeno sob estudo tal como ele se apresenta diante de minha perspecti va, em resumo, reflete a soberania da experiência vivida ao desenvolver o estudo.

Na organização dos dados considerei as sugestões de GLASER & STRAUSS (1967:35-43) quanto aos elementos que devem compor uma teoria. Assim, após o processo de codificação ini cial dos dados identifiquei os primeiros elementos da teoria

emergente, ou seja as categorias e suas propriedades. "Existe uma relação sistemática entre estes dois elementos da teoria. A categoria por si só é tida como um elemento conceptual da teoria e a propriedade, por sua vez, constitui um aspecto ou elemento conceptual da categoria" (GLASER & STRAUSS, 1967:36). Na prática, as categorias referem-se ao agrupamento de códigos substantivos relacionados a um mesmo aspecto, assunto ou questão e as propriedades ou sub-categorias como estou denominando, referem-se aos diferentes fatores, elementos ou características de uma dada categoria. Neste estudo estes elementos estão sendo expressos da seguinte forma:

- Categorias: Título expresso em letras minúsculas e grifado com linha contínua.

Ex.: Fazendo Comparações

- Sub-categorias: Título expresso em letras minúsculas e grifado com linha pontilhada.

Ex.: Comparando com a gravidez anterior
Comparando com a gravidez de outra mulher
Comparando com conhecimentos anteriores

O 3º elemento da teoria são as "hipóteses ou relações generalizadas entre as categorias e suas propriedades" (GLASER & STRAUSS, 1967: 35). Elas surgem a partir de uma análise comparativa entre as várias categorias e a verificação de suas relações até que ocorra a identificação de uma categoria central, ou seja uma categoria que expresse o centro ou a essência da experiência de vivenciar uma gravidez. A identificação de algumas categorias que pareciam constituir o centro da experiência vivenciada em cada uma das etapas iden

tificadas na evolução de uma gravidez originaram os processos e sub-processos desta experiência os quais se encontram expressos da seguinte forma:

- Processos: Título expresso em letras maiúsculas e grifadas com linha contínua.

Ex.: DESCOBRINDO-SE GRÁVIDA

- Sub-processos: Título expresso em letras maiúsculas e grifado com linha pontilhada.

Ex.: SUSPEITANDO-SE GRÁVIDA

PROCURANDO UMA CERTEZA

CONFIRMANDO A GRAVIDEZ

A categoria central da experiência vivida pelas mulheres durante uma gravidez é um processo constituído de vários componentes: processos, sub-processos, categorias e sub-categorias. Ela está sendo expressa como segue:

"VIVENCIANDO A GRAVIDEZ"

No início deste estudo me propunha identificar e entender como as mulheres percebem a si e a seu estado durante o período de uma gravidez. Porém, as análises preliminares dos dados obtidos demonstravam que para elas este período era percebido como um processo, uma vez que suas percepções se alteravam com o avanço da gestação, demonstrando tratar-se de um processo dinâmico vinculado ao tempo e ao espaço:

"O maior problema foi no começo... depois não, estou tão bem que às vezes até esqueço que estou grávida".

"Foi uma gravidez muito boa, só

agora no fim que comecei a ter problemas de inchar".

A este processo denominei "Vivenciando a gravidez". Ele inclui não apenas as percepções do "eu" físico-anátomo-psicológico das gestantes e suas alterações ao longo do tempo,

"Os seios cresceram, ficaram enormes, sumiu a cintura, a barriga começou a ficar redonda, é tudo muito rápido...".

"Acho que fiquei totalmente diferente, no começo fiquei mais nervosa, irritada agora me acho calma até demais e também acho que fiquei mais madura".

mas também as percepções do contexto, formado pelo ambiente familiar:

"Ele ficou mais carinhoso e fala mais coisas boas do que antes".

"O mais novo eu acho que está com ciúmes...medo de perder as regalias, mas ele está mais carinhoso, agora eu peço um beijo e ele dá... antes ele não fazia estas coisas, agora fica mais tempo junto, puxa mais conversa, só que nunca fala no nenê".

social:

"Eu sinto que as pessoas estão me poupando, ficam tirando tarefas que eram minhas. Até o serviço, agora meu patrão não fica mais me mandando pra cima e pra baixo".

"Eu estou achando legal o relacionamento com as outras pessoas, parece haver mais ternura por parte de todos".

e físico, de onde provinha cada uma das gestantes em estudo:

"Nos dias quentes as varizes ficam saltadas e os pés incham muito".

"Quando está um pouco mais quente, eu não posso de tanto calor".

"Na da primeira eu passei melhor, não inchava como agora, acho que é porque eu morava numa região mais alta e mais fria".

Durante algum tempo, eu pensei que este processo se referia à experiência vivida pelas mulheres durante, exclusivamente, o período de uma gravidez. Isto porque eu estava vislumbrada com o fato de a experiência de uma gravidez ser percebida e referida pelas gestantes como um processo dinâmico, já que envolvia e era influenciado por suas percepções em relação à presença de diferentes, sucessivas e significativas mudanças e alterações nas mais diferentes áreas de sua vida durante todo o período de uma gravidez. Assim a percepção das mulheres sobre uma evolução em relação ao tempo na experiência de estar grávida, ditada apenas pela percepção de alterações representou durante algum tempo o elemento central e norteador deste estudo, até que a relação desta evolução com a experiência de um processo já vivido anteriormente pelas mulheres, foi identificado.

A percepção desta evolução é caracterizada não só pelo surgimento de mudanças ou alterações ao longo dos nove meses de gestação, mas também porque algumas destas alterações, de forma isolada ou em conjunto, foram percebidas pelas mulheres de forma diferente de como as outras alterações o foram. Ou seja, identifiquei que as mulheres davam mais "valor" ou mais "peso" a algumas alterações do que a outras, pois elas interpretavam o seu surgimento como sendo um ponto de referência ao longo do período da gravidez.

Estes pontos de referência, por sua vez, eram interpretados por elas como verdadeiros "marcos", e isto lhes permitia perceber que o vivenciar o período de uma gravidez é uma experiência constituída de diferentes momentos ou etapas. Ou seja, os pontos de referência identificados pelas mulheres representam para elas verdadeiros "marcos" delimitadores do início ou término de diferentes etapas processuais que foram percebidas ao longo da experiência de estar grávida.

Com relação a esta questão, eu identifiquei que um mesmo acontecimento tanto poderia delimitar o início de um novo momento, como o término de um outro já existente. Por exemplo, o fato de a criança começar a se mexer tanto foi referido pelas mulheres delimitando o fim do "início da gravidez" como o começo do "meio da gravidez". Além disso, ao mesmo tempo que o surgimento de determinadas alterações era interpretado como um marco delimitador do início ou do término de um novo momento:

"Eu ainda estou no começo... a barriga nem aparece direito".

"Eu tenho muitos enjoos, não posso comer nada, não vejo a hora de passar este começo".

o desaparecimento das mesmas:

"Agora está tudo bem, sumiu toda aquela ruindade, o começo é muito ruim".

ou mesmo algum tipo de mudança na sua forma de apresentação:

"De vez em quando ainda tenho enjoô, mas não é mais como no começo ... ih! credo, não gosto nem de lembrar!!!!...".

podia ser identificado e interpretado como um acontecimento que também podia marcar os limites destes momentos ou então ajudar em sua caracterização.

Portanto, foi a forma como as mulheres percebiam e interpretavam as mudanças ocorridas no seu "eu" ao longo da gestação, tanto em relação ao estado físico, fisiológico e emocional que aos poucos me levaram a constatar que para elas existem alguns acontecimentos durante o período de uma gravidez que lhes permite identificar não só a existência, mas também os limites e as características de diferentes momentos na experiência de estar grávida. Estes diferentes momentos são rotulados pelas mulheres de início, meio e fim da gravidez e eles constituem as diferentes etapas ou períodos da experiência de estar grávida, identificadas neste estudo.

No entanto, ao considerar que esta experiência surge a partir da vivência de um processo maior, qual seja, o processo de vida, constatei que a percepção da evolução desta experiência se encontra, de alguma forma, vinculada aos planos e projetos de pelo menos uma das áreas deste processo, qual seja, a área sexual. Assim sendo, a percepção da evolução da gravidez ao invés de restringir-se apenas à "duração" de uma gravidez, necessariamente também engloba um momento anterior à própria concepção e que está sendo denominado de "Percebendo o início da gravidez". Esta etapa refere-se ao período vivido e percebido pela mulher antes da concepção.

Portanto, as mulheres deste estudo me permitiram identificar a existência de quatro etapas ou períodos compondo a evolução do "Vivenciando a gravidez", quais sejam: 1) Precedendo o início; 2) O início da gravidez; 3) O meio e 4) O fim da gravidez.

Figura 1 - Evolução do Vivenciando a Gravidez.

1ª ETAPA	2ª ETAPA	3ª ETAPA	4ª ETAPA
Precedendo o Início da Gravidez	Início da gravidez	Meio da gravidez	Fim da gravidez

A 1ª etapa "Precedendo o início", basicamente começa a partir do momento em que a mulher passa a ter um relacionamento sexual com um parceiro do sexo oposto e, teoricamente, termina com a concepção. Portanto, os acontecimentos que delimitam esta etapa são o início da atividade sexual e a concepção. Ela é caracterizada pela vivência de um processo que foi denominado de "Vivendo um Relacionamento Sexual".

A 2ª etapa, denominada pelas mulheres como "Início ou começo da gravidez", corresponde, teoricamente, ao período existente desde a concepção, uma vez que, para as mulheres deste estudo, ela só tem início quando elas começam a suspeitar da presença da gravidez, e vai até a época em que elas começam a perceber os movimentos da criança ou um aumento mais acentuado da barriga, o que geralmente ocorre por volta dos quatro - quatro meses e meio de gestação. Portanto, os acontecimentos que marcam o início desta etapa é a concepção ou a suspeita da gravidez e os que marcam o seu término são os movimentos fetais e/ou o aumento acentuado da barriga. A característica principal desta etapa é a vivência de dois processos: "Descobrir-se grávida" e "Estando grávida".

A etapa seguinte, denominada "Meio da gravidez", corresponde ao período que é vivido pela mulher dos quatro - quatro meses e meio até os oito-oito meses e meio de gestação. Ela tem início com a percepção do surgimento dos movimentos

fetais e/ou do aumento acentuado da barriga e se caracteriza pela vivência de um único processo que foi denominado "Sentindo-se grávida".

A 4ª etapa, ou seja, o "Fim da gravidez", tem início por volta dos oito-oito meses e meio de gestação e termina com o parto. O início desta etapa é marcado pelo retorno de algumas alterações percebidas pelas mulheres como desagradáveis e a sua característica é a vivência de um processo que foi denominado "Esperando nascer".

Além disso, constatei que as mulheres vivenciavam cada uma destas etapas e seus processos de forma dinâmica, fazendo com que cada uma delas fosse percebida e interpretada como parte de um processo maior que denominei "Vivenciando a gravidez".

Portanto, é o conjunto das vivências experienciadas em cada uma destas quatro etapas, de forma isolada e em conjunto, incluindo todas as percepções que permeiam o "todo" chamado período gestacional, que representa a experiência vivida e percebida pela mulher não só durante o tempo em que ela está grávida, mas também o tempo ou período imediatamente anterior ao "estar grávida". É esta experiência do todo, vinculada ao tempo e ao espaço, que constitui o processo denominado "Vivenciando a gravidez" o qual constitui a categoria central deste estudo. Ela representa o que eu consegui captar, interpretar e organizar das experiências vividas pelas mulheres durante uma gravidez, a partir dos dados brutos fornecidos pelas mulheres em estado de gravidez.

QUADRO 1 - Representação das etapas identificadas na evolução do "Vivenciando a Gravidez", com os eventos limitadores e processos

	1ª ETAPA	2ª ETAPA	3ª ETAPA	4ª ETAPA
Início da Atividade Sexual	Precedendo o início da gravidez "Vivendo um Relacionamento Sexual"	O início da gravidez "Descobrir-se Grávida" "Estando Grávida"	O meio da gravidez "Sentindo-se Grávida"	O fim da gravidez "Esperando Nascer"
	- Concepção - Início da Suspeita da Gravidez	- Início da percepção dos movimentos fetais - Percepção do aumento da barriga	- Aumento da intensidade e alterações percebidas das como desagradáveis	

- Descobrimo a Relação entre o "Vivenciando a Gravidez" e a Vivência do "Processo de Vida"

Na fase inicial das minhas reflexões, o "Vivenciando a Gravidez" parecia estar relacionado somente ao período de tempo de uma gravidez. Porém, a medida que mais dados foram coletados, comecei a perceber que este processo estava relacionado e vinculado a um processo maior que já vinha sendo vivenciado pelas mulheres antes mesmo que elas engravidassem. A este processo maior denominei "Processo de Vida".

O vínculo entre estes dois processos foi percebido porque as mulheres ao falarem sobre a percepção do período gestacional, de certa forma, demonstravam sempre necessidade de também revelarem como havia ocorrido a gravidez:

"Não foi uma gravidez planejada, então não houve uma aceitação imediata".

Inicialmente esta descoberta me fez pensar que o processo denominado "Vivenciando a Gravidez", começava antes de a mulher engravidar, tanta era a importância que as mulheres, ao revelarem sua vivência ou suas percepções sobre o período gestacional, estavam dando aos aspectos anteriores à concepção e o quanto estes, por sua vez, estavam influenciando a percepção atual do período gestacional:

"Eu não queria engravidar, não agora. Isto mexeu muito com a minha cabeça, fiquei muito revoltada, vivia brigando com todo mundo, precisei até sair do serviço".

"Agora vou atrasar um ano, eu tranquei o curso, pois não estava

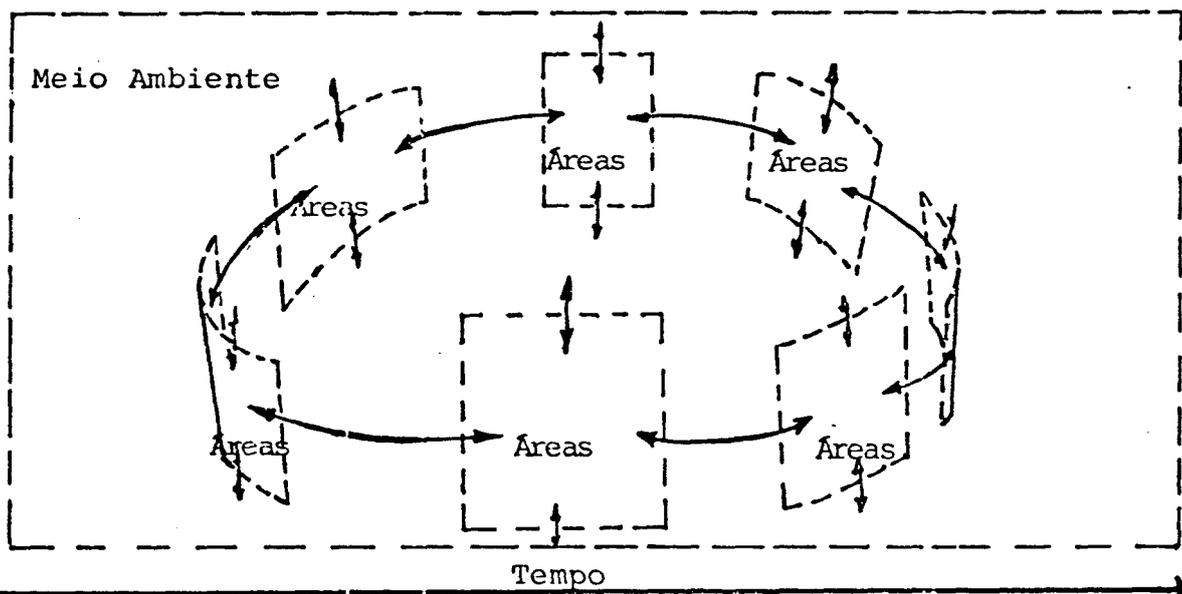
me sentindo bem, não tinha ânimo, fiquei chateada mesmo com a gravidez".

Com o progresso do estudo, no entanto, passei a compreender que isto acontecia porque uma gravidez não surge na vida de uma mulher como "do nada". Pelo contrário, ela é parte ou produto de algo. Por exemplo, de um planejamento, ou de uma atitude incoerente, ou mesmo de um acidente em relação aos objetivos e projetos de vida de uma mulher. Uma vez percebida a existência de algum tipo de plano e projeto relacionado a uma gravidez, comecei a perceber também que uma mulher, em qualquer estágio de sua vida cronológica, encontra-se permanentemente "Vivenciando um processo de vida".

O "processo de vida" da mulher, como o de qualquer pessoa, é formado, entre outras coisas, pelo conjunto dos vários componentes ou áreas de sua vida, pelo conjunto das interrelações possíveis entre esses diferentes componentes e entre esses e o meio ambiente, conforme representação na Figura 1.

Fig. 1

PROCESSO DE VIDA



Ao "Vivenciar o processo de vida", a mulher pode elaborar, a partir de conhecimentos e atitudes já existentes e de acordo com os seus interesses em diferentes momentos, planos e projetos específicos a cada uma das diferentes áreas de sua vida. Além disso, mesmo que não seja a um nível consciente, cada mulher, provavelmente, possui planos referentes a cada uma das áreas de sua vida. Neste estudo, estes planos e projetos foram revelados facilmente quando as mulheres relataram sobre o planejamento ou não da gravidez, demonstrando que estes planos e projetos podem estar relacionados aos projetos de outras áreas. Por exemplo, aos projetos referentes à vida acadêmica:

"Eu não queria engravidar agora..
queria terminar meu curso antes".

à vida de trabalho e/ou profissional:

"Eu não queria ficar trabalhando de empregada a vida toda, eu só tava dando um tempo para arrumar uma graninha e montar o meu próprio negócio... agora com a gravidez vai ficar mais difícil".

à vida efetiva:

"A gente já se conhece há um bom tempo e a gente se gosta muito. A nossa intenção era se casar logo que desse, as coisas só precisaram se apressar um pouco mais".

e por aí afora, inclusive referentes à vida sexual:

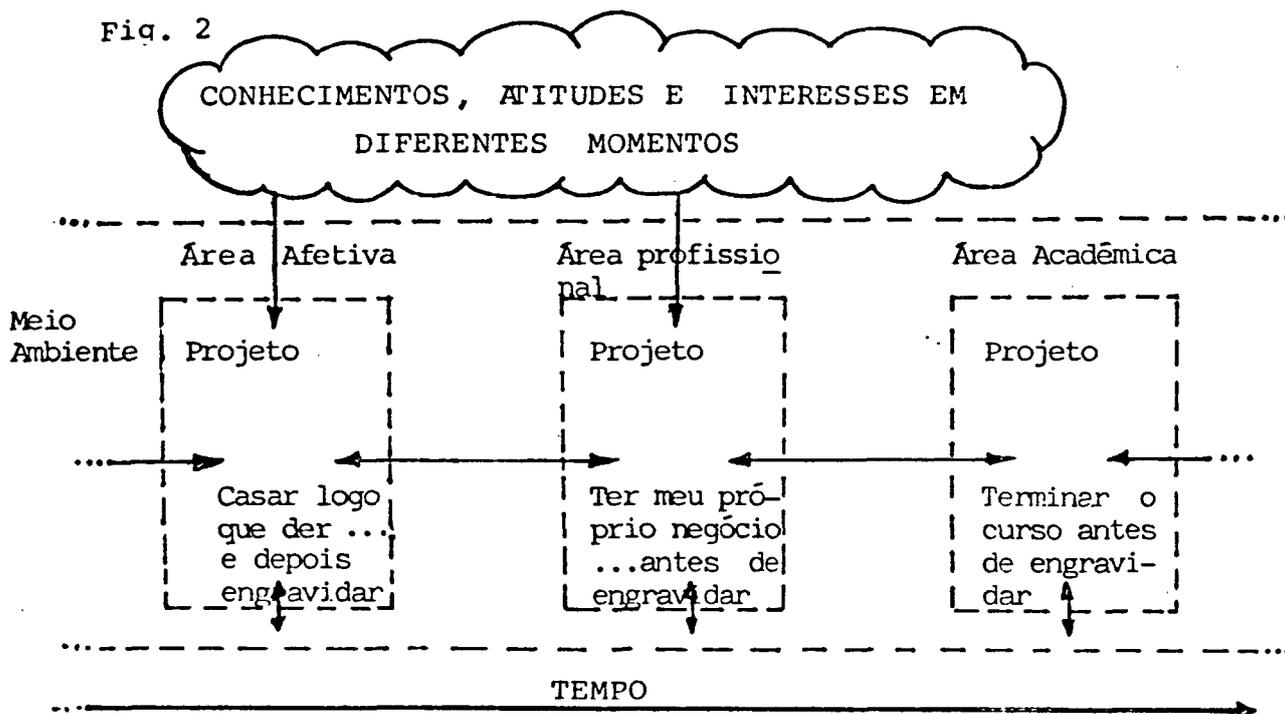
"A gente tem relação desde o início do namoro, mas era uma coisa consciente e responsável, nós to

mávamos todos os cuidados necessários já que filhos não estavam em nossos planos..."

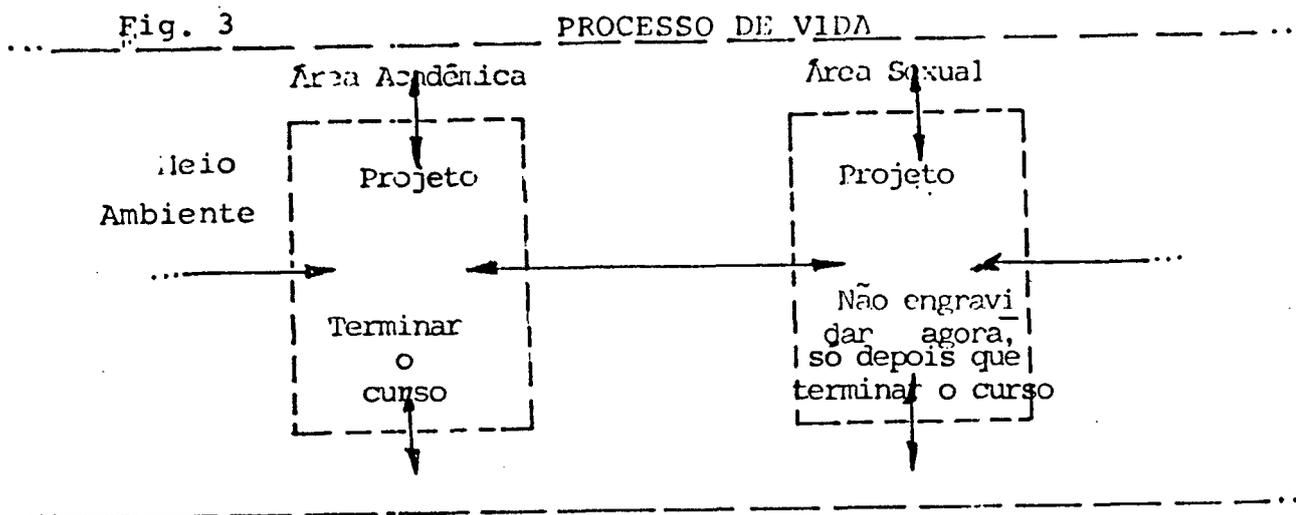
Na Figura 2 é possível observar a relação implícita entre o projeto das três primeiras áreas e a da área sexual.

PROCESSO DE VIDA

Fig. 2



Assim, ao identificar a possibilidade da existência de planos e projetos em relação a cada área que compõe o "Processo de vida", e até a relação ou influência dos projetos de uma área em relação à elaboração aos projetos de outra, como pode ser observado nos exemplos já citados e na representação da Figura 3 onde o projeto da área acadêmica que é "terminar o curso" influencia o projeto da área sexual que é "não querer engravidar agora e sim só depois que terminar o "curso" percebí que não era o "Vivenciando a gravidez" que tinha início antes da

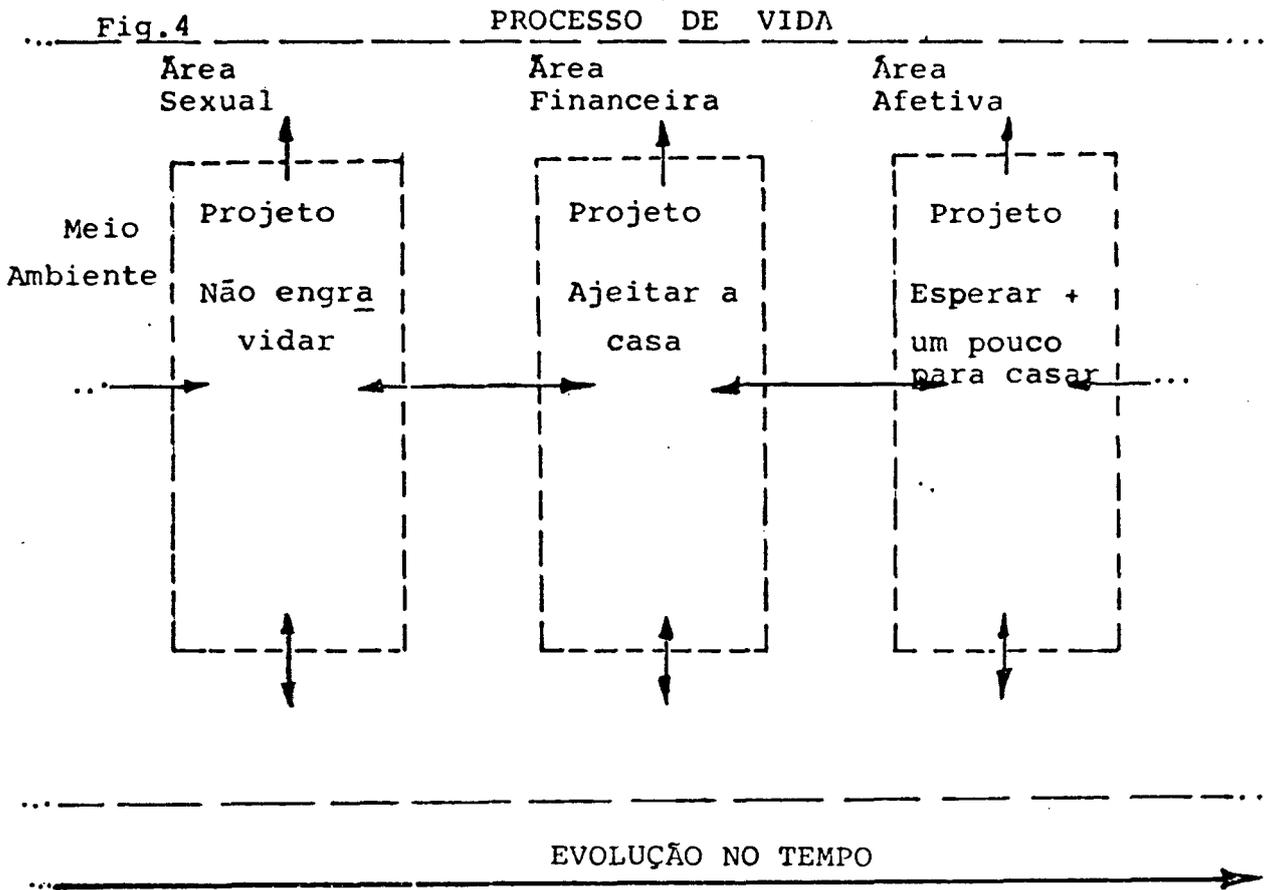


mulher engravidar e sim, a mulher que ao "Vivenciar" seu "Processo de vida" poderia elaborar planos e projetos para as diferentes áreas de sua vida, os quais, em determinados momentos, poderiam encontrar-se mais ou menos definidos em relação a uma gravidez:

"Na época em que engravidei a gente já estava noivos, mas agente não queria casar agora, queria primeiro ajeitar a casa".

Neste exemplo, pode ser percebida a relação, mesmo que implícita, entre pelo menos três áreas do "Processo de vida" da mulher, a sexual, a financeira e a afetiva, cuja representação encontra-se na Figura 4.

Além do fato de os planos e projetos das diferentes áreas em determinados momentos poderem estar mais definidos/previstos em relação a uma gravidez, percebi também que, às vezes, eles não eram elaborados de forma a considerar a área sexual. Isto porque, a própria vivência da área sexual nem sempre ocorria de forma consciente, pois às vezes as mulheres



iniciavam ou viviam uma vida sexual sem elaborarem planos e projetos específicos a esta área, como pode ser observado na fala que segue:

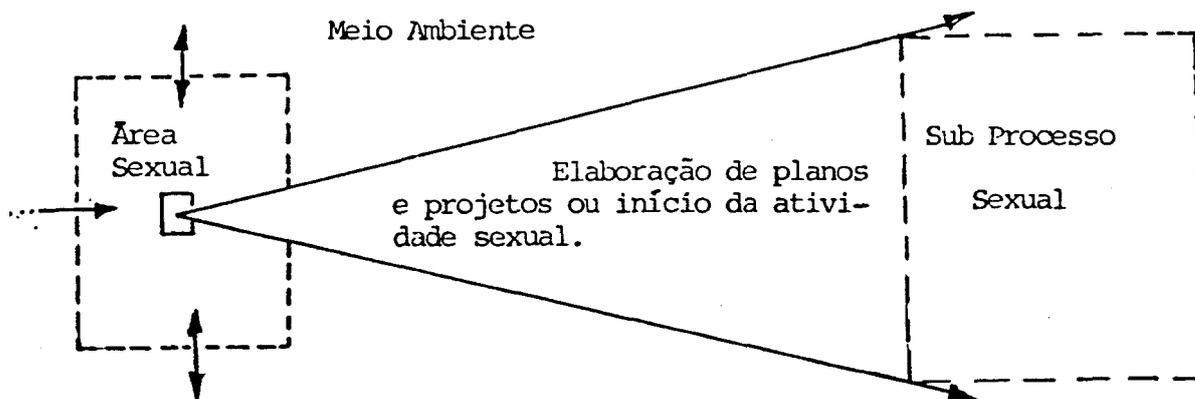
"A gente não ligava muito prá isto... na verdade a gente nunca conversava sobre este negócio de tomar cuidado e nem sobre o que fazer se acontecesse... acho que a gente achava que não ia acontecer".

Uma reflexão constante sobre estas informações me possibilitaram conceptualizar que à medida que as mulheres, de forma consciente ou não, elaboram planos e projetos específicos a cada uma das diferentes áreas de sua vida, elas de certo modo faziam com que entrasse em atividade um "sub-pro

cesso" de seu "processo de vida" que se encontrava em estado latente. Explicando melhor, eu passei a compreender que as diferentes áreas ou componentes do "Processo de vida" de uma pessoa são na verdade "sub-processos" em forma latente e que a priorização destas áreas, seja através da elaboração consciente ou não de planos e projetos específicos a cada uma delas, ou mesmo através do exercício planejado ou não e consciente ou não de algum tipo de atividade prática relacionada a ela, constituem as condições necessárias para que as mesmas sejam transformadas em sub-processos, conforme representação na Figura 5.

Fig.5

PROCESSO DE VIDA



A partir desta priorização, as pessoas passam então a vivenciar partes específicas do seu "Processo de vida", ou seja, a vivenciar sub-processos. E de certa forma, a possibilidade de vivenciar, de acordo com os interesses e as condições do momento, partes do "Processo de vida", ao invés da obrigatoriedade de vivenciar o todo permite que as pessoas em determinados momentos priorizem uma ou outra área de sua vida, como pode ser observado nas seguintes falas:

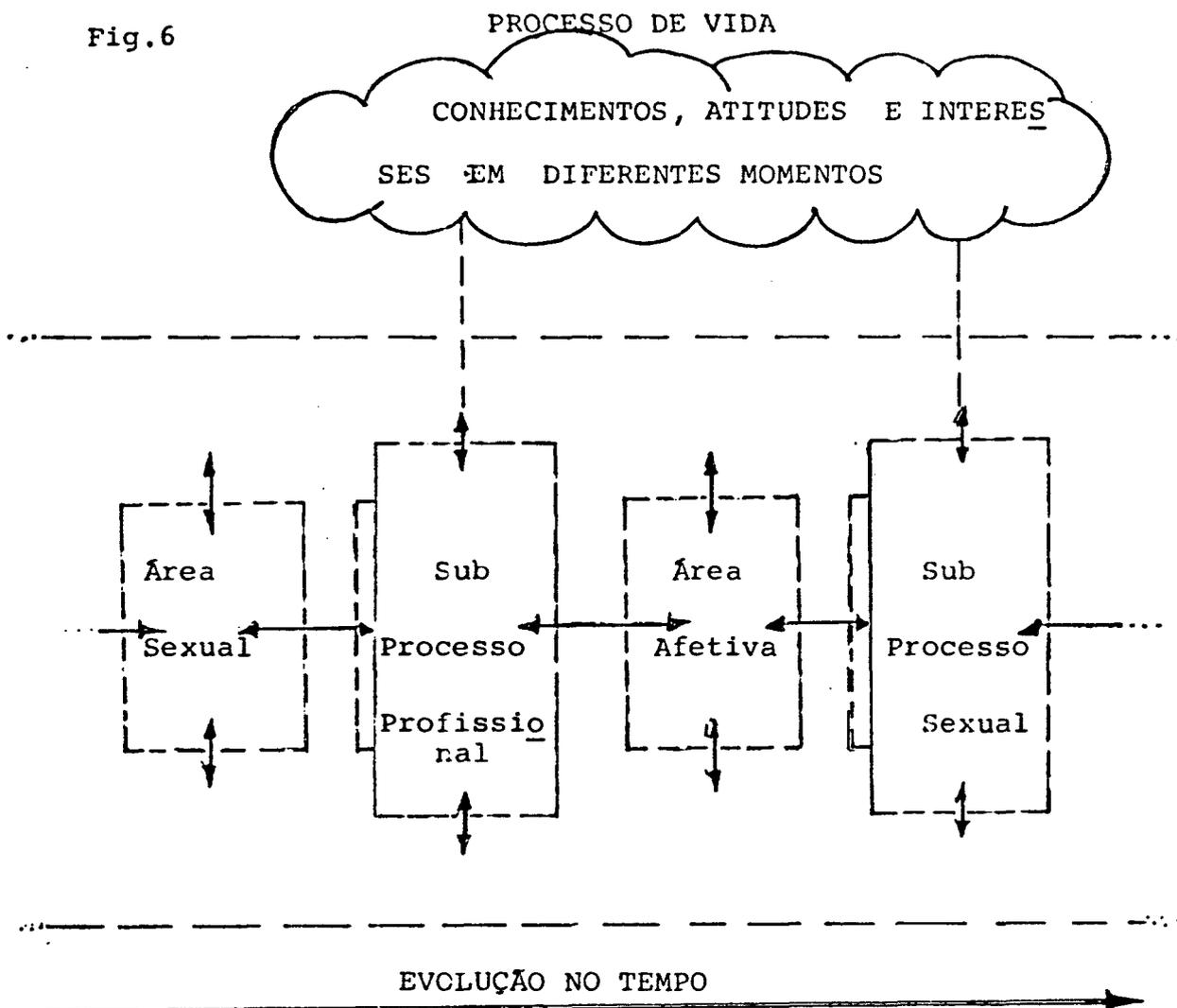
"Eu fiquei bastante chateada, revoltada mesmo... eu queria terminar meu curso antes".

"No momento o que eu mais quero é me formar, depois eu vou pensar em casamento".

Além disso, esta possibilidade também me levou a considerar que para algumas pessoas, determinadas áreas do seu "Processo de vida" nunca evoluirão para um sub-processo; basta que para isto ela nunca seja considerada como importante para aquela pessoa, ou então que para certas pessoas determinadas áreas sempre serão consideradas prioritárias, permanecendo em constante evidência. Ou seja, para uma pessoa que nunca estudou, que considera o estudo desnecessário, a área acadêmica nunca será priorizada, mas para as pessoas que gostam de estudar, que consideram o estudo importante para a melhoria das condições de vida e de relacionamento com as pessoas, esta área estará sempre em evidência o que a transforma num sub-processo, assim a cada meta alcançada, outras novas são estabelecidas, conforme representação na Figura 6. Transportando para o fenômeno em estudo, temos que para uma mulher sem vida sexual ativa e que não gosta de crianças e/ou que considera a presença de um filho um problema em sua vida, o sub-processo sexual poderá existir a partir do simples início da atividade sexual ou da elaboração de projetos onde a gravidez deverá ser evitada.

Ao mesmo tempo que a mulher, a partir de sua realidade concreta, formada pelo conhecimento de si e de suas possibilidades em um dado contexto, toma consciência das prioridades e interesses individuais e coletivos em determinados momentos, ela vai delimitando ao longo do tempo, sucessivas mudanças na necessidade destas prioridades e interesses, o

Fig.6



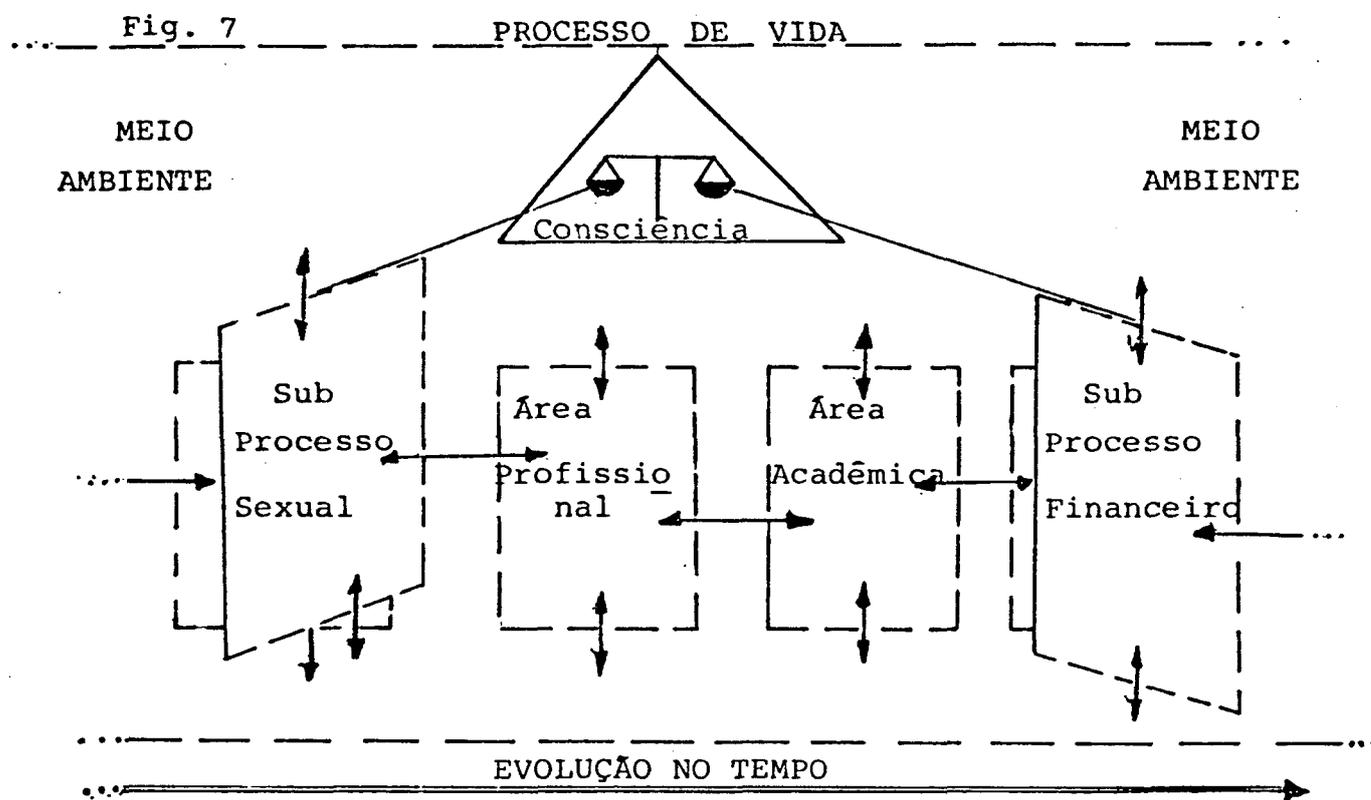
que faz com que o processo de vida de cada uma delas se encontre em contínua transformação e evolução:

"Quando eu vim pra cidade, minha mãe ficou muito sentida, mas eu sabia que lá eu não ia poder esperar muita coisa... por isto resolvi vir embora, pois achava que mesmo trabalhando de doméstica aqui a minha chance de melhorar na vida ou de fazer um bom casamento era maior... ia poder estudar à noite e mais pra frente até arrumar um emprego melhor, que desse mais ganho..."

"Eu sempre precisei trabalhar para ajudar em casa, estudei com muito sacrifício por isto não via a hora de me formar para ter uma pro

fissão e ganhar um pouco melhor...
minha vida agora já melhorou muito
e já dá até para começar a pensar
em outras coisas, namorar por exem
plo, coisa que eu nunca tinha tem
po antes".

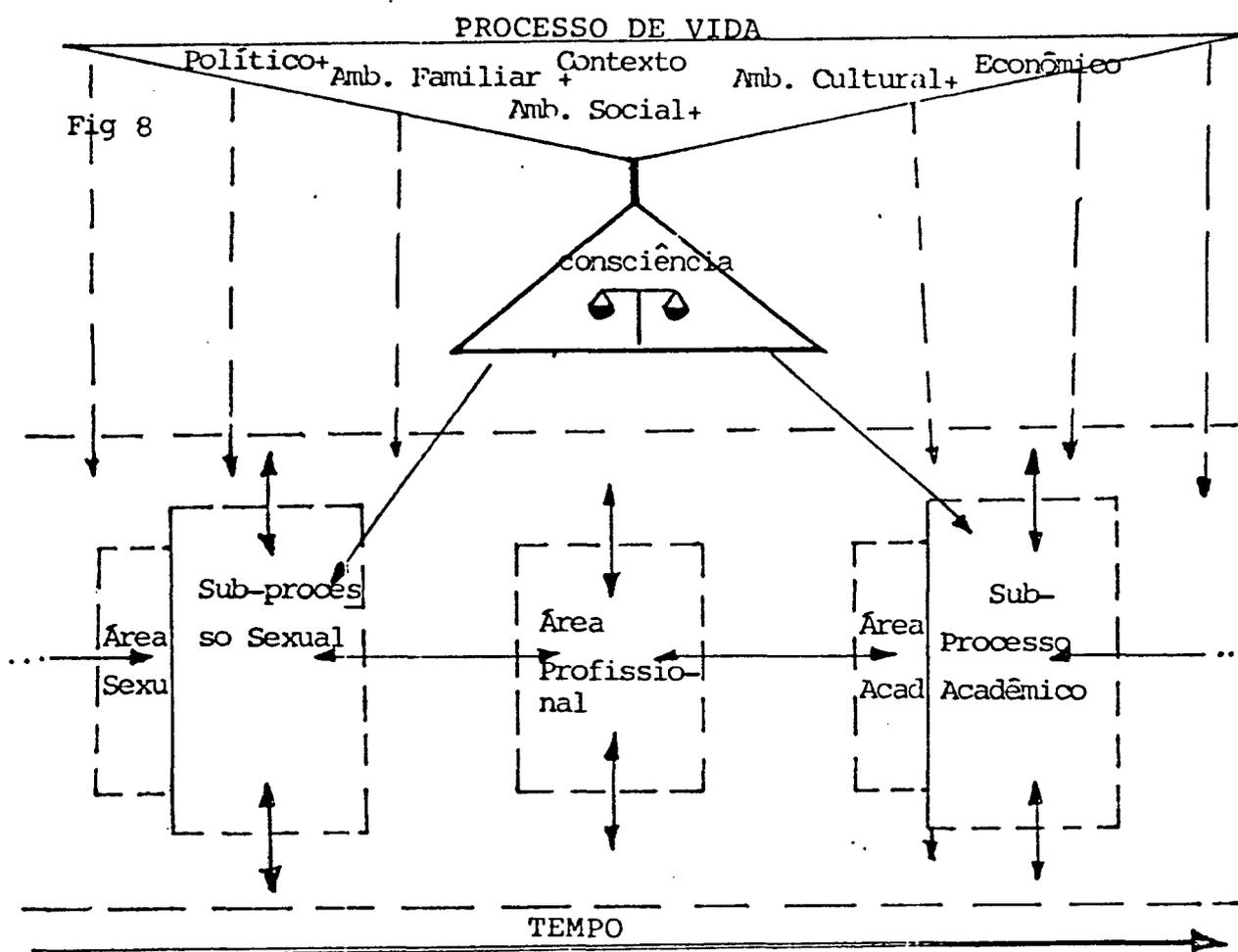
Por outro lado, o conhecimento de si, de suas possi
bilidades, prioridades e interesses individuais e coletivos na
verdade, funcionam como uma espécie de balança, que "puxa pa
ra cima" a área ou componente de vida de uma pessoa que deve
ser priorizado em determinado momento, conforme representação
na Figura 7.



Verifiquei também que a formação da consciência de
si, de suas possibilidades, prioridades e interesses indivi
duais e coletivos, é determinada e influenciada pelo meio e
pelo contexto onde as pessoas vivem. Portanto, a experiênci
a de "Vivenciar o processo de Vida" ocorre dentro de um contex
to, o que neste estudo é o mesmo que dizer que as mulheres vi

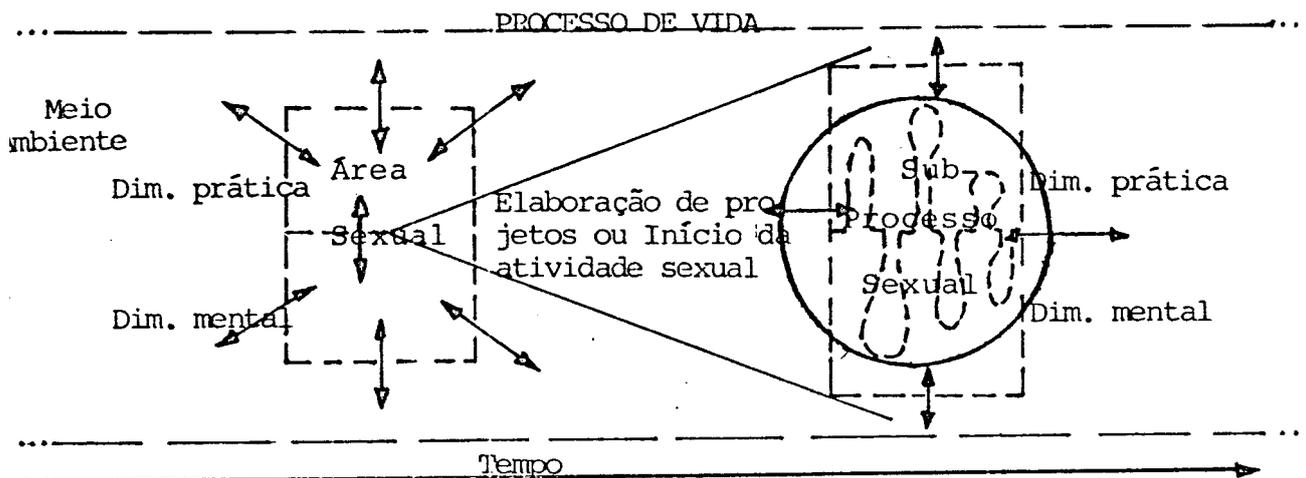
venciam seu "Processo de vida" e a cada um de seus sub-procesos inseridas em um contexto e influenciadas por este conforme representação na Figura 8.

Neste estudo, eu identifiquei que o contexto é formado pelo conjunto de vários fatores entre os quais se destaca o ambiente familiar, o social, o cultural, o econômico, o histórico, o político, entre outros que circundam cada uma das mulheres com quem conversei.



As falas das mulheres também me permitiram identificar que as diferentes áreas ou componentes de seu processo de vida possuem no mínimo duas dimensões, uma prática e uma mental. A dimensão prática representa o comportamento adotado e a dimensão mental as atitudes e planos referentes à área em questão. Estas dimensões se auto-alimentam através das interações existentes entre as mesmas e entre estas e o "todo",

ocorridas ao longo da experiência de vivenciar cada uma de las. Esta idéia encontra-se representada na Figura 9.



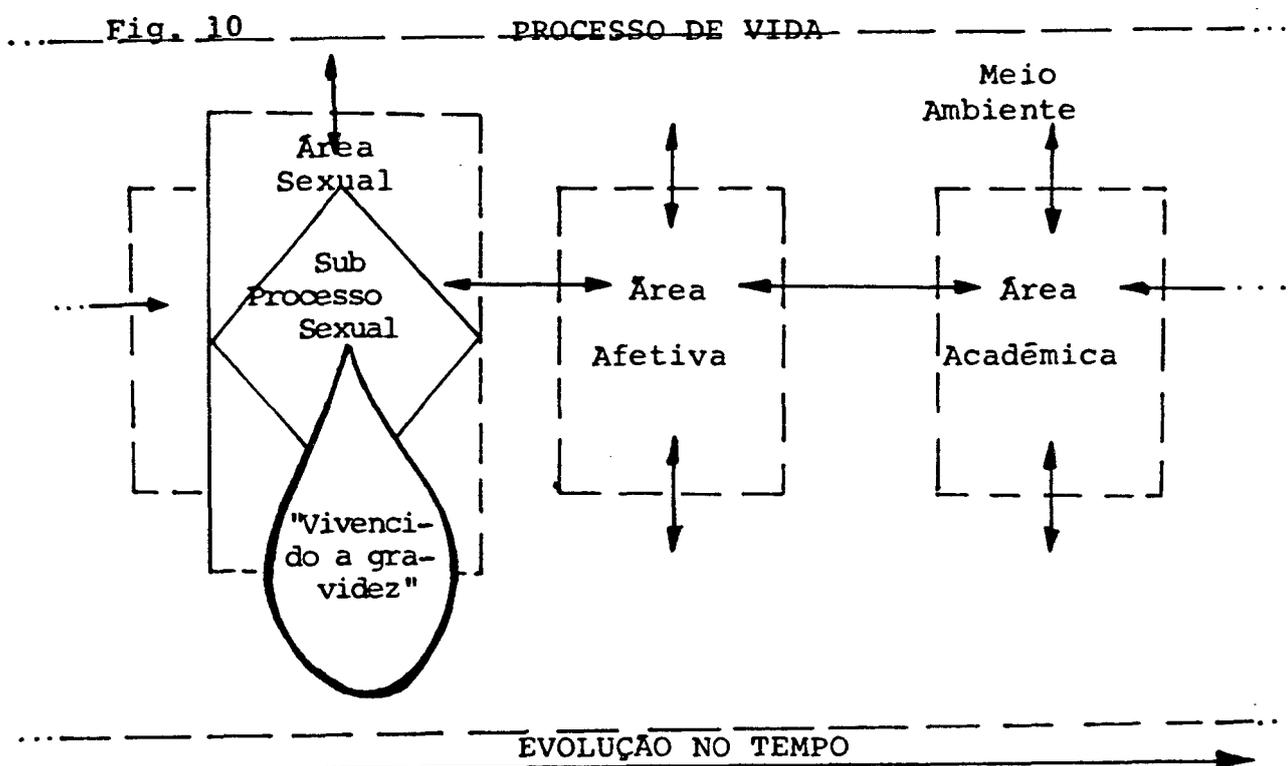
Assim, ao vivenciar partes ou áreas do seu processo de vida, as mulheres estão vivenciando sub-processos, ao mesmo tempo que permitem, através das interrelações entre as duas dimensões e entre estas e o meio, que não só sua prática seja influenciada pelo meio onde ela vive, mas também sua própria forma de pensar e repensar esta prática, como pode ser observado nos exemplos seguintes:

"Eu sempre fui contra esse negócio de ter relação antes do casamento... quando eu vim pra cá para estudar, eu comecei a conhecer e conviver com pessoas que pensavam de forma diferente... no começo eu discutia, depois fui ficando quieta para não encompridar conversa, mas daí, com o tempo, eu fui mudando o meu jeito de pensar... quando eu comecei a ter relações, eu ainda me recriminava um pouco, mas agora não, sinto que é um processo natural, que faz parte da vida".

No que se refere especificamente à percepção do "Vivenciando a gravidez" identifiquei que este é um processo que surge em determinado momento, a partir de uma priorização da área sexual, ou seja, dependendo da "consciência da pessoa",

como já vimos anteriormente, ela pode passar a priorizar a área sexual dentro do seu "Processo de vida", seja através da elaboração de planos e projetos voltados especificamente para esta área ou pelo ativamento de sua dimensão prática, ou seja, pelo exercício da atividade sexual, transformando-a em um sub-processo.

Portanto, a gravidez surge na vida da mulher em decorrência de um sub-processo desenvolvido a partir da área sexual. Este sub-processo, no meu entender, constitui o elo de ligação entre o Processo de vida e o "Vivenciando a gravidez". Se a mulher não está grávida o "Vivenciando um relacionamento sexual" consiste apenas em um sub-processo do "Vivendo um processo de vida". Porém, se a mulher estiver grávida, além de ele fazer parte do "Processo de vida" passa também a constituir o "Vivenciando a gravidez", conforme representação na Figura 10.



QUADRO 2 - Representação dos processos, sub-processos e categorias identificadas durante a vivência da etapa - Precedendo o início da gravidez.

PROCESSO		VIVENDO UM RELACIONAMENTO SEXUAL	
SUB-PROCESSOS		TENDO VIDA SEXUAL	ELABORANDO UM PROJETO DE VIDA SEXUAL
CATEGORIAS	Dimensão Prática	<ul style="list-style-type: none"> - Tendo prática sexual - Tendo conhecimentos referentes à prática sexual - Tendo atitudes em relação à gravidez - Tendo consciência do risco de engravidar 	<ul style="list-style-type: none"> - Definindo objetivos da prática sexual - Definindo prioridades em relação a ter ou não filhos - Tomando uma decisão em relação a filhos - Estabelecendo estratégias - Colocando em prática

Etapas do "Vivenciando a Gravidez"

2.1. Precedendo o início da gravidez

Esta etapa, como foi descrito anteriormente, corresponde ao período vivido e percebido pelas mulheres desde que começam a ter prática sexual até que ocorra uma gravidez e os acontecimentos que a delimitam são, de um lado o início da atividade sexual ou a elaboração de planos relacionados à vida sexual e de outro a concepção. O processo vivenciado neste período, constitui o elemento de intersecção entre o "Vivenciando o Processo de Vida" e o "Vivenciando a Gravidez", podendo por isto, tanto ser considerado como um sub-processo do primeiro, como do segundo. Assim, enquanto uma gravidez não surgir na vida de uma mulher a nível de conjectura ou prático, o "Vivendo um Relacionamento Sexual" é parte apenas do Processo de Vida. Porém, quando a mulher, em seu "projeto de vida sexual", planeja ter um filho, toma decisões e adota estratégias adequadas a fim de que os objetivos estabelecidos sejam alcançados, ela começa a transferir, ou melhor, deslocar as vivências deste processo para o "Vivenciando a Gravidez".

"A gente queria ter um filho logo que casasse então nem fui atrás de tomar pílula".

Às vezes esta transferência, por temporária que seja, ocorre independente da vontade da mulher, ou seja, ela pode planejar não ter um filho no momento, mas não toma decisões nem adota estratégias adequadas aos objetivos previamente estabelecidos, resultando numa gravidez não planejada:

"Eu não queria pra agora...não fazia nada porque ele não deixava".

Portanto, a concepção, planejada ou não, estrategicamente determina a vivência de um processo que engloba e representa o conjunto das experiências vivenciadas pelas mulheres não só durante o período de tempo de uma gravidez, mas também o período imediatamente anterior a esta. Esse processo está sendo denominado "Vivenciando a Gravidez".

Na realidade, os acontecimentos que caracterizam esta etapa, a prática sexual e a elaboração de um projeto de vida sexual, não são peculiares apenas dessa etapa, pois eles são percebidos, com algumas modificações, em todas as outras etapas/fases do "Vivenciando a Gravidez". Além de a mulher continuar tendo prática sexual durante a gravidez, os planos e projetos referentes à área sexual são retomados logo após o parto e mesmo durante a própria gravidez. Este fato me levou a considerar que o processo vivido e identificado nesta etapa, denominado "Vivendo um Relacionamento Sexual" não deixa de existir com a gravidez, isto é, ele não tem fim e a gravidez pode ser interpretada como um seu apêndice.

VIVENDO UM RELACIONAMENTO SEXUAL

O processo denominado "Vivendo um Relacionamento Sexual" como o próprio nome indica, caracteriza-se pela existência da atividade sexual na vida da mulher. Ele representa as vivências sexuais, práticas ou não, experienciadas pelas mulheres durante a etapa do Precedendo o Início da Gravidez; as quais, por sua vez podem dar origem a uma gravidez. Este fato faz deste processo o elemento de intersecção entre o "Processo de Vida" da mulher e o "Vivenciando a Gravidez".

O "Vivendo um Relacionamento Sexual" é formado por dois sub-processos: "Tendo Vida Sexual" e "Elaborando um Projeto de Vida Sexual".

TENDO VIDA SEXUAL

O "Tendo Vida Sexual" é constituído por duas dimensões que se encontram interrelacionadas: uma prática e uma dimensão mental. A dimensão prática é representada pela presença da atividade sexual na vida da mulher, o que dá origem à categoria denominada "Tendo Prática Sexual". A dimensão mental é representada pelos conhecimentos e atitudes da mulher referentes e relacionados a esta prática e pelo nível de consciência da mulher em relação ao seu próprio risco de engravidar frente à sua prática sexual e seus conhecimentos e atitudes referentes a esta prática, o que dá origem a três categorias: "Tendo conhecimentos referentes à prática sexual"; "Tendo uma atitude em relação à gravidez" e "Tendo consciência do risco de engravidar".

Tendo Prática Sexual

A prática sexual estava presente em todas as gestantes com quem conversei. Consiste na existência do relacionamento sexual vivenciado pela mulher com um parceiro do sexo oposto, fixo ou eventual. As características referentes ao tipo de vida sexual, experienciado pelas mulheres deste estudo, possibilitaram identificar que esta categoria é formada por três sub-categorias:

"Tendo prática sexual ativa" - quando o casal, em condições normais, mantinha pelo menos uma relação sexual por

semana. Encontram-se neste tipo, grande parte das mulheres que viviam com um homem, fosse ele seu marido ou companheiro, e alguns casais de namorados.

"Tendo prática sexual espaçada" - quando o casal, em condições normais, mantinha uma a duas relações sexuais por mês. Encontram-se neste tipo grande parte dos casais de namorados que mantinham vida sexual e alguns casais que viviam juntos, fossem eles casados ou amasiados.

"Tendo prática sexual esporádica" - quando a mulher ou o casal, em condições normais, não chegava a ter sequer uma relação sexual por mês. Fazem parte deste grupo todos os tipos de casais (namorados, amasiados ou casados) que se encontravam geograficamente separados e mulheres que não possuíam um companheiro ou namorado fixo.

Uma análise mais aprofundada dos dados relacionados a esta questão me permitiram identificar que alguns fatores estavam interferindo na determinação do tipo de vida sexual que a mulher tinha, entre os quais, foram citados:

. o estado conjugal:

"A gente não era casado... então não dava para ter sempre".

. o morar distante:

"Ele estava estudando fora, então a gente só se via a cada dois meses, mais ou menos".

. o não ter condições financeiras:

"A gente não tinha onde ir... uma

vez a gente teve relação assim na rua ... a gente aproveitou que tava todo mundo assistindo o show e ficamos atrás de uns barracos, em pé mesmo".

"Quando dava certo, a gente tinha relação na casa do irmão dele".

. o não ter tempo:

"A gente só tinha relação uma, no máximo duas vezes no mês, nos dias de folga dele, pois ele trabalhava toda noite, é vigia, daí dorme um pouco pela manhã e a tarde sai pra fazer uns biscates porque só o salário não dá para as despesas".

A dimensão mental da categoria "Tendo Vida Sexual" é constituída por pelo menos três elementos referentes e relacionados à prática sexual: os conhecimentos, as atitudes e a conscientização. Estes elementos constituem as três categorias desta dimensão, as quais implicitamente servem de suporte para a elaboração, pelas mulheres, de um projeto voltado para a sua vida sexual.

Tendo Conhecimentos Referentes à Prática Sexual

O "Tendo Conhecimentos" está sendo considerado um dos elementos mais importantes que constituem a dimensão mental do "Tendo Vida Sexual", pois ele demonstrou ser o elemento que fornece a maior quantidade de subsídios para que a elaboração do projeto de vida sexual se torne viável. Neste estudo, identifiquei que os conhecimentos referentes à prática sexual que foram considerados pelas mulheres na elaboração de seu projeto de vida sexual estiveram relacionados aos conhecimentos referentes à fisiologia da reprodução e especialmen

te os referentes aos métodos de anticoncepção. Portanto, são os conhecimentos referentes a estes aspectos que estão sendo considerados neste estudo.

Verifiquei também que estes conhecimentos, em termos cronológicos, existiram na vida de algumas mulheres antes mesmo do início do "Tendo Prática Sexual":

"Na escola eu lembro que a gente aprendeu muita coisa, até sobre o crescimento do nenê na barriga, mas aprender mesmo a gente aprende é na vida, com as colegas. Quando eu casei eu já sabia tudo".

Porém, para a maioria das mulheres estudadas, ele só começou a existir ou mesmo a ser buscado quando elas começaram a ter vida sexual:

"Antes de casar eu não sabia nada, estes assuntos eram proibidos em casa e eu nunca fui de ficar tendo conversinhas escondidas com colegas".

"Antes eu não sabia muita coisa não, daí, quando a gente começou a namorar... e a ficar assim mais íntimos... ele foi ensinando muita coisa para mim. Sei lá... o homem é mais vivido, mais experiente".

"Eu tinha vergonha de conversar sobre estas coisas mas daí, quando comecei a namorar mais sério eu precisei perder a vergonha, já tinha perdido mesmo... (riso) e começar a procurar ajuda... eu nunca falava que era eu, mas acho que no fundo elas sabiam que era de mim que eu falava".

Como pode ser observado nestas falas, o "Tendo Conhecimento sobre Fisiologia da Reprodução" se confunde muito com o "Tendo Conhecimento sobre Métodos de Anticoncepção", não sendo possível, muitas vezes, fazer uma distinção entre estes

dois tipos de conhecimento. Por este motivo, tanto a quantidade, quanto o conteúdo dos conhecimentos apresentados pelas mulheres sobre fisiologia da reprodução e métodos de anticoncepção estão sendo vistos como uma coisa única neste estudo.

Por outro lado, as diferenças na quantidade e na qualidade destes conhecimentos possibilitaram a identificação de diferentes níveis no conhecimento das mulheres em relação a estes aspectos, pois a análise dos dados demonstrou que as mulheres deste estudo podem ser classificadas num continuum crescente que vai desde o "não ter" até ao "ter muito conhecimento", dando origem às quatro sub-categorias do "Tendo Conhecimentos Referentes à Prática Sexual".

"Não tendo conhecimento .." - foi identificado quando as mulheres demonstraram em suas falas que não possuíam nenhum conhecimento ou noção sobre estes aspectos na época em que engravidaram, inclusive não sabiam como ocorria uma gravidez, nem sabiam nada sobre métodos de anticoncepção:

"Eu não sabia como era que a gente ficava grávida... não sabia nada sobre estas coisas".

"Eu achava que era muito nova, que só engravidavam as mulheres mais velhas".

"Tendo pouco conhecimento..." - foi identificado quando as mulheres demonstraram em suas falas que possuíam um conhecimento mínimo sobre fisiologia da reprodução e métodos de anticoncepção, não suficiente nem para planejar, nem para evitar uma gravidez; principalmente porque muitas vezes este conhecimento era constituído de informações incompletas:

"Eu sei que fiquei grávida porque es

tava tendo relações, mas eu não entendo, eu tomava pílula toda vez que a gente tinha relação".

"Quanto engravidei fazia uns seis meses que estava tomando a pílula um mês sim, um mês não... eu achava que tinha que descansar um pouco, pois eu já tomava os comprimidos há três anos".

"Eu não sei, eu tomava os comprimidos noite sim, noite não. Quando não veio no mês trazado eu fui no médico fiz os exames e estava tudo bem, então eu continuei tomando do mesmo jeito e neste mês não veio de novo, voce acha que pode ser barriga?".

O "Tendo um conhecimento suficiente..." - foi identificado quando as mulheres demonstravam que conheciam um pouco sobre fisiologia da reprodução e métodos de anticoncepção, mas sem grandes detalhes, suficientes apenas para saber da necessidade do uso e da regularidade no seguimento dos métodos de anticoncepção quando não desejava engravidar:

"Durante os cinco anos que tomei a 'baguinha' nunca deixei de tomar um só dia, não fiz como esta gente que esquece e depois aparece com barriga".

"A gente sabe como as coisas acontecem, então eu tratei de tomar a mesa pílula que a minha irmã tomava... não fui no médico não, só sei que eu fazia direitinho como estava escrito na bula, e deu certo".

Porém, foi possível observar que estas mulheres não possuíam conhecimento suficiente para planejar uma gravidez desejada com determinação em relação à época do nascimento da criança:

"A gente queria ter filhos logo que casasse, por isto eu não tomei remédios, mas mesmo assim demorou quase

um ano para engravidar... fazer o que? tinha é que se conformar e esperar...".

O "Tendo muito conhecimento..." - foi identificado quando as mulheres revelaram em suas falas que conheciam muito sobre fisiologia da reprodução e também sobre métodos de anticoncepção:

"Eu já sabia, afinal ensino isto para as minhas clientes".

"Eu sou muito curiosa e também gosto muito de ler, principalmente quando é um assunto de meu interesse, e este era, por isso, quando eu fui médico eu praticamente já sabia tudo o que ele me falou sobre concepção e métodos de anticoncepção".

"Desde que ganhei a primeira, que hoje está com seis anos, eu evitei fazendo a tabelinha, pra mim era fácil porque eu sou muito regulada, e esta gravidez eu também planejei com a tabelinha".

"Quando a gente se decidiu a ter um filho, parei com os comprimidos e procuramos ter relação durante o período fértil. Foi engraçado porque ele ficava todo chateado quando precisava viajar durante este período".

Tendo uma Atitude em Relação a uma Gravidez

O "Tendo uma Atitude em Relação a uma Gravidez" é a terceira categoria do sub-processo "Tendo Vida Sexual". Constitui um dos elementos da dimensão mental deste sub-processo, portanto um elemento de suporte para a categoria "Tendo Prática Sexual" e para o sub-processo "Elaborando um Projeto de Vida Sexual", embora nem sempre tenha sido possível observar uma coerência entre a atitude em relação a uma gravidez e os objetivos definidos no projeto de vida sexual e/ou

o comportamento apresentado pelas mulheres como veremos mais à frente.

Neste estudo, o "Tendo Uma Atitude em Relação à Gravidez", tanto quanto o "Tendo Conhecimentos Referentes à Prática Sexual", também pode existir na vida de uma mulher bem antes do início de sua prática sexual, embora tenha sido observado, a partir das falas das mulheres que, com o início da prática sexual geralmente ocorre uma exacerbação no nível de percepção das mulheres em relação a este tipo de atitude.

Além disso, as mulheres também revelaram que as suas atitudes em relação a uma gravidez mudam no tempo, ou melhor, que elas não possuem o mesmo tipo de atitude ao longo da vivência de seu processo de vida. Porém, neste estudo estão sendo consideradas prioritariamente as atitudes que as mulheres possuíam em relação a uma gravidez no período próximo daquele onde ocorreu a concepção.

A análise dos dados referentes a este aspecto me permitiram identificar que, nessa ocasião, existem pelo menos três tipos de atitudes; ou seja, as mulheres deste estudo por ocasião da concepção possuíam um dos três seguintes tipos de atitudes em relação a uma gravidez: positiva, negativa ou indiferente, constituindo as três sub-categorias desta categoria.

Tendo uma atividade geral positiva em relação a uma gravidez

Algumas mulheres demonstraram explicitamente através de sua fala, que não só eram favoráveis à gravidez no momento em que ela ocorreu, mas também que estavam através dela, realizando um grande sonho, qual seja o de ser mãe:

"Eu sempre sonhei em ser mãe... sabe estas coisas que toda mulher sonha: casar, ser mãe...".

"Eu gosto das meninas igual que fos sem minhas, mas eu sempre quis ter o meu filho, era um sonho meu".

"Eu quis muito este filho, é uma coisa que eu sempre quis e acho que não é porque não me casei que não posso realizar um sonho meu... agora ele já é tudo para mim, imagina depois que nascer".

"A gente sempre pensou em casar e ter filhos logo, porque nos dois adoramos crianças".

Tendo uma atitude geral negativa em relação a uma gravidez

Outras mulheres demonstraram que não estavam abertas, no sentido de não quererem, de não poderem ou de não estarem preparadas, para uma gravidez no momento em que ela ocorreu:

"Eu sempre achei que um filho ia tirar a minha liberdade, assim... até dentro de casa. E também iria limitar muito minha vida e eu não queria uma vida de sacrifícios".

"Eu não queria filhos porque não sou de ficar em casa, não gosto de serviço de casa, quero continuar trabalhando e com filhos já não dá".

"Desde o começo eu falei pra ele que não gostava de crianças e que filhos não estariam nunca nos meus planos, mas...".

"Filhos era uma coisa que estava fora de cogitação, mexeu muito com a minha cabeça eu ainda não me conformei".

Tendo uma atitude indiferente em relação a uma gravidez

Um terceiro grupo de mulheres relataram que não pen

savam na questão gravidez, e por isso estão sendo consideradas como não sendo nem favoráveis, nem contrárias a uma gravidez no momento em que ela ocorreu:

"Eu nunca me vi grávida... sabe assim este negócio de ficar imaginando barriguda, eu não... nunca pensei nisto...".

"Eu ficava preocupada, mas como adoro crianças não ligava muito se ficasse ou não grávida".

"Não é dizer que eu não queria engravidar agora, mas também não ia ficar tomando remédio para não ter".

"Quando eu precisei parar de tomar o comprimido para fazer o tratamento, eu não me preocupei, porque se engravidasse, tudo bem, não teria problema".

"Não sei se é porque eu tive que começar a trabalhar muito cedo, por sempre ter que me ligar nas questões práticas da vida, e também por gostar de estudar, por nunca ter pintado um relacionamento mais seguro, mais duradouro, mas a verdade é que eu não pensava em gravidez, parece que isto de ser mãe não existia para mim".

Tendo Consciência do Risco de Engravidar

O "Tendo Consciência do Risco de Engravidar" é a quarta categoria do sub-processo "Tendo Vida Sexual". Ela surge diante do fato "Tendo Prática Sexual" e a partir do "Tendo Conhecimentos Referentes à Prática Sexual". Isto por que eu verifiquei que o período existente na vida das mulheres a partir do momento em que elas estavam fisiologicamente preparadas para a maternidade e mais especificamente, a partir do momento que elas começavam a ter relacionamento sexual, constitui o momento no qual elas podem começar a pensar sobre uma gravidez não mais apenas como um sonho e sim como uma possibilidade.

lidade em sua vida:

"Quando casei eu fiquei muito feliz, principalmente porque ia poder ter os meus filhos, eu sempre sonhei com isto".

"No começo eu levei um choque, é, eu acho que é isto, um choque... de repente uma coisa que me parecia tão distante, poderia vir a acontecer a qualquer momento, isto mexeu com a minha cabeça, então eu conversei com meu namorado e a gente resolveu dar um tempo nas relações".

A análise dos dados referentes a esta questão me permitiram identificar que este pensar, traduzido pela consciência do risco de engravidar, pode estar presente nas mulheres em diferentes níveis, dando origem às três sub-categorias que compõem o "Tendo Consciência do Risco de Engravidar".

Tendo bastante consciência do risco de engravidar

Algumas mulheres demonstraram que no período anterior à gravidez estavam bastante conscientes de que "Tendo prática sexual", especialmente durante alguns dias do mês, estariam correndo o risco de engravidar a qualquer momento:

"Quando eu podia, tudo bem, mas se tava no período perigoso não tinha conversa que me dobrava...".

"Eu sabia que de uma hora para outra poderia acontecer, pois era ele que interrompia, e eu sei que este método não é muito seguro".

Tendo pouca consciência do risco de engravidar

Outras mulheres demonstraram, através de sua fala

que no período anterior à gravidez estavam muito pouco conscientes de que "Tendo prática sexual", estariam correndo o risco de engravidar a qualquer momento. Esta modalidade de consciência ocorreu principalmente nas mulheres que possuíam um conhecimento sobre fisiologia da reprodução e métodos de anticoncepção apenas suficiente, nas que possuíam pouco conchecimento e nas que não possuíam conhecimento:

"Eu não ligava muito pois eu achava que não ia engravidar tão cedo".

"Não é dizer que eu não sabia que podia engravidar... eu sabia, mas eu achava que não ia acontecer nem tão cedo".

Não tendo consciência do risco de engravidar

Finalmente, um terceiro grupo de mulheres demonstraram que no período anterior à concepção não estavam nem um pouco conscientes de que "Tendo prática sexual" estariam correndo risco de engravidar a qualquer momento. Estas mulheres, geralmente não possuíam nenhum conhecimento sobre fisiologia da reprodução e métodos de anticoncepção:

"Eu não sabia direito como era... assim, para ficar grávida, eu achava que ainda era nova e que não fosse acontecer".

"Eu achava que não ia ficar grávida".

A relação entre as diferentes categorias do "Tendo conhecimento" e as do "Tendo consciência".

Uma análise mais profunda dos dados referentes a estes aspectos me levaram a identificar que cada um dos diferentes

tes níveis de consciência das mulheres deste estudo sobre o risco de engravidar estava associado a um ou mais níveis do "Tendo conhecimento...". Por exemplo, o "Tendo bastante consciência" do risco de engravidar nas mulheres deste estudo, esteve associado a qualquer um dos diferentes níveis do "Tendo conhecimento...". Quando associado ao "Tendo muito conhecimento..." o método de anticoncepção utilizado muitas vezes representou para estas mulheres uma opção entre as várias alternativas possíveis, tanto em termos de evitar como de planejar uma gravidez. Além disso, este tipo de conhecimento também permitiu que estas mulheres planejassem sua gravidez para a época que fosse mais adequada a seu projeto de vida:

"Eu não quis tomar o anticoncepcional oral porque eu considero uma agressão, então resolvi que o melhor e mais seguro seria fazer um somatório de alguns métodos: fazia a tabelinha e durante o período fértil, se pintasse "tésão", a gente usava a camisinha".

"A gente usava a camisinha mas só durante o período fértil, porque ele achava terrível...".

"Desde que ganhei a primeira, que hoje está com seis anos, eu evitei fazendo a tabelinha... e esta gravidez eu também planejei fazendo a tabelinha".

"Eu planejei com a tabelinha e foi super legal porque deu tudo certinho, vai nascer no finalzinho do 2º semestre, assim não vou perder aulas e vou poder ficar bastante tempo com o nenê".

O "Tendo bastante consciência...", quando associado ao "Tendo um conhecimento suficiente", representou para algumas mulheres, uma espécie de "carga" a ser carregada, pois por muitas vezes elas chegavam a se sacrificar, a ponto inclusive de prejudicarem sua saúde, pelo uso de um método de anti

concepção que não lhes era adequado. Nestes casos, mesmo diante da presença de alguns problemas, foi possível observar que algumas destas mulheres eram bastante rígidas na utilização do método de anticoncepção adotado:

"Eu tinha medo de engravidar, por isto tomava os comprimidos, apesar deles me fazerem muito mal, mas não tinha outro jeito... eu sei que ele que tinha que evitar... mas ele não queria nem saber".

"Os comprimidos me faziam muito mal, eu vivia com dor de cabeça, engordei muito e as pernas ficaram cheias de varizes... eu conheço a tabelinha mas tenho medo porque conheço um monte de gente que engravidou fazendo a tabelinha".

O "Tendo bastante consciência...", quando associado ao "Tendo pouco conhecimento...", contribuiu para que as mulheres fizessem uma utilização errada, porém sem saber, do método de anticoncepção adotado. Contudo, o desconhecimento sobre a forma correta de utilização do método de anticoncepção, de certa forma, proporcionava a estas mulheres uma espécie de despreocupação em relação ao risco de engravidar:

"Eu sei que fiquei grávida porque estava tendo relações, mas eu não entendo, eu tomava a pílula toda vez que a gente tinha relação".

"De vez em quando atrasava um pouco, mas eu não ligava, porque ele dizia que estava cuidando e desta vez acho que não teve jeito".

O "Tendo pouca consciência do risco de engravidar" também esteve associado a qualquer um dos diferentes níveis do "Tendo conhecimento...". Por exemplo, quando associado ao "Tendo muito conhecimento..." o "Tendo pouca consciência", re

presentou ou um desejo inconsciente de ser mãe ou mesmo, uma atitude que até pode ser considerada como inexplicável, talvez até de irresponsabilidade, uma vez que, mesmo tendo conhecimento sobre métodos de anticoncepção e sobre fisiologia da reprodução, algumas destas mulheres revelaram que não tomavam nenhum cuidado mais efetivo para evitar uma gravidez não planejada:

"Hoje eu fico pensando... eu não sei o que aconteceu, mas apesar de sentir medo eu achava que não ia acontecer comigo".

"Eu não ligava muito, pois eu achava que não ia ficar, acho que no fundo inconscientemente eu estava com isto dando chance de acontecer aquilo que racionalmente eu não permitia".

"Você vê, na escola a gente aprende tudo, depois a gente passa até a ensinar as mulheres que procuram o serviço..., mas é diferente quando é com a gente, eu mesma fiquei um tempo tendo relações sem me cuidar muito, fazia a tabelinha, mas assim de vez em quando... quando precisava (riso) mas na verdade eu só contava mesmo é com a sorte. Prá você ter uma idéia a primeira vez que eu tomei a pílula foi uma amiga que me deu, pois o meu namorado ia vir e eu estava preocupada. Aí, tomei uns dias antes dele chegar e parei logo depois que ele foi embora, nem tomei a cartela toda".

O "Não tendo consciência..." no verdadeiro sentido desta palavra, geralmente esteve associado ao "Tendo pouco conhecimento...", ou ao "Não tendo conhecimento...". Quando associado ao "Tendo pouco conhecimento...", fez com que as mulheres em dado momento se acreditassem não vulneráveis a uma gravidez, por uma simples intuição.

Esta crença levou algumas destas mulheres a nunca fazerem uso de um método de anticoncepção e a outras, que usa

vam regularmente algum método, a interromperem o seu uso. No entanto, algumas destas mulheres revelaram que tinham medo de engravidar e que este medo aparecia especialmente no período próximo à provável descida da menstruação ou diante de alguma alteração iminente:

"Eu parei com os comprimidos, mas não estava preocupada porque alguma coisa me dizia que eu não ia ficar grávida".

"Eu tinha um pouco de medo sim, mas eu dizia para mim mesma que isto era besteira e que só ia engravidar se a gente tivesse sempre".

"Na maior parte do tempo eu não me preocupava com isto, mas quando atravava um pouco eu já ficava desesperada, dizia que nunca mais ia querer saber disto... daí como descia, começava tudo outra vez".

Quando o "Não tendo consciência...", esteve presente nas mulheres que "Não tinham conhecimento...", fez com que as mesmas, via de regra, não utilizassem um método de anticoncepção e mesmo assim não demonstrassem nenhuma preocupação com a questão do risco de engravidar, mesmo após o surgimento de algumas alterações. Este fato fez com que muitas vezes ocorresse um diagnóstico tardio do estado gestacional:

"Eu nem imaginava isto... eu pensava que só dava pra engravidar depois que casasse e ele também pensava assim, pois a gente nem tinha sempre... tanto que eu demorei um tempão para descobrir, minha irmã casada que começou a desconfiar e a reparar mais em mim, mas eu mesma, nem imaginava".

"Eu fui saber que estava grávida depois de quatro meses... eu só fui no médico porque achava que podia ser alguma doença".

As relações entre a dimensão prática e a dimensão mental do "Tendo vida sexual"

As falas das mulheres deste estudo demonstraram que não existe uma delimitação entre a dimensão prática e a mental do "Tendo vida sexual". Pelo contrário, parece que existe uma interrelação muito grande entre ambas, bem como entre estas e o mundo exterior de cada uma das mulheres.

Esta interrelação por sua vez pode e deve ser considerada como a responsável pelo constante repensar das mulheres sobre sua prática sexual, bem como pelas transformações que ocorrem não só no modo de reelaborar os elementos que dão suporte a esta prática, ou seja os seus conhecimentos, as suas atitudes e a sua consciência, como também sobre a forma de elaborar e reelaborar constantemente o próprio projeto de vida sexual de cada uma das mulheres.

Por exemplo, foi evidenciado que o início e/ou manutenção de um relacionamento sexual representou para muitas mulheres o elemento responsável pelo afloramento de suas atitudes já existentes, porém, latentes, em relação a uma gravidez. Ele também representou ser o elemento responsável pelo afloramento ou busca de conhecimentos em relação à fisiologia da reprodução e métodos de anticoncepção e isto por sua vez, associado à consciência das mulheres sobre a existência de sua prática sexual contribuiu para que fosse desencadeado nestas mulheres o estabelecimento de algum nível de consciência em relação ao risco de engravidar, o que determinou, para a maioria delas, a necessidade de elaborar um projeto de vida sexual.

No entanto, a despeito do fato de os dados revelarem que, apesar das atitudes em relação à gravidez, dos conheci

mentos sobre métodos de anticoncepção e fisiologia da reprodução e mesmo a consciência do risco de engravidar já poderem existir em sua vida, mesmo antes do início de sua atividade sexual eles também revelaram que é este início que determina, na maioria das vezes, uma exacerbação destes elementos; embora, isto não possa ser entendido como uma regra geral, pois, para algumas mulheres isto não aconteceu já que, apesar de elas terem algum tipo de prática sexual, elas continuaram não tendo consciência sobre o risco que estavam correndo de engravidar a qualquer momento. A ausência desta consciência, de certa forma, limitava os horizontes destas mulheres, que se viram obrigadas a ficarem à mercê da sorte, ao invés de poderem planejar e tomar decisões em relação à sua vida sexual, independentemente de suas atitudes em relação a uma gravidez no momento.

A análise dos dados referentes a estes aspectos demonstraram que a atitude em relação a uma gravidez, apesar de mutável no tempo e no espaço, já existe na vida de uma mulher, mesmo que de forma latente. Além disso, percebi que a consciência de uma mulher sobre seu risco de engravidar mantém uma relação direta com o seu nível de conhecimento sobre fisiologia da reprodução e métodos de anticoncepção, podendo inclusive ser tida como um produto deste. Observei no entanto, que apesar de necessária a presença desses três elementos, em última instância, foi a consciência sobre o risco de engravidar que determinou, para a maioria das mulheres deste estudo, a necessidade de elaborarem um projeto de vida sexual. Esta concepção deu origem ao segundo sub-processo do "Vivendo um relacionamento sexual", que está sendo denominado "Elaborando um projeto de vida sexual".

ELABORANDO UM PROJETO DE VIDA SEXUAL

O "Elaborando um projeto de vida sexual" é formado por cinco categorias e consiste de um processo mental, consciente e/ou inconsciente, onde a mulher de tempos em tempos reelabora, a nível teórico, um projeto de vida sexual. A elaboração ou reelaboração deste projeto encontra-se diretamente relacionada às categorias de suporte identificadas na dimensão mental do "Tendo vida sexual" e com o objetivo que a mulher tem em relação à sua vida sexual para o momento. Como cada uma das categorias de suporte (o conhecimento, as atitudes e a consciência) tanto quanto os objetivos da mulher podem mudar à medida que ela interage com outras pessoas, identifiquei que é o fato de a elaboração deste projeto ser determinada e/ou influenciada por estas variáveis que faz com que este sub-processo seja dinâmico no tempo e no espaço.

Além disso, a influência das categorias de suporte na elaboração deste projeto também pode ser identificada no fato de este sub-processo não ter sido vivenciado por todas as mulheres que se encontravam grávidas, levando-me a considerar que uma gravidez pode existir na ausência de um projeto de vida sexual elaborado conscientemente ou na presença de um, elaborado apenas superficialmente.

Uma outra característica deste sub-processo é a existência de um processo de decisão permeando toda a sua extensão, já que em cada uma das categorias identificadas foi possível perceber a existência de algum tipo de decisão. A imagem mental que transcende deste sub-processo é a da existência de uma decisão maior (ter ou não filhos) a qual, em alguns momentos, vai determinar, de forma mais veemente ou não, decisões menores que geralmente se encontram interrelacionadas

Definindo Objetivos da Prática Sexual

O "Definindo Objetivos da Prática Sexual" é a primeira categoria do "Elaborando um projeto de vida sexual". Ela foi identificada a partir da revelação implícita ou explícita das mulheres de que, ao terem uma prática sexual, mesmo sem ser planejada, sempre possuíam algum tipo de objetivo, demonstrando que o mesmo existe independentemente da existência de um projeto acabado em relação à área sexual.

A consciência da mulher sobre o objetivo de sua prática sexual em diferentes momentos de sua vida, é de suma importância para que ela possa reelaborar, iniciar ou dar continuidade à elaboração de seu projeto de vida sexual. Os objetivos identificados nas mulheres deste estudo em relação à sua prática sexual deram origem a sete sub-categorias:

- Reprodução:

"Prá mim ainda é muito difícil ter relação só por ter, primeiro porque não sinto nenhum prazer e segundo porque sempre aprendi que a finalidade de maior do sexo era a geração dos filhos".

"Desde que a gente casou, que a gente queria ter um filho logo".

- Complementação de um relacionamento amoroso:

"Acho que sexo é muito bom com a pessoa que a gente ama de verdade, é uma entrega total".

"Quando estou envolvida com alguém e eu me sinto bem com esta pessoa acho

que a questão sexual faz parte, ou melhor ela completa o relacionamento entre duas pessoas que se amam".

- Complementação de um relacionamento conjugal:

"Quando eu não quero ele fica com raiva, a gente até briga por isto".

"Acho que faz parte do casamento".

"Eu acho legal ter, mesmo quando não estou com vontade, porque no fundo depois sempre pinta a vontade e eu gosto de vê-lo feliz".

- Cumprimento de obrigação:

"Por mim eu ficava tempo sem ter, mas o homem precisa mais do que a gente né".

"Tenho só para satisfazer ele, mas não gosto de ter".

"Tenho por obrigação, nunca gostei de ter relação, não sinto nada...passaria bem sem ter".

"Eu não gosto de ter relação, eu nunca gozo, mas se a gente começa a se negar vai estar dando chance pra ele procurar fora".

- Satisfação pessoal:

"A gente tem relação porque é bom, porque dá prazer e tudo que é bom a gente gosta de fazer".

"Uma relação sexual geralmente me dá muito prazer, me completa, sinto que fico bem comigo mesma, é uma espécie de paz interior".

- Atendimento de necessidade fisiológica:

"Uma relação sexual é uma forma de

descarregar energia, porque no ato sexual existe um desgaste físico muito grande e ao mesmo tempo é uma coisa prazerosa... eu acho que é uma forma de atividade física".

"Acho sexo um remédio... eu me percebo melhor e mais calma quando estou tendo um relacionamento sexual".

- Atendimento de instinto desencadeado por atração física:

"Eu não acho certo ter relação assim, sem um relacionamento mais firme, mas nem sempre eu consigo me controlar, acho que sexo tem a ver com "Pele", atração mesmo".

"Ele era amigo de uns amigos meus, até hoje não entendo como foi acontecer foi mais forte do que tudo que eu já tinha sentido, eu sabia que eu não devia... a gente começou a conversar e quando eu vi já estava acontecendo".

- Definindo Prioridades em Relação a Ter ou não Filhos

Esta é a segunda categoria do "Elaborando um projeto de vida sexual". Ela constitui uma etapa necessária para que a decisão em relação a filhos ocorra. Esta categoria representa, para muitas mulheres, uma espécie de força que tenta resgatar em determinado momento, os elos existentes entre as atitudes em relação a uma gravidez e os objetivos e projetos de quaisquer áreas da vida de uma mulher. Isto porque eu identifiquei que ao vivenciarem esta categoria, as mulheres sempre procuravam contemplar da melhor forma possível, os objetivos estabelecidos em todas as áreas de sua vida.

De certa forma, a mulher demonstra a relação existên

te entre os dois sub-processos do "Vivenciando um Relaciona
mento sexual" quando ao definir prioridades em relação a ter
ou não filhos, deixa transparecer suas atitudes relação à
uma gravidez. Enquanto estas atitudes existiam interiormente,
acompanhando cada uma das mulheres, muitas vezes de maneira
independente às facetas de seu mundo exterior, ao definir prio
ridades a mulher deixava transparecer a sua forma de ver esta
questão. É, portanto, algo plausível de um comportamento, que
tanto pode ser observado como avaliado. E principalmente, algo
que as mulheres procuram definir de forma a respeitar os ob
jetivos de outras áreas de sua vida, demonstrando inclusive a
relação com a vivência de um processo maior, qual seja o "Pro
cesso de vida". Por este motivo, o "Definindo prioridades...",
para as mulheres deste estudo está relacionado a uma varieda
de de aspectos do cotidiano de sua vida, determinando, de al
guma forma, até a época que uma gravidez seria melhor e mais
aceita pela mulher e/ou casal.

No entanto, ao considerar estes aspectos, observei
que em determinados momentos da vida de algumas mulheres que
possuíam uma "Atitude geral positiva em relação a uma gravi
dez", esta não fazia parte de seus planos. Em outras palavras
a sua atitude era positiva apenas em relação a uma gravidez
no futuro o que, é o mesmo que dizer que estas mulheres pos
suíam uma atitude negativa em relação a uma gravidez no mo
mento. Outras mulheres no entanto, continuaram a apresentar
uma atitude positiva em relação a uma gravidez no momento e
isto era traduzido pelo objetivo de ter filhos logo, demon
strando uma coerência entre a definição de prioridades e ati
tudes em relação a uma gravidez.

Esta oscilação no tempo, determinada pela consciên
cia das prioridades de alguns aspectos de sua vida em deter

minados momentos, originou diferentes tipos de prioridades, as quais nem sempre guardaram uma relação coerente com a atitude geral da mulher em relação a uma gravidez. Durante as entrevistas realizadas com as gestantes, eu detectei que muitas delas não pretendiam em seus planos, ter um filho, no momento em que a concepção ocorreu e foi justamente nestes casos, ou seja, naqueles onde a atitude da mulher se tornou ou se apresentou negativa em relação a uma gravidez no momento, que me foi possível observar e identificar a existência e a influência dos objetivos e projetos referentes a outras áreas de sua vida sobre a definição de prioridades em seu projeto de vida sexual, constituindo as diferentes sub-categorias identificadas.

Priorizando algum componente de vida

Algumas das mulheres que revelaram em sua fala não pretenderam ter um filho no momento em que a concepção ocorreu, justificaram que naquele momento estavam priorizando algum outro aspecto de sua vida, como por exemplo o acadêmico ou o profissional:

"Eu não queria pra agora, queria terminar meu curso antes".

"A gente queria deixar para depois que eu me formasse".

"Eu achava que agora não era o momento certo e que minha prioridade deveria ser o mestrado, inclusive depois que fiquei sabendo, vacilei muito, ti ve medo de não conseguir levar as duas coisas ao mesmo tempo, mas dai já estava mesmo e por outro lado, eu havia batalhado tanto para conseguir entrar no mestrado que resolvi arris car".

"Eu queria esperar um pouco mais, que ria neste início poder dedicar todo o tempo à minha profissão, pois eu sabia que na prática ia ser bem diferente dos estágios que a gente fazia na escola e que isto iria exigir muita dedicação e estudo de minha parte, mas enfim".

- Valorizando o estágio de vida

A fala de algumas mulheres deste estudo demonstrou que para elas um estágio de vida avançado ou prematuro constituía importante fator na determinação de sua atitude em relação a uma gravidez no momento e conseqüentemente na definição de seus objetivos em relação a filhos:

"Você vê eu já estou com quase quarenta anos, não posso mais ficar com o filho no mundo, depois quem é que vai cuidar".

"Na minha idade não tem mais cabimento. Ficar grávida é para mulher jovem, com saúde, com idade assim, eu vejo até falar que é perigoso, depois a gente morre e o marido além dos outros ainda fica com a criança pequena para criar".

"Eu não queria mais porque a gente é pobre e preciso trabalhar, também já não estou mais na idade".

"Eu achava que ainda não era hora de pensar em filhos porque ainda estou muito nova".

"Eu ainda não queria, ficava preocupada, não sei se vou saber cuidar, fico com medo de não saber. Acho que quando se tem mais idade é melhor".

- Valorizando o espaçamento entre os filhos

Algumas das mulheres relataram explicitamente que não estavam querendo engravidar no momento por acreditarem na

necessidade e nos benefícios de um espaçamento entre os fi
lhos:

"Eu não queria para agora, queria esperar a menina crescer um pouco mais, e quando ela não estivesse mais precisando tanto de mim, quando já estivesse indo na escolinha, acho que seria melhor".

"Eu não queria pra já, o outro ainda está tão pequeno, você vê eu tive até que tirar o peito, ele ficou tão re voltado".

"Eu penso que não é bom ter assim um seguido do outro, porque no fim a gente não dá atenção direito nem pra um, nem pra outro, mas já que aconte ceu, vou fazer o quê?".

- Priorizando a questão financeira

Outras mulheres me permitiram identificar que a ques tão financeira constituía a principal causa para elas não de sejarem uma gravidez no momento. Nestes casos, eu observei que não era a atitude da mulher que era contrária a uma gravi dez e sim que esta atitude se tornava contrária frente aos problemas financeiros já existentes e os que poderiam vir a existir em decorrência de uma gravidez:

"Eu achava que enquanto precisasse trabalhar fora não dava nem para pen sar nisto, pois eu não posso só fi car botando no mundo e ficar deixa do para os outros terem que cuidar".

"Eu não queria, não porque não gosto de crianças, é que a gente que é mãe sofre de ver um filho passando neces sidade".

"Eu sabia que ia ficar tudo mais di fícil, a gente não tem nem casa, mó ra num barraco e a gente sabe que com criança sempre vai precisar ter

um gasto a mais com remédio, com uma fruta, leite... tudo coisa que a gente não pode comprar".

Às vezes a definição dos objetivos em relação a ter ou não filhos considerando a questão financeira foi muito além de uma definição temporária, pois, segundo a fala de algumas mulheres, elas pretendiam nunca mais ter filhos devido a sua baixa condição econômica:

"Eu não queria mais porque hoje em dia está tudo muito difícil, a carência é demais".

"Eu não queria mais porque a gente é pobre e precisa trabalhar".

"Eu não queria mais... eu achava que um filho só era ruim para a própria criança, mas hoje em dia é muito sacrifício para criar um filho, imagina dois? Agora vai ter que se dar um jeito, né".

- Priorizando a vida conjugal e/ou social

Algumas das mulheres deste estudo revelaram através de sua fala que não desejavam engravidar no momento em que ocorreu a concepção porque acreditavam que aquele não era o momento adequado para ter filhos, pois queriam "curtir" a vida:

"Eu achava que a gente deveria aproveitar um pouco mais da vida a dois antes de pensar em filhos".

"Filhos era uma coisa que estava fora de cogitação, a gente queria primeiro curtir um pouco, deixar nossa casa bem arrumadinha, mas...".

- Priorizando a saúde individual

Algumas mulheres referiram que não queriam mais en
gravidar devido à existência de alguns problemas de saúde:

"Eu não queria mais porque sofro mui
to com a gravidez".

"Da última vez, o médico disse que
eu me salvei por milagre e que não
poderia mais ter, mas ele não queria
nem saber e como eu não posso tomar
comprimidos... agora é entregar na
mão de Deus".

"Eu não queria mais porque tenho pro
blema no coração e também porq
ue fico muito fraca. A minha médica até
disse que se ficasse sabendo antes
iria indicar o aborto".

"Quando estou grávida fico mais tem
po no hospital do que em casa, pois
minha anemia aumenta muito e eu pre
ciso internar para tomar sangue. Da
última vez eu ia operar, mas na hora
comecei a sangrar muito e não deu,
vamos ver se desta vez eu consigo ope
rar".

Tomando uma Decisão em Relação a Filhos

O "Tomando uma Decisão em Relação a Filhos" é a ter
ceira categoria do "Elaborando um projeto de vida sexual". Ela
é formada por três sub-categorias: a) Decisão do casal de ter
um filho no momento; b) De não ter um filho no momento e c)
Decisões individuais de favorecer ou evitar a gravidez. A
despeito do fato de algumas mulheres terem revelado que já
possuíam decisões definidas sobre ter ou não filhos e sobre
a época de tê-los mesmo antes do início da prática sexual,
eu observei que para a maioria delas, esta decisão só ocorreu
após este início e que algumas não chegaram sequer a tomar

qualquer decisão a este respeito. Assim, identifiquei que o início da prática sexual nem sempre demonstrou ser o evento determinante para que qualquer decisão em relação a filhos fosse tomada. Foi possível constatar, inclusive, que esta decisão só existiu concretamente quando as mulheres tinham consciência de sua prática sexual, do risco de engravidar frente a esta prática, de seus conhecimentos em relação à fisiologia da reprodução e métodos de anticoncepção, de suas atitudes em relação a uma gravidez e de suas prioridades em relação a ter ou não filhos. Isto pôde ser detectado porque a fala de algumas mulheres demonstrou que apesar delas estarem grávidas, no período anterior à concepção elas não haviam tomado nenhuma decisão em relação a filhos. Pelo menos não a nível consciente. A impressão é de que, para estas mulheres, as coisas relacionadas à sua vida sexual simplesmente foram acontecendo, sem que elas parassem ao menos para refletir em suas possíveis conseqüências:

"A gente não ligava muito pra isso... na verdade a gente nunca conversava sobre este negócio de tomar cuidado e nem o que fazer se acontecesse...acho que a gente achava que não ia acontecer".

A despeito do fato de algumas mulheres iniciarem ou viverem uma vida sexual sem pensarem em suas possíveis conseqüências, muitas das gestantes com quem conversei demonstraram, de forma explícita ou implícita, que elas possuíam projetos com relação à sua prática sexual e que foi, a partir delas, que tomaram a decisão de engravidar no momento. Nestes casos, a consciência dos objetivos da prática sexual e o tomar decisões em relação ao ter ou não filhos no momento demonstrou muitas vezes, ocorrer de forma concomitante aos obje

tivos dos projetos relacionados às outras áreas da vida de uma mulher. Portanto, a decisão consciente de ter ou não filhos em determinado momento é produto das relações existentes entre os vários sub-processos experienciados pelas mulheres ao viverem seu Processo de vida e mais especificamente um relacionamento sexual.

Nos casos em que esta decisão tinha sido consciente foi possível detectar não só a coerência entre esta e os objetivos estabelecidos nos projetos de outras áreas de sua vida, mas também entre a decisão e os comportamentos conseqüentes, como pode ser observado nas falas que seguem:

"Eu esperei a gente melhorar um pouco mais na vida, pois eu não queria que o segundo sofresse tudo o que o primeiro sofreu... é muito ruim pra criança pequena a mãe precisar trabalhar fora... agora vai ser bom por que pude parar de trabalhar".

"Depois que casei eu tomei comprimidos só por oito meses porque aí terminei meu curso e já dava para começar a pensar em filhos".

"Quando a gente casa, tudo é novida de... a gente tinha relação quase tõdo dia e a gente não se preocupava em se cuidar porque a gente queria que engravidasse logo".

Porém, com relação às mulheres que simplesmente deixaram as coisas relacionadas à sua vida sexual irem acontecendo, eu observei que foi a inexistência de uma "tomada de decisão" que muitas vezes as levaram a apresentar comportamentos não coerentes com suas atitudes em relação a uma gravidez nem com seus objetivos em relação à prática sexual ou qualquer outra área de sua vida.

No entanto, a ausência da decisão em relação a fi

lhos não pode ser considerada como o único fator responsável pelas incoerências muitas vezes apresentadas pelas mulheres. Ao que parece, as incoerências aconteceram não só porque o próprio processo de decisão em si já é bastante complexo, mas também porque a esta complexidade, se somou a influência de um novo elemento: o companheiro sexual, mais especificamente, a vontade destes companheiros de ter ou não filhos. Verifiquei que a figura do companheiro, que até então só tinha aparecido concretamente no "Tendo prática sexual", uma vez que sem a presença deste a vida sexual das mulheres não existiria, surge neste momento, representado pela sua vontade, influenciado muitas vezes de forma bastante acentuada, a própria decisão da mulher em relação a filhos. Às vezes, esta influência foi tão forte e marcante, que a vontade do companheiro por si só passou a representar a própria decisão da mulher em relação a filhos:

"Eu achava que a gente deveria esperar um pouco, mas ele é doido por crianças; ele vinha gêmeos... por ele não comecei a tomar remédio".

Além disso, na maioria das vezes as mulheres, mesmo implicitamente, fazem alusão à "vontade" do companheiro:

"A gente viu que não era hora de pensar em filhos".

"A gente esperou as coisas melhorarem mais, para depois parar de tomar os comprimidos".

A despeito destas considerações, observei que a decisão em relação a filhos, na verdade, consiste de um conjunto de muitas decisões que se apresentam de forma entrelaçadas. Es

te entrelaçamento entre as decisões muitas vezes pode dar a impressão de que estas diferentes decisões são tomadas simultaneamente, porém é possível observar a existência de uma sequência cronológica onde algumas decisões são tomadas em decorrência de outras. Isto, de certa forma, determina a existência de diferentes níveis de decisão em relação a filhos. O primeiro nível de decisão que aparece é em relação a ter ou não filhos, e ela tanto pode representar um pensamento comum do casal:

"A gente achava que era bom esperar um pouco mais e aproveitar mais da vida a dois porque depois com os filhos já ia ficar mais difícil..."

como um pensamento individual da mulher:

"Quando eu tirei férias eu resolvi tirar férias das pílulas também apesar dele não querer".

ou do homem:

"Eu não queria pra agora, mas ele é doido por crianças".

Este primeiro nível de decisão, quanto a quando ter ou não, filhos, adotado concretamente, desencadeia uma série de decisões menores, porém necessárias para que o objetivo da decisão "maior" seja alcançado. Por exemplo, os dados revelaram que, independentemente da forma como a decisão foi tomada, se individual ou em conjunto, existiram dois tipos básicos de decisão:

- a) Ter um filho no momento;

b) Não ter um filho no momento.

Decisão do casal de ter um filho no momento

Esta é a primeira sub-categoria do "Tomando uma decisão em relação a filhos". Ela surge quando o homem e a mulher são favoráveis a uma concepção no momento, entendendo que no ser favorável está implícito a consciência, por parte de ambos, da prática sexual e de seu objetivo, do risco de engravidar frente a esta prática, da atitude geral positiva em relação a uma gravidez e finalmente a consciência da presença de um ou de mais um filho como uma prioridade no momento. Portanto, a decisão do casal de favorecer a gravidez em determinado momento só surge quando todas, ou pelo menos a maioria das condições acima são consideradas pelo casal como favoráveis a ter filhos no momento. A gravidez resultante desta decisão é considerada como sendo do tipo planejada e desejada:

"A outra gravidez nós já planejamos com a tabelinha e esta também".

"Nós esperamos as coisas melhorarem mais, só aí que decidimos ter nosso filho".

Decisão do casal de não ter um filho no momento

É a segunda sub-categoria do "Tomando uma decisão em relação a filhos". Ela existiu sempre que a mulher e o homem, por quaisquer motivos, não eram favoráveis a uma concepção no momento e em decorrência disto decidiram adotar algumas medidas para evitar uma gravidez.

As gravidezes resultantes desta decisão, estão sen
do consideradas como não planejadas e não desejadas no momento
to em que ocorreu a concepção, apesar da maioria delas te
rem sido bem aceitas posteriormente:

"Não foi uma gravidez planejada, nós
tínhamos decidido esperar ele formar
primeiro... não sei como foi aconte
cer".

Decisões individuais de favorecer ou evitar uma gravidez

É a terceira sub-categoria do "Tomando uma decisão
em relação a filhos". Ela existiu sempre que a gravidez não
foi resultante de uma decisão do casal de ter um filho e sim
da decisão individual da mulher ou de seu companheiro. O con
teúdo das falas das mulheres que viveram esta situação revela
que a decisão individual de um dos parceiros de ter um filho
no momento é mais complexa. Além de envolver uma variedade
maior de situações conflitantes do que a decisão do casal, já
que a existência do acordo mútuo entre os parceiros por sí
só, já elimina uma série de possíveis desavenças entre os ca
sais, decorrentes da divergência de objetivos e interesses.
Por exemplo, algumas mulheres revelaram que apesar delas es
tarem desejando engravidar em determinado momento, o mesmo
não ocorria com seu companheiro ou vice-versa. Teoricamente
esta situação de impasse poderia conduzir basicamente a duas
novas situações, excludentes entre si devido às suas caracte
rísticas: o estabelecimento de um acordo mútuo e a tomada de
decisão a nível individual.

O acordo mútuo foi identificado sempre que, a partir
de um processo de discussão, um dos parceiros cede em seus

propósitos de evitar ou favorecer a gravidez e a tomada de decisão a nível individual sempre que nenhum dos parceiros cedem em seus propósitos. Neste estudo, eu identifiquei que as mulheres cederam aos propósitos dos homens de favorecer ou evitar a gravidez com maior frequência do que o homem cedeu aos seus. Além disso, eu observei que os homens cederam mais condescendentes quando queriam um filho do que quando não queriam, pois nenhuma das mulheres que queriam ter um filho no momento fez referência à chegada de um acordo mútuo.

A categoria "Decisões individuais de favorecer ou evitar uma gravidez" possui quatro propriedades: "Decisão da mulher de favorecer a gravidez" x "Decisão do homem de evitar a gravidez" e "Decisão da mulher de evitar a gravidez" x "Decisão do homem de favorecer a gravidez". Suas características e diferentes formas de apresentação serão conhecidas durante a apresentação das outras duas categorias do "Elaborando um projeto de vida sexual".

Estabelecendo Estratégias

Estabelecendo estratégias é a quarta categoria do "Elaborando um projeto de vida sexual". Ela surge em decorrência da categoria anterior e é formada por duas sub-categorias: "Estabelecendo estratégias para ter filhos" e "Estabelecendo estratégias para não ter filhos".

Estabelecendo estratégias para ter filhos

Esta sub-categoria foi observada nas situações em que a decisão de ter um filho no momento foi do casal ou quando a mesma foi individual. Além disso, as estratégias

adotadas foram as mesmas em ambas as situações. As estratégias estabelecidas nesta sub-categoria foram:

- a) Interromper o uso de todo e qualquer método de anticoncepção:

Esta estratégia foi utilizada pelos casais ou indivíduos que fazia uso de algum método de anticoncepção:

"Eu pensava em ter filhos depois de um ano de casada, por isto comecei a tomar pílula um mês antes de casar e tomei por cinco meses, mas como ele sempre foi louco para ter um filho, e como eu também gosto de criança nós resolvemos que depois que acabasse as cartelas que eu ainda tinha em casa nós não compraríamos mais".

- b) Não iniciar o uso de nenhum método de anticoncepção:

Esta estratégia foi estabelecida pelos casais ou indivíduos que estavam iniciando uma vida sexual e que pretendiam ter um filho logo:

"A gente queria um filho logo, por isto quando casei nem fui atrás de saber como evitar".

"Quando a gente resolveu casar nós conversamos e decidimos que íamos querer ter um filho logo, por isto, nem comecei a tomar os comprimidos".

- c) Procurar um médico:

Estabelecida pelos casais que queriam engravidar e não conseguiram, apesar de não utilizarem nenhum método de anticoncepção. Quando utilizada, ela teve um dos seguintes objetivos:

- Obter informações acerca de reprodução:

"A gente já tinha decidido que não íamos evitar, só fomos no médico por que a gente queria saber certo tudo sobre engravidar... se precisava fazer algum exame, etc".

- Diagnosticar algum problema impeditivo da gravidez:

"Quando a gente viu que estava demorando muito para engravidar, já tinha quase um ano que a gente não evitava mais, eu fui no médico para ver se tinha algum problema".

"Eu já tinha ido em um médico e ele disse que eu não tinha problema, era só ter paciência".

"Antes de casar eu tomava pílula, daí quando a gente casou eu parei de tomar e não engravidei. Esperei mais de um ano, até que resolvi ir no médico, fiquei com medo de ser algum problema por causa da pílula. Ele pediu uns exames e também me ensinou quando deveria ter relação. Quando voltei para pegar os resultados já estava grávida. Até hoje não sei se foi psicológico ou se coincidia da gente, nunca ter relação no dia certo, será?".

"Eu não me conformava, estava sempre trocando de médico, aí fazia todos os exames de novo, me submetia a um novo tratamento e quando ele dizia que era melhor eu adotar uma criança eu mudava de médico de novo".

- Fazer um tratamento para engravidar:

"Eu esperei um pouco, como não engravidei, eu procurei um médico para fazer tratamento e três meses depois eu já engravidei".

"Eu já tinha feito tratamento com três médicos para ver se engravidava".

"Eu estava fazendo o tratamento para engravidar".

"Quando eu procurei o médico pela primeira vez, já foi meio que no desespero. No começo a coisa era tranquila, a gente não fazia nada para evitar porque apesar de estar querendo a gente não tinha pressa. Depois de um tempo começamos achar que estava demorando muito, e aí, conversa com um, conversa com outro, até que resolvemos fazer um esquema de ataque (risos) aí foi quase 8 meses fazendo as maiores contas para não perder os dias férteis. Quando a gente viu que não engravidava mesmo eu procurei o médico para saber o que estava acontecendo, fazer um tratamento sei lá... alguma coisa...".

d) Procurar outros recursos

Quando o "procurar um médico" não se apresentou como uma estratégia suficiente para que a concretização da decisão tomada ocorresse algumas mulheres buscaram outros cursos:

"Eu já estava fazendo tratamento há três meses quando eu fui num centro espírita com a minha irmã. Aproveitei para perguntar se eu ainda ia ser mãe, pois o médico já tinha me avisado que seria muito difícil por causa da idade. O pai de santo me falou que sim só que não seria naquele momento, só depois de quatro meses, era setembro. Então eu resolvi parar o tratamento e aguardar o tempo estabelecido e quando faltou a menstruação no início de fevereiro eu tive certeza que era".

"Eu corri muito médico e médico tu sabe né, cada hora te dá um laudo... eu cheguei a pensar que era um bloqueio da minha cabeça, pois eles dizem que os remédios iam causar este ou aquele tipo de reação e eu tinha completamente ao contrário... inclusive um dos médicos disse que o meu caso não teria jeito, e que era bom eu adotar uma criança, pois eu nunca

ia poder ter filhos. Depois deste, um outro médico ainda me deu esperança, mas eu cansei e resolvi parar... daí fiz um pouco de acupuntura, comecei a fazer yoga e a tomar aquele óleo de germe de trigo que dizia que era bom para o ovário, para o útero e não sei mais o que e também tomava chá de confrei... fiquei nisto, sabe, coisas mais naturais, alimentação... mas tudo sem grandes preocupações, pra mim o não ter filhos já era uma coisa resolvida, de repente aconteceu".

As falas destas mulheres não só demonstram que elas não se conformaram com o diagnóstico médico, mas também que o não ficar muito preocupada com a questão de não poder engravidar pode constituir um recurso eficiente na concretização da decisão tomada de ter um filho. Isto é observado principalmente no segundo caso, pois a mulher engravidou quando menos esperava.

e) Manipular o fenômeno engravidar

O objetivo desta estratégia era apressar ou determinar a época da gravidez, de forma a torná-la o mais ajustada possível aos planos e projetos estabelecidos em outras áreas do Processo de vida do casal ou da mulher. Ou seja, de forma que o nascimento da criança ocorresse em uma época que lhes fosse bastante propícia.

- Apressando a gravidez

Algumas mulheres que "manipularam o fenômeno engravidar" pretendiam simplesmente que a criança nascesse o mais breve possível:

"A gente não via a hora de engravi

dar, pra você ter uma idéia nós montamos o quartinho dele mesmo antes de engravidar".

"A gente fazia tudo o que os outros ensinavam, pois a gente não via a hora de engravidar".

"Quando parei de tomar o comprimido para engravidar, a gente tinha relação quase todo dia e daí engravidei no mesmo mês".

"Desde que parei de tomar os comprimidos a gente começou a prestar mais atenção e só ficamos sem ter relação durante o período fértil uma vez, quando ele foi viajar".

- Determinando a época do nascimento da criança

Outras mulheres que manipularam o fenômeno engravidar tinham em mente um dos seguintes objetivos:

- Priorizar algum aspecto da vida:

"A gente conversou e decidimos que se não engravidasse até março, não ia dar mais para ser para agora. Até março porque daí ia nascer no final do segundo semestre e ia dar para eu ajuntar com as férias de final de ano, assim eu poderia ficar em casa o tempo necessário sem perder aulas e provas. Se não engravidasse em março a gente ia deixar para depois que eu me formasse".

- Poder permanecer mais tempo com a criança no período próximo ao nascimento:

"Eu fazia a tabelinha desde que precisei cauterizar há uns três anos atrás e foi com ela que planejamos esta gravidez, para que o nascimento fosse agora para o início do segundo semestre, pois aí vou poder emendar

a licença de amamentação, férias, fim de ano e assim poder ficar bastante tempo com o nenê".

- Querer que a criança nascesse numa época boa:

"Eu procurei ter relações nos dias perigosos porque eu queria que nascesse no mesmo mês de aniversário da outra, porque é um mês que eu acho bonito... acho que a outra tem um gênio bom e também porque fica mais fácil para fazer só uma festa de aniversário".

- Fazer espaçamento entre os filhos:

"Tomei comprimidos cinco anos e parei para engravidar... esperei a menina fazer cinco anos".

f) Enganar o companheiro/a

Esta estratégia foi estabelecida sempre que a decisão de favorecer a gravidez foi individual. Quando ela foi da mulher, o enganar o companheiro existiu de três formas: omitindo, mentindo e sendo displicente.

A omissão existiu em decorrência da decisão da mulher se comunicava ou não ao companheiro sobre a decisão de favorecer a gravidez e conseqüentemente sobre a estratégia estabelecida. Apenas uma mulher deste estudo revelou ter comunicado esta decisão ao companheiro:

"Eu resolvi que queria ter um filho meu e assumi isto, e apesar dele não querer, disse que eu é que sabia...".

A maioria das mulheres optou por omitir de seus com

panheiros a decisão tomada, embora isto representasse uma carga psicológica muito grande a ser carregada gerando instabilidade emocional e insegurança:

"Ele não queria mas eu queria, ele achava que sou muito nova... era eu que fazia o esforço, ele não dava a mínima... eu fazia a tabelinha, mas de forma errada... (risos) pra ter".

"Desta vez engravidei porque queria nunca conversei sobre isto com ele, mas eu o enganei parando de tomar os comprimidos sem ele saber".

"Eu queria engravidar, sempre quis um filho, mas meu companheiro não queria, ele achava que estava muito cedo, daí nas minhas férias eu resolvi tirar férias da pílula também e não deu outra".

A mentira existiu quando o método de anticoncepção utilizado era de responsabilidade do companheiro. Nestas condições, a mulher se viu obrigada a enganar o companheiro, mentindo-lhe que estava usando um outro método de anticoncepção, ou seja, de que havia mudado de método:

"Durante cinco anos nós evitamos filhos com ele interrompendo, mas eu acho que filho único é um problema, por isto eu o enganei dizendo que não se preocupasse porque eu estava fazendo a tabelinha".

Já a displicência existiu quando as mulheres continuaram a usar o mesmo método de anticoncepção, porém tornaram-se deliberadamente displicentes no seu uso, inclusive passaram a executar algumas cenas diante do companheiro, referentes a um quase esquecimento no uso do método, de forma a estarem resguardadas quando a gravidez ocorresse:

"Quando eu engravidei já tinha uns

três meses que estava enganando ele, eu não tomava os comprimidos... ia lá e jogava, mas de vez em quando, para ele não desconfiar, até fazia ele levantar da cama para buscar água, dizendo que não podia esquecer de tomar o comprimido porque era perigoso".

"Eu não tinha coragem de parar de tomar os comprimidos, ele me mataria. Então eu vivia esquecendo, às vezes esquecia 3-4 dias seguidos, daí um dia levantava depois de já estar deitada e pegava o comprimido na gaveta. Desta forma, ele nunca desconfiou, mas quando soube da gravidez, ficou uma fera queria até ir embora mas pelo menos desta vez não quis me obrigar a tirar".

Embora a primeira vista o "enganar" adquira um peso maior do que lhe cabe, a palavra correta é exatamente esta. Em determinado momento as mulheres se viram obrigadas a mentir e a omitir de seus companheiros suas decisões em relação ao favorecimento da gravidez. Isto se fez necessário para evitar que no futuro elas viessem a enfrentar problemas em seu relacionamento com o companheiro.

Isto foi comprovado neste estudo, pois a única mulher que resolveu assumir esta decisão perante o companheiro revelou que isto prejudicou muito seu relacionamento, inclusive a ponto de eles se separarem, embora eles não morassem juntos:

"... eu parei os comprimidos e não me arrependo, apesar do relacionamento com ele estar tão ruim agora, mas de certa forma eu já esperava por isto... acho que acabou".

Em contrapartida, os companheiros das mulheres que resolveram não assumir a decisão de favorecer a gravidez, encararam a mesma apenas como uma intercorrência, um acidente.

Algumas mulheres revelaram inclusive que apesar do companheir
ro não querer a gravidez, que a mesma foi bem aceita, servin
do até para aproximá-los mais:

"A gente não estava vivendo bem já
há algum tempo... mas agora está tu
do bem, ele está mais carinhoso e
atencioso comigo".

No entanto, o mesmo não ocorreu com a mulher que ha
via alegado mudança no método de anticoncepção. Quando o seu
esposo soube da gravidez chegou até a falar em serapação. Ao
que parece, ele a estava culpando da gravidez ter ocorrido,
provavelmente por ela ter afirmado anteriormente que ele po
dia ficar despreocupado. Isto fez com que ele transferisse pa
ra ela a responsabilidade pela anticoncepção e portanto, para
ele, ela era a culpada pela falha, principalmente porque nos
cinco anos que ele foi o responsável isto nunca aconteceu:

"No começo ele me magoou muito... vi
via falando em ir embora e nem con
versava comigo, precisou o pai dele
entrar no meio..."

A estratégia de enganar a companheira também foi
utilizada quando a decisão de favorecer a gravidez foi indi
vidual do homem. Nestes casos eles optaram por tornarem-se
displicentes no uso do método de anticoncepção:

"Durante muito tempo nós evitamos
com ele interrompendo, pois eu tinha
muitas varizes e não podia tomar
comprimidos, daí, depois que ele co
meçou com esta história de que já era
hora de ter mais um filho, ele come
çou também com história de não dar
tempo de tirar".

"Eu não queria mais filhos mas não conhecia outros jeitos de evitar sem ser a pílula, que me fazia mal, só sabia que ele que tinha que evitar, mas ele não queria saber disto".

"Desde que a gente começou a ter relação que fazemos a tabelinha. Era jogo aberto, ele sempre sabia quando era meu período fértil, daí, de uns tempos pra cá, volta e meia ele esquecia a camisinha e me enrolar dizendo que sabia se controlar, até que aconteceu".

g) Chantagear a companheira/o

Esta estratégia foi observada somente nos casos em que a decisão de favorecer a gravidez era individual do homem. Os homens, companheiros das mulheres deste estudo, chantagearam suas companheiras a não usarem um método de anticoncepção de duas formas: espaçando as relações sexuais:

"Se eu tentava explicar os meus motivos ele ficava emburrado e às vezes nem queria ter relação, até que eu acabei cedendo".

ou interferindo com o emocional:

"Eu acabei cedendo, não tinha outro jeito, ele não falava em outra coisa, parecia criança".

"Eu não estava querendo engravidar, porque acho que ainda é meio cedo, mas a gente não fazia nada para evitar porque ele estava doido para ter um filho e pro gosto dele vinha gêmeos".

"Eu queria terminar meu curso antes mas ele não queria nem saber, vivia fazendo chantagem emocional e pedindo para eu não tomar os comprimidos".

Estabelecendo estratégias para evitar filhos

É a segunda sub-categoria do "Estabelecendo Estratégias". Ela é formada por uma única propriedade e tal como ocorreu na sub-categoria anterior, a estratégia estabelecida: Usar um método de anticoncepção, foi observada tanto quando a decisão de evitar um filho foi do casal ou individual.

a) Usar um método de anticoncepção

Esta estratégia foi estabelecida em decorrência da necessidade criada ante a decisão de evitar um filho:

"Eu decidi que ia tomar pílula quando ainda era noiva, pois eu queria terminar meu curso antes".

"Hoje em dia não dá mais para ficar tendo um filho atrás do outro, por isso eu quero ligar".

"Eu resolvi usar a tabelinha porque acho que é menos agressivo".

b) Enganar o companheiro/a

Esta estratégia também foi estabelecida sempre que a decisão de evitar a gravidez foi individual. Quando ela era tomada pelas mulheres, estas omitiam de seu companheiro a decisão de evitar a gravidez através do uso de um método de anticoncepção:

"Eu tomei comprimido por mais de dois anos sem ele saber".

"Eu tomava comprimido mas ele não pode nem imaginar uma coisa desta. Eu só parei porque ele queria que eu fosse no médico para fazer um tratamento".

"Não era sempre que dava certo, mas

durante o período fértil eu evitava, indo dormir mais cedo, ou dando alguma desculpa, resolveu por mais de um ano, mas daí aconteceu..."

c) Impor o uso de um método de anticoncepção

Esta estratégia foi observada somente nos casos em que a decisão de evitar a gravidez foi individual dos homens. Eles a colocaram em prática através do uso do coito interrompido:

"Eu não fazia nada para evitar mas ele parava antes... isto deu muita briga entre a gente, então de vez em quando ele deixava escapar, até que aconteceu".

"Não adiantava eu querer porque ele sempre tirava antes, eu nem sei como foi acontecer".

ou da ausência de relações durante o período fértil:

"A gente nunca falou especificamente sobre isto, mas eu acho que ele sabia quando era mais perigoso engravidar, porque ele nunca queria ter relação quando estava meio por perto".

d) Chantagear a companheira a usar um método de anticoncepção

Esta também foi uma estratégia observada somente nos casos em que a decisão de evitar a gravidez foi individual dos homens. Eles a colocaram em prática diminuindo a freqüência das relações sexuais:

"Ele parou de me procurar, e quando

eu ia procurar ele dizia que não podia porque era perigoso engravidar".

ou brigando:

"A gente brigou muito porque eu queria mais um ou dois filhos e ele achava que um já era difícil de criar, eu tentava falar... mas não tinha jeito, porque era ele que interrompia".

"Eu queria pelo menos mais um filho, mas ele não queria e dizia que se engravidasse eu ia cuidar sozinha... Eu tomava pílula por conta sem ir ao médico, mas ele só concordou que eu parasse de tomar a pílula porque eu ficava ruim, desmaiava e o farmacêutico disse que se ele queria que eu vivesse um pouco mais tinha que parar com os comprimidos".

Colocando em prática

O "Colocando em Prática" é a quinta e última categoria do "Elaborando um projeto de vida sexual". Ela refere-se ao comportamento adotado em função da estratégia estabelecida com o objetivo de viabilizar a decisão tomada de favorecer ou evitar a gravidez. A maioria das gravidezes neste estudo demonstraram estarem diretamente relacionadas à forma como as mulheres colocaram em prática a decisão estabelecida, originando três sub-categorias: "Colocando em prática de forma correta", "Colocando em prática de forma incorreta" e "Colocando em prática de forma parcialmente correta".

Colocando em prática de forma correta

Esta sub-categoria existiu sempre que as mulheres individualmente, ou o casal, utilizaram, corretamente, um método

todo de anticoncepção ou concepção. Algumas mulheres que decidiram não ter um filho no momento e que estabeleceram como estratégia o uso de algum método de anticoncepção procuraram obter alguma informação sobre os mesmos em fontes que estou considerando seguras, tais como lendo a respeito em literatura especializada:

"eu sempre via falar na tabelinha, mas não sabia direito o que tinha que fazer para dar certo, então quando a gente começou a ter relações com mais frequência eu pedi para uma menina que mora comigo, ela faz enfermagem, e ela me arranhou um livro onde ensinava direitinho".

ou procurando um médico:

"Quando a gente começou a ter relações tivemos uma conversa séria e decidimos que nem poderíamos pensar em filhos para aquele momento, nem ficar fazendo abortos de bobeira, portanto, seria necessário evitar a gravidez mas com responsabilidade, por isto fomos nós dois no médico, falamos da nossa situação e ele falou sobre todos os métodos, acabamos optando pelo diafragma por considerá-lo bastante prático, apesar de ser um pouco oneroso".

Às vezes, mesmo mulheres que tinham muito conhecimento sobre fisiologia da reprodução e métodos de anticoncepção, frente a consciência de seu risco de engravidar e da decisão de não ter um filho, em determinado momento, se sentiram inseguras e com necessidade de obter informações adicionais em fontes que elas consideravam seguras:

"É engraçado, quando é com a gente, não sei porque, mas pinta a insegurança eu tinha acabado de sair da ginecologia".

logia sabia tudo, ele também sabia, pô é médico, apesar de não ser a especialidade dele, mesmo assim achei melhor ir na ginecologista, foi por sua gestão dela que comecei a usar o diafragma, eu tinha medo de esquecer de tomar a pílula".

"Eu fui no médico por uma série de razões, eu estava com alguns probleminhas mas eles só serviram de desculpa, aproveitei mesmo foi para tirar algumas dúvidas quanto à tabelinha".

"Eu procurei ler muito sobre métodos de anticoncepção, retomei inclusive algumas anotações de sala de aula e acabei optando pela pílula, apesar de gostar mais da tabelinha por ser um método natural, porém com ele morando longe seria difícil de controlar sempre".

A procura do médico ocorreu para algumas mulheres mesmo quando elas já haviam se decidido pelo método de anticoncepção:

"Quando eu procurei um ginecologista pela primeira vez foi para ele receitar o anticoncepcional oral. Eu não queria saber sobre métodos de anticoncepção, eu já conhecia todos e sabia que para mim o melhor seria a pílula, pois eu precisava me sentir segura e com os outros métodos eu acho que não me sentiria segura".

"Eu já estava bem a fim de colocar um diafragma, porque eu já havia experimentado a pílula, mas achava que meu corpo e mesmo a minha resposta sexual havia se modificado muito com ela. Depois eu passei a controlar com a tabelinha e o muco, mas fica difícil para mim que não tenho uma vida sexual muito regulada, é um "saco" quando pinta algum lance e eu estou no período fértil. O DIU eu achava muito agressivo então eu queria saber um pouco sobre o diafragma e gostei tanto que resolvi colocar".

O fato de as mulheres utilizarem corretamente o método de anticoncepção adotado tanto pode demonstrar que as

mesmas possuíam consciência sobre o risco de engravidar e conhecimentos referentes à fisiologia da reprodução e métodos de anticoncepção, como também que elas mantinham coerência entre a decisão de evitar uma gravidez e o comportamento apresentado.

Nestes casos, quando a gravidez ocorreu as mulheres não só se surpreenderam mas também não conseguiram entender como ela foi acontecer:

"Até hoje eu não entendo como foi acontecer, eu tomava os comprimidos certinho, nunca fui de esquecer".

Para algumas mulheres, no entanto, o uso correto do método de anticoncepção adotado representou mais do que coerência, pois na verdade representava uma espécie de sacrifício onde a mulher, para evitar a gravidez, tomava o anticoncepcional oral, mesmo que este lhe fizesse mal. Nestes casos a gravidez foi vista como uma espécie de castigo de Deus, como pode ser observado nas falas que se seguem:

"Eu tomava comprimido há oito anos, eles me faziam mal... me davam um mal-estar, eu engordei muito, vivia nervosa, com dor de cabeça e também apareceram muitas varizes, mas eu não parava de tomar por medo de engravidar".

"Eu tomava pílulas mas não era sempre porque me fazia muito mal".

"Com os comprimidos eu tinha dor de cabeça e me sentia muito fraca, mas eu tinha medo de fazer a tabelinha, porque uma cunhada minha engravidou com a tabelinha".

Um terceiro grupo de mulheres que engravidaram utilizavam corretamente o método de anticoncepção adotado, inclusi

ve até o ponto de se sacrificarem. Estas mulheres revelaram que de repente se viram obrigadas, por indicação médica, a interromper o uso de método de anticoncepção para fazer algum tipo de tratamento ginecológico e que logo depois engravidaram:

"Eu tomava comprimido mas precisei parar para fazer tratamento de infecção".

"Eu tomei anticoncepcional oral por conta durante cinco anos, precisei parar para cauterizar uma ferida e engraidei no mesmo mês".

"Parei de tomar o comprimido porque ficava nervosa e com dor de cabeça e também porque precisei cauterizar... o médico fez um esquema com tabelinha por três meses e antes disso já engraidei".

Colocando em prática de forma incorreta

O colocar em prática de forma incorreta só foi observado nas mulheres que haviam estabelecido a estratégia de evitar a gravidez através do uso de alguns métodos de anticoncepção. O comportamento apresentado pelas mulheres diante desta estratégia originaram as duas propriedades desta subcategoria: a) não colocando em prática e b) usando o método de forma errada.

a) não colocando em prática

Algumas mulheres que não desejam engravidar no momento, não adotaram nenhuma medida concreta para que a gravidez fosse evitada. Isto aconteceu basicamente por três motivos. Algumas mulheres não acreditavam que fossem engravidar, pelo menos não tão cedo, demonstrando possuir pouco conhecimento referente à prática sexual e conseqüentemente pouca consciên

cia sobre o risco de engravidar. Estas mulheres na verdade es
tavam se arriscando:

"A gente nunca tinha uma relação com
pleta mas de vez em quando ele nã
conseguiu se controlar".

"A gente não tinha relação sempre, en
tão eu achava que como era só de vez
em quando não ia acontecer".

O segundo motivo identificado foi o fato de algumas
mulheres não terem nenhum conhecimento sobre a existência de
métodos de anticoncepção ou fisiologia da reprodução:

"Eu não sabia o que podia ser feito
para evitar a gravidez".

Finalmente, o terceiro motivo identificado foi a con
vicção de algumas mulheres de que não estavam correndo nenhum
risco de engravidar, apesar de terem um pouco de conhecimento
referentes à prática sexual e consciência sobre o risco de
engravidar. Esta convicção surgiu porque elas acreditavam no
diagnóstico médico:

"A gente não queria a gravidez agora
mas não estávamos fazendo nada porque
a minha médica tinha dito que eu não con
seguiria engravidar antes de ir a São
Paulo para fazer um tratamento".

"Eu não tinha relação sempre, mas eu
não me preocupava porque uma vez um
médico me disse que eu ia ter proble
mas para engravidar, porque além de
ser virado meu útero era infantil".

"Eu já tinha desistido da idéia de
ter filhos, pois já tinha feito trata
mento com três médicos, um deles in
clusive me aconselhou a adotar uma
criança".

ou no companheiro:

"Ele dizia que fazia alguma coisa pa
ra evitar... tirava antes, mas não
sei não".

Neste grupo havia algumas mulheres que, apesar de já terem sido informadas do risco de engravidar e por isto, terem utilizado um método de anticoncepção, em determinado momento passaram a acreditar que não estavam correndo nenhum risco de engravidar:

"No momento não tomava pílula, tinha parado há uns dois meses para des
cansar, e eu não estava preocupada por
 que alguma coisa me dizia que eu não iria engravidar".

"A gente nem pensava em gravidez pra agora, mas a gente não fazia nada pa
ra evitar porque eu achava que não ia ficar grávida nem tão cedo, pois ele dizia que tinha problemas".

"Uma vez eu tomei uma pílula... por conta, me fez mal e aí eu não quis to
mar mais e como a gente não fazia sem
pre, falei pra ele e ele me disse que não tinha perigo e que tomaria cuida
do".

b) Usando o método de forma errada

Algumas mulheres se decidiram por evitar uma gra
videz em determinado momento, e estabeleceram como estra
tégia o uso de um método de anticoncepção; porém, ao colocar em prática esta estratégia o fizeram de forma incorreta. Às vezes, este uso errado era inconsciente; ou seja, a mulher não sabia que estava usando o método de anticoncepção de for
ma incorreta. Nestes casos existiram mulheres que sempre usa
ram o método de forma errada:

"Eu não entendo, eu tomava a pílula

toda vez que a gente tinha relação".

"Eu só sabia que tinha que tomar cu
idado é perto da menstruação".

"A gente não fazia nada para evitar,
só não tinha relação perto da mens-
truação".

"Eu não tomava comprimidos porque fa-
zia mal, então eu não tinha relação
uns quinze dias antes e uns quinze
dias depois da menstruação".

e mulheres que já haviam usado o método de anticoncepção de
forma correta e em determinado momento, sem saber, começaram
a utilizá-lo de forma incorreta. A preocupação das mulheres
com sua saúde constitui uma das possíveis justificativas pa-
ra que isto ocorresse:

"Eu tomei comprimido durante muitos
anos e agora por último eu tomava um
mês sim, um mês não, porque eu não
queria parar mas eu ouvi dizer que
tinha que descansar um pouco".

"Eu achava que tinha que descansar
um pouco, por isto eu tomava o remé-
dio uma noite sim, uma noite não".

Às vezes foi possível observar que algumas mulheres
que utilizavam o método de anticoncepção adotado de forma in-
correta apresentavam algum nível de consciência sobre este
erro. Nestes casos, estas mulheres estavam sendo displicentes,
pois, em última instância elas estavam se arriscando:

"Eu tomava comprimido há um ano, mas
não era sempre".

"Eu tomava pílula mas só de vez em
quando e daí entrei pelo cano".

"Eu não queria engravidar e tomava
comprimido por conta própria, mas es-
quecia por três a quatro noites".

"A gente usava a tabelinha há mais ou
menos dois anos, mas não dava para fa-
zer o controle certo porque ele estu-

dava longe e só vinha de vez em quando".

"Não é dizer que eu não queria, mas foi uma coisa inesperada, apesar que eu sabia que de uma hora pra outra isto podia acontecer porque era ele que parava".

Colocando em prática de forma parcialmente correta

O colocar em prática de forma parcialmente correta existiu tanto nas mulheres que haviam estabelecido favorecer a gravidez como nas que haviam estabelecido evitar a gravidez. Quando a estratégia era favorecer a gravidez através de um tratamento médico, as orientações foram seguidas apenas parcialmente:

"Eu fiz o tratamento para engravidar... fiz os exames que ele pediu tudo certo, mas eu não tinha paciência para ficar marcando tudo quanto é coisa que ele pedia e também não lembrava de tomar os remédios todos os dias, aí me enchi e resolvi entregar na mão de Deus".

"Eu fiz o tratamento certo por uns três meses depois comecei a achar que era besteira e que se tivesse que engravidar iria engravidar com ou sem tratamento".

Quando a estratégia estabelecida era a de evitar a gravidez através da adoção de algum método de anticoncepção, as mulheres podiam iniciar o "colocando em prática" já de forma errada, ou seja, buscando informações sobre método de anticoncepção em fontes consideradas por nós, como não muito seguras, por exemplo, junto a amigas, conhecidas, ou namorados:

"Quando eu comecei a ter relações só

a minha irmã sabia e ela disse pra mim tomar da pílula que ela tomava".

"Eu tive que perguntar pra quem eu sabia que também estava na mesma situação que eu... minha colega foi legal, me ensinou muita coisa mesmo".

"Acho que nestas horas as colegas, assim de sair, é que servem melhor a gente, no meio sempre tem uma que é mais sabida... mais experiente e é ela que ensinava as coisas pra gente...".

A influência de um contexto particularizado sobre o "Vivendo um Relacionamento Sexual"

Como já foi visto anteriormente, a experiência de vivenciar o "Processo de Vida" ocorre dentro de um contexto. Porém, eu identifiquei que o contexto no qual se desenvolve o "Vivendo um Relacionamento Sexual" possui algumas características próprias, ou melhor diferenciadas. Vários aspectos contribuem para que isto ocorra e dois deles se sobressaíram chamando minha atenção.

O primeiro aspecto é formado pelo ambiente sócio-cultural onde se desenvolvem a vida sexual das mulheres deste estudo, ou melhor, pela representação social e cultural dos pensamentos (que são as formas de ver e interpretar) das pesoas que compartilham do ambiente no qual as mulheres vivem sua sexualidade, sobre esta "Vivência".

O segundo aspecto é formado pelo conjunto dos conhecimentos que circundam esta prática ou vivência, mais especificamente sobre a forma como este conhecimento é repassado para as mulheres. Com relação ao "ambiente" verifiquei que este contexto para algumas mulheres se apresentou como sendo "liberal", para outras como sendo apenas "aparentemente liberal" e para outras ainda como sendo "controlador ou restriti

vo".

a) Contexto Liberal

O contexto foi considerado como sendo "liberal" quando a prática sexual das mulheres nele inseridas, caracterizada pela existência de um relacionamento sexual com um homem, era vista como uma atividade normal, tanto pelas mulheres que exerciam esta prática, como por todas aquelas pessoas que as cercavam, desde que esta atividade fosse exercida em ambiente adequado. O fato de o relacionamento sexual ser visto como uma atividade normal fazia com que as mulheres deste contexto não precisassem estar preocupadas em manter escondido o fato de terem relacionamento sexual. Neste estudo, o contexto só se apresentou como sendo "liberal" para as mulheres casadas ou que mantinham um relacionamento sexual do tipo mais duradouro:

"A gente mora junto há 1 ano, no começo, quando nos íamos na casa da minha mãe, nós ficávamos em quartos separados, apesar dela saber que a gente morava junto, mas agora não, já é coisa aceita por toda minha família.. foi com o tempo, porque nós nunca conversamos isto".

Neste contexto observei que muitas vezes as informações, necessárias para que as mulheres pudessem exercer sua prática sexual sem prejudicarem sua saúde física ou mental, tais como sobre, sobre formas de evitar uma gravidez não desejada, e sobre reprodução, eram passadas de forma mais livre e em diferentes lugares, como por exemplo nas escolas, instituições de saúde e religiosas, no seio familiar e social, etc. Além disso, verifiquei que as mulheres deste contexto se sentiam

tiam mais livres e com direito de procurar assistência ou in formações relacionadas à sua vida sexual:

"Antes de casar eu nunca tinha vindo no médico de mulher... agora venho sempre".

b) Contexto Aparentemente Liberal

O contexto foi considerado como sendo "Aparentemente liberal" quando esteve caracterizado por uma aparente libera ção sexual. Esta foi traduzida pela existência, não assumida totalmente, de uma maior permissividade por parte das mulhe res em relação à prática sexual. Aqui foram incluídas as mu lheres que possuíam ou mantinham relacionamento sexual se não às escondidas, pelo menos não totalmente às claras.

"Nós transávamos há um tempão, mas ninguém sabe disto, só algumas cole gas".

Neste estudo, a maior permissividade, por parte das mulheres em relação à prática sexual está sendo caracterizada pela maior libera ção sexual. Esta, por sua vez, eu identifi quei pelo número razoavelmente alto de mulheres que iniciaram precocemente sua vida sexual, e/ou que mantinham um relacionamen to conjugal do tipo mais duradouro antes do casamento.

Neste contexto, as informações referentes à prática sexual eram repassadas "livremente" em alguns segmentos, tais como nas instituições de saúde e em alguns níveis escolares. No ambiente familiar as informações eram omitidas ou repassa das de forma incompleta e no ambiente social de forma meio clandestina. Muitas vezes, a fala das mulheres deste estudo

explicitamente deixaram claro que uma grande parcela das informações relacionadas à prática sexual e a tudo o que a ela diz respeito, foram transmitidas clandestinamente ou seja, em conversas às escondidas e/ou restritas a poucos elementos e em geral entre pessoas de um mesmo meio, porém dificilmente de uma mesma família:

"Quando a gente queria conversar alguma coisa assim... dessas coisas, a gente ia andar na praia, porque tínhamos medo que na casa de qualquer uma de nós, a mãe podia ouvir".

C) Contexto Controlador/Restritivo

O contexto foi considerado como sendo controlador/castrador/restritivo quando a possibilidade da descoberta da existência de um relacionamento sexual antes de um casamento já era capaz de provocar na mulher verdadeiro pavor:

"Eu não sabia sobre estas coisas... ele que comprou a pílula, ficava guarada com ele porque eu tinha medo da minha mãe achar".

ou quando, diante desta descoberta, passaram a existir represálias sobre a mulher, principalmente por parte de familiares, mas também por parte de alguns patrões:

"A minha patroa me xingou muito, disse que não queria saber de gente sem vergonha na casa dela".

"Quando a minha mãe soube ficou muito brava, não me deixava sair de casa, vivia me vigiando... e nem conversava comigo".

Neste contexto, foi observado que, praticamente, não

existiu o repasse de informações pois, de um lado, as gestantes que já eram mães e que pertenciam a este contexto revelaram sentir vergonha de conversar sobre estes assuntos com seus filhos:

"Eu tenho vergonha de conversar e ensinar, mesmo as meninas... eu aprendi sozinha e elas também vão aprender".

Por outro lado, o medo e/ou a vergonha fazia com que as mulheres provenientes deste contexto também não procurassem obter mais informações relacionadas à prática sexual:

"A gente aprendia como podia, uma coisa aqui, outra ali... às vezes a gente acreditava e noutras não. Eu mesma, não era em tudo que acreditava".

ou que o fizessem com pessoas não profissionais. Assim, ao buscarem seus próprios pares, inconscientemente as mulheres perpetuavam o não saber e/ou um saber incompleto:

"Eu aprendi a fazer a tabelinha com uma amiga, mas acho que ela não sabia direito, ou então me ensinou errado, porque eu fiz tudo direitinho e estou assim...".

"O que eu sabia era o que a mulherada dizia... que não podia ter relação perto da mesntruação".

"A minha amiga tinha dito que o importante era não esquecer de tomar no dia que tinha relação e que se esquecesse algum outro dia, não tinha problema, então eu vivia esquecendo, às vezes esquecia três ou quatro dias, mas quando tinha relação eu não esquecia porque tinha medo".

D) A Existência de mais de um Contexto

Às vezes foi possível observar que uma mesma mulher podia fazer parte de mais de um contexto. Por exemplo, algumas mulheres viviam ou eram provenientes de um ambiente controlador, castrador, restritivo, porém, este não era o contexto compartilhado em seu ambiente de trabalho e/ou escolar e às vezes até de moradia, no caso por exemplo, de estar residindo temporariamente em outra cidade para estudar. Assim, a possibilidade de contatos com diferentes contextos possivelmente influenciava a decisão destas mulheres em começar a ter vida sexual, porém, isto nem sempre foi suficiente para que elas assumissem esta decisão ou pelo menos para que o fizessem sem culpa:

"No começo eu tomava pílula por conta, mas vivia com medo de não estar fazendo a coisa certa e de repente aparecer grávida, ia ser um caos na minha família. Até que um dia uma amiga me levou na médica dela e eu gostei muito... foi melhor para a minha cabeça, saber que dali para frente eu praticamente não estaria correndo nenhum risco".

Isto de certa forma, fazia com que muitas mulheres apresentassem o mesmo tipo de comportamento em todos os seus ambientes, pois elas sentiam necessidade de se comportar de forma adequada a cada um deles, surgindo daí, a preocupação e o medo de engravidar, uma vez que a gravidez seria uma denúncia pública da existência do relacionamento sexual:

"Eu achava bom quando a gente transava, mas por outro lado eu vivia com medo, era sempre um sufoco esperando a menstruação descer".

Refletindo sobre os componentes dos contextos

Neste estudo, foi muito pequeno o número de mulheres que revelaram pertencer a um contexto liberal, principalmente a um nível familiar uma vez que neste, a liberação praticamente só foi observada ou quando a mulher já era casada ou quando mantinha um relacionamento conjugal reconhecidamente do tipo mais duradouro, ou seja, quando vivia em cunibinato.

As mulheres geralmente ao se referirem, mesmo que implicitamente, a um contexto liberal, elas se referiam ao contexto formado pelas amigas mais chegadas e estas, neste estudo, eram provenientes de dois ambientes, o de moradia e o de trabalho e/ou acadêmico.

No primeiro ambiente as mulheres geralmente eram da mesma faixa etária e/ou de faixas etárias próximas e, apesar de pertencerem a um mesmo meio, dificilmente eram provenientes de uma mesma família, o que demonstrava que elas tinham certa facilidade de assumir o relacionamento diante de "Colegas", mas não diante de familiares, pelo menos, dos mais chegados:

"Eu sabia que a minha irmã também travava, mas eu não tinha coragem de conversar sobre isto com ela... só conversava com as minhas colegas, eu tinha medo que numa briga ela falasse mais do que deveria".

Com relação às outras fontes de informações, observei que de forma geral, as instituições de saúde, do ponto de vista de não fazerem nenhuma discriminação em relação ao estado civil, eram consideradas as mais liberais, porém, a forma

como as mesmas se encontram organizadas além de dificultarem o acesso à população como um todo, não promovem a maior divulgação dos conhecimentos referentes à prática sexual, como pode ser observado nas falas que seguem:

"Pra gente que trabalha é difícil: no dia de marcar a consulta ou de fazer os exames a gente chega atrasada no serviço e no dia da consulta então, nem se fala, é uma demora danada, só dá para ir trabalhar depois do almoço".

"Eu queria mesmo saber direito como é a tabelinha mas tenho vergonha de perguntar, eles nunca conversavam sobre estas coisas com a gente, acho que eles pensam que a gente já sabe".

"Eu não pergunto porque eu acho que se eles não falam é porque não querem falar, eles estudaram e sabem do que a gente precisa saber, se não falam, se não explicam, é porque não querem falar".

Ao que parece, as instituições de saúde ainda não estão preparadas para uma assistência mais completa, embora possam estar preparadas para atenderem a demanda com objetivo específico:

"Quando faltava dois meses para o casamento eu fui no médico para fazer os exames que precisava, aí ele me perguntou como eu estava fazendo para evitar e se ia querer filhos para logo, como eu disse que não ele me explicou sobre a tabelinha mas disse que no começo seria mais seguro a pílula".

Mas a demanda, por sua vez, como será visto mais adiante, pelo menos neste estudo, esteve influenciada por alguns fatores entre os quais se destacaram o financeiro, o cultural, o estado civil, etc. Por exemplo, eu observei que o fato da mulher ser casada ou amasiada, se não de imediato, pelo menos

com o decorrer do tempo, passou a funcionar como uma espécie de permissão para que as mulheres, deste estudo, passassem a procurar os serviços de saúde, inclusive para obter informações sobre métodos de anticoncepção:

"Eu não comecei o pré-natal antes por que quando me casei já estava no 4º mês de gravidez".

"A gente já tinha relação antes, era ele que evitava. Quando a gente foi morar junto, nós fomos no médico pra ele receitar a pílula, só que ele descobriu que eu já estava grávida".

O estado civil demonstrou ter um peso tão grande para as mulheres, que até a proximidade do casamento, de certa forma, passou a funcionar como uma espécie de autorização às jovens do estudo para procurarem um ginecologista:

"Eu nunca tinha ido num ginecologista, acho até que tinha medo de ir, mas daí, quando foi chegando perto do casamento a minha mãe disse que precisava ir fazer os exames e ela me levou".

"Quando faltavam dois meses para o casamento eu fui no médico para fazer os exames que precisava".

Já as instituições religiosas, por sua vez, segundo a fala das mulheres, só se mostraram liberais a partir de uma situação onde a relação matrimonial já estivesse estabelecida ou prestes a se estabelecer:

"Logo no começo, quando eu comecei a ter relações eu lembro que fui me confessar e fiquei morrendo de vergonha, me senti suja mesmo... hoje eu não penso mais assim, acho que faz parte do relacionamento...".

Isto pode ser observado, por exemplo, no fato da igreja, diante da proximidade do casamento favorecer e permitir o acesso a muitas informações, inclusive sobre fisiologia da reprodução e métodos de anticoncepção, através da obrigatoriedade na realização dos cursos de noivos:

"Eu sabia muito pouco, fui aprender mesmo foi no curso de noivos... lá eles explicaram tudo certinho: como é o corpo do homem e da mulher, como acontece a gravidez, como fazer para evitar".

"Eu aprendi sobre a tabelinha no curso de noivos, foi um médico que foi ensinar pra gente..."

Já as instituições de ensino, apesar de serem muito pouco citadas como fonte de conhecimento sobre a fisiologia da reprodução e métodos de anticoncepção, representaram um papel importante na divulgação deste conhecimento, à medida que favoreciam a troca de informações, entre pessoas de diferentes ambientes; uma vez que este é um local onde as mulheres informal e reservadamente conversavam sobre estes assuntos:

"Eu conversava sobre estas coisas com as minhas colegas de escola, elas tinham mais vivência e eu aprendi muita coisa com elas".

"Com as colegas da escola que eu aprendi mais... sempre que dava, a gente conversava sobre estas coisas, cada uma ensinava o que sabia, era engraçado a gente fazia até pacto para a conversa não sair dali... era tudo baseado na experiência de cada uma. As meninas que tinham um namoro, assim mais sério, de bastante tempo, era quem ensinava a gente".

Nas poucas vezes que as escolas funcionaram como fonte direta de conhecimento, foi possível observar que a quanti

dade de conhecimento fornecido aumentava com o nível de escolaridade, embora nem sempre a fala das mulheres especificasse o nível de escolaridade ou o conteúdo ensinado:

"A gente aprende sobre estas coisas na escola".

Outras vezes foi especificado que aprenderam sobre fisiologia da reprodução:

"A gente aprende um pouco sobre a gravidez no ginásio... eu sei sobre anatomia... período perigoso... a gente vê na escola".

E outras vezes ainda, foi especificado que na escola aprenderam sobre o uso de métodos de anticoncepção, e mais especificamente sobre o uso da tabelinha:

"Na escola eu aprendi sobre os riscos, a necessidade de tomar o anticoncepcional com indicação médica".

"O ano passado eu tinha uma professora bem legal, ela que me ensinou como fazer a tabelinha".

"Eu aprendi sobre a tabelinha na escola e achei bem fácil de fazer".

Porém, foi no ensino de 3º grau, principalmente em cursos da área da saúde, que algumas mulheres revelaram ter tido acesso a um conhecimento mais completo:

"Eu já sabia muita coisa e na faculdade a gente aprende tudo, afinal a gente tem que ensinar...".

"Na graduação eu vi tudo com profundidade... eu acho que eu sei tudo".

Refletindo sobre a influência dos aspectos sócio-
culturais sobre o "Vivendo um relacionamento sexual"

De forma geral, constatei que apenas algumas poucas mulheres deste estudo, provenientes de qualquer um dos contextos, mas especialmente do "aparentemente liberal" e do "controlador/restritivo", revelaram ter rompido a clandestinidade e buscado informações mais completas e precisas em fontes consideradas mais seguras, influenciando diretamente a forma de Vivenciar o relacionamento sexual, já que o conhecimento de monstrou ser uma das categorias de suporte para a Elaboração do projeto de vida sexual.

Sempre que isto ocorreu, foi possível identificar a influência de alguns fatores relacionados aos aspectos sócio-culturais, tais como:

a) estado Civil

Este estudo revelou que as mulheres casadas ou que viviam com um companheiro sabiam mais sobre métodos de anti concepção. Isto pode ser observado porque sempre que elas referiam o uso e até a troca ou desejo de troca desses métodos, faziam referências às suas características ou vantagens em relação a outros métodos:

"Eu sei que a tabelinha é melhor, mas eu nunca fui muito regulada, então o negócio pra mim é a pílula mesmo".

"Eu tomava os comprimidos mas eles me faziam muito mal, por isto eu comecei a fazer a tabelinha".

"Eu agora queria ver se conseguia ligar, não posso com a pílula, fico ruim mesmo, daí não tomo e dá nisso... barriga de novo".

As mulheres casadas ou que viviam com um companheiro

relataram com uma certa frequência, alguns aspectos referentes à época que podiam ou não ter relações sexuais. Embora tenha sido constatado nas entrevistas que estas épocas nem sempre estiveram corretas, tal fato revela que essas mulheres possuíam noção sobre a existência do período fértil:

"Quando podia, tudo bem, mas se tava no período perigoso não tinha conversa que me dobrava, não sei como foi acontecer".

"Eu sabia que perto das regras era mais perigoso, então dez dias antes e dez dias depois eu não deixava ele nem chegar perto".

"Eu evitei filhos por mais de cinco anos fazendo a tabelinha...e esta gravidez eu também planejei com a tabelinha".

"Por último a gente estava fazendo assim, principalmente durante o período fértil a gente tinha relação com mais frequência, até todo dia, até que deu certo".

O casamento ou convivência com um companheiro ou seja, a existência de um relacionamento conjugal do tipo mais duradouro, pelo menos com o decorrer do tempo, passou a funcionar como uma espécie de permissão para que assuntos como reprodução e métodos de anticoncepção fossem tratados de forma mais liberal entre as próprias mulheres, e entre as mulheres e os seus familiares:

"Antes do casamento minha mãe nunca tinha falado sobre estas coisas comigo, agora não, ela já me explicou um monte de coisas, sempre me pergunta da menstruação, fala sobre o parto, as dores...".

"Quando a gente casa, mesmo antes do casamento quando já está noiva, as pessoas se preocupam mais em ensinar pra gente, até as minhas irmãs casadas vieram falar comigo".

"Agora eu não fico mais com vergonha, converso sobre tudo, eu tenho uma vizinha que é como uma irmã pra mim, e a gente conversa muito, fala de tudo mesmo".

"A gente está morando junto há três meses, no começo foi mais difícil, mas agora já estou até na casa da minha mãe e eu estou achando legal, pois agora a gente tem uma relação mais aberta, nós duas conversamos sobre coisas que nunca tínhamos falado antes. Você vê, se fosse três meses atrás eu não seria convidada para vir nesta palestra, e se chegasse aqui de gaiata, elas iam me mandar embora dizendo que isto é conversa pra mulher casada".

b) A prática de amigas e os ensinamentos da escola

Algumas mulheres mencionaram ter procurado o serviço de saúde antes que a gravidez ocorresse, para indicação de um método de anticoncepção. Nos casos em que isto ocorreu, foi possível identificar, entre outras coisas, a influência da prática de amigas e/ou da escola:

"Eu nunca tinha ido num ginecologista, acabei indo de tanto uma das meninas da república ficar dizendo que sem saber direito das coisas seria perigoso engravidar mesmo tomando a pílula".

"A primeira vez que fui num ginecologista, foi para fazer um preventivo, pois eu havia assistido uma palestra onde fiquei sabendo que toda mulher que tem relação sexual está propensa a ter câncer ginecológico".

"Logo que a gente começou a ter relação, conversamos sobre isso e concluímos que o melhor seria procurar um médico... é que ele faz medicina e tem medo que eu prejudique minha saúde".

c) Dificuldade de acesso às informações

A dificuldade de acesso às informações, seja ela representada pela ausência do hábito de leitura, pelo analfabe

tismo, ou pela dificuldade de acesso à leitura especializada, constituiu importante fator de limitação ao conhecimento das mulheres deste estudo em relação a métodos de anticoncepção":

"Seria bom se tivesse assim...umas revistas onde a gente pudesse ler e entender sobre estas coisas".

"Todo mundo fala que a tabelinha é boa, mas a gente não conhece, não sabe nem onde pode aprender sobre estas coisas".

d) Interesse Individual

Algumas mulheres revelaram que a leitura sobre métodos de anticoncepção e aspectos referentes à reprodução constituía leitura de seu interesse pessoal:

"Eu procuro ler tudo o que passa pela minha mão relacionado a este assunto, agora mesmo estou lendo um livro muito profundo: "A função do orgasmo", eu gosto de ler sobre isto".

"Eu não só tinha curiosidade como necessidade, então eu lia tudo o que aparecia pela frente, acho que até podia dar aula sobre métodos de anticoncepção".

"Antes de procurar um médico, procurei ler sobre todos os métodos de anticoncepção, por isto posso dizer que a opção pelo método foi minha, não gosto destas receitas prontas que eles costumam dar sem explicação nenhuma".

Por este motivo, considero o contexto traduzido pelo mundo físico, social e simbólico, de cada uma das gestantes com quem conversei e que, influenciado por uma série de fatores, dentre os quais se destaca o sócio-cultural, como sendo um dos fatores responsáveis pelo conjunto dos conhecimentos, referentes à fisiologia da reprodução e métodos de

anticoncepção, de cada uma das gestantes deste estudo, pois em última instância, foi ele quem determinou as fontes e a época que estes conhecimentos foram obtidos.

QUADRO 3 - Representação dos processos, sub-processos e categorias identificadas durante a vivência da etapa - Início da Gravidez.

PROCESSOS	DESCOBRINDO-SE GRÁVIDA			ESTANDO GRÁVIDA	
	SUSPEITANDO-SE GRÁVIDA	PROCURANDO UMA CERTEZA	CONFIRMANDO	VIVENDO O PROCESSO DE ACEITAÇÃO DO RESULTADO	COMEÇANDO A PERCEBER A PRESENÇA DA GRAVIDEZ
SUB-PROCESSOS	<ul style="list-style-type: none"> - Alarmando - Pensando - Reagindo 	<ul style="list-style-type: none"> - Fazendo <u>assos</u> - <u>Fazendo</u> <u>compa</u> - <u>rações</u> - <u>Buscando in-</u> - <u>formações</u> - <u>Ficando aten</u> - <u>ta para mudan</u> - <u>ças</u> - <u>Tentando fa-</u> - <u>zer algo</u> 	<ul style="list-style-type: none"> - Indo ao médico - Fazendo exames - Tomando algum remédio 	<ul style="list-style-type: none"> - Ponderando se, conti- - nua ou não grávida - Tentando abortar - Tendo <u>sentimentos em</u> - <u>relação a confirma</u> - <u>ção da gravidez</u> - Enfrentando - Mudando o jeito de ser - Fazendo - Tentando tirar pro- - veito - Conformando - Mudando o jeito de pensar - Mudando o curso de vida 	<ul style="list-style-type: none"> - Percebendo as altera - ções iniciais da gra - videz - Percebendo a si mesma - Percebendo as pessoas
CATEGORIAS					

2. Início da Gravidez

O "Início da gravidez" foi a segunda etapa identificada na experiência das mulheres em "Vivenciar uma gravidez". Como já foi visto anteriormente, o tempo de uma gravidez que as mulheres denominaram como "Início da gravidez", teoricamente tem início com a concepção. Porém, ele só começa a ser percebido pelas mulheres a partir do momento em que elas próprias começam a suspeitar de uma gravidez. Este período de tempo tem uma duração média de quatro meses e meio, ocasião na qual as mulheres começam a perceber o aparecimento de algumas alterações diferentes das que estavam percebendo até então. Na verdade, trata-se de um conjunto de alterações nas mais diferentes áreas da vida de uma mulher, mas elas se resumem basicamente pela percepção do início dos movimentos da criança, pelo aparecimento mais acentuado da barriga e uma melhora no seu estado geral em relação ao que era percebido no período imediatamente anterior.

Porém, a fala das mulheres me permitiu identificar que este período que tem a duração aproximada de quatro meses e meio a cinco meses, e que é denominado, por elas, de "Início da gravidez", não é vivido nem percebido da mesma forma em toda a sua extensão, possibilitando a identificação de dois processos caracterizando esta etapa.

O que faz com que as mulheres vivam e percebam uma única etapa de forma diferente ao longo de sua extensão tem a ver com as diferentes situações que elas se percebem enfrentando durante a mesma. Cada situação vivida, por sua vez, é caracterizada pelo conjunto dos comportamentos, sentimentos e pensamentos percebidos e apresentados pelas mulheres por um determinado tempo. Como eu observei que desde o início, este

processo é desencadeado pela percepção da existência ou surgimento de algum tipo de alteração, eu identifiquei também que, dependendo da forma como a mulher percebe e interpreta as mudanças que ela está vivenciando em determinados momentos, ela vai aos poucos ponderando sobre o significado que as mesmas estão tendo em sua vida em dado momento.

Portanto, é a percepção deste significado que fará com que a mulher durante determinado tempo apresente todos os seus comportamentos, sentimentos e pensamentos voltados quase exclusivamente para o ponto ou aspecto que, no exato momento, representa uma de suas maiores preocupações, numa tentativa efetiva de encontrar a melhor solução possível para a situação identificada.

Desta forma, foi a percepção das mulheres sobre as diferentes situações experimentadas dentro de um mesmo período de tempo que me permitiu identificar a existência de verdadeiros processos compondo os diferentes momentos de uma gravidez. Por exemplo, eu identifiquei que o período denominado "Início da gravidez" é formado por dois processos o "Descobro-se grávida" e o "Estando grávida".

DESCOBRINDO-SE GRÁVIDA

O processo denominado "Descobro-se grávida" tem início com as primeiras suspeitas da mulher de uma gravidez e só termina com a confirmação da mesma:

"Eu acho que estou grávida, mas não tenho certeza".

O período compreendido entre as primeiras suspeitas de gravidez e a confirmação da mesma variou muito. Algumas mulheres não levaram mais do que alguns poucos dias para confirmar sua suspeita, enquanto para outras este período chegou a ser superior a um, dois e até três meses.

Um dos fatores que parecem interferir na duração do tempo compreendido entre as primeiras suspeitas de gravidez e a confirmação da mesma, é o "estado de prontidão" da mulher ou do casal para uma gravidez no momento em questão.

O "estado de prontidão" apresentado por uma mulher por ocasião de suas primeiras suspeitas de gravidez por sua vez, tem a ver com seu "projeto de vida sexual", ou seja, eu percebi que, dependendo de alguns fatores, as mulheres prontamente assumiam ou não a suspeita de uma gravidez. Dentre estes fatores os que mais se destacaram foram: se a gravidez estava ou não sendo planejada e principalmente o nível de consciência que a mulher tinha sobre o seu risco de engravidar naquele momento:

"Quando atrasou não foi surpresa, pois a gente já estava esperando... eu só fui fazer o exame para ter certeza".

"Eu sabia que tinha tido relação durante o período fértil, então quando atrasou eu já tive quase certeza que era, vim fazer o exame só para confirmar".

O fato de a mulher não ter ou ter pouca consciência sobre o seu risco de engravidar constitui neste estudo uma das possíveis causas de diagnósticos tardio de gravidez:

"Eu fui saber que estava grávida já estava de quatro meses, eu nem imaginava vim no médico porque pensava que

era alguma doença... eu não sabia co
mo é que engravidava...".

A despeito da existência de alguns casos como os an
teriormente descritos, a maioria das mulheres revelou que vi
veram o período de tempo entre as suas primeiras suspeitas de
gravidez até a sua confirmação, com grande expectativa, ansie
dade e, principalmente, de forma bastante carregada de incer
teza. Na verdade, a incerteza foi experienciada como um pro
cesso maior que permeava e de certa forma delineava as vivên
cias de todo este período de suspeita. A influência, às vezes
sutil, deste processo revela de certa forma a relação existen
te entre o "Descobrir-se grávida" e o "Vivendo um relaciona
mento sexual". Em muitos casos é possível perceber até uma re
lação direta entre a forma de viver e perceber o "Descobrin
do-se grávida" e os projetos de vida, as atitudes em relação
à gravidez, bem como os objetivos e decisões em relação a fi
lhos de cada uma das gestantes.

Neste período, apesar da incerteza quanto a presença
ou não da gravidez, os pensamentos e as percepções das mulhe
res revelam uma preocupação com esta possibilidade pois eles,
muitas vezes, são de enfrentamento e confronto entre seus
dois mundos: o exterior e o interior. Enquanto o mundo inte
rior se caracteriza pela presença de sonhos:

"Sabe estas coisas que toda mulher
sonha: casar, ser mãe...",

os quais, muitas vezes, não são confessáveis nem para as pró
prias mulheres:

"Eu acho que ao não usar sempre o mé

todo de anticoncepção, por acreditar que não ia acontecer nada, na verdade, inconscientemente eu estava era permitindo que acontecesse alguma coisa que eu queria mas que racionalmente eu não tinha coragem de assumir que queria",

o mundo exterior por sua vez, é o mundo do dia-a-dia. Neste, independente do estado psicológico da mulher, sua rotina diária precisa continuar, as suas responsabilidades não podem ser alteradas. Além disso, é a esse "mundo", representado pelo contexto sócio-cultural, que as mulheres, mesmo as casadas, de certa forma devem ou pensam que devem algumas satisfações:

"Quando eu comecei a desconfiar já fiquei toda chateada, não tive coragem de contar nem pra ele e pensava: o que os outros vão dizer, nesta ida de pondo filhos no mundo".

Este tipo de preocupação surgiu com maior frequência entre as mulheres solteiras:

"Eu comecei a ficar desesperada logo que atrasou, eu não queria acreditar, mas cada dia que não descia o meu desespero aumentava, não conseguia nem imaginar como poderia contar para minha mãe e mesmo no serviço, eu achava que ia ser uma barra superpesada...".

Apesar de ter sido identificado que a suspeita de possível gravidez, por si só, já era capaz de desencadear tantos conflitos nas mulheres, os dados deste estudo não foram suficientes para esclarecer profundamente porque isto acontecia com tanta frequência. No entanto, eu consegui perceber que a maioria das mulheres com quem conversei não estavam habituadas a pensar ou pelo menos a expressar seus pensamentos sobre si mesma, sobre seus planos de vida e em especial sobre seus

projetos em relação à vida sexual, o que pode constituir uma das causas destes conflitos.

A impressão que eu tive diante de muitas mulheres deste estudo é que ao não pensarem sobre estas coisas, as mesmas permitiam que elas simplesmente fossem acontecendo, ou seja, muitas vezes os seus comportamentos e atitudes eram determinados pelas circunstâncias e não por um planejamento:

"Eu não achava certo, antes eu até falava mal de quem tinha relação antes do casamento... mas quando eu vi, eu também estava tendo e como não me cuidei, acabei assim".

Assim, independente do fato de muitas mulheres terem revelado que o desejo de ser mãe representava um dos grandes sonhos da vida de toda mulher, inclusive da sua, a simples desconfiança de uma possível gravidez, por sua vez, dependendo do momento em que a mesma surgia em sua vida, fazia com que as mesmas se sentissem denunciando à sociedade (representada principalmente por seus familiares, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, etc) que transgrediram as regras.

O mais importante disso tudo é que eu percebi que a maioria das mulheres não se sentiam preparadas para assumir as conseqüências que poderiam advir com a denúncia desta transgressão. O não estar preparada esteve relacionado a um e/ou a vários aspectos da vida de uma mulher, por exemplo, ele pode existir em relação ao aspecto financeiro, ao emocional, ao profissional, ao afetivo, etc.

Já a transgressão das regras por sua vez, não foi percebida apenas nas mulheres solteiras uma vez que as casadas, de certa forma, também demonstraram que, diante da possibilidade de uma gravidez, se sentiram como se estivessem transgre

dindo as "regras" estabelecidas pelo planejamento do casal que não previa a inclusão de um, ou de mais um filho, no momento.

Esta sensação de ter transgredido as regras, de acordo com as revelações das mulheres, lhes causava muito mal-estar, uma espécie de sentimento de culpa, mesmo durante o período que a gravidez era só uma suspeita:

"Eu fiquei muito revoltada comigo mesma, me sentia culpada".

Este sentimento de culpa experimentado pela maioria das mulheres, quando elas começaram a suspeitar da presença da gravidez que não havia sido planejada, fez com que as mesmas muitas vezes optassem por viverem sozinhas o período caracterizado pela incerteza. Embora o fato de não poder compartilhar com alguém sobre suas suspeitas lhes causasse muito mal, a esperança de que suas suspeitas não fossem confirmadas, prevalecia. Assim, apesar de todos os conflitos existentes, as mulheres ainda conseguiam ponderar que ao compartilhar com outras pessoas suas suspeitas, elas poderiam estar agindo precipitadamente, denunciando uma situação constrangedora, representada pela transgressão às regras, em um momento ainda não necessário, uma vez que, para elas, ainda existia a possibilidade de a suspeita não ser confirmada:

"Eu ainda tinha esperanças que tudo o que estava acontecendo pudesse ser por que eu estava preocupada e que logo que eu me acalmasse as coisas voltariam ao normal, por isto não falei com ninguém, eu sabia que a minha mãe, principalmente, iria sofrer muito e talvez, nem houvesse razão, apesar que eu sabia que o que mais amagoaria era o fato de eu não ser mais virgem".

Algumas mulheres revelaram que elas ponderaram sobre uma possível precipitação também com relação ao companheiro, namorado e mesmo marido. Nesses casos, foi possível identificar que a preocupação dessas mulheres não era com a denúncia da transgressão, já que o companheiro era parte integrante da mesma, e sim, em procurar evitar discussões e desentendimentos que poderiam vir a ser desnecessários, caso a suspeita não fosse confirmada.

Este tipo de preocupação existiu principalmente por que muitas das mulheres que revelaram não ter planejado a gravidez, revelaram também que neste período temiam entre outras coisas, as reações do próprio companheiro:

"Quando faltou a menstruação eu já comecei a me sentir diferente, estava preocupada mas achava que ainda podia ser só um atraso, depois de uns vinte dias eu fiz o teste da farmácia, mesmo assim não me conformei, e fui ao médico, foi só aí que eu falei pra ele".

"Eu sempre sonhei em ter meu próprio filho, mas a gente tinha resolvido esperar um pouco mais... quando eu comecei a ficar desconfiada tive medo de falar pra ele e ele não aceitar".

Mesmo algumas mulheres que haviam planejado e desejavam a gravidez, revelaram que, diante de suas primeiras suspeitas sobre a mesma, sentiram-se inseguras. A insegurança revelada não era apenas em relação à existência ou não da gravidez, mas também em relação à dúvida se este realmente era o momento adequado, se ela estava preparada para assumir um ou mais um filho, etc:

"Desde que a gente casou nós nunca mais evitamos filhos. A gente sabia

que poderia acontecer a qualquer hora, mas quando eu comecei a achar que estava grávida comecei a sentir medo, acho que no fundo eu ainda não havia realmente parado para pensar o que isto significava não só para mim, mas também para o nosso relacionamento... eu não sei explicar mas as minhas primeiras reações foram de medo, tanto que eu demorei um tempão para ir no médico... depois passou..."

Assim sendo, eu identifiquei que os pensamentos e sentimentos de grande parte das mulheres que começam a suspeitar de gravidez envolvem entre outras coisas dúvidas, hesitações, medos, angústias, conflitos e culpas.

No entanto, outras mulheres revelaram que apesar de haver uma certa preocupação envolvendo seus sentimentos e pensamentos por ocasião de suas primeiras suspeitas de gravidez, o que realmente predominava era a alegria e a satisfação pessoal:

"Eu fiquei preocupada porque se fosse verdade iria dar um giro muito grande na minha vida, mas ao mesmo tempo eu ficava feliz só em pensar nesta possibilidade - era como se eu fosse me completar enquanto mulher".

Independentemente dos tipos de sentimento e pensamento experimentados pelas mulheres diante de suas primeiras suspeitas de seu estado de gravidez, cada uma das mulheres passou, a partir de então, a vivenciar, de forma particular, verdadeiros processos, os quais, à medida que iam sendo desenvolvidos, iam delineando e determinando os próximos comportamentos, sentimentos e pensamentos da mulher.

Estes processos experimentados pelas mulheres desde as primeiras suspeitas de gravidez até a sua confirmação de

ram origem aos sub-processos do "Descobrir-se grávida" que são: 1) "Suspeitando-se grávida"; 2) "Procurando uma certeza" e 3) "Confirmando a gravidez".

SUSPEITANDO-SE GRÁVIDA

O Sub-processo "Suspeitando-se grávida" surge quando a mulher verdadeiramente cria uma consciência e suspeição quanto a sua gravidez. Esta consciência desencadeia nas mulheres a instalação de um verdadeiro "estado de alerta", pois percebi nessas mulheres que durante algum tempo, elas se encontravam constantemente atentas a tudo o que lhes dizia respeito ou acontecia. A fala das mulheres revelou que para elas durante o período que estou denominando de "estado de alerta", tudo parece ser importante, dependendo, principalmente da forma como cada coisa é percebida. Sendo assim, mesmo a percepção de pequeníssimas alterações podem ser interpretadas pelas mulheres de forma a contribuir para aumentar ou afastar suas suspeitas de gravidez. A compreensão deste período no qual a mulher encontra-se "suspeitando-se grávida" está relacionada à compreensão de todos os processos experienciados por ela durante o mesmo.

Assim, ao refletir sobre a forma como eu estava percebendo a vivência e a percepção das mulheres sobre o "estado de alerta", eu consegui identificar a existência de algumas categorias compondo o sub-processo "suspeitando-se grávida". Elas foram identificadas e formadas a partir da constatação sobre a existência de um grupo de vivências semelhantes experimentadas pelas gestantes em determinados e diferentes momentos deste período. Porém, é importante ressaltar que não

existe uma delimitação ou uma seqüência entre as mesmas, as quais podem existir em concomitância. Estas categorias foram denominadas de: "Alarmando", "Pensando" e "Reagindo".

Alarmado

A categoria denominada "Alarmado" foi identificada a partir da constatação da instalação de um "estado de alerta" nas mulheres durante o "Suspeitando-se grávida". É difícil dizer se é a "suspeita" que desencadeia a instalação deste "estado", ou se é este estado que desencadeia aquela instalação. De qualquer forma, é possível perceber que estes dois processos mentais encontram-se muito entrelaçados na maioria das mulheres, além de estarem presentes durante todo o processo de "Suspeitando-se grávida". O "estado de alerta" foi desencadeado nas mulheres deste estudo a partir basicamente de três sinais ou situações, as quais constituem as três sub-categorias do "Alarmando": 1) Percebendo o atraso ou falta da menstruação; 2) Percebendo que algo mudou e 3) Constatando a vulnerabilidade a uma gravidez.

Percebendo o atraso ou falta da menstruação

Embora algumas mulheres tenham informado que quando elas descobriram que estavam grávidas ainda não haviam percebido a falta ou atraso da menstruação, a grande maioria delas por sua vez, revelaram que iniciaram o processo de "Suspeitando-se grávida" a partir da percepção da falta ou atraso da menstruação. Tão logo elas constataram ou perceberam a existência do atraso menstrual já se desencadeava nas mesmas a instalação do "estado de alerta":

"Quando atrasou eu já fiquei meio desconfiada".

"O primeiro sinal foi que faltou a menstruação, depois..."

No entanto, foi possível identificar que a pronta instalação de um "estado de alerta", a partir da percepção do atraso ou da falta da menstruação, esteve na dependência de alguns fatores. Por exemplo, as mulheres que possuíam um ciclo menstrual regular e algum nível de conscientização sobre o seu risco de engravidar, revelaram que sempre ficavam "alarmadas" com qualquer atraso menstrual, por menor que fosse:

"Eu sempre fui muito regulada, então quando atrasou eu já fiquei desconfiada, apesar que ele estava evitando".

Por outro lado, as mulheres que não possuíam um ciclo menstrual regular, mesmo quando possuíam algum nível de consciência sobre o seu risco de engravidar, revelaram que normalmente não costumavam se preocupar "muito" com pequenos atrasos, principalmente porque dificilmente os mesmos eram percebidos. Porém, dependendo do "tempo de atraso", este passava a ser percebido como uma "falta" da menstruação e nestes casos tanto quanto o que acontecia com as mulheres que eram "reguladas", elas também ficavam "alarmadas":

"No começo eu não pensei que fosse porque eu não era muito regulada, mas depois quando eu vi que passava o tempo e não descia mesmo comecei a desconfiar".

O ficar "alarmadas" com a percepção de um pequeno atraso menstrual nas mulheres "reguladas", ou com a percepção

da falta de menstruação nas mulheres "não muito reguladas" aconteceu mesmo quando essas mulheres usavam ou pensavam que usavam um método de anticoncepção de forma correta:

"Eu tomava a pílula certinho mas mesmo assim eu não me sentia muito segura, vivia com medo e quando atrasou eu já fiquei preocupada",

mas, especialmente quando estavam conscientes de que não estavam fazendo uso deste método de forma totalmente correta:

"Eu sabia que a gente não estava levando muito a sério a tabelinha, a nossa margem de segurança era muito pequena porque ele não gostava de usar camisinha, por isto quando não veio no dia que eu esperava eu comecei a desconfiar".

"Quando atrasou, eu logo desconfiei, porque a gente estava mesmo tentando engravidar".

"Para mim não foi surpresa, eu já estava esperando, pois nós procuramos manter relações durante todo o período fértil".

"Eu dizia que estava evitando, mas na verdade não estava, porque eu não me cuidava como devia, por isto eu vivia de sobreaviso, qualquer mudança eu já começava a desconfiar".

No entanto, nem sempre o tipo de "pensamento" que a mulher apresentou diante da percepção da existência de um dos três sinais de alerta era coerente a seu "projeto de vida sexual":

"Apesar da gente não estar querendo pra agora, quando atrasou uns dias eu já fiquei achando que era gravidez",

além disso, nem sempre foi possível observar se existia esta

coerência, pois algumas mulheres não possuíam um projeto de vida sexual de forma definida, e por isto não tomaram, de forma correta, nenhuma decisão em relação a filhos:

"A gente nunca conversava sobre estas coisas; acho que a gente achava que não ia acontecer... tanto que eu demorei um tempão para descobrir que estava grávida".

Percebendo que algo mudou

O "Percebendo que algo mudou" constitui um dos três sinais de alerta e portando uma das sub-categorias do "Alarmando", pois as falas de algumas mulheres revelaram que elas iniciaram o processo de "Suspeitando-se grávida" não a partir da percepção do atraso ou da falta da menstruação e sim a partir da percepção de que "algo de diferente" estava ocorrendo consigo mesmas.

Porém, constatei que foi pouco freqüente ocorrer a instalação de um "estado de alerta", em relação a uma possível gravidez, a partir de uma percepção simples e isolada por parte da mulher de que estava acontecendo alguma coisa diferente consigo, ou seja antes dela ter percebido, por exemplo, o atraso menstrual. Nas poucas vezes onde foi constatado que a "percepção de que algo mudou" por si só, foi capaz de desencadear a instalação do "estado de alerta", foi possível identificar que isto aconteceu ou porque estas mulheres já conheciam as "mudanças" surgidas como sendo comuns a uma gravidez, especialmente por as terem vivenciado nas gravidezes anteriores:

"Ainda não tinha nem atrasado, mas eu

comecei a sentir muito sono, a ficar com uma moleza, e eu disse pra ele, eu não sei não se não vem coisa por aí",

e/ou por estarem conscientes de sua vulnerabilidade a uma gravidez no momento:

"A gente procurava fazer a tabelinha certinho, mas como ele morava longe, quando ele vinha nem sempre dava certo; então, quando começou aquela soneira eu comecei a ficar preocupada".

Assim, o peso maior do "Percebendo que algo mudou" enquanto sinal de alerta ocorreu principalmente após a percepção do atraso menstrual, pois nestes casos, a percepção de algumas mudanças fazia aumentar as suspeitas já existentes de uma gravidez.

As mudanças mais frequentemente percebidas e reveladas pelas mulheres foram as alterações gástricas, sendo as mais citadas por ordem de frequência os enjôos, os vômitos e a azia. Um outro tipo de alteração citado foi a de alteração nos hábitos alimentares, representada nesta fase por um aumento do apetite.

Com relação ao corpo, as mulheres revelaram que as alterações percebidas nesta fase são ainda muito incipientes. Mesmo assim elas conseguem perceber alterações em algumas partes do corpo. Tais como nos seios, na barriga ou na perna. A percepção de algum tipo de alteração nos seios foi bem mais frequente do que em qualquer outra parte do corpo. Elas referiram ter percebido os seios doloridos, principalmente na época que era para ter vindo a menstruação, pesados, aumentados e/ou inchados. Outra alteração bastante comum durante esta fase diz respeito à disposição física de forma geral, que foi

referida como "ruindade no corpo", "vontade de não fazer na da", "vontade de ficar dormindo", "aumento do sono", "fraqueza", "tonturas", "desmaios", etc.

Finalmente, algumas mulheres revelaram que, nesta fa se, já perceberam uma mudança relacionada a seu estado emocio nal, pois tornaram-se briguintas, nervosas, irritadas, enfim, alteradas no seu jeito de ser, o que alterou o seu relacionamento com as pessoas. Embora elas tenham revelado que de forma geral ocor reu uma alteração no relacionamento com todas as pessoas, elas percebiam que esta alteração ocorria em maior proporção no re lacionamento com o marido ou companheiro, pois muitas delas referiam que nesta fase não podiam nem ver a "cara de seu com panheiro, ou que sentiam nojo e/ou raiva dele". Além disso al gumas destas mulheres referiam terem percebido já nesta fase uma alteração em sua libido, chegando mesmo, em alguns casos, a não querer e/ou a ter nojo de ter relações sexuais.

Constatando a vulnerabilidade a uma gravidez

O "Constatando a vulnerabilidade a uma gravidez" cons titui uma das sub-categorias do "Alarmando" pois ele também foi um dos sinais identificados como responsáveis pela instalação de um "estado de alerta" nas mulheres, já que as falas de al gumas delas revelaram que, a partir desta constatação elas pensaram na possibilidade de uma gravidez mesmo antes de ter sido percebido o atraso menstrual ou qualquer outra alteração.

A vulnerabilidade a uma gravidez geralmente foi cons tatada ou quando a mulher deliberadamente planejou ter rela ção sexual durante o período fértil ou quando ela conseguiu identificar a existência de algum tipo de falha no uso do mé todo de anticoncepção adotado. A partir do momento que a mu

lher constatava a sua vulnerabilidade a uma gravidez, ela de certa forma, adotava um comportamento de expectativa em relação a algumas alterações, cujo surgimento iria reforçar suas suspeitas de uma possível gravidez. Às vezes a constatação da vulnerabilidade a uma gravidez por falha do método de anticoncepção ocorreu a partir da percepção de alguma alteração:

"Mesmo antes de haver o atraso menstrual já percebi que tinha sono o dia todo e como já tinha ouvido falar, resolvi contar os dias e vi que tinha tido relação no período fértil..."

e nestes casos, a mulher também ficava na expectativa de ver surgir outras alterações que confirmassem as suas suspeitas iniciais:

"... aí fiquei só esperando, quando atrasou eu tive quase certeza que era gravidez mesmo".

As mulheres que constataram sua vulnerabilidade a uma gravidez antes da percepção de qualquer tipo de mudança, revelaram que esta constatação pode ocorrer antes, durante ou após a relação sexual.

a) Antes da relação sexual

Algumas mulheres revelaram que elas podem ou não ter conhecimento da existência de um "período fértil" na vida da mulher e mais especificamente sobre a sua fertilidade em determinados períodos. Quando ela tem conhecimento de sua fertilidade em determinados períodos e deseja uma gravidez, ela pode deliberadamente planejar ter relações sexuais durante es

tes períodos, sem usar nenhum método de anticoncepção. Nestes casos, a mulher sabia que estava vulnerável a uma gravidez:

"Desde que eu ganhei a primeira que a gente evitava fazendo a tabelinha e esta nós também estávamos planejando com a tabelinha por isto quando atrasou achei que era".

Em contrapartida, quando a mulher tem conhecimento de sua fertilidade em determinados períodos e não deseja uma gravidez no momento, é de se esperar que ela, ao ter uma relação sexual durante estes períodos, use um método de anticoncepção. No entanto, as falas de algumas mulheres revelaram que isto nem sempre aconteceu, pois embora sabedoras de sua fertilidade no período acabaram tendo relação sexual sem nenhuma precaução. Provavelmente, isto ocorreu não porque elas não sabiam de sua vulnerabilidade mas porque interiormente estas mulheres acreditavam que não engravidariam talvez até, porque inconscientemente desejavam engravidar:

"Eu falei pra ele que era perigoso, que eu estava no período fértil, mas ele forçou um pouco a barra e acabou acontecendo. Na época eu não fiquei muito preocupada porque eu achava que seria quase impossível. Eu tive foi um grande azar em engravidar na primeira vez que tive relação",

ou que se engravidasse isto não significaria muito problema:

"A gente não queria pra agora, por isto fazíamos a tabelinha, mas quando não dava para fazer a gente não ligava, afinal se engravidasse tudo bem, no fundo a gente sabia que ia gostar".

Nos casos onde as mulheres revelaram que faziam uso

de um método de anticoncepção também foi possível identificar que elas estavam conscientes da existência de algum tipo de falha na forma de usar o método de anticoncepção e, mesmo as sim, tiveram relação sexual, como pode ser observado nos exem plos que seguem:

"Eu já estava preocupada desde antes da gente ter a relação, pois eu havia esquecido de tomar os comprimidos por três dias... eu cheguei a falar para ele mas ele disse que era besteira mi nha".

"Eu sabia que eu tinha que colocar o diafragma antes das relações, mas nem sempre dava pra gente prever com ante cedência... mas eu não ficava preocū pada, não sei porque, vai ver que eū achava que era infértil".

As duas situações acima são exemplos onde as mulhe res constataram, mesmo que de modo inconsciente, sua vulnerabilidade a uma gravidez antes de terem tido relação sexual.

Os dados deste estudo me permitem afirmar que muito poucas mulheres que não desejavam engravidar conseguiram cons tar sua vulnerabilidade a uma gravidez através da identificação de algum tipo de falha no uso do método de anticoncepção adotado. Aliás, esta dificuldade existiu mesmo quando a gra videz já havia sido diagnosticada, pois apesar da falha no uso do método ser evidente, a mulher nem sempre conseguia per ceber isto:

"Eu não sei como foi acontecer, eu tomava os comprimidos toda vez que a gente tinha relação".

"A gente quase nunca tinha relação, era só no dia de folga dele, eu não entendo como engravidei...".

Algumas mulheres, no entanto, após o diagnóstico da

gravidez conseguiram identificar uma relação entre a existência da gravidez e uma possível falha no uso do método de anticoncepção adotado:

"Ele dizia que fazia alguma coisa para evitar, tirava antes mas não sei não...".

"A gente usava a tabelinha há mais ou menos dois anos, mas não dava para fazer o controle certo porque ele só vinha de vez em quando".

"Eu tomava comprimidos por conta própria mas esquecia por três ou quatro noites".

"Desde que ganhei o último, há sete anos, que ele interrompia, daí o médico ensinou a fazer a tabelinha e no segundo mês eu já entrei bem".

Pensando

A categoria denominada "Pensando" refere-se ao processo mental desencadeado em cada uma das mulheres diante da percepção e constatação da existência de um dos três sinais. Isto é, as mulheres, ao perceberem a falta ou atraso na menstruação, ou quando percebiam que algo havia mudado ou ainda quando constataram sua vulnerabilidade a uma gravidez no momento, pensaram ou não, sobre a possibilidade da existência de uma gravidez. O fato destas mulheres diante da percepção de um dos três sinais de alerta citados acima, pensarem ou não na possibilidade de uma gravidez esteve relacionadas, na maioria das vezes, aos comportamentos do "Vivendo um relacionamento sexual" especialmente aos elementos da dimensão mental do "Tendo vida sexual" (conhecimento, atitudes e nível de consciência) e de forma particular aos objetivos e decisões em relação a ter filhos de cada uma das mulheres deste estudo.

De forma geral eu constatee que poucas mulheres não

pensaram na possibilidade de uma gravidez diante da percepção de um dos três sinais de alerta. Aliás, este tipo de pensamento só existiu diante da percepção do atraso da menstruação ou de que algo mudou, mas nunca diante da constatação da vulnerabilidade a uma gravidez.

Com relação às mulheres que não pensaram na possibilidade de uma gravidez diante do atraso menstrual, a maioria delas não havia "Planejado" e nem pensava em uma gravidez para o momento.

Porém, o fato de algumas das mulheres que não haviam planejado uma gravidez terem revelado que pensaram na possibilidade de sua existência diante da constatação do atraso ou da falta da menstruação, levou-me a um retorno aos dados, e isto, por sua vez, possibilitou-me identificar que existiram outras características que levaram as mulheres, nas condições apresentadas acima, a não pensarem na possibilidade de uma gravidez. Dentre estas características, eu identifiquei, por exemplo, que o fato de algumas mulheres acreditarem que não podiam engravidar constituiu um fator importante para que elas não pensassem na possibilidade de uma gravidez, mesmo diante de situações consideradas por outras mulheres como desencadeadoras desta suspeita.

A crença na impossibilidade de engravidar foi identificada em várias situações. Por exemplo, algumas mulheres revelaram que elas nem pensaram na possibilidade de uma gravidez porque elas "sabiam" que tinham um "problema" que não deixava engravidar:

"Em gravidez eu nem pensava, porque eu já havia iniciado tratamento com uns três médicos e todos já haviam me avisado que seria muito difícil. Um

deles inclusive me aconselhou a adotar uma criança",

ou que o companheiro tinha algum problema:

"Quando começou a atrasar eu nem me preocupei, pois ele tinha dito que não tinha perigo porque ele tinha problema".

As falas de outras mulheres, no entanto, revelaram que elas acreditavam que não engravidariam porque não se "achavam" vulneráveis a uma gravidez no momento. Este tipo de crença existiu ou pela confiança que as mulheres depositavam no método de anticoncepção adotado:

"Quando atrasou eu não me importei pois eu estava fazendo a tabelinha di reitinho".

"Quando faltou eu nem pensei em gravi dez, acho que porque estava tomando os comprimidos..."

ou pela existência de uma espécie de crença interior que as levava a pensarem que uma gravidez não faria parte de seu destino no momento:

"Eu não estava tomando os comprimidos mas não estava preocupada porque algu ma coisa me dizia que eu não ia engrvi dar".

Ainda com relação às mulheres que não pensaram na possibilidade de uma gravidez diante da percepção do atraso menstrual ou de que algo havia mudado, um fato que chama bastante a atenção é a frequência com que estas mulheres, em contrapartida, pensaram na possibilidade da existência de algum

problema de saúde.

Este tipo de pensamento geralmente foi acompanhado de medo. Por isto, foi comum o fato das mulheres só pensarem nesta possibilidade quando elas realmente não acreditavam que pudessem engravidar:

"Eu não pensei que fosse pois os médicos haviam afastado todas as minhas esperanças. Eu tive medo... você vê, primeiro eu ficava menstruada quase o mês inteiro e depois diminuir a ponto de não vir... eu pensei: pronto e agora que eu vou ter que entrar na faca... eu pensava que era um câncer ou qualquer outra coisa assim".

"Quando faltou eu nem pensei em gravidez, porque estava tomando os comprimidos certinhos... fiquei com medo de ser algum problema...",

quando elas ainda não haviam percebido nenhum sinal de alerta para que a suspeita de uma gravidez fosse desencadeada:

"Quando eu vim no médico nem imaginei. Vim porque comecei a sentir dores, cólicas... eu nem sabia que estava atrasado, porque era comum atrasar dois a três meses",

ou então quando, apesar de terem percebido a presença de alguns sinais de alerta, perceberam também a presença de algumas alterações que eram desconhecidas e/ou que não tinham sido vivenciadas nas experiências anteriores:

"Com dois meses de atraso eu vim no médico, pois eu tinha dor de cabeça e muita ruindade no corpo. Cheguei a pensar na gravidez mas só por medo de ser outra coisa, pois no fundo eu pensava mesmo que era algum problema grave, por causa das dores".

Em algumas situações no entanto, ficou evidente que a mulher não pensou na possibilidade de uma gravidez devido, principalmente, à ausência do conhecimento sobre o risco de engravidar:

"Não sei porque mas eu nem pensei em gravidez, só tinha medo de ser coisa mais grave...".

Mas na realidade, a maioria das mulheres deste estudo revelaram que diante de qualquer um dos três sinais de alerta já identificados, por mais que não quisessem, acabaram pensando na possibilidade da existência de uma gravidez. Elas também revelaram que existiram diferentes formas de pensar nesta possibilidade, pois enquanto algumas mulheres revelaram que diante de um dos três sinais apenas começaram a suspeitar de uma possível gravidez, outras revelaram que tiveram uma quase certeza da presença da mesma. Portanto, a intensidade com que as mulheres pensaram nesta possibilidade constituem as sub-categorias do "Pensando na possibilidade de uma gravidez" que são "Começando a suspeitar de uma gravidez", "Aumentando a suspeita de uma gravidez" e "Tendo certeza de uma gravidez".

Começando a suspeitar de uma gravidez

A percepção do atraso ou da falta da menstruação fez com que muitas mulheres comessem a pensar na possibilidade da existência de uma gravidez:

"Quando atrasou eu logo desconfiei...".

Outras mulheres no entanto, revelaram que apenas o atraso menstrual não foi suficiente para despertar nas mesmas uma suspeita de gravidez. Porém, ao associarem a percepção do atraso menstrual com a percepção de algumas alterações, começaram a desconfiar da existência da gravidez:

"No início eu não achei que fosse, aí comecei a ficar tonta, a sentir muita fome, as roupas também começaram a ficar apertadas, então eu comecei a desconfiar".

"Eu não tinha a menstruação de forma regular por isto eu não pensei que fosse quando atrasou, mas quando comecei com aquela soneira, com enjôo, eu já comecei a ficar desconfiada".

Aumentando a suspeita de uma gravidez

Outras mulheres revelaram que a percepção de que algo mudou, a partir da percepção do surgimento de alguma alteração, quer no funcionamento de seu organismo, quer no seu jeito de ser, após a "percepção do atraso menstrual" fez aumentar suas suspeitas já existentes de uma possível gravidez, embora a incerteza continuasse presente:

"Quando começou aquela ruindade no corpo eu já fiquei mais desconfiada, mas ainda tinha dúvidas".

"Quando atrasou eu já fiquei desconfiada mas ainda tinha esperança de ser só um atraso, mas quando começou os enjôos eu pensei: entrei bem".

"Eu já estava desconfiada por causa do atraso, então quando começou os enjôos e as tonteiras eu fiquei achando que era mesmo".

Tendo certeza de uma gravidez

Certas mulheres deste estudo referiam que só com o atraso menstrual já tiveram uma quase certeza que estavam grávidas, algumas inclusive, referiram que tiveram certeza, apesar de terem procurado um médico ou realizado um teste de gravidez para a confirmação da mesma:

"Parei de tomar o comprimido e no mesmo mês já engravidei".

Uma análise mais aprofundada dos dados relacionados a este aspecto sugere que o pensamento de uma mulher de quase certeza e mesmo de certeza da presença da gravidez diante da percepção do atraso menstrual, existiu quando ela por intuição ou por conhecimento, estava prevendo que iria engravidar no momento em questão.

Com relação ao aspecto intuição, algumas mulheres relataram que sentiram "algo" diferente, (no sentido de que haviam engravidado) durante a própria relação sexual; chegando inclusive a fazer algum tipo de comentário com o companheiro:

"Eu senti a relação sexual diferente das outras que eu já tive, entendeu? Eu não sei te explicar... então eu achei que tinha sido um momento tão bonito que eu me descontraí toda, me soltei, não sei, mas sei que aconteceu algo de diferente... que me fez pensar que desta vez ia engravidar mesmo...".

"Eu sabia que estava grávida... eu senti durante a relação... tanto que eu sei exatamente quando ele foi feito, qual o dia e tudo, tanto que os cálculos do médico é feito pela data da última menstruação, mas o meu eu tenho certeza que não é. Então pra mim, o meu dia vai ser 31/8 e não 25/8 como ele está falando".

"Não sei se é porque a gente tinha conversado sobre isto alguns dias antes, mas eu estava me sentindo totalmente aberta para uma gravidez. Daí, quando ele veio e nós tivemos relação, eu cheguei a chorar de emoção porque eu senti que tinha chegado a hora e eu disse pra ele, mas ele achou que era bobagem, coisa da minha cabeça".

Outras mulheres no entanto, revelaram que a intuição sobre a presença da gravidez surgiu quando elas perceberam o atraso menstrual:

"Eu não estava nem pensando nisto, mas quando não veio eu já sabia que era".

"Eu era muito regulada, então quando não veio eu não tive duvida".

Nos outros casos, onde as mulheres afirmaram que com o atraso menstrual tiveram uma quase certeza de estarem grávidas foi possível observar que este pensamento estava calcado em conhecimentos referentes à fisiologia da reprodução e métodos de anticoncepção, pois eles existiram ou quando a mulher estava planejando a gravidez e por isto procurava manter relações sexuais durante o período fértil:

"A gente ficou um bom tempo cuidando para ter relações durante todo o período fértil, não sei porque demorou tanto tempo para faltar amenstruação",

ou quando elas constataram a existência de alguma falha no método de anticoncepção utilizado. Por exemplo, as mulheres que utilizavam a tabelinha como método de anticoncepção relataram que ao constatarem que tinham tido relação durante o período fértil já ficaram de sobreaviso. Assim, o atraso menstrual ao

invés de desencadear uma suspeita, na verdade funcionou como algo capaz de aumentar uma suspeita já existente, mas latente:

"Eu já sabia que a gente tinha tido relação durante o período fértil, então quando não veio eu tive certeza que era, embora ainda tivesse esperanças de que não fosse",

apesar de ter sido constatado que esta situação ocorreu com maior frequência entre as mulheres que utilizavam a tabelinha, foi possível identificar que isto também aconteceu com mulheres que utilizavam outros tipos de métodos de anticoncepção:

"Foi um sarro, porque estourou a camisinha durante a relação... aí a gente ficou levando na base da brincadeira, porque apesar de estarmos evitando, se engravidasse a gente sabia que iria até gostar... então, quando faltou a menstruação a gente teve quase certeza, viemos no médico só para confirmar".

Reagindo

"Reagindo" é a terceira categoria do "Suspeitando-se grávida". Ela surge em decorrência do processo mental desenvolvido na categoria anterior que é o "Pensando". Corresponde a todos os sentimentos e atitudes apresentados pelas mulheres antes que as mesmas iniciem o processo de afastar ou confirmar a suspeita da gravidez. Foram identificadas três sub-categorias compondo o "Reagindo": "Tendo sentimentos em relação à suspeita da gravidez", "Conversando" e "Desenvolvendo estratégias de fuga".

Tendo sentimentos em relação à suspeita da gravidez

Esta sub-categoria refere-se especificamente aos sentimentos percebidos e revelados pelas mulheres quando elas, a partir da percepção de um ou de mais de um dos três sinais de alerta, pensaram na possibilidade da existência de gravidez. Estes sentimentos, como poderá ser observado, revelaram até certo ponto, qual o estado de prontidão da mulher, no sentido de aceitar ou não a gravidez, caso esta viesse a ser confirmada.

a) Ficando Feliz

O "ficar feliz" constitui um dos sentimentos mais freqüentemente revelados pelas mulheres deste estudo. Esta freqüência além de demonstrar que um grande número de mulheres realmente ficaram felizes em perceber a suspeita da gravidez, mostra também que as mulheres tiveram facilidade em relatar este tipo de sentimento. O "ficar feliz" foi revelado por praticamente todas as mulheres que estavam planejando a gravidez:

"Já fazia algum tempo que eu estava tentando engravidar aí quando faltou a menstruação eu já fiquei toda feliz, não queria nem pensar que podia não ser",

e também por algumas mulheres que não estavam querendo engravidar no momento:

"Eu não queria pra agora, mas quando eu comecei a achar que era gravidez, parece que mexeu comigo lá dentro..."

me sentia feliz pensando que era, es
queci todas as razões que eu dava pa
ra não querer".

Além disso, foi possível observar que este sentimen
to foi mais frequentemente observado quando a suspeita da gra
videz era compartilhada com mais alguém e em especial com um
companheiro:

"A gente ficou muito contente quando
faltou a menstruação".

Finalmente, o "ficar feliz" existiu principalmente
quando o atraso menstrual, que representava para as mulheres
a possibilidade de gravidez, já era esperado:

"Tanto eu quanto ele ficamos muito
contentes quando ficou mais um mês
sem vir a menstruação",

e, principalmente, quando era esperado há muito tempo:

"Tem seis anos que eu não evitava e
sempre era assim, cada vez que atrasa
va um pouco a gente ficava toda feliz
achando que era e não era".

b) Ficando Ansiosa

O "ficar ansiosa" também foi um sentimento revelado
por um grande número de mulheres. No entanto, ao contrário do
"ficar feliz" que foi percebido apenas nas mulheres propensas
a aceitarem a gravidez, o "ficar ansiosa" foi um sentimento
revelado tanto pelas mulheres que estavam propensas a aceita
rem a gravidez como por aquelas que não estavam.

Enquanto o "ficar ansiosa" para as mulheres propensas a aceitarem a gravidez existiu quase em consequência do "ficar feliz" e representada por uma necessidade de ver confirmada a suspeita da gravidez, para as mulheres que não desejavam a gravidez o "ficar ansiosa" representou uma necessidade de descartar esta suspeita.

A necessidade de as mulheres propensas ou não a aceitarem a gravidez, de verem confirmada suas suspeitas em relação à presença da gravidez, como já vimos, foi determinada pela instalação nas mesmas de um estado de ansiedade, o qual foi revelado por exemplo, pela procura precoce do teste de gravidez:

"...quando eu vim fazer o exame o pessoal do laboratório dizia que não ia adiantar e que eu tinha que esperar mais um pouco... mas eu não quis nem saber, fiz assim mesmo..."

"Eu fiquei meio doída, não via a hora de passar uns dias, pois eu queria fazer o teste mas precisava esperar ter mais tempo de atraso".

O estado de ansiedade no caso das mulheres não propensas a aceitarem a gravidez parece ser maior, possivelmente porque diante das primeiras suspeitas da gravidez, elas se conscientizaram, de algum modo, que a sua confirmação determinaria a necessidade de algumas mudanças em sua vida. Assim, a procura precoce de um teste de gravidez por parte destas mulheres, ocorreu, muitas vezes, ou porque elas queriam ficar livres desta suspeita, o mais cedo possível:

"Quando atrasou foi um sufoco, eu não conseguia pensar em outra coisa e por mais que eu tinha medo do resultado ser positivo eu queria ficar livre daquela suspeita, tanto que numa semana

eu cheguei a fazer dois testes de farmácia, apesar do farmacêutico dizer que precisava esperar mais tempo, mas eu não conseguia fazer mais nada, é como se aquilo ficasse martelando o tempo todo na minha cabeça",

porque elas tinham consciência de que a interrupção da gravidez precisaria ocorrer num estágio bastante inicial:

"... eu sabia que precisava ter uma certeza logo, senão seria muito tarde...".

"Quando eu falei das minhas suspeitas já começaram as discussões, ele queria que eu tivesse uma certeza logo, e antes disso ele chegou a ligar para um médico em outra cidade para saber sobre o aborto... caso fosse necessário...".

ou ainda porque, apesar de elas não estarem querendo se saber grávidas, tinham consciência da necessidade de confirmar ou afastar esta suspeita o mais cedo possível, pois uma vez confirmada, seria necessário existir um tempo suficiente pelo menos para que algumas decisões ou providências fossem tomadas:

"Eu já tinha feito o teste de farmácia duas vezes e em cada um deu um resultado diferente então, com dez dias de atraso ele foi comigo no médico, pois a gente precisava ter certeza logo, porque se fosse a gente não ia ter muito tempo... ele sabia que pra minha família ia ser muito importante seguir todos os passos certinhos: noivado, casamento na igreja, festa, etc...".

c) Ficando Tranquila

O "ficar tranquila" também foi um dos sentimentos re

velados pelas mulheres deste estudo. Eu observei que o sentimento de tranquilidade foi revelado, especialmente, por mulheres que apesar de não terem planejado a gravidez queriam demonstrar que a mesma estava sendo bemvinda:

"Não foi uma gravidez planejada, mesmo assim estou tranquila".

"Quando foi passando os dias e nada de descer eu não me desesperei, fiquei tranquila".

"Eu fiquei tranquila quando atrasou, porque a gente só não queria pra já, mas a gente ia querer mais um mesmo".

d) Sentindo Medo

Muitas mulheres revelaram que ao pensarem na possibilidade da existência de uma gravidez diante da percepção de um dos três sinais de alerta, sentiram "medo". No entanto, eu observei uma questão importante com relação ao sentimento de medo apresentado por muitas das mulheres, principalmente quando este era revelado de forma isolada. Pois as mulheres se referiam ao medo de não estar grávida e não ao de estar grávida. Portanto, o fato de a mulher sentir medo em não ver confirmada sua suspeita de uma gravidez, constituiu neste estudo um indício de que a possível gravidez seria bem aceita. O sentir medo de não estar grávida diante do atraso menstrual existiu quando as mulheres não eram muito reguladas:

"No começo eu fiquei preocupada, com medo que não fosse, pois minha menstruação não era muito regulada",

quando elas estavam tentando engravidar há muito tempo:

225

"Já tinha seis anos que eu não tomava mais os comprimidos... agora nos últimos tempos, quando atrasava eu ficava feliz mas ao mesmo tempo já batia aquele medo, achando que não ia ser de novo",

ou quando elas desejavam engravidar e já haviam experimentado a situação de um atraso menstrual que não se confirmou em uma gravidez. Esta situação era denominada por estas mulheres como "alarme falso":

"Da primeira vez que atrasou eu fiquei mais animada, contei pra todo mundo e quando veio, eu fiquei no maior baixo astral... por isto, desta vez, eu não me animei, eu tinha medo porque se fosse outro alarme falso eu ia sofrer muito de novo".

Uma análise mais aprofundada, dos dados relacionados a esta questão, me permitiu identificar pelo menos duas características nestas mulheres. A primeira foi o fato de todas elas terem revelado que durante o período de incerteza vivido antes da confirmação da gravidez, elas tiveram pensamentos que, de certa forma, reforçavam a existência da gravidez e outros que tentavam afastar esta possibilidade.

Embora não tenha sido colocado de forma explícita, foi possível perceber que isto ocorreu devido a uma tentativa inconsciente, e às vezes consciente, destas mulheres de se auto-protegerem:

"Eu não queria ficar pensando nisto, tentava dizer pra mim mesma que não era, que era só um atraso. Assim, eu achava que se descesse, eu não ia ficar tão decepcionada, e se não descesse mesmo, aí sim, ia ser o máximo".

"Por mais que eu não quisesse, volta e meia eu ficava imaginando o quanto

ia ser legal se fosse verdade. Eu ten
tava impedir estes pensamentos, nã
queria me decepcionar novamente, mas
era mais forte do que eu".

A segunda característica é que apesar de estas mu
lheres interiormente acreditarem na possibilidade da existên
cia da gravidez a ponto de ficarem felizes com o atraso mens
trual, foi possível observar que elas geralmente eram mais
"discretas", pois manifestavam suas suspeitas a um número
mais restrito de pessoas:

"Desta vez eu não tinha falado do atra
so nem para a minha mãe, mas daí elã
começou a dizer que eu estava diferen
te, então eu não aguentei e contei".

"Da primeira vez que atrasou eu con
tei pra todo mundo, depois, além dê
ter sido um sufoco, quando desceu, ca
da vez que encontrava alguém que per
guntava alguma coisa, eu ficava todã
chateada de novo, por isto desta vez
não contei para ninguém".

Conversando

O conversando é a segunda sub-categoria do "Reagin
do". Os relatos das mulheres demonstraram que o fato de elas
"falarem" com outras pessoas quando elas pensaram na possibi
lidade de gravidez, diante da percepção de um dos três sinais
de alerta, foi uma reação comum e bastante frequente além de
ser uma atitude facilmente relatada.

a) Contando

A atitude das mulheres de contarem para os outros
sua suspeita de gravidez, a partir apenas da percepção do atra

so menstrual, ou seja, antes da percepção de qualquer outro tipo de alteração ou sinal de alerta, representou de certa forma, um modo destas mulheres expressarem o seu contentamento diante da suspeita e conseqüentemente a sua propensão em aceitarem a "possível" gravidez":

"Antes mesmo de fazer o exame ou ter qualquer outra coisa, eu já falava para todo mundo que estava grávida... (riso) se não fosse, ia passar vergonha".

"Eu falava para todo mundo que estava grávida, meu marido até ficava bravo dizendo que eu devia esperar para contar quando tivesse certeza".

b) Buscando Apoio

Algumas mulheres revelaram que assim que começaram a suspeitar de uma gravidez procuraram conversar com outras pessoas sobre esta suspeita, numa tentativa de que as mesmas reforçassem sua suspeita ou que pelo menos as incentivassem a continuarem "suspeitando":

"Quando eu falava alguma coisa de que não tinha vindo, todo mundo também achava que eu estava grávida...".

c) Buscando Informações

Outras mulheres, no entanto, revelaram que assim que começaram a suspeitar de gravidez procuraram conversar com outras pessoas na tentativa de obter informações sobre sinais de gravidez:

"Eu achava que podia ser gravidez,mas

eu não sabia nada sobre isto, fui conversar com colegas para saber mais sobre sinais de gravidez".

Desenvolvendo estratégia de fuga

Esta sub-categoria refere-se especificamente às tentativas feitas a nível mental, de forma consciente ou não, para afastar a suspeita da gravidez. Ela esteve presente em mulheres que não haviam planejado, nem estavam desejando engravidar.

a) Tentando Negar

Algumas mulheres tentaram negar a possibilidade da existência de gravidez através da apresentação de alguma desculpa ou justificativa para o sinal de alerta percebido:

"Quando atrasou eu não pensei que fosse porque eu estava tomando remédio para anemia, parece que eu já tinha ouvido falar que quando a mulher toma remédio para anemia não desce a menstruação".

"Eu tinha brigado com algumas meninas na república onde morava, então quando atrasou eu pensei que era porque eu estava nervosa".

b) Tentando não pensar na possibilidade

Outras mulheres tentaram não pensar na possibilidade da existência de gravidez:

"Na verdade isto foi uma das primeiras coisas que eu pensei mas de certa forma eu mais ou menos me proibia de pensar nisto... cada vez que vinha na

minha cabeça eu dizia pra mim mesma que era besteira e não deixava o pensamento se completar...".

"Eu não pensei que fosse, porque minha menstruação não era muito regular".

c) Tentando não se preocupar

Outras mulheres revelaram que diante da suspeita de gravidez tentaram não se preocupar:

"Eu fiquei bastante nervosa quando vi que não descia, mas tentei não me preocupar porque eu sabia que ia ser pior".

d) Tentando se convencer

E outras mulheres ainda, revelaram que diante da suspeita de gravidez, ficaram tentando se convencer de que estavam enganadas:

"Eu ficava dizendo para mim mesma que estava atrasado só porque eu estava com medo".

PROCURANDO UMA CERTEZA

Os dados deste estudo revelaram que tão logo surge a suspeita de gravidez ocorre na mulher o início de um processo mental no qual cada uma delas procura, de alguma forma, obter certeza se o que ela está pensando, em relação a existência de gravidez, é real ou não. Este processo mental ocor

re independentemente do fato de a mulher estar desejando ou não a gravidez. No entanto, o estado de prontidão da mulher para uma aceitação ou não da possível gravidez determinou a existência de diferentes atitudes, pensamentos e comportamentos apresentados pelas mesmas durante este processo, dando origem ao segundo sub-processo do "Suspeitando-se grávida", que está sendo denominado de "Procurando uma certeza".

O fator que caracterizou a existência deste sub-processo, como já foi dito, foi a necessidade da mulher de buscar a definição para as suas suspeitas. A forma como a mulher procede durante esta busca já demonstra se ela gostaria de ver confirmada ou afastada suas suspeitas de uma gravidez. Quando as mulheres desejavam ou estavam propensas a aceitarem a possível gravidez, ou quando elas não queriam a gravidez mas, por outro lado temiam que se não fosse gravidez, os sintomas percebidos poderiam indicar a presença de alguma doença, grande parte de suas atitudes neste momento foram no sentido de buscar indícios para que sua suspeita fosse confirmada, ou seja, elas tentavam fazer aflorar as evidências de possível gravidez.

Em contrapartida, quando as mulheres não desejavam a gravidez e nem estavam propensas a aceitá-la, suas atitudes foram no sentido de buscar indícios que afastassem sua suspeita.

A fala das mulheres revelou que muitas vezes os recursos utilizados nas duas situações acima foram os mesmos e que o que realmente mudava era a forma e os seus objetivos frente a estes recursos. Os diferentes tipos de recursos utilizados pelas mulheres para reforçar ou afastar sua suspeita de gravidez deram origem às categorias do "Procurando uma certeza" e que estão sendo denominadas de: 1) "Fazendo asso

ciações"; 2) "Fazendo comparações"; 3) "Buscando Informações"; 4) "Ficando atenta para mudanças" e 5) "Tentando fazer algo".

Fazendo Associações

Algumas mulheres revelaram que ao perceberem o surgimento de algumas alterações em seu jeito de ser ou em sua fisiologia, imediatamente as associaram à percepção anterior do atraso menstrual. A associação da "percepção do atraso menstrual" com a "percepção de que algo mudou" além de constituir um dos recursos mais utilizados pelas mulheres deste estudo, demonstrou também ser um recurso bastante eficiente, para reforçar as suspeitas das mulheres, quanto a sua possível gravidez:

"Eu desconfiei que estava grávida porque a menstruação já estava atrasada há um mês e comecei a ter dor de cabeça, além disso tive enjôo umas duas vezes".

"Quando faltou a menstruação eu cheguei a pensar mas não liguei muito, mas logo começou a ruindade no corpo, uma vontade de ficar dormindo, não tinha vontade de fazer nada, era como se estivesse com muita fraqueza, ai já fiquei achando que era mesmo".

"O primeiro sinal foi que faltou a menstruação ai depois de uns vinte dias comecei a me sentir diferente, os seios ficaram doloridos...",

o mesmo aconteceu quando existiu uma associação da "constatação da vulnerabilidade a uma gravidez" com a "percepção do atraso menstrual".

"Eu já sabia que a gente tinha tido relação durante o período fértil então, quando atrasou eu tive quase cer

teza que era gravidez mesmo".

Fazendo comparações

"Comparando", também foi um dos recursos bastante utilizado pelas mulheres, tanto quando elas queriam reforçar, como quando queriam afastar suas suspeitas de gravidez.

Comparando com a gravidez anterior

Algumas mulheres que já haviam engravidado anteriormente referiram com bastante frequência que faziam comparações das alterações percebidas no momento, com as percebidas no início das gravidezes anteriores. Portanto, a comparação com a gravidez anterior constitui um recurso bastante utilizado no processo de "procurar uma certeza".

Este fato me fez concluir que sempre que a mulher já esteve grávida, pelo menos uma vez, ao começar a apresentar alguma alteração que a leve a suspeitar de gravidez, automaticamente, em sua cabeça, ocorre o início de um processo comparativo, onde ela tenta resgatar quais as alterações que foram percebidas neste mesmo período em uma gravidez anterior:

"Eu fiquei mais desconfiada foi quando começou a sonolência, porque na primeira também foi assim, eu não via a hora de poder ir dormir".

"Na primeira vez os enjoos começaram só mais tarde, mesmo assim eu achei que era gravidez".

"Das outras vezes começou do mesmo jeito, primeiro foi o atraso, depois começou essa moleza no corpo, como se fosse preguiça...".

"Eu acho que estou grávida porque a menstruação não veio e agora ando muito nervosa por qualquer coisa...

cada vez que estou grávida fico com raiva de uma pessoa, na gravidez da menina eu implicava com meu irmão, na do menino eu não podia nem ver a cara do meu marido e agora já estou assim de novo, ele foi até trabalhar fora, mas cada vez que vem a gente briga".

As mulheres que não queriam engravidar, mas que diante da percepção de algumas alterações temiam a presença de alguma doença grave, eram mais detalhistas ao compararem suas alterações do momento com as das gravidezes anteriores, principalmente quando existia dúvida sobre a presença da mesma por parte da equipe médica:

"A médica lá do INPS disse que não é gravidez, mas eu acho que é sim, porque toda gravidez eu tenho dor na barriga da perna e já estou tendo, então eu acho que é gravidez mesmo".

"Quando não veio no primeiro mês eu vim aqui para fazer o exame e deu negativo. Eles disseram que não era, que estava só atrasado, e que eu podia ter errado nas contas. Eu fiquei faceira porque eu não queria mesmo, mas quando começou aquela ruindade toda no corpo eu já sabia que era, também se não fosse, seria coisa mais grave".

"Quando atrasou eu não pensei que fosse, mas logo começou o dolorimento na barriga, a moleza no corpo, a soneira. Como já sou mãe de cinco, logo comecei a achar que era gravidez, e também se não fosse, coisa boa não ia ser".

"Quando atrasou eu fui no INPS e fiz o exame, mas deu negativo então eu fiquei toda contente, mas daí no mês seguinte não veio de novo, então eu vim aqui para fazer o "eletro" (ela quis dizer ultrassonografia) porque daí já comecei a ficar preocupada, tive medo que se não fosse gravidez, podia ser alguma coisa mais ruim".

O processo mental comparativo existe mesmo quando a

mulher, apesar de estar suspeitando da gravidez, ainda não está percebendo nenhuma alteração. Nestes casos a mulher tenta lembrar se no mesmo período de uma outra gravidez, também não sentia nem percebia nada de diferente; e mais, ela tenta se lembrar de como ela começou a aumentar sua suspeita de gravidez:

"Quando faltou a menstruação eu achei que era só um atraso porque eu não estava sentindo nada e das outras vezes sempre quando atrasava já começava a ruindade no corpo".

"Eu acho que não é gravidez porque eu não estou sentindo nada de gravidez... eu já tive três filhos e está sendo diferente pois eu não sinto nada, a única coisa que mudou é que não vem a menstruação e também apareceu uma dor do lado direito".

Além disso, foi possível observar que as mulheres que já haviam engravidado, uma série de vezes, eram mais diretas em suas comparações, ao mesmo tempo que estas surgiam mais prontamente:

"Eu tomava os comprimidos certinhos, então quando atrasou eu não pensei que fosse, mas quando eu comecei a ficar nervosa e cansando mais fácil, como das outras vezes eu vi que era mesmo".

"Já sou mãe de cinco, então quando começou a ruindade no corpo eu vi logo que era gravidez".

Comparando com a gravidez de outras mulheres

Foi comum o fato das mulheres grávidas pela primeira vez compararem suas alterações com as alterações que elas sabiam que tinham sido experienciadas por outras pessoas du

rante a gravidez; especialmente aquelas pessoas mais próximas, tais como irmãs, cunhadas, vizinhas, etc. Embora este recurso tenha sido utilizado com maior frequência pelas primigestantes, ele não foi exclusivo destas, pois as mulheres que já haviam parido também se utilizaram do mesmo:

"Eu já estava desconfiada, daí quando começou as dores de cabeça eu lembrei que a minha cunhada tinha tido muita dor de cabeça no começo, então eu fiquei achando que desta vez ia ser mesmo".

"Eu mesma nunca tinha tido esta ruindade toda no corpo, eu tinha mesmo era enjôos, mas eu sabia que a minha irmã sempre tinha, então eu já comecei a desconfiar apesar de não estar tendo enjôos".

Comparando com conhecimentos anteriores

Um terceiro tipo de recurso, em termos comparativos, citado pelas mulheres, especialmente pelas primigestantes, foi a comparação das alterações com seus conhecimentos anteriores.

Em geral, as mulheres não fizeram referências à forma nem á fonte onde estes conhecimentos haviam sido obtidos; porém, é mais provável que os mesmos tenham sido obtidos a nível informal, pois a forma como elas os mencionavam (eu já ouvi falar, dizem) demonstra que elas não estavam se referindo a nenhuma gestante em particular. Este fato me levou a concluir que estes conhecimentos foram obtidos ao longo da vida, ou seja, através da convivência, próxima ou afastada, com várias gestantes e em diferentes momentos:

"Eu já tinha visto falar que a mulher

sente muito sono quando está grávida então quando eu comecei com aquela sonheira pensei, é acho que entrei bem".

"Não é dizer que eu estava desconfiada, mas sempre que atrasa este é o primeiro pensamento que passa na cabeça da gente. Mas aí, comecei a sentir tanta fome que eu não acreditava, parecia que nada me enchia, aí eu lembrei que as mulheres grávidas geralmente comem muito, por isto fiquei achando que era mesmo gravidez".

Buscando informações

Observei que quando os conhecimentos das mulheres não eram suficientes para delinear o caminho a ser trilhado por sua suspeita, ou seja, se a mesma deveria ser reforçada ou afastada, ocorreu o início de um novo processo, inicialmente mental, originado pela consciência da necessidade de maiores conhecimentos para que o "procurando uma certeza" fosse completado. Sempre que este processo existiu, ele teve por objetivo angariar mais informações, tendo em vista maior delineamento e esclarecimento da suspeita. Este processo está sendo denominado de "Buscando Informações" e é formado pelas seguintes sub-categorias:

Conversando sobre gravidez

Algumas mulheres revelaram que, para elas, o recurso utilizado para obter informações a fim de descartar ou reforçar suas suspeitas de possível gravidez foi o "conversando".

"Quando atrasou eu ficava achando que não era, mas ao mesmo tempo tinha medo que fosse, por isto resolvi pergun

tar para uma colega de serviço se se-
ria possível atrasar por causa do si-
tema nervoso e ela disse que sim".

Conversando com quem já esteve grávida

Outras mulheres revelaram que, por mais que elas não desejassem falar sobre as suas suspeitas, até que as mesmas fossem confirmadas ou descartadas, o componente de ansiedade associado ao de dúvida, as levaram a procurar conversas com algumas pessoas que já estiveram grávidas, a fim de reforçarem os afastarem sua suspeita:

"Antes de vir no médico eu conversei com uma cunhada que estava grávida e ela disse que no começo também tinha dores de cabeça".

"Eu não sabia direito, então tudo que eu achava de diferente eu ia perguntar para minha cunhada que tinha ganhado nenê há pouco tempo. Foi ela que me disse que no comecinho também sentia muito sono".

"Para mim foi bom porque eu tenho bastante irmãs e duas cunhadas que já tiveram filhos, então quando eu comecei a ficar desconfiada elas me perguntavam se eu já estava sentindo isto ou aquilo, para a gente ter idéia se era mesmo gravidez".

Conversando sobre sinais de gravidez com qualquer pessoa

A ansiedade em encontrar alguns indícios que reforçassem ou afastassem a suspeita de gravidez levou algumas mulheres a conversarem sobre sinais de gravidez com quaisquer pessoas; mesmo aquelas que, teoricamente, dificilmente iriam saber sobre estas coisas:

100

"As vezes eu falava pra ele, hoje me deu tanta canseira, será que isso pode ser um aviso. Ai ele respondia: você que é mulher que devia saber sobre estas coisas pois eu não entendo nada".

"Eu conversava com todo mundo, eu não queria acreditar, ficava achando que alguém iria se lembrar de alguma outra coisa que pudesse ser, sem que fosse gravidez eu queria enxergar uma luz, um caminho".

Lendo a respeito de gravidez

Algumas mulheres revelaram que procuraram ler a respeito de gravidez, tanto para reforçar como para afastar sua suspeita. Apesar de poucas mulheres terem feito referência ao acesso e mesmo utilização de uma literatura especializada, suas falas revelaram que, quando elas tinham acesso a este tipo de conhecimento, ele constituía a literatura de escolha:

"Apesar da gente saber, é diferente quando acontece com a gente, por isto quando comecei a desconfiar, a primeira coisa que fiz, foi pegar um livro de obstetrícia que eu tinha em casa e ler sobre sinais de gravidez... foi um sufoco pois batia tudo".

"Eu tinha lido alguma coisa em uma revista "Nova" que a minha amiga tinha em casa, mas eu preferi ler em um livro de obstetrícia".

"Eu estava meio desnorteada, sem saber o que pensar ou fazer, então um dia matei aula e fui na biblioteca para ver se conseguia alguma coisa de diferente, "alguma coisa mais completa e certa".

Algumas mulheres referiram que utilizaram a leitura numa tentativa explícita de afastar suas suspeitas de possível gravidez:

"Quanto mais aumentava as minhas suspeitas mais eu procurava algum sinal de que isto não era verdade, sabe assim... eu lia tudo. A bula do anticoncepcional então, eu li umas mil vezes na esperança de ver escrito que era impossível uma gravidez com o seu uso".

Apesar de, hoje em dia, circularem muitas revistas que tratam da questão da gravidez em linguagem clara e acessível à maioria da população, apenas algumas mulheres deste estudo relataram ter lido sobre sinais de gravidez nestas revistas, eu seja, em revistas populares:

"Quando eu comecei a desconfiar, procurei ler sobre sinais de gravidez nas revistas "Pais e Filhos" que tinha na casa da minha irmã e sempre batia com o que eu estava sentindo: a moleza, a fome...".

"Eu li alguma coisa sobre gravidez em uma "Nova" que a minha amiga tinha em casa".

"Da outra vez, quando eu quis fazer o exame, eles falaram que tinha que esperar mais tempo para o resultado sair certo e antes de voltar a menstruação desceu, então desta vez quando eu comecei a desconfiar, eu comprei algumas revistas e procurei achar alguma coisa sobre sinais de gravidez".

"Naquela época eu procurei ler muito sobre sinais de gravidez e cada vez mais eu me convencia de que estava grávida".

Ficando atenta para mudanças

Algumas mulheres revelaram embora implicitamente, que durante o período de incerteza permaneceram em verdadeiro "estado de alerta". Era como se a percepção de qualquer mudança em sua fisiologia ou estado geral, fosse capaz de "acender" uma luzinha onde alguns pontos poderiam ser contados. Conti

quando este tipo de pensamento, foi possível observar até que, para algumas mulheres, quanto maior a quantidade de pontos so mados, maiores seriam suas chances de estarem grávidas:

"Eu já estou tendo dor na barriga da perna e toda vez que eu engravido eu tenho... acho que é de novo".

"Eu penso que estou grávida porque es tou que não posso ver meu marido, elê já teve até que ir trabalhar fora, vem nos finais de semana, e das outras ve zes também foi assim, cada gravidez eu fico com raiva de uma pessoa, na primeira foi com meu irmão e na do gu ri com meu marido".

"Quando começou aquela ruindade no corpo eu já fiquei mais desconfiada, mais ainda tinha dúvida, mas daí comecei a ficar num nervo que só vendo, eu tive certeza, não podia ser outra coisa".

Algumas mulheres explicitamente revelaram-se sabedo ras de que o início da gravidez também é acompanhado de alte rações e utilizaram esta informação para subsidiarem sua sus peita:

"Quando faltou a menstruação eu já fi quei desconfiada, mas eu achava que iria acontecer outras coisas, por is to eu ficava prestando atenção em tu do, qualquer coisinha eu achava que era por causa da possível gravidez".

"Quando faltou eu fiz de mim um labo ratório: todo dia ficava examinando peito, bunda, barriga... tentando ver se existia alguma mudança".

Tentando fazer algo

Algumas mulheres revelaram que diante de uma suspei ta de gravidez, desencadeada pelo atraso menstrual, tentaram fazer algo para afastar esta possibilidade, dando origem às

três sub-categorias do "Tentando fazer algo".

Tentando fazer descer a menstruação

Embora nenhuma mulher tenha relatado claramente que tenha tentado fazer um aborto, suas atitudes de tomar algum tipo de chá específico, de certa forma, além de representar uma atitude consciente ou inconsciente de abortar, ou de pelo menos "ver descer a menstruação", o que significa não querer sentir-se grávida, representou também um recurso para afastar de vez a possibilidade de gravidez:

"Eu só tomei o teste da farmácia, mas só uma vez... depois que soube que estava mesmo não fiz mais nada".

"Eu fiquei chateada, inclusive tomei uma porção de coisas... ervas, chá".

"Eu tomei chá quente de maçanilha, rainha das ervas e artimijo, mas só até os dois meses... depois disso não sou louca de tomar nada, a gente sabe que faz mal para a criança né...".

"Eu tomei os chá por três senamas, daí quando eu vi que não desceu mesmo, vi que não tinha mais jeito".

Tentando negar/afastar a possibilidade de gravidez

Outras mulheres revelaram que mesmo diante do atraso menstrual acompanhado de algumas alterações elas continuaram tentando negar a possibilidade da gravidez arranjando algum tipo de desculpa para cada alteração percebida.

Isto de certa forma, desviou por algum tempo, seu processo de "Procurando uma certeza":

"Eu não queria acreditar, então eu ar

ranjava desculpa para tudo, se sentia tontura, achava que era porque eu não estava me alimentando bem, se tinha enjoô ou vomitava era a comida que estava estragada, e por aí ia".

"No primeiro mês de atraso não liguei muito, apesar, de já estar tendo um queimor que sobia na garganta, náuseas e vômitos, mas achava que tudo era por que eu estava preocupada com o atraso".

"Eu comecei a sentir sono e enjoô, mas não liguei porque achava que não engravidaria".

Querendo tratar um possível problema de saúde

Outras mulheres ainda, revelaram que interpretaram as alterações decorrentes do início da gestação como um possível problema de saúde. Em geral, foi possível identificar que isto aconteceu principalmente com aquelas que não eram muito reguladas ou que eram desligadas em relação ao ciclo menstrual e também com aquelas que possuíam pouca ou nenhuma consciência do risco de engravidar:

"Eu só fui saber da gravidez, já estava com quatro meses, foi o médico que descobriu... eu estava preocupada achando que estava doente e vim consultar"

"Quando eu desmaei a primeira vez eu nem sabia que a minha menstruação estava atrasada. Daí, da segunda vez eu desmaiei no ônibus e minha mãe ficou preocupada, me levou no médico achando que pudesse ser algum problema de cabeça e era gravidez".

Às vezes esta sub-categoria esteve presente por medo de estar grávida. Por exemplo, durante a coleta de dados, identifiquei uma mulher que referiu apresentar muitos problemas de saúde durante a gravidez. Estes problemas eram devido a

uma grave anemia, sendo necessário passar mais tempo no hospital do que em casa, para receber transfusões sanguíneas. Isto fazia esta mulher ter medo de engravidar, levando-a a negar qualquer evidência de uma gravidez, numa tentativa explícita de negar esta possibilidade. Assim, esta mulher, inconscientemente, deixou de perceber algumas alterações ao mesmo tempo que exacerbou a percepção de outras e isto a levou a pensar em um problema de saúde:

"Eles estão dizendo que é gravidez mas eu sei que não é gravidez, se fosse eu saberia, já sou mãe de quatro, não vou saber como é... não estou sentindo nada, não mudou nada a não ser esta dor forte aqui em baixo". (lado esquerdo do baixo ventre)

A conduta e a convicção desta mulher chegou mesmo a confundir um pouco a equipe médica, a qual passou a pesquisar com profundidade a existência de alguma patologia.

Esta mulher fez dois testes de gravidez que foram negativos. Sua gravidez com mais ou menos 16 semanas, só foi confirmada através de uma ultrassonografia.

CONFIRMANDO A GRAVIDEZ

Embora desde o início das suspeitas de gravidez a mulher de certa forma, procure uma confirmação ou afastamento de suas suspeitas, esta procura de forma concreta e efetiva só existe a partir do momento que ela se decide por enfrentar um resultado final, seja ele positivo ou negativo, em relação à sua suspeita. Assim, o medo de não ser gravidez, tanto quan

to o de ser gravidez, pode constituir um motivo para a mulher levar tanto tempo para se decidir a enfrentar um diagnóstico definitivo, fazendo com que varie muito de uma mulher para outra, o tempo transcorrido entre os primeiros sinais de suspeita de uma gravidez e a certeza ou confirmação da mesma, como pode ser observado na fala que se segue:

"Eu já estava desconfiada, mas certa za mesmo eu só tive quando vim no médico com três meses de atraso".

"... quando eu vim fazer o exame o pessoal do laboratório dizia que não ia adiantar, que tinha que esperar mais um pouco... mas eu não quis nem saber, fiz assim mesmo e deu positivo".

A busca de uma confirmação à sua suspeita, segundo as falas da maioria das mulheres, ocorreu mesmo para aquelas que haviam referido terem tido uma quase certeza da gravidez.

A este processo de busca de uma solução está sendo dado o nome de "Confirmando a gravidez", pois para a maioria das mulheres a constatação da gravidez representou uma confirmação de suspeitas já existentes, embora para algumas mulheres a constatação da gravidez ocorreu por mera casualidade:

"Eu estava fazendo tratamento para engravidar, mas eu nem imaginava que fosse acontecer tão rápido, eu só descobri porque fui fazer o exame preventivo e na hora da coleta do material me falaram que eu estava com útero gravídico, aí eu fiz o teste da farmácia e deu positivo, mesmo assim eu não acreditei, fui no médico e ele confirmou que eu estava mesmo".

"Eu descobri que estava grávida por acaso quando eu fui fazer o periódico da empresa pois todo ano a gente faz todos os exames".

Esta casualidade também foi observada nas mulheres que ao suspeitarem de algum problema de saúde, diante da percepção de algumas alterações, resolveram procurar um médico e descobriram-se grávidas:

"Eu não pensei em gravidez, eu achei que podia ser algum problema, por isto eu vim no médico".

"Os médicos já haviam dito que eu não poderia ter filhos e eu tinha uma menstruação excessiva, às vezes eu chegava a ficar até 11 dias menstruada ... daí quando veio só umas pequenas manchas, tipo "borrinha" e depois não veio mais, eu fiquei preocupada e pensava: tinha um monte e de repente não tem... bom vou ter que ser operada de vo estar com alguma coisa, devo estar com um tumor".

Independente dos casos acima, onde a gravidez foi descoberta por mera casualidade, a maioria das mulheres que se descobriram grávidas passaram pelos dois sub-processos anteriores, o "Suspeitando-se grávida" e o "Procurando uma certeza".

Portanto, o "Confirmando a gravidez" existiu em decorrência dos processos anteriores e é formado por três categorias: 1) "Indo ao médico"; 2) "Fazendo exames" e 3) "Tomando algum remédio".

Indo ao Médico

O ir ao médico constituiu um dos recursos mais utilizados pelas mulheres para confirmarem ou afastarem suas suspeitas de gravidez e de acordo com suas falas ocorreu mesmo quando estas referiam que tinham uma quase certeza da gravidez:

"Já tem dois meses que não vem a menstruação, mas apesar de não ter tido nenhuma outra alteração eu acho que é...vim para fazer o exame".

"Eu vim no médico para saber com certeza se estou ou não grávida, pois estou em dúvida",

quando já existia uma variedade de alterações:

"Eu vim no médico só para confirmar porque além do atraso já começaram os enjoos, os vômitos".

"Acho que é gravidez, mesmo porque já está acontecendo tudo como foi na primeira vez, os enjoos, a falta de apetite...só quero ter uma certeza",

quando já tinha sido identificado um período prolongado de atraso menstrual:

"Eu procurei o médico foi para ter uma certeza pois eu já estava desconfiada, também, já tinha três meses que não vinha e eu estava com enjoos".

"Eu fui no médico só para confirmar, pois eu já achava que estava porque já tinha um mês e vinte dias de atraso",

e mesmo quando já havia sido feito um teste de gravidez:

"No mesmo mês que ficou sem vir eu fui no INPS mas o exame não deu nada, mas eu continuei desconfiada e vim aqui para consultar".

"Eu fiquei desconfiada desde que faltou a menstruação, então eu fiz o exame e deu negativo, mas eu achei que era erro e fui na médica".

O fato de as mulheres se dirigirem ao médico e dizerem

rem: "Acho que estou grávida", foi comum em todos estes casos. Ou seja, elas dificilmente faziam uma confirmação com certeza. Ao que parece as mulheres sempre delegam ao médico a palavra final em relação á confirmação de sua suspeita de gravidez, por mais indícios que ela tenha sobre a presença da mesma.

Fazendo Exames

Um número razoável de mulheres buscaram confirmar ou afastar suas suspeitas de gravidez através da realização de um teste de gravidez:

"Eu fiz o teste da farmácia com vinte dias de atraso, nesta época eu já havia começado a me sentir diferente, os seios ficaram doloridos..."

"Eu fiz o primeiro exame com menos de um mês de atraso e daí deu negativo, no outro mês eu fiz outro exame e aí que foi dar positivo".

"Depois de um mês de atraso eu fiz o teste para gravidez no INPS e deu positivo".

"Quando eu comecei a ter tonturas e vômitos de vez em quando, resolvi fazer o teste da farmácia".

"Primeiro foi o atraso, logo depois começaram os enjoos e vômitos além disso, ele começou a dizer que eu estava diferente, então eu resolvi fazer o exame, estava com um mês e pouco de atraso".

"Eu fiz o exame para confirmar depois de um mês de atraso".

Embora o fazer o teste de gravidez por conta própria, em uma farmácia por exemplo, tenha constituído um recurso bastante utilizado pelas mulheres, foi possível constatar que, de algu

ma forma, este teste não pareceu, por si só, capaz de queimar uma etapa, pois muitas mulheres temiam não estarem grávidas, ou pelo contrário, ainda apresentavam esperanças de não estarem grávidas, mesmo após tê-lo realizado, demonstrando que as mesmas não possuíam plena confiança no resultado deste tipo de teste. Isto de certa forma, fazia com que estas mulheres procurassem um médico com o objetivo explícito de definir o diagnóstico, como já foi observado anteriormente.

Tomando Algum Remédio

Algumas mulheres, especialmente aquelas que não desejavam a gravidez, revelaram que depois de constatarem o atraso menstrual procuraram tomar algum tipo de remédio. Estes, segundo elas, não tinha nenhuma função abortiva e sim esclarecedora, pois afastaria a possibilidade de gravidez já que não estando grávida haveria a descida da menstruação:

"Eu só tomei o teste da farmácia, mas só uma vez... depois que soube que estava mesmo não fiz mais nada".

"Eu tomei os chás por três semanas, daí quando eu vi que não desceu mesmo, vi que não tinha mais jeito".

Com relação à percepção das mulheres sobre a vivência do período logo após a confirmação da gravidez, elas revelaram que independentemente de seu estado de prontidão para aceitarem a possível gravidez e do tempo que elas levaram para confirmar ou mesmo descobrir a existência da mesma, que esta confirmação ou descoberta, muitas vezes, representou para elas uma espécie de choque. Isto levou-as a apresentarem sentimentos e comportamento que nem sempre foram coerentes com

os vividos e percebidos anteriormente, tanto durante o processo do "Vivenciando um Relacionamento Sexual", como durante o "Suspeitando-se grávida".

Em outras palavras, mulheres que haviam planejado e que desejavam a gravidez podem apresentar, logo após a confirmação da mesma, alguns tipos de sentimentos e reações que não parecem coerentes com os esperados de alguém que conseguiu algo que vinha sendo planejado, desejado e esperado:

"Eu queria muito engravidar, já tinha uns seis meses que eu não tomava os comprimidos... quando faltou a menstruação e fiquei toda contente, todo mundo fez a maior festa... a gente via na expectativa... mas quando o médico disse que eu estava mesmo eu comecei a ficar estranha, foi como se eu sentisse que não era mais dona da minha vida... nem dos meus sentimentos, pois eu não queria me sentir assim... depois com o tempo fui ficando normal de novo, agora só estou feliz",

da mesma forma que mulheres que não haviam planejado, que não desejavam e que às vezes nem queriam ouvir falar em gravidez podem apresentar alguns sentimentos e reações que demonstrem diferentes graus de satisfação com a existência da gravidez:

"Na verdade não foi uma gravidez planejada, a gente achava que seria bom esperar um pouco mais, mas quando eu soube fiquei contente, mesmo quando ainda era só uma suspeita".

"Eu não queria filho agora, no fundo eu achava que nem podia querer, apesar de estar casada há mais de dois anos, pois iria me atrapalhar profissionalmente e que eu deveria no mínimo terminar a residência primeiro. Quando eu comecei a suspeitar a gente discutiu a respeito e, apesar de filhos estar fora de nossos planos, concluímos que se fosse verdade não seria tão ruim, que daria para aceitar

muita coisa... então eu fiquei mas tranquila, não me desesperei, fiquei esperando para ver no que dava, no fundinho eu estava era torcendo para ser verdade e quando confirmou eu dei xei o racional de lado e me permiti curti...fiquei super feliz".

Embora cada mulher inicie e vivencie a confirmação da gravidez de forma particularizada, dependendo de seus projetos de vida, de suas características pessoais e das particularidades referentes à sua situação como um todo, como pode ser observado inclusive nos exemplos acima, a percepção da vivência de algum tipo de reação emocional durante este período foi algo evidente em todas as mulheres, mesmo naquelas que apresentaram sentimentos e reações coerentes aos processos vividos anteriormente.

Estas reações emocionais experienciadas pelas mulheres de certo modo, determinava para elas a necessidade ou a percepção da existência, mesmo que temporariamente, de algumas mudanças em seu comportamento habitual, seja em relação à sua rotina de afazeres diários, ao seu relacionamento com as pessoas, etc., dando início a um novo processo que está sendo denominado de "Estando grávida".

ESTANDO GRÁVIDA

O "Estando grávida" é o segundo processo vivido pelas mulheres durante o período que elas definem como início da gravidez. Sua principal característica reside no fato de as mulheres saberem-se grávidas, porém, ainda não sentirem-se grávidas. Os eventos que o delimitam são de um lado, a con

firmação da gravidez e de outro, o início dos movimentos fe
tais ou o aumento acentuado da barriga. Portanto, a confirma
ção da gravidez constitui o elemento de ligação entre os dois
processos vivenciados pelas mulheres durante o início da gra
videz: o "Descobrimo-se grávida" e o "Estando grávida".

Este processo parece que surge como uma espécie de
conscientização da mulher sobre a necessidade de assumir a
presença da gravidez como parte de sua vida. Percebi que com
o passar do tempo a confirmação da gravidez vai deixando de
ser percebida pelas mulheres como algo estranho, da mesma for
ma que aos poucos vai diminuindo o impacto do choque inicial:

"... depois não, fui ficando normal
novamente..."

À medida que isto acontece, a gravidez vai sendo in
tegrada na vida das mulheres:

"... nos primeiros dias eu fiquei des
norteada, não conseguia fazer nada,
depois as coisas foram entrando no ei
xo e eu voltei a estudar".

Na verdade, elas se esforçavam na tentativa de incorporarem
globalmente a gravidez à sua rotina diária:

"... eu sentia muita moleza, mas pro
curei não deixar isto tomar conta de
mim e nas horas de folga sempre procu
rava alguma coisa para fazer, porque
se deixasse não ia fazer mais nada,
só ficar deitada",

apesar de a maioria delas ainda não estarem se sentindo grá
vidas e sim apenas se sabendo grávida. Este tipo de sentimen
to provoca-lhes um certo desconforto, sendo inclusive comum

o fato de elas referirem a sensação de estarem se sentindo es
tranhas:

"...é uma coisa engraçada, eu sei que estou grávida, não tenho nenhuma dúvi
vida, o exame deu positivo e eu já
tenho alguns sinais, mas eu não me
sinto grávida...pra você ter uma idéia
eu já estou de três meses e até hoje
ando com modess na bolsa, é como se
fosse uma prevenção, se precisar...(ri
so) se descer, tá alí..."

Até que a incorporação da gravidez ocorra navida das
mulheres de forma global, muitas coisas são vividas, experi
mentadas e percebidas por elas, especialmente em termos de
sentimentos e atitudes. Isto determina a existência de dife
rentes comportamentos e reações, os quais aos poucos vão ca
racterizando a existência de um processo dinâmico cujas prin
cipais características contribuem para que a maioria das mu
lheres percebam o período de tempo a que corresponde e que
é denominado de Início da gravidez, como desagradável e ruim,
principalmente porque durante o mesmo são percebidas muitas
alterações definidas por elas como desagradáveis e desconfor
tantes, tanto a nível físico, como mental:

"Ih! credo, eu não gosto nem de lem
brar, no começo eu passo muito mal".

"O começo é ruim mas depois melhora,
às vezes até esqueço que estou grávi
da".

"A minha cabeça quase pirou, eu me
sentia feia, desajeitada, eu estava
com aparência de relaxada e não de grá
vida... é horível".

Esta percepção, ao que parece, concorre para que as
mulheres, mesmo não querendo, pensem, avaliem e pesem sua si

tuação atual e futura, principalmente em relação às possíveis mudanças que poderão ocorrer em sua vida em decorrência da gravidez atual: a sua rotina diária, o seu trabalho, a sua relação com as pessoas, seus hábitos, seus vícios, suas expectativas, seus projetos, etc:

"Eu fiquei contente, mas quando começava aquelas coisas ruins eu ficava desesperada e dizia que nunca mais ia querer ter filhos..."

"Eu me voltei muito pra mim mesma, fiquei mais calada, pensativa...eu andava muito pessimista, principalmente na época que eu passava mal, eu ficava achando que ia ser sempre assim e que dali pra frente ia ser tudo mais difícil, mesmo depois do nascimento, pois eu não conseguia me imaginar tendo uma vida normal novamente, me divertindo, fazendo as coisas que gosto... agora já passou, acho que não vai ser como antes, mas também não vai ser tão ruim".

O processo mental direcionado a estes aspectos parece caracterizar parte da experiência vivenciada pelas mulheres, pois ele se encontra em evidência, durante um certo tempo deste período:

"No começo eu ficava horas tentando imaginar como seria minha vida com um filho. Eu não queria ser uma mãe ruim, mas também não ia querer viver só em função dele... ficava tentando descobrir formas para conciliar tudo: trabalho, vida social..."

Além disso, a duração deste período é percebido pelas mulheres como sendo demasiadamente longo. Isto porque durante o mesmo elas estiveram constantemente na expectativa de realmente começarem a se sentir grávidas:

"Eu não via a hora de minha barriga crescer para todo mundo saber que eu estava grávida sem eu precisar falar".

"Eu acho que demora muito pra gente realmente começar a se sentir grávida. No começo, se não fosse os enjoos eu mesma nem acreditava porque não muda mais nada, nem dá para saber se está ou não grávida".

Por outro lado, é neste período que as mulheres de vem se decidir se vão ou não continuar grávidas:

"No começo, mesmo depois que já tinha contado para um monte de gente, ainda fiquei um bom tempo indecisa: às vezes eu queria a gravidez e noutras não, acho que por medo...".

Segundo as mulheres deste estudo, esta decisão nem sempre é fácil, pois independentemente do tipo de decisão a ser tomada, se continua ou se interrompe a gravidez, ela envolve e exige da mulher uma consciência em relação às possíveis conseqüências decorrentes da decisão tomada e até de que as mesmas deverão ser assumidas posteriormente:

"O começo é uma fase muito difícil, a gente não sabe o que é melhor, principalmente pra mim que sou solteira, eu sei que daqui pra frente tudo vai ser mais difícil, inclusive arranjar namorado e até emprego pois ainda existe muito preconceito... eu cheguei a pensar em tirar, mas eu não sei se aguentaria a barra depois, acho que me culparia para o resto da vida".

Com relação especificamente a este tipo de decisão, como eu entrevistei somente mulheres grávidas, observei que apesar de algumas delas terem considerado, discutido ou mesmo

lançado mão de alguma tentativa concreta de interromper a possível gravidez durante o "Suspeitando-se grávida", todas elas optaram por continuar grávidas. Porém, observei que esta decisão nem sempre ocorreu de forma consciente, pois algumas mulheres revelaram que deixaram ou que aceitaram como final a decisão de outras pessoas:

"Eu não queria, fiquei bastante chateada quando soube, por mim não vingava, mas ele era doido por criança... fazer o quê?".

"A gente brigou muito porque eu queria abortar e ele não. Ele chegava chorar então fiquei com dó...",

ou então, que ao invés de tomarem uma decisão, simplesmente resolveram dar um certo tempo, na expectativa de que a situação pudesse se ajeitar ou se resolver por si só, seja através do surgimento de algum elemento novo:

"Eu não tinha condições de decidir nada, não tinha cabeça, não conseguia nem pensar no que poderia ser feito... eu não tinha coragem para tentar fazer alguma coisa, vivia na expectativa de acontecer um aborto espontâneo, afinal acontece com tanta gente...",

ou como produto de outros tipos de decisões tomadas por outras pessoas:

"Eu fiquei perdida, desnorteada mesmo... não sabia o que fazer e por isso não fiz nada... a sorte foi que ele resolveu casar...".

"Eu não queria acreditar que pudesse estar acontecendo comigo negava até para mim mesma, só fui começar a assumir quando a minha mãe, apesar de chateada, assumiu a dianteira ...ela que

me levou no médico".

Em contrapartida, algumas mulheres revelaram que tomaram esta decisão de forma bastante consciente, fazendo inclusive uma espécie de sondagem em relação a quantidade e a qualidade de apoios que teriam chance de receber, caso resolvessem continuar grávidas, como pode ser observado nos exemplos abaixo. O resultado desta sondagem, de certa forma, influenciou a decisão final de continuarem grávidas:

"Eu sabia que sozinha ia ser uma barreira muito grande e que provavelmente eu não ia dar conta... apesar de não me sentir em condições psicológicas de provocar um aborto...quando ele falou que a gente ia assumir foi um alívio".

"Eu conversei com bastante gente, inclusive em casa... foi uma conversa difícil, teve muita agressão na hora mas depois eu senti que poderia contar com eles; aí fiquei mais tranquila e em condições de continuar grávida, pois eles me ajudariam a criar...".

Um outro aspecto que foi considerado pelas mulheres, antes de tomarem a decisão de continuarem grávidas, foi a consciência sobre a necessidade de um replanejamento em sua vida, tanto a curto como a longo prazo:

"Foi uma decisão difícil porque eu sabia que se eu tivesse esse filho isto poderia não só me prejudicar no serviço, mas também atrasar meus estudos. Além disso, eu sabia que iria aumentar os nossos gastos e que nós dois iríamos ter que economizar mais e até tentar arranjar um jeito de ganhar uns extras".

A consciência desta necessidade, em alguns casos, ge

rou um certo atropelo para algumas mulheres, constituindo inclusive, motivo de grande preocupação, pois à necessidade de rearranjar a vida somavam-se suas tentativas de não deixarem que a gravidez viesse prejudicar algumas de suas atividades consideradas como essenciais e cuja falta de controle poderia permitir a interferência em sua identidade enquanto pessoa e/ou em sua independência financeira, profissional, acadêmica, familiar, etc:

"Uma coisa eu sabia, eu não queria parar de trabalhar... eu sempre tive o meu dinheiro e não ia me sentir bem em ficar dependendo dele... esta foi minha condição para casar".

Em suma, este é um período caracterizado pela vivência e percepção de um processo mental que exige muito das mulheres, tanto em relação à aceitação do resultado como em relação às necessidades de adaptação em vários aspectos de sua vida:

"Com a gravidez muda tudo, não é só pelo fato de ter casado... eu também mudei, agora me preocupo com o que devo comer, parei de fumar e até estou evitando de tomar o meu choppinho que era sagrado (riso)...".

Todas estas constatações em relação às vivências e experiências das mulheres durante o período de tempo compreendido entre a confirmação da gravidez e o fato de elas começarem a se sentir grávidas me permitiram identificar a existência de um processo dinâmico constituído pelo menos de dois momentos distintos os quais, apesar de interligados, apresentam características próprias. Estes dois momentos constituem os

dois sub-processos do "Estando grávida" e estão sendo denominados de: "Vivendo o processo de aceitação do resultado" e "Começando a perceber a presença da gravidez".

VIVENDO O PROCESSO DE ACEITAÇÃO DO RESULTADO

Este é o primeiro sub-processo do "Estando grávida". Ele corresponde aos primeiros tempos vividos pelas mulheres após a confirmação da gravidez. Sua principal característica reside, a princípio, no fato da mulher não ter tomado nenhuma decisão definitiva sobre o que fazer com a gravidez, e posteriormente na vivência não só de um processo mental desencadeado em decorrência da decisão tomada, com o objetivo de favorecer a aceitação da mesma, mas também de algumas mudanças concretas em suas vidas. Apesar das mulheres terem revelado que desde o início de suas suspeitas de uma gravidez, já existia um trabalho mental onde a existência ou não da gravidez era considerada, identifiquei que existe um momento após a sua constatação onde este trabalho é acentuado, com o objetivo de subsidiar a decisão a ser tomada e mais tarde, de apoiar a decisão tomada.

A despeito do fato de algumas mulheres revelarem que a dúvida em continuar ou não grávida pode voltar à tona em períodos mais avançados da gravidez, identifiquei que os sentimentos, atitudes e comportamentos apresentados pela maioria das mulheres nesta etapa inicial da gravidez, foram no sentido de aceitarem a gravidez, me levando a concluir que é nesta fase que ocorre a decisão de continuar grávida. Embora, eu tenha observado que esta decisão só tenha sido tomada, de for

ma concreta, por algumas mulheres que não haviam planejado e nem queriam a gravidez. Este fato me levou a considerar que para a maioria das mulheres deste estudo a decisão de conti
nuar grávida parece que foi inerente à própria condição de es
tar grávida. Isto porque, apesar de saber dos altos índices
de aborto provocado, identifiquei que grande número de mulhe
res que não haviam planejado a gravidez optaram por continuar grávidas, embora soubessem dos problemas que iriam enfrentar.

Além disso, as experiências, caracterizadas essen
cialmente pelo trabalho mental, vivenciadas pelas mulheres, durante e imediatamente após a decisão de continuar grávida, revelam a presença, neste período, de uma mulher que sente,
pensa e se modifica, por si só, e, às vezes, por influência
das pessoas que a cercam. Para cada uma destas mulheres o pro
cesso vivenciado neste período, além de dinâmico, se encontra vinculado ao tempo e ao espaço, guardando na maioria das ve
zes relação com os processos vividos anteriormente.

O conjunto das experiências vivenciadas pelas mulhe
res no decorrer deste processo me possibilitou identificar
a presença de pelo menos dez categorias: "Ponderando se con
tinua ou não grávida", "Tentando abortar", "Tendo sentimentos em relação à confirmação da gravidez", "Enfrentando", "Mudan
do o jeito de ser", "Fazendo", "Tentando tirar proveito", "Con
formando", "Mudando o jeito de pensar" e "Mudando o curso de vida". As duas primeiras referem-se a um tempo onde a deci
são de continuar grávida ainda não foi tomada de forma concre
ta. As quatro sub-seqüentes, demonstram a inerência da deci
são tomada de continuar grávida e as últimas, referem-se às mudanças práticas ocorridas na vida das mulheres em decorrên
cia desta decisão.

Ponderando se Continua ou Não Grávida

O "Ponderando" foi uma das categorias identificadas antes que a decisão de continuar grávida fosse tomada de forma concreta, pois algumas mulheres revelaram que após a confirmação da gravidez passaram por um período no qual estavam ponderando se iam ou não dar continuidade à gravidez. Ela é formada por três sub-categorias:

Estabelecendo um prazo

"Eu dei quinze dias de prazo para ele decidir pois depois disto não iria fazer mais nada".

Estabelecendo condições

"Ele queria que eu fizesse aborto, mas eu não queria fazer, então eu disse que se era isso mesmo que ele queria eu até faria, mas depois eu nunca mais ia querer ver a cara dele".

Discutindo

"Foi um período difícil... a gente conversava todo dia, tentando chegar a um acordo".

"A gente discutia muito sobre como tudo ia ser, ele me deu três possibilidades, três opções: tirar, ficar com a criança e sem ele, ou ficarmos juntos e assumir".

"A gente brigava muito porque eu queria abortar e ele não queria que eu abortasse".

Tentando Abortar

O "Tentando abortar" é a outra das duas categorias identificadas antes da decisão de continuar grávida. Ela demonstra que às vezes, as ações adotadas antes da decisão de continuar grávida não tinham por objetivo facilitar a aceitação de um resultado positivo e sim interromper a gravidez:

"Eu fiquei chateada, inclusive tomei uma porção de coisas... ervas, chá".

"Eu tomei chá quente de maçanilha, rainha das ervas e artimijo, mas só até os dois meses... depois disso não sou louca de tomar nada, a gente sabe que faz mal para a criança né...".

As próximas categorias a serem apresentadas estão relacionadas principalmente aos casos onde foi possível identificar que não houve uma decisão concreta de continuar grávida, pois esta pareceu-me ser uma decisão inerente à própria condição de estar grávida.

Tendo Sentimentos em Relação à Confirmação da Gravidez

Esta foi uma das categorias mais facilmente identificadas, pois a maioria das mulheres revelou um pouco de seu processo de aceitação do resultado positivo a uma gravidez, através da revelação de seus sentimentos por ocasião da confirmação da gravidez e no período subsequente. Contudo, apesar de implicitamente as mulheres darem a atender que neste período elas experimentaram uma quantidade muito grande de sentimentos, parece que elas têm dificuldade de verbalizá-los, mesmo assim foi possível identificar diferentes tipos de sen

timentos os quais deram origem às sub-categorias do "Tendo sentimentos...":

Sentindo medo

Algumas mulheres revelaram que sentiram medo de alguma coisa por ocasião da confirmação da gravidez:

a) de ter problemas de saúde durante a gravidez

"Fiquei nervosa quando soube, mas foi mais pelo medo de passar tudo o que já passei, pois sofri demais com a primeira gravidez".

b) Da criança ter problemas de saúde

"Fiquei preocupada, com medo da criança nascer com problema por eu ter ficado tanto tempo sem ter menstruação".

"Fiquei com medo, pois a mulherada costuma dizer que quando a gente toma pílula muito tempo a criança pode ter problema".

"Quando soube fiquei com medo porque da outra vez que atrasou eu tomei uma injeção... tinha medo que agora a criança nascesse com problema por causa disto".

c) Do futuro

"Fiquei com muito medo, pois era solteira e não sabia o que ia acontecer".

d) Da reação dos outros

"Quando eu soube que estava grávida

fiquei sem saber o que fazer, pois meus pais são contra o fato de ter relação antes do casamento, e daí as roupas começaram a não servir e eu precisando esconder de todo mundo... foi horrível".

"Eu tinha medo de quando ele fosse falar com meus pais, medo que eles xingassem, brigassem...".

"Fiquei com medo que ele não aceitasse pelo fato das outras duas ainda serem pequenas".

Sentindo preocupação

A preocupação com algum tipo de coisa também foi um sentimento facilmente relatado pelas mulheres, como pode ser observado nas falas que se seguem:

a) Com o futuro

"Eu só pensava no que iria me acontecer, em como seria minha vida dali para frente".

b) Com os outros filhos

"Quando fiquei sabendo fiquei nervosa porque o outro ainda era pequeno e eu tava dando o peito e ia precisar tirar".

"Não gostei porque acho que a menina ainda está muito pequena e ainda vai precisar muito de mim".

"Fiquei preocupada pelo menino, pois ainda está tão pequeno e já não vou poder dar muita atenção".

Tendo sentimentos ambivalentes

A fala de algumas mulheres revelaram explicitamente

a existência de sentimentos ambivalentes por ocasião da con
firmação da gravidez:

"Nos dois ficamos contentes por um lado e por outro não".

"Eu senti de tudo um pouco: fiquei feliz, chateada...".

"Eu fiquei contente por um lado, mas por outro fiquei triste".

"É claro que eu fiquei contente, mas ao mesmo tempo achava que este não era o melhor momento e que a gente deveria aproveitar um pouco mais da vida a dois".

Sentindo_falta_de_coragem

Algumas mulheres revelaram que diante da confirmação da gravidez não tiveram coragem de enfrentar algumas situações, especialmente a de contar a alguém sobre a existência da gravidez:

a) De contar para o namorado

"Quando eu fiquei sabendo eu não fui falar com ele, meu patrão que foi".

"Eu não tive coragem de contar pra ele, contei pra minha cunhada foi, ela que contou para ele".

"Eu não sabia como contar pra ele, só contei quando tive certeza".

b) De contar para a mãe

"Eu tentei esconder... - quando passava mal minha mãe vinha toda preocupada aí eu dizia que era alguma coisa que eu tinha feito mal e ela acreditava".

"Eu não contei, foi ela que desconfiou, acho que porque me percebeu mudada, e como ela controlava a nossa menstruação (a minha irmã tinha problema) e havia faltado, ela ligou com o fato de ter deixado eu ir acampar com ele".

"A gente começou a falar em casamento sem parar e eu só falava assim: se apronta mãe, porque vai ser logo. Fizemos o curso de noivos tudo muito rápido, aí, um dia uma amiga telefonou e como eu não estava perguntou para minha irmã se eu já tinha tido coragem de contar para minha mãe, ela nem precisou dizer o que, todo mundo adivinhou o que era. Graças a Deus não teve bronca".

Ficando contente

O "ficar contente" foi o termo mais utilizado pelas mulheres para expressarem o sentimento de felicidade experienciado por ocasião da confirmação ou constatação da gravidez.

Na fala das mulheres foi possível identificar também que geralmente quando este sentimento existia, ele não era exclusivo da mulher, pois ele também era experienciado pela maioria das pessoas que a cercavam. Inclusive, algumas mulheres ao expressarem este sentimento não se colocavam ocupando um papel central, demonstrando a importância do sentimento de outras pessoas.

a) Sentimento experienciado por todos

"Todos em casa ficaram contentes".

"Todos nós ficamos contentes com a confirmação".

"A gente gostou demais".

b) Sentimento da mulher sendo priorizado

"Fiquei contente desde o começo".

"Fiquei contente porque queria mais".

"Foi bom... é uma coisa que eu sem
pre quis".

"Eu gostei logo".

"Eu fiquei contente, acho que vai ser muito bom porque eu passo o dia inte
ro sozinha e vai ser uma companhia pá
ra mim".

c) Sentimento do companheiro sendo priorizado

"Ele aceitou numa boa... ele ficou fe
liz e eu também".

"Ele ficou muito feliz...".

Tendo dificuldade em aceitar

Algumas mulheres não conseguiram verbalizar um sentimento propriamente dito, mas sim a dificuldade que experimentaram em aceitar a confirmação ou constatação da gravidez:

"A gente não queria que tivesse acon
tecido, então não houve aceitação de imediato".

"No começo eu não estava aceitando".

"No começo foi tudo muito difícil, pois não era uma gravidez planejada, e isto mexeu muito com minha cabeça".

Enfrentando

Foi comum o fato de as mulheres revelarem, embora às vezes apenas implicitamente, que com a constatação da gravida

dez surgiu uma infinidade de problemas relacionados a isto que elas se viram "obrigadas" a enfrentar. Por isto, o "Enfrentando" está constituindo uma das categorias do "Vivendo o Processo de Aceitação do Resultado":

Problemas no relacionamento com o companheiro

"Quando ele soube ficou apavorado, chegou a dizer que ia me deixar".

"No começo foi tudo muito difícil, ele falava em separação, em ajuntar as coisas dele e ir embora e isto tudo me magoou muito".

"No começo ele aceitou, depois queria que eu tirasse, e depois aceitou de novo, mas ele estava era querendo cair fora, pois tem um tempão que ele sumiu".

"Quando ele soube, primeiro disse que era mentira minha, depois que não era dele e agora sumiu, nunca mais apareceu".

A reação dos pais

"Duro foi com meus pais, a minha mãe me agrediu muito, me chamava de sem vergonha".

"Foi tudo muito difícil, até hoje meu pai não conversa comigo, apesar de ele ter ficado sabendo só depois que a gente já estava casados".

"O mais difícil foi falar para os meus pais, não que eles tenham feito um escândalo, mas ficaram tão arrasados e isto foi pior ainda".

A reação dos patrões

Foi comum algumas mulheres que não moravam com os pais referirem que diante da constatação da gravidez precisa

ram enfrentar as reações dos patrões, principalmente aquelas que eram menores:

"Os meus patrões ficaram muito bravos, me xingavam e também foram eles que falaram com ele, pois a gente estava brigado. Depois que ele falou que ia assumir eles pararam de implicar comigo".

"Quando a minha patroa soube ela ficou muito brava e disse que não era mais pra mim ficar lá, que não queria "sem-vergonha" na casa dela".

"Quando eu soube fiquei desesperada sem saber como contar para a minha patroa, mas ela aceitou bem e daí ficou mais fácil".

O companheiro

"Eu não sabia como contar pra ele, só contei quando tive certeza e graças a Deus deu tudo certo".

"Ele perguntou se eu queria que ele assumisse o filho e eu respondi que não era caso de querer, pois já que ele tinha feito, tinha mais é que assumir".

Mudando o Jeito de Ser

O "Mudando..." também constitui uma das categorias do "Vivendo o Processo de Aceitação do Resultado", que reforça a decisão inerente de continuar grávida e está relacionada à percepção das mulheres sobre mudanças no seu jeito de ser diante da confirmação da gravidez.

Ficando revoltada

"No começo fiquei um pouco revoltada,

chateada mesmo".

"... fiquei revoltada".

"Parece que eu vivia com um nó na garganta, eu não conseguia aceitar que tivesse acontecido comigo".

Ficando nervosa

"Fiquei muito nervosa, chorava muito".

"Fiquei muito nervosa mas não tentei fazer nada para abortar".

Ficando assustada

"Fiquei assustada, calada...".

Ficando aérea

"Eu andava aérea, esquecia de fazer as coisas, é como se eu tivesse tomado um porre no dia anterior".

Ficando desnorтеada

"Fiquei meio sem saber o que fazer".

"Eu não conseguia pensar, fazer planos, nada. Parece que ficou um oco na minha cabeça".

Ficando agressiva

"Nos primeiros dias vivia brigando com o marido".

"Fiquei mais agressiva com as pessoas".

Ficando apavorada

"Quando eu soube fiquei apavorada, chorei, muito".

Ficando chateada

"No começo fiquei chateada mesmo".

"Fiquei muito nervosa, chorava muito".

"Eu só fazia chorar e rezar".

"Quando eu soube chorei muito".

"Todo mundo estranhava porque eu vi via chorando".

Fazendo

Algumas mulheres revelaram que o "Vivendo o processo de aceitação do resultado" também esteve muitas vezes relacionado a uma ação. Por isto, o "fazendo" constitui uma das categorias deste processo. Ela está relacionada aos casos onde a decisão de continuar grávida pareceu ser inerente às condições de estar grávida.

Rezando

O "rezar" para ver solucionado os problemas representou uma das ações adotadas por algumas das gestantes deste estudo durante o processo de aceitação do resultado:

"Eu estava muito revoltada, não sabia o que fazer... tudo o que eu fazia era rezar".

"Acho que o que me ajudou foi que eu

rezei muito naquela época e aos poucos as coisas foram se ajeitando".

"Eu só fazia rezar e chorar".

Chorando

O "choro" constituiu uma ação bastante freqüente, embora dificilmente o mesmo tenha sido relatado isoladamente. Em geral, representou uma expressão da revolta, do desespero, etc, como pode ser observado nas falas que se seguem:

"Fiquei muito nervosa, chorava muito...".

"Quando eu soube fiquei apavorada, chorava muito".

"Foi um período difícil, todo mundo estranhava porque eu vivia chorando".

Esperando apoio

Algumas mulheres revelaram em sua fala que o "esperar" também constituiu uma ação adotada pelas mesmas durante o processo de aceitação do resultado e mais, que o "esperar" geralmente esteve relacionado a uma expectativa positiva em relação à aceitação da gravidez por parte das outras pessoas.

a) O apoio dos pais

"Na época eu esperava o apoio da minha mãe já que a gente ia casar, mas ela não entendeu isto".

"Eu sabia que ia ser difícil para ela aceitar, afinal eu era a única filha, mas eu também só podia contar com ela".

b) O apoio do companheiro:

"Eu esperava que ele fosse me dar to do apoio, mas não teve nada disto, ele simplesmente sumiu".

"Eu sabia que ia ser uma barra para os dois, mas eu não achava que ele fosse me deixar sozinha numa hora destas".

"Eu não digo que a gente fosse casar, mas eu achava que a gente pelo menos devia ficar juntos e enfrentar tudo junto".

Além das categorias já citadas, existiu um outro grupo de categorias que foi identificado com mais frequência nas mulheres que não haviam planejado e nem desejavam a gravidez mas que, após algum trabalho mental se "decidiram" a continuar grávidas. Estas categorias, ao mesmo tempo que revelam as mudanças ocorridas na vida destas mulheres em decorrência da decisão tomada de continuar grávida, revela também que elas tomaram a decisão de continuar grávida de forma concreta.

Tentando Tirar Proveito

Algumas mulheres revelaram que vivenciaram melhor o processo de aceitação do resultado depois que conseguiram enxergar que poderiam tirar algum tipo de proveito da situação criada com a gravidez:

"Eu não queria mais mesmo, mas agora pelo menos vai dar para ficar livre, porque eu vou fazer a cesárea e a ligação".

"Bom eu não achei... mas agora eles vão me ligar. Eu já falei com o doutor".

"Eu não posso com a pílula, fico ruim, agora acho que vai dar para ligar".

Conformando

Outras revelaram que, principalmente no início, não aceitaram e sim apenas se conformaram com a situação criada frente à confirmação de gravidez não planejada:

"Ainda está difícil de aceitar, estou começando a aceitar, sou obrigada, vou fazer o quê?".

"Com o tempo fui entendendo que já estava grávida, que não dava para fazer mais nada, acho que já estou normal novamente".

"... depois não, fui aceitando melhor, quer dizer, ainda estou no processo de aceitação e acho que vai continuar até o nascimento".

"Acho que agora tenho mais é que assumir".

Mudando o Jeito de Pensar

Algumas mulheres revelaram que mudaram o jeito de pensar a presença da gravidez antes mesmo do meio da mesma:

"No começo achei muito ruim mas agora gosto".

"Pensei em dar... pensei em muita besteira, mas agora já passou".

"Bem, no começo mexeu muito com minha cabeça, porque eu era livre, trabalhava, tinha o meu dinheiro e achava que tudo isso ia acabar".

Mudando o curso de vida

E outras ainda, revelaram as mudanças que ocorreram em várias áreas de sua vida. Às vezes as mudanças eram percebidas como algo ruim e prejudicial e noutras como algo bom:

Vida afetiva

"A gente decidiu se casar antes que a barriga aparecesse muito".

"O casamento estava planejado para mais tarde, mas já que ele ia acontecer a gente decidiu que não teria problema em adiantá-lo".

"No começo ele relutou um pouco mas acabamos casando".

"A gente agora está morando junto".

Vida acadêmica

"Eu tranquei o curso... não estava me sentindo bem, não tinha ânimo para estudar, fiquei chateada mesmo com a gravidez".

Vida profissional

"Eu precisei parar de trabalhar, eu vivia muito nervosa, brigava com todo mundo, não aguentei continuar".

"O mais difícil foi me tornar dependente dos outros, eu estava acostumada a ter o meu próprio dinheiro, mas quando a minha patroa soube que eu estava grávida não quis nem saber... e com barriga assim, quem é que vai dar em prego?".

COMEÇANDO A PERCEBER A PRESENÇA DA GRAVIDEZ

Este é o 2º sub-processo identificado no "Estando grávida". Ele surge independentemente do fato de a mulher estar aceitando ou não a sua condição de estar grávida, embora já esteja consciente desta realidade, em decorrência da percepção de alguns incômodos causados pelas primeiras alterações da gravidez.

Embora estas alterações, em geral, não existam a ponto de impossibilitar a manutenção da rotina de vida das mulheres, elas são suficientes para alterar esta rotina e inclusive levar as mulheres a definirem o início da gravidez como um período ruim, de adaptação, etc.

Além disso, as manifestações e percepção de alterações neste período, não se encontram muitas vezes relacionadas à forma como foram vividos os processos anteriores do "Vivenciando a gravidez". Pelo menos não da forma e na proporção que eu esperava; pois, do mesmo jeito que concontrei mulheres que haviam planejado e desejado a gravidez, vivendo os três primeiros meses de gestação com grande dificuldade, não podendo até cozinhar, devido aos enjoos provocados pelo cheiro da comida, também encontrei mulheres que não haviam planejado nem desejado a gravidez e que passaram não só o início da mesma muito bem, como também toda sua extensão.

De qualquer modo, identifiquei que a percepção de alterações neste período, normalmente tem valor muito grande no sentido de ajudar as mulheres a se conscientizarem sobre a presença da gravidez. Isto é importante uma vez que havia constatado que a confirmação da mesma por si só, em alguns casos, não é suficiente para desencadear esta consciência, como pode ser observado nos exemplos a seguir:

"... eu não sinto nada de diferente, parece até que não estou grávida..."

"... já estou de 3 meses e até hoje ando com modess na bolsa, tenho impressões que de uma hora para outra vai descer..."

Embora a presença de alterações seja percebida pelas mulheres desde o início das primeiras suspeitas da gravidez, ocasião em que as mesmas representam, para algumas mulheres, o evento capaz de desencadear o início da suspeita da gravidez, esta percepção persiste durante toda a evolução da experiência de vivenciar a gravidez, possibilita isso, como já foi visto, a demarcação e a caracterização de diferentes etapas nesta evolução, inclusive a identificação da proximidade de seu término, já que a própria percepção sobre o início do trabalho de parto baseia-se em percepções relacionadas a algumas alterações específicas. Porém, a especificidade das alterações, ao longo dos diferentes períodos identificados nesta experiência, além de caracterizá-los, também permitiu identificar que as alterações possuem diferentes conotações no decorrer da evolução da gravidez.

Por exemplo, no "Início da gravidez" a conotação principal das alterações encontra-se primeiramente relacionada à suspeita da gravidez e posteriormente no papel que as mesmas desempenham junto à conscientização das mulheres sobre a presença da gravidez.

Na verdade, isto também funciona como uma espécie de suporte, pois, de certa forma, prepara as mulheres para vivenciarem os processos subsequentes. Assim ocorre durante todo o transcorrer da gravidez, ou seja, as alterações ocupam papel importante durante toda a extensão desta experiência.

Por outro lado, apesar de as alterações serem perce

bidas em relação aos vários campos da vida das mulheres, a maioria delas demonstraram maior facilidade para expressarem alterações relativas a um determinado campo de sua vida do que a outro. Mesmo assim, a fala das mulheres possibilitou identificar alterações relacionadas a pelo menos quatro grupos distintos, mas interrelacionados, de alterações.

O 1º deles está sendo denominado de "Alterações físicas". Ele contempla as alterações percebidas na anatomia do corpo, enquanto físico e envolve a percepção de alterações em partes do corpo, tais como membros superiores e inferiores, abdômen, seios, face e etc, alterações no peso do corpo e alterações na forma do corpo.

O 2º grupo refere-se às alterações relativas à fisiologia orgânica. Esta divisão é meramente didática pois a maioria das alterações percebidas e vividas pelas mulheres durante a gravidez são fisiológicas. Este grupo está sendo denominado de "Alterações no funcionamento orgânico", porque ele contempla todas as alterações percebidas em termos de funcionamento orgânico, entendendo o organismo como possuindo propriedades com funções e funcionamento regular definido.

O 3º grupo está sendo denominado de "Alterações no estado emocional". Ele contempla todos os sentimentos e reações emocionais apresentadas e percebidas pelas mulheres durante a gravidez.

Finalmente, o 4º grupo está sendo denominado de "Alterações no relacionamento com as pessoas" e contempla todos os sentimentos e reações experienciadas e percebidas no relacionamento com outros, especialmente com o companheiro e os filhos.

No "Início da gravidez", mais especificamente durante a vivência do "Estando grávida", as mulheres já percebem a

presença de mudanças relativas aos quatro grupos acima, dando origem às três categorias do "Começando a perceber a presença da gravidez" que são: "Percebendo as alterações iniciais da gravidez", "Percebendo a si mesma" e "Percebendo as pessoas".

Percebendo as Alterações Iniciais da Gravidez

Na verdade não existe um grupo de alterações que se ja específico de um período ou de outro. O que caracteriza uma dada alteração como pertencente a um determinado período é a frequência e intensidade com que a mesma é percebida durante a sua vivência. Portanto, foi a forma como as mulheres demonstraram perceber as alterações nos diferentes períodos de uma gravidez que me levou a classificá-las em: "Percebendo as alterações da gravidez" e "Percebendo as alterações do final da gravidez". Elas englobam a percepção de "alterações físicas" e "alterações no funcionamento orgânico".

A percepção de alterações referentes a estes dois grupos foi referida com maior frequência durante todos os períodos de gravidez, embora tenha sido identificado que no final desta experiência ocorre um declínio nos relatos referentes a estes grupos e uma ascensão nos referentes às alterações no estado emocional.

Se por um lado a maior frequência de relatos referentes a estes dois grupos de alterações possibilitou-me identificar a maior facilidade de expressão das mulheres relativas a estas alterações, por outro lado permitiu que fosse identificado além de uma maior quantidade também uma maior variedade das mesmas, em termos de peculiaridades e características.

Isto levou-me a considerar que o relato e talvez a

própria percepção das mulheres em relação às alterações parece encontrar-se na dependência de alguns fatores ligados às características pessoais das mulheres tais como: nível cultural e o fato das mesmas serem expansivas, caladas, fechadas, tímidas, etc. O número de contatos mantidos com cada uma delas também parece influenciar, pois algumas mulheres que se haviam mostrado muito reservadas num 1º contato, nos subsequentes demonstraram uma maior abertura, receptividade, segurança e fluência para conversarem e revelarem mudanças que já haviam sido ou que estavam sendo percebidas em todas as áreas de sua vida, inclusive as relacionadas à área conjugal, emocional, social, pessoal, etc.

Percebendo alterações físicas

Dentre as alterações físicas do início da gravidez as mais comumente reveladas foram as relacionadas às partes do corpo, mais especificamente em relação ao seio, à barriga e às pernas.

Com relação aos seios, neste período foi referido que eles aumentaram de tamanho, que ficaram mais cheios, mais pesados, mais duros, mais quentes e também doloridos.

O relato destas alterações foram bastante frequentes, levando-me a identificá-las como sendo facilmente relatadas. Além disso, os relatos demonstraram que a variação da intensidade da dor no seio, por exemplo, ocorre não só ao longo da gestação, mas também ao longo de um mesmo período, pois foi comum o fato de algumas mulheres relatarem que a dor nos seios foi mais acentuada na época que era para ter vindo a menstruação e nos 10-15 dias subsequentes, melhorando em seguida para depois voltar a se intensificar antes do fim da

gravidez.

Quanto à barriga, foi referido com bastante frequência que neste período ela cresce e também que fica dolorida. O crescimento da barriga, de acordo com as falas das mulheres, se constitui numa das alterações esperadas de ocorrer neste período, pois as mulheres muitas vezes referiram-se ao fato de a mesma não ter crescido. Além do mais, um crescimento pouco acentuado da barriga no início da gravidez chegou a ser percebido, por algumas mulheres, como uma alteração preocupante. Também foi nesta etapa que a alteração na aparência e na forma da barriga surgiu com certa importância, representada por uma preocupação das mulheres com sua estética.

A presença de dor e outros desconfortos na barriga durante este período ainda é indefinido e pouco acentuado, sendo por isto referida com bastante frequência porém de forma vaga:

"No começo eu tinha dor na barriga toda".

"Ainda não cresceu, mas a minha barriga agora é dolorida".

Já com relação aos membros inferiores, as alterações mais referidas foram a sensação de cansaço, peso e dor nas pernas e nos pés:

"Sinto muito cansaço nas pernas"

Também foram referidas, com certa frequência, alterações no peso e na forma do corpo. A 1ª foi referida como aumento de peso e em alguns casos como perda de peso e mesmo ausência de ganho de peso. E a 2ª foi referida tanto como uma

alteração generalizada na forma do corpo:

"O meu corpo modificou-se rapidamente",

como uma alteração localizada, principalmente na barriga e na cintura:

"Eu tinha barriga de relaxada e não de grávida".

"Sumiu a cintura...".

As "Alterações no Peso" e na "Forma do Corpo" concorrem para uma série de outras alterações percebidas neste período, como por exemplo uma baixa na auto-estima, determinada pela auto-imagem negativa:

"Eu não me sentia grávida, só me sentia enorme, gorda...",

a dificuldade econômica para a compra de vestuário, etc.

"Sumiu a cintura e as roupas que serviam em uma semana na outra já não serviam".

"Não tinha barriga, mas roupas já não serviam mais".

Percebendo alterações no funcionamento orgânico

Quanto às "alterações no funcionamento orgânico" foram referidas com bastante frequência entre outros tipos, a alteração na disposição física, no sono, no trato gastro-intestinal, nos hábitos alimentares, nas eliminações e na ati

vidade sexual.

A "Alteração na Disposição Física" no início da gravidez encontra-se representada pelo "cansaço físico", que tanto pode ser generalizado:

"Sinto muita canseira",

como localizado:

"Sinto muito cansaço nas pernas...",

pela "indisposição física" e pela "perda da agilidade física"; esta percebida mais em termos de maior morosidade no desempenho de algumas tarefas:

"Agora eu demoro mais para fazer o serviço".

A percepção de "cansaço" e de "indisposição física" segundo a fala das mulheres, pode ter relação temporal ao longo do dia e com a temperatura ambiente, ou seja, da mesma forma que algumas mulheres podem perceber-se mais cansadas pela manhã ou ao final do dia, outras podem perceber-se mais indispostas nos dias quentes.

A "Alteração no Sono" se faz representar principalmente pelo "aumento do sono" e pelo "aumento da necessidade de sono". O "aumento do sono" foi identificado como pertencente a 3 modalidades: o "sono fácil", que se caracteriza por vários sonos de pequena duração durante o dia; a "vontade de ficar dormindo", caracterizada por uma espécie de "preguicinha" e geralmente associada à indisposição física e o "sen

tir sono", caracterizada por uma sensação de que a quantidade de horas destinadas ao sono foram insuficientes:

"Até o 4º mês não via a hora de do
mir de tanto sono que sentia".

O "aumento da necessidade do sono" parece constituir produto da conscientização, por parte da mulher, de se manter o equilíbrio entre a necessidade e a oferta:

"Se não durmo um pouco de dia, à no
ite preciso ir dormir mais cedo".

As "Alterações Gástricas", representadas pelos enjôos e os vômitos, além de serem muito freqüentes, são consideradas de ocorrência normal neste período, o que as torna uma das alterações mais esperadas pelas mulheres. Ao que parece, não apenas a gustação, mas também o olfato e a visão contribuem para o estabelecimento deste tipo de alteração, pois algumas mulheres fizeram os seguintes tipos de relatos:

"Eu não podia ver comida na minha frente que já tinha enjôo".

"Eu não podia com o cheiro de muita coisa".

Outro tipo de alteração gástrica referida neste período, embora com menor freqüência, foi a azia:

"Desta vez, a azia começou cedo, tô que não posso de tanta azia".

A percepção de "Alterações nos Hábitos Alimentares" além de bastante freqüente é também facilmente relatada pe

las gestantes. Foram identificadas quatro tipos de alterações: "aumento do apetite", diminuição do apetite", diminuição da ingesta alimentar" e "apetite seletivo".

As gestantes entrevistadas revelaram o "aumento do apetite" como sendo de três tipos: "comendo bem", quando existia um bom apetite:

"Como muito... como de tudo";

"apetite insaciável", quando a mulher estava sempre querendo comer, caracterizando-se mais por gula do que por apetite:

"... parecia que tinha um buraco que eu não conseguia encher nunca",

e "apetite aumentando com necessidade urgente de ser atendido". Nestes casos o não atendimento ao apetite podia trazer como consequência o surgimento ou aumento do enjôo:

"... se eu demoro para comer aumenta o enjôo".

A "Diminuição do apetite" embora não muito freqüente ocorre quase que exclusivamente só neste período e de forma acentuada, podendo ser de dois tipos: "falta de vontade de comer", caracterizada pela ausência não só da "fome" mas também de um estado de espírito. Geralmente é acompanhada de mal-estar e desânimo:

"Não tenho vontade de comer nada".

"Eu agora como muito pouco, não sinto vontade...";

e a "diminuição do apetite", caracterizada pela ausência da fome, porém, acompanhada de um descontentamento e não de uma conformação com este fato:

"Diminuiu o apetite, mas a gente for
ça um pouco porque sabe que precisa
comer, né".

"Não sinto fome e isto me preocupa".

A "Diminuição da ingesta alimentar" esteve presente não por falta de apetite e sim devido a outros tipos de alte
rações como os enjôos e/ou a sensação de saciez:

"As vezes eu faço a comida, ponho na
mesa e parece que já estou de estôma
go cheio, como se já tivesse comido".

"Como pouco por causa dos enjôos".

O "Apetite seletivo" foi identificado como sendo al
terações caracterizadas pela aversão ou preferência por cer
tos tipos de alimentos. A aversão por alguns alimentos prova
velmente guarda relação com a maior vulnerabilidade da mulher às alterações gástricas, tais como vômitos e enjôos:

"Enjoei de um monte de coisas que an
tes adorava".

A preferência por certos tipos de alimentos pode al
cançar intensidade tal a ponto de caracterizar a presença de desejos e vontades. Para as mulheres deste estudo o desejo é algo que precisa ser saciado logo, enquanto a vontade pode ser controlada, esperada:

"Desejos até que não, eu tenho é mui

tas vontades".

Além disso, a "vontade", neste estudo, se mostrou bem mais freqüente do que os desejos:

"Ih... agora eu sempre tenho vontades".

Finalmente, a preferência ou aversão por certos tipos de alimentos também constitui uma das alterações esperadas de ocorrer neste período. Isto pode ser percebido pela forma como as mulheres referiam-se a estas questões:

"Eu não tive desejos".

"Eu até estranhei porque não enjoei de nenhuma comida".

As "Alterações nas Eliminações" identificadas neste estudo foram de 3 tipos: "alteração no sistema urinário", "alteração na transpiração" e "alteração nas evacuações". Destas, a mais freqüente no Início da Gravidez é a alteração no sistema urinário. Esta alteração representa-se pelo aumento do volume e principalmente da freqüência das micções:

"Tenho vontade de fazer xixi toda hora",

menos freqüente ou talvez apenas menos relatado é o "aumento da transpiração":

"Eu agora tenho muito suor; antes eu não era assim",

e a "regularização ou piora no funcionamento intestinal":

"Eu tinha um problema de prisão de ventre seríssimo e estou reguladíssima".

A "Alteração na Atividade Sexual", representada pelo "aumento ou diminuição da frequência da atividade sexual e da libido:

"Agora a gente tem até mais relações do que antes".

"Diminuiu o nº de vezes porque eu não sinto mais vontade",

embora constitua uma alteração bastante frequente, além de ser capaz de desencadear preocupações e mesmo constituir causa de brigas entre os casais, não é revelada na mesma proporção que as "meias palavras" deixa transparecer que são percebidas, não podendo por isto ser classificadas como sendo uma alteração facilmente revelada.

Percebendo a Si Mesma

"Percebendo a si mesma" é a 2ª categoria do "Começo do a perceber a presença da gravidez". Ela refere-se ao processo, que tem início na mulher, de perceber alterações em si, em seu estado psicológico/emocional, neste momento apenas como uma provável decorrência da gravidez. Cinco sub-categorias foram identificadas: "Percebendo alteração em seu estado emocional", "Percebendo alteração em seu senso de responsabilidade", "Percebendo alteração em sua auto-imagem", "Percebendo alteração em sua comunicação verbal", "Percebendo altera

ção em seus hábitos sociais".

Percebendo alteração em seu estado emocional

Esta sub-categoria refere-se às alterações percebidas pelas mulheres em seu modo de ser. Inclui a percepção de uma variedade de alterações, tais como: maior irritabilidade, maior fragilidade emocional, maior carência afetiva, maior labilidade emocional, etc.:

"Estou muito nervosa".

"Agora sinto mais necessidade de ca
rinho".

"Estou mais sensível".

"Sinto mais vontade de chorar".

Percebendo alteração em seu senso de responsabilidade

Esta sub-categoria está relacionada à percepção, pelas mulheres, de uma alteração em sua capacidade de se considerarem agentes conscientes em relação aos atos que praticam voluntariamente, acarretando a consciência de que uma vez responsáveis pelos atos que praticam devem evitar ou pelo menos reparar o mal que causarem:

"Agora me sinto mais responsável".

"...não que eu deixe de fazer as coi
sas, mas eu tento compensar...".

Percebendo alteração em sua auto-imagem

Refere-se à percepção das mulheres sobre uma alterara

ção na representação mental que possuem de si mesma, principalmente em relação a seu corpo, ou seja, à sua apresentação física. Esta representação mental tanto pode alterar para melhor:

"Acho mulher grávida bonita",

como para pior:

"Eu não me sentia grávida, me sentia gorda, redonda...".

"Estou me achando feia, gorda".

Alteração em sua comunicação verbal

Esta sub-categoria está relacionada ao conjunto das alterações percebidas pelas mulheres em sua forma de se comunicar, através da linguagem falada, com outras pessoas, especialmente com as de seu convívio diário. Ela engloba tanto a percepção de uma maior comunicação:

"Fiquei um pouco mais conversadeira",

como de menor comunicação:

"Fiquei mais calada".

Percebendo alteração em seus hábitos sociais

Algumas mulheres revelaram a percepção de alterações em sua maneira usual de ser. Assim sendo, esta sub-categoria

refere-se à percepção que a mulher tem das alterações em seus atos, usos e costumes relacionados à vida social. Os relatos permitem identificar a relação existente entre esta sub-categoria e a alteração do senso de responsabilidade:

"Agora não vou mais para o boteco para beber e bater papo",

e também com relação à consciência de como vai ser a vida de pois que a criança nascer:

"Agora a gente está saindo mais, pois a gente acha que depois que nascer vamos ficar mais presos..."

Percebendo as Pessoas

"Percebendo as pessoas" é a 3ª categoria do "Começando a perceber a presença da gravidez". Ela refere-se ao processo que ocorre na mulher de começar a perceber alterações na forma de ser das pessoas, o que neste momento é encarado apenas como uma possível decorrência da gravidez, originando três sub-categorias: "Percebendo alterações nas pessoas em geral", "Percebendo alterações no companheiro" e "Percebendo alterações nos filhos".

Nas três sub-categorias acima foi possível identificar que as mulheres percebiam não apenas alteração nas pessoas, mas também alteração na forma e na relação que mantinha com as mesmas. Algumas mulheres conseguiram expressar explicitamente que a relação com as pessoas mudam desde o início porque é como se elas estivessem totalmente abertas para dar e receber amor.

Percebendo alterações nas pessoas em geral

As mulheres deste estudo revelaram com bastante frequência o fato de perceberem algum nível de alteração em relação à forma de ser das pessoas de suas relações. No início, achavam que estas alterações poderiam ter alguma relação com a gravidez e isto tornou-se certeza com o avanço da mesma.

As alterações percebidas foram referentes a vários aspectos, por exemplo, as mulheres perceberam que as pessoas se tornaram mais carinhosas:

"... parece haver mais ternura por parte de todos",

mais condescendentes:

"As pessoas estão me poupando...ficam tirando tarefas que eram minhas",

mais preocupadas com seu estado geral e o do bebê, etc, sendo comum o fato de elas revelarem que todas as pessoas, de forma geral, durante a gravidez sempre têm alguma coisa para ensinar, orientar, etc:

"As pessoas ficam ensinando o que comer, o que pode ou não fazer...".

Elas também fizeram referência a uma espécie de carisma que exercem sobre as pessoas, de forma particular sobre as crianças. Segundo algumas mulheres é como se as crianças se sentissem atraídas por elas, o que é manifestado pela vontade de quererem brincar, conversar ou simplesmente ficarem

próximas das gestantes.

Segundo as mulheres que fizeram estes tipos de referências, isto acontecia mesmo com crianças que antes da gravidez eram muito arredias com elas:

"antes eu não conseguia brincar com o meu sobrinho, ele me estranhava, parece até que tinha medo de mim e agora não, está aberto e até carinhoso",

e até com crianças desconhecidas, é o caso, por exemplo, do fascínio de uma criança de mais ou menos seis meses que uma das gestantes encontrou num ônibus. Ela revelou emocionada que à criança faltava quebrar o pescoço para acompanhar seus movimentos.

Enfim, este é um período em que as mulheres se encontram abertas ao relacionamento e à percepção do que os meses representam.

Percebendo alterações no companheiro

Foi muito comum o fato de as mulheres revelarem a percepção de algum tipo de alteração no companheiro. No início, elas nem sempre conseguiam perceber a relação existente entre a alteração e a presença da gravidez; porém, com o tempo esta relação foi ficando cada vez mais clara para a maioria das mulheres.

As alterações percebidas foram desde as referentes ao modo de ser do companheiro do tipo: "Ele ficou mais atento... mais carinhoso... mais preocupado..." até aquelas referentes a uma mudança na fisiologia, ou melhor no funcionamento orgânico:

"Agora ele vive morrendo de sono, como eu... ele não se conforma, pois primeiro ficava até altas madrugada assistindo filmes e agora é sentar na frente da televisão e já começa a abrir a boca de sono".

"...às vezes ele come alguma coisa e já começa aquela azia, e só melhora quando vomita, como eu".

Além disso, foi possível identificar que algumas das alterações relatadas como manifestadas pelos companheiros tinham a ver com a aceitação ou não da gravidez por parte delas. Assim, muitas das alterações percebidas pelas mulheres no seu relacionamento com o companheiro, constituíram, na maioria das vezes uma consequência das alterações ocorridas e percebidas em seu estado emocional ou no do companheiro.

Percebendo alterações nos filhos

A percepção de alteração nos filhos, especialmente nos menores, foi bastante frequente e em geral, as mulheres conseguiam estabelecer mais cedo a relação existente entre a alteração percebida nos filhos e a presença da gravidez.

Aqui também as alterações percebidas foram referentes ao modo de ser da criança:

"Ele agora anda irritado, birrento..."

ou referente à mudança no seu funcionamento orgânico:

"...voltou a fazer xixi na cama".

De qualquer forma, a maioria das mulheres conseguem caracterizar estas alterações isoladas ou em conjunto como

uma manifestação de ciúmes por parte da criança ou então de medo de perder o lugar que antes era seu.

"Acho que o menor está com ciúmes, medo de perder as regalias que tem... diz que vai matar"

QUADRO 4 - Representação dos processos, sub-processos e categorias identificadas durante a vivência da etapa - Meio da Gravidez

PROCESSO	SENTINDO-SE GRÁVIDA	
SUB-PROCESSOS	PERCEBENDO A PRESENÇA DA GRAVIDEZ	PERCEBENDO A CRIANÇA
CATEGORIAS	<ul style="list-style-type: none"> - Percebendo as alterações da gravidez - Percebendo a si mesma - Percebendo as pessoas - Percebendo o período gestacional 	<ul style="list-style-type: none"> - Percebendo a presença da criança - Imaginando a criança

2.3. Meio da Gravidez

O meio da gravidez constitui a 3ª etapa da experiência de vivenciar uma gravidez. Ela tem início por volta dos 4-4,5 meses de gestação, com o surgimento dos movimentos fetais ou o aumento acentuado da barriga e termina por volta dos 8-8,5 meses de gestação com o reaparecimento ou intensificação de algumas alterações percebidas como desagradáveis.

As duas alterações que, em conjunto ou isoladamente, delimitam o início desta etapa, também desencadeiam a formação de um processo cuja vivência caracteriza a própria vivência desta etapa. Este processo está sendo denominado "Sentindo-se grávida". Isto porque, durante a sua vivência, a mulher deixa de apenas "saber-se grávida" para também começar a "sentir-se grávida".

Outra característica importante deste processo reside no fato de que durante a vivência do mesmo, geralmente diminui, desaparece ou pelo menos atenua a maioria das alterações físicas e no funcionamento orgânico percebida pelas mulheres como desagradáveis, passando a predominar sensações, sentimentos e comportamentos desencadeados pela percepção da presença e existência da criança,

De acordo com as falas das mulheres este fato torna a vivência do "Meio da gravidez" muito importante, pois ela é capaz de dissimular quaisquer dúvidas que porventura ainda possam existir em relação à continuação da gravidez. A impressão que se tem é de que, neste momento, a aceitação da gravidez é completa, ou pelo menos se aproxima muito disto.

Provavelmente, é este conjunto de "situações" que geralmente leva as mulheres a caracterizarem o "meio" como a

melhor etapa da gravidez; pois elas costumam defini-la como uma fase de descanso, devido principalmente à diminuição, de saparecimento ou atenuação das alterações surgidas no início da gravidez e que eram percebidas como desagradáveis. Aliás, este fato é tão importante que o retorno, surgimento ou exacerbação de alterações deste tipo constituem um dos eventos que marcam o fim desta etapa.

O fato de a gravidez, durante o "Sentindo-se grávida", já ter sido ou pelo menos passar a ser aceita pela maioria das mulheres faz com que a vivência deste processo seja total, repleta. Isto facilita a incorporação da gravidez na rotina diária da mulher e também a sua aceitação pelos familiares e pessoas envolvidas.

No entanto, existiram algumas gestantes que revelaram, embora implicitamente, que nesta etapa e também na posterior, ainda estavam tentando fazer a gravidez ser aceita por exemplo, pelo antigo namorado. Esta situação demonstra em parte, o quanto estas mulheres não estavam preparadas para assumir a decisão de continuarem grávidas e mais, que provavelmente não houve uma decisão de forma concreta, ou seja elas simplesmente foram sendo envolvidas pela situação e pelo tempo. Assim sendo, elas continuaram grávidas devido à decisão inerente da própria condição de estar grávida e não ao desejo de continuar grávida. Dos poucos contatos que tive oportunidade de manter com mulheres que no "Meio da gravidez" demonstravam que ainda ansiavam por uma mudança drástica em sua vida, devido a gravidez, como por exemplo, um casamento com o pai da criança, tive oportunidade de perceber que elas, de certa forma, não se envolviam muito com a gravidez, seja não percebendo muitas das mudanças ocorridas, seja pelo menos não se ligando a elas, ou melhor não as valorizando. Além disso,

foi possível identificar também que grande parte de seus es forços, pensamentos e sentimentos encontravam-se voltados por exemplo, para a tentativa de concretizar o casamento, mesmo que neste momento já tivessem descoberto que o pai da criança não significava mais nada para elas.

Às vezes a "acomodação" apresentada por estas mulheres era tão intensa que elas não assumiam uma posição nem durante este processo. Elas simplesmente se deixavam envolver pela situação. É o caso, por exemplo, de uma adolescente que revelou nunca mais ter conversado com o ex-namorado, apesar de estar sempre junto com os familiares quando eles iam conversar com ele. Ela costumava dizer que para ela tanto fazia casar ou não casar e que achava que nada na sua vida havia mudado com a gravidez.

Nesta gestante, assim como na maioria das que no "Meio da gravidez" ainda ansiavam por mudanças drásticas em sua vida, foi possível identificar o não envolvimento com o processo que estava ocorrendo em seu interior. Tenho a sensação de que elas se sentiam de fora, é como se estivessem assistindo a um filme. O não envolvimento destas poucas mulheres com o processo de gestação nesta etapa em que a gravidez já se encontra tão avançada foi algo que me impressionou muito. Pois, ao contrário do que acontece com a maioria das mulheres que até se emocionam ao relatarem espontaneamente a sensação sentida diante por exemplo, dos primeiros movimentos fetais, estas mulheres só faziam este relato quando inqueridas e muitas vezes de maneira impessoal, até mesmo fria.

Isto é contrário a tudo o que eu observei em relação à vivência das mulheres durante o meio da gravidez, pois se, por um lado, elas afirmam que até parece que elas não estão grávidas, tal a diminuição da percepção de alterações reconhe

cidas como desagradáveis. Por outro, este é um período muito carregado de emoções. O "sentir-se grávida" na fala das mulheres, principalmente das primíparas, é uma dádiva de Deus. Provavelmente é isto que faz com que todos os seus sentimentos, atitudes e comportamentos girem em torno de sua sensação de estar grávida. As mulheres com quem conversei nesta etapa costumavam falar que era como se elas estivessem totalmente abertas para dar e receber amor.

O "Sentindo-se grávida" é formado por 3 sub-processos: "Percebendo a presença da gravidez", "Percebendo a criança" e "Percebendo as pessoas".

PERCEBENDO A PRESENÇA DA GRAVIDEZ

Este sub-processo refere-se ao conjunto dos sentimentos, atitudes pensamentos e percepções das mulheres que demonstram a sua condição de estar consciente sobre a existência da gravidez. Ele é formado por quatro categorias: "Percebendo as alterações da gravidez", "Percebendo-se a si mesma", "Percebendo as pessoas" e "Percebendo o período gestacional".

Percebendo as Alterações da Gravidez

Refere-se ao processo consciente das mulheres de perceberem determinadas alterações como uma decorrência da gravidez em evolução. Dois tipos de alterações estão sendo considerados, dando origem a duas sub-categorias: "Percebendo alterações físicas" e "Percebendo alterações no funcionamento orgânico".

Percebendo alterações físicas

O relato sobre alterações físicas no "meio da gravidez" não costuma ser espontâneo e nem muito freqüente, embora seja possível identificar que as mulheres continuam a perceber alterações neste campo.

Ao que parece, a familiarização com certos tipos de alterações físicas, tais como o aumento dos seios e do peso, bem como a transformação na forma do corpo, etc, associada à percepção de outros eventos considerados no momento como sendo mais importantes, são os principais responsáveis por uma baixa na freqüência de relatos sobre alterações físicas no meio da gravidez.

Dentre as alterações físicas mencionadas neste período em relação às partes do corpo, a mais freqüente sem dúvida é o surgimento ou crescimento acentuado da barriga. A maioria das outras alterações relatadas nesta etapa foram aquelas referidas como tendo início a partir do meio da gestação, é o caso por exemplo do surgimento de estrias nos seios, no abdômen e nas pernas, surgimento de pressão e de câimbras na barriga, e câimbras, dores e adormecimento nas pernas, etc.

O aumento de peso durante o "Meio da gravidez" só costuma constituir-se em relato quando este está acima do esperado, tanto pela equipe médica como pela gestante. Isto geralmente costuma gerar preocupação e angústia nesta fase:

"Acho que estou engordando muito..."

A percepção de alterações na forma do corpo nesta etapa diminui ou pelo menos deixa de ser facilmente relatada, para ser mencionada geralmente como algo que já aconteceu, ou

seja muito pouco em relação ao momento presente:

"Logo no começo já fiquei quadrada, sem cintura".

Percebendo alterações no funcionamento orgânico

De forma geral parece haver estabilização e até mesmo uma diminuição na percepção de manifestações de alterações no funcionamento orgânico. É difícil afirmar com certeza até que ponto esta diminuição é real ou não; de qualquer forma, o importante é que as mulheres percebem desta forma, ou seja, para elas, neste período, há uma diminuição na frequência dos enjoos, dos vômitos, das micções, da mesma forma que há diminuição na sonolência, na indisposição geral. Emfim, em todas as manifestações que, no início da gravidez, eram percebidas como desagradáveis, seja pela frequência, ou talvez até pelo impacto do desconhecido.

Porém, paralelamente a este tipo de percepção que é comum à maioria das mulheres, existe a percepção de um crescendo como é o caso por exemplo da tendência lenta, porém, crescente e gradual de instalação de dores nas costas.

Percebendo a Sí Mesma

"Percebendo a sí mesma" no meio da gravidez constitui uma das categorias do "Percebendo a presença da gravidez". Nesta etapa, esta categoria refere-se ao processo já instalado na mulher de perceber alterações em si, em seu estado psicológico/emocional como uma decorrência da gravidez. Aqui, assim como no início da gravidez, quatro sub-categorias foram

identificadas: "Percebendo alteração em seu estado emocional", "Percebendo alteração em seu senso de responsabilidade", "Percebendo alteração em sua auto-imagem" e "Percebendo alteração em sua comunicação verbal".

De forma geral, as alterações referentes a estas quatro sub-categorias percebidas no "Meio da gravidez" são as mesmas do "Início da Gravidez".

Embora a maioria das mulheres relatem a percepção de uma maior estabilidade emocional nesta etapa, os relatos referentes à percepção de uma maior carência afetiva, bem como de uma maior sensibilidade e labilidade emocional são bastante frequentes.

Percebendo as Pessoas

Esta categoria, durante o "Meio da gravidez", refere-se ao processo já instalado de perceber e notar determinados tipos de alterações nas pessoas como uma decorrência da gravidez, originando, neste momento, assim como no início da gravidez, 3 (três) sub-categorias: "Percebendo alterações nas pessoas em geral", "Percebendo alterações no companheiro" e "Percebendo alterações nos filhos".

Os tipos de alterações percebidas nas pessoas neste momento não diferem das percebidas no "Início da gravidez", em quaisquer uma das sub-categorias acima, a não ser pelo aumento da frequência em que são percebidas e relatadas e inclusive pela intensificação à medida que a gestação avança.

Percebendo o Período Gestacional

Esta é a 4ª e última categoria do "Percebendo a pre

sença da gravidez". Ela refere-se ao processo consciente da mulher de comparar e avaliar o período de gestação. Duas sub-categorias foram identificadas: "Avaliando o período gestacional" e "Comparando esta gravidez com a anterior".

Avaliando o período gestacional

Refere-se às manifestações em que as mulheres declaravam a sua percepção do período de gestação em termos de qualidade de um tempo dado. De acordo com estas manifestações o tempo da gravidez na vida da mulher tanto pode ser percebida, como um período bom,

"Sinto a gravidez como o melhor período da vida".

"Minha vida mudou para melhor em muita coisa",

como um período ruim:

"Eu tinha muita saúde, agora fico toda doída".

"Primeiro eu era uma mulher forte, agora emagreci muito".

Comparando esta gravidez com a anterior

Esta sub-categoria relaciona-se às manifestações nas quais as mulheres, com intuito avaliativo, comparavam as alterações percebidas nesta gravidez com as percebidas nas gravidezes anteriores.

A partir destas comparações pode-se identificar que as mulheres tanto podem achar uma gravidez melhor:

"Esta é a minha 4ª gravidez e está sendo bem diferente, pois não sinto nada".

ou pior que a anterior:

"Nas outras gravidez nunca tive problemas e desta vez já precisei internar 3 vezes..."

"Das outras vezes não tinha esse dolorimento..."

PERCEBENDO A CRIANÇA

"Percebendo a criança "constitui o 2º sub-processo do "Sentindo-se grávida". Na realidade este é o sub-processo mais importante porque é a sua vivência que proporciona à mulher o "sentir-se grávida". Este sub-processo refere-se às percepções das mulheres referentes a toda espécie de sentimentos, pensamentos, medos, crenças, etc. relacionados à criança em formação. Ele é formado por duas categorias: "Percebendo a presença da criança" e "Imaginando a criança".

Perecebendo a Presença da Criança

Esta categoria refere-se a todas as manifestações nas quais as mulheres declararam explicitamente o início da percepção referente à presença da criança. Ela é formada de três sub-categorias: "Percebendo os movimentos da criança", "Reagindo aos primeiros movimentos da criança" e "Percebendo a formação da criança".

Percebendo os movimentos da criança

Esta sub-categoria, como o próprio nome indica, engloba todos os relatos nos quais as mulheres manifestaram explicitamente o início da percepção dos movimentos fetais. Esta percepção é de importância tal que algumas mulheres só iniciam um processo de relacionamento com o filho após a sua identificação, como pode ser observado nas duas falas que seguem:

"Por enquanto ainda não estou conversando com o nenê, estou esperando começar mexer...".

"Depois que começou mexer fiquei mais carinhosa, vivo passando a mão na barriga, agora sei que está ali de verdade".

Esta sub-categoria possui cinco propriedades:

"Interpretando os movimentos da criança":

"Quando mexe parece que está avisando que está vivo".

"Interpretando a ausência de movimentos da criança":

"Acho que ele é preguiçoso, por isto não se mexe".

"Tendo sentimentos diante dos movimentos da criança":

"Sinto muita alegria quando a criança mexe, é uma emoção".

"Relatando os movimentos da criança":

"A criança dá muito chute e pontapé a qualquer hora do dia" e

"Sentindo desconforto com os movimentos da criança:

"Quando mexe dá dor na barriga, uma fraqueza, uma agonia...".

Reagindo aos primeiros movimentos da criança

Nesta sub-categoria, como o próprio nome indica, estão incluídos todos os tipos de sentimentos percebidos e que foram relatados pelas mulheres diante da percepção dos primeiros movimentos da criança. Estão incluídos também os sentimentos percebidos diante da ausculta, pela 1ª vez, dos batimentos cardíacos. Nos exemplos a seguir e em todos os relatos das mulheres referentes a estes aspectos, é possível identificar a predominância de sentimentos profundos:

"Eu até chorei quando mexeu pela 1ª vez, é lindo".

"Foi numa sensação incrível, uma emoção muito boa quando ouvi o coração do nenê a primeira vez".

Percebendo a formação da criança

Nesta sub-categoria, como o próprio nome indica, estão incluídas todos os relatos onde as mulheres manifestaram o conhecimento e a idéia que possuem da criança em formação de acordo com a sua idade:

"Acho que já deve estar pronto, pela idade, mas não para nascer. Falta ter a idade certa e ficar mais forte",

ou em relação à sua forma de apresentação:

"...bom, não sei se é a cabeça porque agora já sei que está com as pernas para cima".

Imaginando a Criança

Imaginando a criança é a 2ª categoria do "Percebendo a criança". Ela refere-se a todos os relatos onde as mulheres manifestaram explicitamente qualquer tipo de pensamento ou imagem mental que possuíam da criança em formação. Ela é formada por cinco sub-categorias: "Tendo sensações em relação à criança", "Prevendo o sexo da criança", "Tendo crenças em relação à criança", "Tendo preocupações em relação à criança" e "Tendo medos em relação à criança".

Tendo sensações em relação à criança

Esta sub-categoria refere-se aos relatos nos quais as mulheres manifestaram suas impressões em relação à criança, ou seja, onde as mulheres manifestaram seu processo sensorial consciente, relacionado com a formação e desenvolvimento da criança em seu interior. A sensação final resultante deste processo tanto pode ser de que a criança está bem:

"Penso que está bem mais agasalhado lá do que aqui fora".

"Imagino que está lá dentro de jeito gostoso",

ou de que a criança não está bem:

"Acho que já está meio incômodo... que o espaço está cada vez menor e que ele não está à vontade".

Prevendo o sexo da criança

Nesta sub-categoria estão incluídos os relatos onde

é possível identificar que as mulheres, de forma consciente ou não, fazem conjeturas, suposições, pressuposições, prognósticos, etc em relação ao sexo da criança que está por vir:

"Penso que pode ser menina, porque não inchou a perna e dos meninos inchou".

"Quando meu marido abraça ele chuta, como já ouvi falar que quando é homem não gosta que o marido se aproxima, penso que vai ser homem".

Tendo crenças em relação à criança

Esta sub-categoria refere-se aos relatos onde as mulheres manifestaram suas crenças à respeito da criança, seja na vida intra ou extra-uterina. Vale salientar que a maioria das crenças identificadas não pareciam ser totalmente incorporadas, pois foi comum o fato de as mulheres se manifestarem com palavras como: "Dizem..." "não sei se é verdade, mas ...", etc; de qualquer forma, elas pareciam acreditar em partes nestas informações ou pelo menos costumavam respeitá-las:

"A minha vó fala que durante a gravidez não pode comer pimenta porque se não a criança pode ter muita cólica".

"Eu não sei se é verdade eu sempre ouvi falar que quando a mulher grávida tem vontade de comer alguma coisa, ela precisa comer porque senão a criança pode nascer com problema: no rosto... uma mancha, sei lá o que".

Tendo preocupações em relação à criança

Esta sub-categoria refere-se aos relatos nos quais as mulheres manifestaram a presença de alguns tipos de pensa

mentos dominantes em relação à criança, sobrepondo-se a quaisquer outros, refere-se também às inquietações, sofrimentos e perturbações causadas por idéias fixas e antecipadas sobre a criança:

"Quando ele fica algum tempo sem mexer, uma tarde por exemplo, eu me preocupo achando que pode ter acontecido alguma coisa".

Tendo medos em relação à criança

Nesta sub-categoria estão incluídos todos os relatos onde as mulheres manifestaram sentimentos de grande inquietação ante a noção de um perigo, real ou imaginário, em relação à criança. A partir destes relatos identifiquei que as mulheres deste estudo durante a gravidez possuem pelo menos três (3) tipos diferentes de medos em relação à criança. Ou seja, elas têm medo que a criança seja machucada por elas ou por terceiros:

"Eu tenho medo de encostar na criança durante a relação sexual".

"Depois que a barriga cresceu mais, eu morro de medo de descer escadas com algum pacote e cair, porque não enxergo os degraus".

"Tenho medo que machuquem a criança na hora do parto",

medo de perder a criança:

"Prá mim é um alívio quando o médico diz que está tudo correndo bem porque eu morro de medo de não conseguir chegar até o fim... medo de perder a criança",

e medo da criança ter algum tipo de problema:

"Não consigo tirar da cabeça, toda hora penso no fato da criança poder ter problema".

QUADRO 5 - Representação dos processos, sub-processos e categorias identificadas durante a vivência da etapa - Fim da Gravidez

PROCESSO	ESPERANDO NASCER		
	VIVENDO COM ANSIEDADE	PERCEBENDO O FINAL DA GRAVIDEZ	PERCEBENDO A CRIANÇA
CATEGORIAS	<ul style="list-style-type: none"> - Tendo ansiedade - Tendo preocupações - Tendo medos 	<ul style="list-style-type: none"> - Percebendo as alterações do final da gravidez - Percebendo a si mesma - Percebendo as pessoas - Percebendo o período gestacional 	<ul style="list-style-type: none"> - Percebendo a presença da criança - Imaginando a criança

2.4. O Fim da Gravidez

O "fim da gravidez" constitui a 4ª e última etapa identificada na experiência de vivenciar a gravidez. Ela tem início por volta dos oito, oito meses e meio de gravidez, com o reaparecimento de algumas alterações percebidas pelas mulheres como desagradáveis e também com a percepção do aumento do estado de ansiedade, e termina na 1ª semana do 10º mês de gravidez, com o parto.

Basicamente, os dois eventos que marcam o início desta etapa, em conjunto ou isoladamente, desencadeiam a formação de um processo cuja vivência constitui a característica principal desta etapa. Este processo está sendo denominado "Esperando nascer". Isto porque nesta etapa, tudo o que a mulher faz, pensa, sente, etc., tem a ver com o compasso de espera vivido por ela em relação à hora do nascimento da criança.

Este tempo no qual a mulher está esperando o nascimento da criança (esperando que a criança ganhe peso para poder nascer, esperando ficar tudo pronto na criança, etc), é caracterizado por muita ansiedade. Esta, tanto pode desencadear como ser desencadeada por uma série de preocupações. De qualquer forma, o resultado disto parece ter a ver com a grande quantidade de sintomas de alterações físicas e fisiológicas que a mulher passa a perceber como desagradáveis nesta etapa.

A impressão que eu tive ao conversar com as mulheres deste estudo é a de que, quando elas chegam nesta etapa, já viveram muitas emoções referentes à presença do filho e já estão, de certa forma, cansadas de imaginá-lo. Por isto, sen

tem necessidade de vê-lo, tocá-lo, senti-lo, enfim, de tê-lo em seus braços. Assim sendo, apesar de elas saberem que a criança precisa de um tempo "x" para se desenvolver, nesta ocasião, elas têm a sensação de que este tempo é demasiadamente longo. Isto gera muitas angústias e ansiedades:

"Eu não aguento mais, não vejo a hora de ganhar..."

Se, por um lado o avanço nos conhecimentos tornou mais fácil o controle sobre o período da gestação, por outro lado, sem dúvida nenhuma, ele tem corroborado na instalação de ansiedade nas mulheres em estado de gravidez. Um exemplo disto é o cálculo da data provável do parto, que faz com que a proximidade da data provável do parto também constitua um tempo de espera. Um outro tempo que a maioria das mulheres também consideram demasiadamente longo e que é vivido com ansiedade. Muitas das mulheres deste estudo referiram que gostariam que o parto acontecesse o mais breve possível, apesar de ponderarem que um parto antes do prazo não era desejável, devido aos problemas que poderiam advir:

"As vezes me dá vontade que nasça antes do tempo mesmo...mas aí eu fico com medo de acontecer alguma coisa de ruim..."

A ultrapassagem da data provável do parto, por sua vez, apesar de pouco frequente, se mostrou como um evento capaz de gerar ainda mais angústia. Este é um fato que provoca grande preocupação; em geral a primeira coisa que as mulheres que experienciam esta situação pensam é que a criança não está bem. E isto, é claro, gera angústia, tensão e medo:

"Penso que ele não esta bem desde de pois do dia 21; fico achando que ele não está certo para nascer... Estou preocupada... com medo... O meu marido e as crianças também estão preocupados". (12 dias de atraso)

Além disso, quando a mulher está certa de que seu filho nascerá em determinada data e esta expectativa é frustrada devido, por exemplo, a um erro de cálculo, ela pode ficar contrafeita e até revoltada com o tipo de assistência que recebeu. Além disso, um erro deste tipo pode ser o gerador de muitas angústias e também de problemas práticos, tais como os vividos pela dona da fala que segue:

"Eu fico preocupada também com o que vai acontecer, meu marido pegou férias desde o dia 20 para poder ajudar: cuidar de mim, das crianças... e daqui a pouco vai estar na hora dele voltar e ainda não ganhei..."

Independente dos cálculos referentes à data provável do parto, fato é que com a proximidade crescente desta data, a maioria das mulheres tendem a perceber mais alterações desconfortáveis e também a apresentarem mais reações que, de certa forma, demonstram, ou melhor, dão a impressão de que elas estão mais voltadas para dentro de si:

"As vezes meu marido até acha ruim dizendo que eu pareço estar no mundo da lua, pois ele conversa comigo e não respondo e também porque fico horas sem conversar, só pensando...",

e também para sentimentos representados pelo medo da criança não ser normal, de não saber reconhecer os sinais do trabalho de parto, etc.

Algumas buscam esclarecer suas dúvidas:

"Eu sempre procuro conversar com a minha mãe e mesmo com a vizinha, para saber de alguma coisa que começo sentir, eu pensava que agora no final não ia mais ter problema, mas que nada..."

mas a maioria não questiona nada ou quase nada:

"Saber a gente não sabe, vai aprendendo é com a vivência mesmo, não adianta ficar perguntando prá um e prá outro, porque cada um é de um jeito".

Há também aquelas que deixam transparecer toda sua tensão e ansiedade:

"Eu já não sei mais o que é dormir uma noite inteira, nada me agrada, nenhuma posição. Não vejo a hora de ganhar".

e aquelas que tentam não deixar transparecer sua tensão, dizendo: "está tudo bem... está tudo normal". Outras ainda velam o estado de ansiedade vivido pelos familiares:

"Lá em casa está todo mundo ansioso querendo que nasça logo".

À medida que se aproxima a data provável do parto, um outro tipo de medo começa a se instalar nas mulheres, o medo de não saber reconhecer os sinais do trabalho de parto, o qual passa a constituir neste momento, motivo de preocupação. Apesar deste ser um momento bastante esperado, e de ser muitas vezes, facilmente identificável nas mulheres a presença de sentimentos de insegurança quanto às suas condições de

reconhecer os sinais do trabalho de parto, cuidar de si e do bebê, etc; elas quase nunca perguntam ou buscam, junto ao pessoal da área da saúde, informações a este respeito. Por outro lado, é comum o fato de elas verbalizarem, de alguma forma, que este tema já constituiu assunto de conversas com outras pessoas, o que reforça minha idéia de que ele se constitui num dos motivos de preocupação para as mulheres durante a vivência do "fim da gravidez".

Eu observei também que existiram diferentes formas de as gestantes manifestarem suas preocupações e medos. Algumas vezes foi através do relato de seus sonhos, outras, ao se mostrarem muito queixosas e outras ainda, ao fazerem questão de não se queixarem nunca, só mesmo quando interrogadas e muito interrogadas.

De qualquer forma, a expectativa da hora é algo sempre presente e as mulheres parecem ficar mais tranquilas quando, na assistência prestada, lhes é dada, de alguma forma, a oportunidade de esclarecer dúvidas, mesmo sobre temas que tenham sido abordados com outras pessoas.

Isto, porque a proximidade da data provável do parto, intimamente, também desperta o medo e a sensação de estar arriscando a vida. As informações incompletas por exemplo, de que precisa cortar lá embaixo, constitui motivo de preocupação, principalmente, para as primíparas, uma vez que elas ouvem falar que este é um processo doloroso. Por isto, elas muitas vezes costumam manifestar o desejo de fazer uma cesárea. Este desejo também foi manifestado com bastante frequência pelas grandes multíparas que pensam em aproveitar e já fazer a laqueadura. Porém, a necessidade da administração de uma anestesia para o desenvolvimento de tal procedimento faz aumentar, nas mulheres, a sensação de risco de vida, o que é

perceptível através da frequência com que elas relatam e comentam casos onde as mulheres morreram na hora do parto.

Por outro lado, a desinformação sobre o tipo de parto que terão também demonstrou constituir um motivo real de preocupação para grande parte das mulheres deste estudo, principalmente para aquelas que faziam o pré-natal em instituições públicas. Algumas delas conseguiram verbalizar esta preocupação dizendo, por exemplo, que no pré-natal já sentiam falta de um atendimento mais pessoal e de ter um médico fixo e principalmente que gostariam de saber quem iria fazer o parto.

Estes aspectos demonstraram ser tão importantes para algumas gestantes, principalmente para as primigestas que quando elas podiam, optaram por fazer o pré-natal com um médico particular, ou em dois locais, como pode ser observado na fala que segue:

"Eu fiz o teste de gravidez aqui e já comecei o pré-natal. Mas no do primeiro eu precisei fazer cesárea, então lá pelo quarto mês eu comecei com um médico particular. Pode complicar... é bom ter um médico certo, um médico que já conhece a gente para fazer o parto. Continuo fazendo o pré-natal aqui porque gosto e também por causa dos exames. Se a gente for fazer por conta fica muito caro. Quando o médico particular pede um exame, eu falo aqui e eles pedem para mim, depois eu copio e levo o resultado para ele".

A preocupação com a hora do parto e com aspectos correlatos não constitui privilégio apenas das primigestas, no caso das mulheres que já tinham tido filhos, a lembrança da experiência de parto vivida na gravidez anterior pode constituir tanto motivo de preocupação:

"Eu passei muito mal na da 1ª, minha pressão subiu muito, perdi muito sangue e o médico até pensou que eu não fosse escapar, por isto, estou preocupada e com medo".

como de tranquilidade:

"Acho que vai correr tudo bem, das outras vezes eu trabalhei o dia inteiro sem nada, quando chegou à noitinha foi que começou uma dorzinha fraca, fui para o hospital e ganhei logo, sem problema nenhum".

Se por um lado observei facilmente, a influência da história anterior das não primigestas em suas expectativas e sentimentos vividos na gravidez atual, por outro lado, observei que no caso das primigestas eram os contatos mantidos com várias pessoas, especialmente com pessoas significantes que já haviam vivenciado a experiência de uma gravidez, que determinavam a qualidade e o tipo da maioria dos sentimentos apresentados por elas, principalmente no período que antecedia o parto.

Neste sentido, vale salientar que foi especialmente de mulheres que estavam atravessando esta última etapa da experiência de vivenciar a gravidez que tive oportunidade de ouvir grande parte dos relatos referentes ao apoio recebido durante a gravidez e também alguns relatos avaliativos em relação à assistência pré-natal.

Além disso, durante minhas sessões de observação, tive oportunidade de identificar que no final da gravidez a sala de espera para a consulta médica, constitui uma importante fonte de informações para as mulheres, pois é nela que elas trocam experiências e recebem um grande número de informações.

As observações feitas demonstraram também que as mulheres, neste local, costumam falar de suas experiências e dúvidas com bastante desenvoltura. E, embora para algumas mulheres a experiência vivida por outras pessoas as assustem:

"Eu fico com medo... a mulherada fala tanta coisa, hoje mesmo falaram de uma que deixou passar o prazo e o nenê quase morreu, nasceu todo verde. Falaram também de uma que morreu por causa da anestesia",

elas na verdade, representaram para muitas delas uma fonte importante de informação, senão a única fora do seio familiar, e social já que algumas referiram não terem recebido nenhuma informação sobre vários assuntos durante todo o decorrer da assistência pré-natal:

"Ninguém falou destas coisas comigo não, eles só querem saber de ficar fazendo contas, medir a barriga e escutar o nenê".

Por isto, diante deste tipo de assistência e a medida que oferecem ajuda e dão informações, a família e os amigos constituem importante fonte de informações, apoio e suporte durante a gravidez. Como fonte de informações, eles costumam ensinar entre outras coisas, o como aliviar sintomas, como cuidar do nenê, etc e como fonte de suporte eles são importantes a partir do momento em que colaboram no desempenho das atividades diárias e/ou se prontificam a assumir os cuidados da casa e dos outros filhos durante a hospitalização. Isto demonstrou ser muito importante para a mulher, pois este fato costuma ser uma preocupação significativa, principalmente no fim da gravidez.

Da mesma forma, o saber se terá ou não a presença de algum familiar em casa nos primeiros dias após o parto, tam bém demonstrou constituir um motivo de preocupação e conse quentemente um potencializador de ansiedade, essencialmente à medida que se aproxima da data provável do parto, devido não só à preocupação com os filhos menores, mas também devido ao medo de não saber cuidar e atender adequadamente o bebê:

"Fico com medo até de não ter leite de tanta preocupação, pois minha mãe só vai poder ficar uns diazinhos e eu morro de medo de não saber cuidar di reito".

Embora todas as constatações citadas anteriormente me levem a considerar que são muito poucas as mulheres que não sentem algum tipo de preocupação nos dias que antecedem o parto, constatei que a atividade da equipe de saúde nesta fa se, como nas demais, se restringe muito aos aspectos físico-patológicos e assim sendo, muito pouco se fala, orienta ou apoia psicologicamente as mulheres.

Ou seja, poucos representantes da equipe de saúde se preocupam em confortá-las quanto às suas angústias e medos, mesmo em relação aos dados do exame físico e resultados dos exames de laboratórios como pode ser observado na fala que se gue:

"... os resultados dos exames por exemplo, eles escrevem e não falam na da e se pergunto, só falam que está tudo bem, mas não explicam o porque das coisas".

Assim sendo, identifiquei que em geral, a gestante,

enquanto cliente, é informada apenas de que está tudo bem, mas não o que isto significa. Isto por sua vez, faz com que algumas mulheres em estado de gravidez percebam uma espécie de descaso, por parte da equipe de saúde, em relação a evolução de sua gravidez. Em última instância, elas sentem falta de informações sobre o que poderá acontecer, ou melhor, sobre o que é normal que aconteça durante uma gravidez, mesmo quando não estão sentindo nada, pois o medo do desconhecido de monstrou ser um fator de preocupação bastante grande para as mulheres deste estudo, como pode ser percebido na fala que segue:

"... todo mundo ia gostare ficar mais tranqüila, porque a gente sempre as susta quando começa a aparecer ou señ tir alguma coisa que não tinha antes, principalmente prá mim que não tenho ninguém mais experiente para conver sar".

Portanto, como pode ser detectado nos exemplos aci ma, uma grande parte das mulheres deste estudo considera as informações que recebem quanto a evolução da gestação como sendo vagas e superficiais, e isto, leva-as a desacreditarem, até certo ponto, da assistência recebida. Desta forma, a as sistência dispensada às mulheres, ao invés de tranquilizá-las, geram entre outras coisas, preocupação não só com seu estado geral mas também com o estado geral da criança.

Além disso, qualquer problema que possa surgir ou o surgimento de qualquer novo desconforto ou alteração física desconhecida ou não esperada, dentro do contexto de ansiedade em que elas já se encontram, normalmente vai conduzí-las a uma potencialização da ansiedade. É por isto e todas as ra zões já citadas que durante a vivência do "Esperando nascer",

além de alguns processos identificados nas etapas anteriores, identifica-se também a existência de um processo que foi denominado de "Vivendo com ansiedade". Portanto, os 3 sub-processos identificados durante o fim da gravidez são: "Vivendo com ansiedade", "Percebendo o final da gravidez" e "Percebendo a criança".

VIVENDO COM ANSIEDADE

Este sub-processo refere-se ao conjunto das vivências de ansiedade experienciadas pelas mulheres durante o "Fim da gravidez". Ele é formado por 3 categorias: "Tendo ansiedade", "Tendo preocupações" e "Tendo medos".

Tendo Ansiedade

Esta categoria refere-se a todos os relatos onde as mulheres manifestaram explicitamente a vivência de um estado de ansiedade. Ela é constituída de uma única sub-categoria que foi denominada "Tendo ansiedade em ganhar nenê logo".

Tendo ansiedade em ganhar nenê logo

Como o próprio nome indica, esta sub-categoria engloba as manifestações nas quais é possível identificar a ansiedade experienciada pelas mulheres em relação ao nascimento da criança, resultando, como pode ser observado nos exemplos abaixo, num desejo de que este ocorra no menor espaço de tempo possível, apesar de não desejar um parto antes do prazo,

devido aos problemas que isto pode significar.

A ansiedade em ganhar nenê logo pode surgir por vá-
rios motivos, tais como o desejo de ver o nenê:

"Estou eufórica para ver o bebê...ver
como ele é, a cor dos olhos, o peso,
o tamanho...".

o desejo de ficar sem barriga:

"Não vejo a hora de ganhar, acho que
é para ficar livre da barriga",

a vivência de dificuldades econômicas:

"Eu queria ganhar logo porque não te-
nho mais roupa que sirva e anda tudo
tão caro... não dá para comprar, prin-
cipalmente porque sei que vou usar tão
pouco tempo",

o fato de não estar passando bem:

"Tenho me sentido agoniada com vanta-
de de ganhar logo, pois tenho passado
muito trabalho",

ou simplesmente por "pura" ansiedade:

"Eu já estou ansiosa... tudo eu penso
que já é hora de ganhar".

"Não vejo a hora de ganhar, já esta
tudo comprado e arrumado".

Tendo Preocupações

Esta categoria engloba os relatos referentes às

experiências de preocupações vividas pelas mulheres, no final da gravidez, representadas pela presença de alguns tipos de pensamentos dominantes em relação principalmente à criança e ao parto, sobrepondo-se sobre os demais. É possível observar que nesta etapa, assim como nas demais, as preocupações experienciadas pelas mulheres estão relacionadas ao estado de ansiedade vivido por elas.

"Eu me preocupo de ficar assim... sem saber quem vai fazer o parto".

"Fico preocupada em começar a sentir as dores e não ter como ir para o hospital".

As preocupações relacionadas à criança refletem, de certa forma, a inexperiência em cuidar de crianças, como pode ser observado nos exemplos que seguem:

"Fico preocupada em não saber cuidar, não saber o que fazer, principalmente quando começar a chorar e não parar mais".

"Acho que não vai ser fácil, fico preocupada, com medo de não dar conta de cuidar, de não ter paciência".

Tendo Medos

Nesta categoria estão incluídos todos os relatos onde as mulheres manifestam sentimentos de grande inquietação ante a noção de um perigo real ou imaginário. Esta noção de perigo percebida nesta etapa é produto da ansiedade e da preocupação vivida neste mesmo período. Por isto, o medo no fim da gravidez, pode ser de não saber reconhecer o início do trabalho de parto:

"Tenho medo de não saber reconhecer os sinais de trabalho de parto".

"Eu fico com medo de deixar passar a hora",

da anestesia:

"Eu tenho medo da injeção, se for cesárea, dizem que dói muito".

"Eu queria "ligar" mas tenho medo por causa da anestesia",

da cesárea:

"Eu queria que fosse parto normal, acho que tenho medo da cesárea",

do parto:

"Eu tenho medo do parto"

"Eu tenho medo da dor do parto".

"Eu tenho medo de passar frio na hora do parto".

e de morrer:

"Eu tenho medo de morrer na hora de ganhar, acho que pela idade".

PERCEBENDO O FINAL DA GRAVIDEZ

Este sub-processo refere-se ao conjunto dos sentimenu

tos, atitudes, pensamentos e percepções das mulheres que de mostram a condição das mesmas de estar conscientes sobre a proximidade do término da gravidez. Ele é formado por 4 categorias: "Percebendo as alterações do final da gravidez", "Percebendo a si mesma", "Percebendo o período gestacional" e "Percebendo as pessoas".

Percebendo as Alterações do Final da Gravidez

Esta categoria refere-se ao processo consciente das mulheres de perceberem determinadas alterações como decorrentes do fim da gravidez. Aqui, assim como no "início" e no "meio da gravidez" dois tipos de alterações estão sendo considerados, originando duas sub-categorias: "Percebendo alterações físicas" e "Percebendo alterações no funcionamento orgânico".

Percebendo alterações físicas

No final da gravidez observei que os relatos sobre a percepção de alterações físicas voltaram a ser bastante frequentes e também mais espontâneos. Isto por sua vez, possibilitou que eu identificasse que, neste período, além de ocorrer uma intensificação na percepção de algumas alterações físicas já referidas anteriormente, também ocorre um aumento na variedade e na frequência das mesmas, principalmente quando comparadas com as percebidas no meio da gravidez.

Contudo, a percepção de alterações físicas no final da gravidez é referida quase que exclusivamente em relação às partes do corpo; ou seja, as alterações na forma e no peso do corpo são muito pouco referidas. Este é um aspecto curioso,

pois embora uma parcela razoável de mulheres tenham demonstrado de forma variada, certa preocupação com o aumento, muitas vezes excessivo, de peso, elas não costumavam situar este aumento como uma alteração. Isto, provavelmente, acontece porque desde o início da gravidez, o aumento de peso, tanto quanto a mudança na forma do corpo, é gradativa e constante; assim sendo, no final da gravidez as mulheres parecem já terem interiorizado estas mudanças, passando então a não mencioná-las como alterações.

Com relação às características das alterações físicas em partes do corpo, observei que a forma com que as mulheres as percebem no final da gravidez, permite que a maior parte delas seja identificada como uma espécie de desconforto. Isto, basicamente, por dois motivos: 1º - as alterações percebidas não são permanentes e 2º - apesar de desagradáveis, elas são suportáveis a ponto de não exigir uma intervenção médica.

Já com relação às partes do corpo mencionadas, embora eu tenha constatado que os membros inferiores constitui a parte do corpo onde as mulheres percebem o maior número de alterações físicas no final da gravidez e portanto, o maior número de desconfortos, estes também são encontrados nos membros superiores, na barriga e nos seios.

Os desconfortos nos membros inferiores mais frequentes, ao fim da gravidez, são as câimbras, as dores, o cansaço, o adormecimento e as varizes nas pernas; bem como o edema e a sensação de peso nos pés. A maioria destes desconfortos possuem características, ou seja, as câimbras, por exemplo, costumam surgir após longas caminhadas e durante a noite. Da mesma forma, as dores nas pernas e nas varizes, tanto quanto o cansaço nas pernas, também podem surgir após longas

caminhadas e até após caminhadas de pequenos percursos. Em contrapartida, as pernas costumam "adormecer" após a permanência de um certo tempo numa mesma posição, sentada por exemplo. Já o edema e a sensação de peso nos pés costumam ser mais frequentes no calor e no final da tarde.

Nos membros superiores, os desconfortos mais frequentemente percebidos e revelados pelas mulheres ao fim da gravidez foram o edema das mãos, principalmente no calor e no final da tarde; o aumento na temperatura das mãos, referido pelas mulheres como "muito calor nas mãos"; o aumento na umidade das mãos, uma vez que algumas mulheres referiram ter as mãos, neste tempo, sempre "suadas" e a diminuição no tônus muscular do braço referido como "fraqueza" ou "falta de forças" nos braços.

Com relação à barriga, os desconfortos percebidos com maior frequência pelas mulheres deste estudo no final da gravidez foram as dores, que costumam surgir ao caminhar e aos pequenos ou grandes esforços; as fisgadas, que tanto podem surgir após esforços ou caminhadas ou mesmo sem causa aparente; a pressão na barriga, também referida como peso, que é mais comum no baixo ventre e as câimbras, que também são mais frequentes no baixo ventre e após caminhadas rápidas ou mesmo em repouso.

Nos seios, as alterações percebidas no fim da gravidez são as mesmas que já vinham sendo percebidas desde o início, a não ser pelo surgimento ou intensificação das estrias e pela presença de colostro que se acentua no final da gravidez.

Percebendo alterações no funcionamento orgânico

De acordo com os relatos das mulheres deste estudo,

no final da gravidez ocorre o surgimento, reaparecimento e/ou intensificação de algumas alterações no funcionamento orgânico. A maioria destas alterações são percebidas pelas mulheres como desagradáveis. Entre elas, figuram como as mais frequentes aquelas relacionadas à Disposição e Atividade Física, ou seja, segundo os relatos das mulheres ocorre uma intensificação do "cansaço físico localizado", da "indisposição física", da "limitação na atividade física" devido a perda de agilidade física e da "limitação física", representada pela: perda do ponto de equilíbrio, dificuldade em sair da cama e dificuldade em adotar algumas posições.

Uma outra alteração que as mulheres costumam referir com bastante frequência e espontaneamente no final da gravidez é a dificuldade que elas sentem para dormir. Esta, pode ser causada pela dificuldade ou limitação de posição, pelo aumento na frequência das micções, pela presença de dores lombares e/ou de "agonia", devido às incursões respiratórias.

O surgimento ou piora de hemorróida também é bastante comum nesta etapa da gravidez, assim como o aumento na frequência das micções; o aumento da transpiração, da sensação de calor, da sede, da falta de ar em repouso, mas principalmente aos pequenos e grandes esforços; a intensificação crescente de dor na região dorsal; o surgimento ou intensificação de sangramento nasal e/ou gengival e de azia.

Em contra-partida, as mulheres deste estudo revelaram em seus depoimentos que no final da gravidez ocorre uma diminuição na frequência das relações sexuais e na libido. Em geral, com raras exceções, as mulheres não conseguem perceber, ou pelo menos relatar, as causas prováveis, pela diminuição na frequência da atividade sexual. Algumas chegaram a referir que sentiam nojo de ter relações e uma delas disse que

não sentia vontade de ter "relações" porque ficava nervosa, incomodada por não conseguir ficar ou assumir as posições que adotava, e gostava, antes da gravidez. Assim, embora uma parcela bastante grande de mulheres tenham relatado a percepção de uma diminuição na libido ao fim da gravidez, esta não foi referida como a principal causa da diminuição na frequência da atividade sexual entre os "casais grávidos", uma vez que outras causas foram referidas com maior frequência, tais como: a presença de dor às relações, o medo de machucar a criança, o cansaço físico e o fato do homem estar procurando menos.

Percebendo a Sí Mesma

"Percebendo a sí mesma" nesta etapa, refere-se ao processo que ocorre na mulher de perceber alterações em si e em seu estado psicológico/emocional como uma decorrência do final da gravidez. Aqui, mais uma vez, as quatro sub-categorias já identificadas nas etapas anteriores continuam existindo praticamente com as mesmas características, são elas: "Percebendo alteração em seu estado emocional", "Percebendo alteração em seu senso de responsabilidade", "Percebendo alteração em sua auto-imagem" e "Percebendo alteração em sua comunicação verbal".

Percebendo o Período de Gestação

Esta categoria no Final da gravidez, assim como no meio da gravidez, refere-se ao processo consciente da mulher de comparar e avaliar o período de gestação. No entanto, é fa

to que por ocasião do Final da gravidez este processo de com
paração se torna muito mais minucioso e frequente. Apesar dis
to, as sub-categorias identificadas neste momento são as mes
mas já encontradas anteriormente que são: "Avaliando o perío
do de gestação", "Comparando esta gravidez com a anterior" e
"Alterando os hábitos sociais".

Uma vez que a forma de cada uma das 3 sub-categorias
acima não se modifica na evolução da experiência de vivenciar
uma gravidez, já que elas apenas apresentam certas peculiar
idades em relação aos diferentes momentos desta experiê
ncia, faz-se desnecessário comentá-las individualmente.

Percebendo as Pessoas

No fim da gravidez esta categoria refere-se à conti
nuidade do processo vivido pelas gestantes de perceberem e
notarem determinados tipos de alterações nas pessoas como uma
decorrência da gravidez, originando as mesmas três sub-catego
rias já identificadas anteriormente que são: "Percebendo alte
rações nas pessoas em geral", "Percebendo alterações no com
panheiro" e "Percebendo alterações nos filhos".

PERCEBENDO A CRIANÇA

Este é o 3º sub-processo identificado durante a vi
vência do "Esperando nascer".

Ele refere-se à continuidade dos processos nos quais
as mulheres percebem toda espécie de sentimentos, medos, cren
ças e etc, relacionados à criança. Nesta etapa, ele também é

formado por duas categorias "Percebendo a presença da criança" e "Imaginando a criança".

Percebendo a Presença da Criança

Por ocasião do fim da gravidez a mulher tem plena consciência da presença da criança, inclusive é comum o fato dela mencionar modificações estruturais visando a acomodação física da criança:

"O quartinho já está pronto... está tudo pronto só falta ele chegar".

"A gente já andou fazendo algumas mudanças lá em casa... tirando algumas coisas do meu quarto para caber o berçinho..."

Nesta ocasião apenas uma sub-categoria compõe o "Percebendo a presença" da criança que é "Percebendo os movimentos da criança".

Percebendo os movimentos da criança

Esta sub-categoria, como o próprio nome indica, refere-se aos relatos nos quais as mulheres manifestam explicitamente a percepção dos movimentos da criança e ela é formada, neste momento, também por quatro propriedades: "Interpretando os movimentos da criança", "Interpretando a ausência de movimentos da criança", "Tendo sentimentos diante dos movimentos da criança" e "Relatando os movimentos da criança".

Imaginando a Criança

Esta é a 2ª categoria do Percebendo a criança. Ela refere-se a todos os relatos onde as mulheres manifestaram qualquer tipo de pensamento ou imagem mental que possuíam da criança que traziam em seu ventre. No fim da gravidez, esta categoria, além de ser facilmente identificável, se torna cada vez mais frequente à medida que se aproxima da data provável do parto. Ela é formada por cinco sub-categorias, as mesmas identificadas no meio da gravidez.

Tendo sensações em relação à criança

Esta categoria no fim da gravidez, refere-se aos relatos nos quais as mulheres manifestam suas impressões em relação à criança, ou seja, onde as mulheres manifestam seu processo sensorial consciente relacionado com a presença da criança em seu interior:

"Penso que ele não está bem desde o dia que venceu o prazo e ele não nasceu, fico achando que ele não está certo para nascer".

Prevendo o sexo da criança

Esta sub-categoria inclui todos os relatos onde as mulheres de forma consciente ou não fazem conjecturas, suposições, pressuposições, prognósticos, etc em relação ao sexo da criança. Vale salientar que, nesta ocasião, essas suposições são muito mais frequentes do que no meio da gravidez. Além disso, é comum o fato das mulheres mencionarem a realiza

ção de brincadeiras, "simpatias", etc principalmente por parte de familiares e amigos, numa tentativa de anteceder o sexo da criança. Também foi frequente o fato de algumas mulheres demonstrarem uma certa inquietação com o fato de algumas pessoas pergutarem, logo no início das conversas, qual o sexo do nenê. Ao que parece, o que mais lhes chateava era estas pessoas estranharem o fato delas não terem querido saber o sexo da criança através, por exemplo, de uma ultrassonografia. Isto demonstra que a curiosidade e ansiedade não é só da mulher mas também que muitas vezes a gestante se torna mais ansiosa, em relação ao sexo da criança, devido a ansiedade de outrens. Além disso, algumas demonstraram que se sentiam "invadidas" com isto:

"Todo mundo que conversa comigo, a 1ª coisa que pergunta é se eu já fui ver o que vai ser. Fico morrendo de raiva... e ainda tem gente que fica querendo me convencer a fazer ultrassom só prá ver o sexo..."

Tendo crenças em relação à criança

No fim da gravidez esta sub-categoria encontra-se relacionada às crenças da mulher à respeito da criança já nascida:

"Acho que vai ser uma criança bem ca beluda, pois desta vez eu tive mais azia do que em todas as outras 3 gravidez junto".

Tendo preocupações em relação à criança

Esta sub-categoria refere-se aos relatos nos quais

as mulheres manifestaram a presença de alguns tipos de pensamentos dominantes em relação à criança, sobrepondo-se a quaisquer outros, ou de inquietações, sofrimentos e perturbações causadas por idéias fixas e antecipadas sobre algum problema com a criança:

"Quando ele fica algum tempo sem mexer, uma tarde por exemplo, eu me preocupo achando que pode ter acontecido alguma coisa".

Tendo medos em relação à criança

Nesta sub-categoria estão incluídos todos os relatos onde as mulheres manifestaram sentimentos de grande inquietação ante a noção de um perigo real ou imaginário, em relação à criança.

Os tipos de medos que as mulheres sentem em relação à criança no fim da gravidez basicamente são os mesmos que elas já sentiam no meio da gravidez que são: medo da criança ser machucada por elas ou por terceiros, medo de perder a criança e medo da criança ter algum tipo de problema, a diferença é que com a proximidade do fim eles se tornam cada vez mais frequentes.

III. A TEORIA: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO

Neste capítulo apresento e discuto uma teoria que foi denominada "Vivenciando a Gravidez" a qual trata da experiência vivida pelas mulheres durante o período de uma gravidez.

A apresentação final da teoria representa o que consegui captar, interpretar e organizar do fenômeno sob estudo. Nesta apresentação os dados do estudo já enriquecidos de minha interpretação pessoal, são discutidos à luz dos resultados de outras pesquisas realizadas sobre o tema, em âmbito nacional e internacional. Esta discussão baseia-se exclusivamente no confronto dos dados deste estudo com os achados da literatura, tendo em vista uma das premissas da metodologia adotada, a qual preconiza que os achados da literatura que se ajustam aos resultados do estudo sejam interpretados como um dado de suporte para o mesmo e os que não se ajustarem sejam analisados de forma que se possam encontrar possíveis explicações sobre isto.

Este confronto é feito prioritariamente na área da enfermagem; porém, sempre que tenha identificado que autores de outras áreas poderiam contribuir para maior esclarecimento e compreensão do fenômeno gestacional, os mesmos foram buscados.

"Vivenciando a gravidez" é uma teoria substativa em desenvolvimento gerada pelo emprego da metodologia da "Grounded Theory" ou Teoria fundamentada nos dados (GLASER & STRAUSS 1967) com o intuito de explorar a experiência vivida pelas mulheres em estado de gravidez a partir de suas pró

prias perspectivas.

Teoria, basicamente, é uma intuição, uma suposição, uma especulação ou uma idéia que pode explicar a realidade (FIELD & MORSE, 1985:2). Todas as teorias são construções simbólicas da realidade pois elas criam uma concepção abstrata sobre fenômenos no mundo empírico através do uso de símbolos (CHENITZ & WANSON, 1985:3). Assim sendo, elas representam a percepção do pesquisador da realidade na qual os constructos e conceitos são identificados e relações são propostas ou premissões feitas (FIELD & MORSE, 1985:3).

Os elementos mais comuns de uma teoria são os conceitos, os constructos, as proposições e a estrutura conceptual. Conceitos são termos teóricos usados para expressar material abstrato ou fenômeno; eles podem estar relacionados aos fatos, em um nível empírico e aos constructos abstratos sobre aqueles fatos, em um nível teórico. Constructo, por sua vez, é um conceito altamente abstrato porque refere-se a um conjunto de vários conceitos. Já as proposições são usadas para indicarem relações; assim, em um nível conceptual, elas indicam as relações entre conceitos e em um nível empírico, as premissas relacionadas a fatos empíricos. Finalmente, estrutura conceptual é um modelo teórico que o pesquisador desenvolve para mostrar as relações entre constructos e ou conceitos para o fenômeno em questão (FIELD & MORSE, 1985:4-5).

Assim sendo, os elementos identificados na teoria em desenvolvimento, "Vivenciando a gravidez", são: os constructos (que são os processos identificados ao longo de toda a experiência), os conceitos (que são os sub-processos e as categorias que compõem cada um dos processos identificados) e as proposições, que são as conclusões deste estudo. A estrutura conceptual ou modelo teórico relativo à experiência de uma mu

lher em estado de gestação e que engloba a teoria em desenvolvimento será apresentada em seguida.

A gravidez, conforme percebida pelas mulheres em estado de gravidez, se constitui numa experiência complexa e dinâmica que ocorre num determinado contexto espaço-temporal e que engloba a vivência de diferentes aspectos interrelacionados, relativos às percepções do eu físico-anátomo-psicológico das gestantes e suas alterações ao longo do tempo, assim como as percepções do contexto formado pelo ambiente familiar, social, físico, cultural, histórico, etc de onde provém cada uma das gestantes.

Esta experiência, cujas características permitem a identificação de um processo geral que representa a vivência global da mulher durante o período de tempo de uma gravidez foi denominado "Vivenciando a gravidez".

"Vivenciando a gravidez" portanto, é a categoria central da experiência de engravidar, vinculada ao tempo e ao espaço e que representa o conjunto das vivências experimentadas nos quatro momentos identificados que são: "Precedendo o início", "o início", "o meio" e "o fim da gravidez". Representa também, todas as percepções que permeiam o todo chamado período gestacional, o qual não se restringe apenas ao período de tempo em que uma mulher se encontra grávida, mas também o período imediatamente anterior, ou seja aquele no qual a mulher consciente ou inconscientemente evita ou se prepara para uma gravidez.

A escolha da denominação de "Vivenciando a gravidez" ocorreu porque a mesma foi considerada bastante abrangente, portanto, capaz de designar esta experiência. Inicialmente se pensou em denominá-la de "Percebendo a gravidez", porém, com o tempo concluiu-se que a palavra "perceber" não representa

ria suficientemente o conjunto de todas as vivências experienciadas durante o período de tempo da gravidez.

Pensou-se também em denominá-la de "Transformando-se/Tornando-se mãe", tantas eram as evidências de que durante a vivência deste processo as mulheres passam por sucessivas mudanças, as quais elas mesmas percebem como necessárias para transformá-las em mães. Porém, esta denominação representaria, muito bem, apenas a experiência de mulheres grávidas pela primeira vez. Isto por que os dados permitiram captar que, uma vez que, as mulheres se tornam mães, elas serão sempre mães.

Portanto, esta ainda não era a denominação adequada, já que havia sido identificada a existência de uma categoria central expressando o conjunto das experiências vividas por todas as gestantes e não só pelas primigestas.

Finalmente, pensou-se em denominá-la "Experienciando transformações" já que as mudanças, alterações e transformações ocorridas na mulher e em sua vida demonstraram ser uma constante durante o período de tempo da gravidez; porém, mais uma vez a denominação parecia não representar o todo que se conseguiu captar da experiência vivida pelas mulheres, especialmente porque esta não se resume aos aspectos referentes às mudanças e alterações; ou seja, ela envolve uma série de outros processos entre os quais se destaca o de tomar decisões, o de perceber sentimentos, o de buscar e receber informações, etc. Além disso, esta denominação retrataria apenas as transformações e não o que está em potencial, o seu contexto e nem a vivência do "Precedendo o início da gravidez". Além do que, a palavra chave gestação, não apareceria caracterizando o período marco neste processo.

Diante de todas estas constatações concluiu-se que a

denominação que representaria de forma mais abrangente e profunda a experiência global vivida pelas mulheres durante o período de uma gravidez seria "Vivenciando a gravidez". Para FERREIRA (1975:1648) Vivenciar é "viver, sentir ou captar em profundidade", o que na concepção desta autora envolve sentir, experienciar e perceber todos os aspectos, os positivos e os negativos, os sentimentos, as alterações, etc, de um dado fenômeno, no caso uma gravidez. Vale salientar que "Vivenciando" não constitui o termo utilizado pelas mulheres para denominar a experiência da gravidez. Na verdade, o termo utilizado por elas é: Estou grávida... de tantos meses... pela 1ª vez..." e por aí afora. Porém, já que durante a testagem do modelo teórico as mulheres se mostraram receptivas à denominação que estava sendo dada, concluiu-se que a mesma estava representando e expressando a experiência ou fenômeno em estudo, o que atende à definição de categoria central de GLASER & STRAUSS (1967:43).

Acredita-se que a forma, as circunstâncias e mesmo o local onde a maioria das mulheres deste estudo foram abordadas, limitou, até certo ponto, que elas revelassem de forma espontânea uma outra denominação que pudesse ser adotada na experiência global que estava sendo vivida. Portanto, "Vivenciando a gravidez" é uma denominação que representa o que se conseguiu captar, interpretar e organizar a partir dos relatos das gestantes sobre a experiência vivida durante o período de uma gravidez, e embora tenha a anuência das mesmas, não constitui o nome dado por elas.

Com relação às outras denominações dadas ao fenômeno estudado, encontrou-se apenas um estudo em que o mesmo foi denominado "Planejamento da gravidez" (WINSLOW, 1987). Nesse estudo, a autora identificou que todas as gestantes de sua

amostra haviam planejado a gravidez para o momento mais oportuno de sua vida, por isto identificou o "Planejamento da gravidez" como a categoria central do referido trabalho. Isto não se aplica ao presente estudo, pois foi constatado que mais de 50% das gravidezes das gestantes entrevistadas não tinham sido planejadas.

Ao que parece, a ausência de outras denominações para esta experiência, provavelmente, tem a ver com o fato de a maioria dos estudos já realizados sobre gravidez e mesmo sobre a mulher grávida não terem identificado a existência de um eixo central norteando a experiência. Isto porque, na verdade, estes estudos não investigaram a experiência global e sim fragmentos da mesma, seja em relação ao tempo, como é o caso, por exemplo, do estudo de EIRAS (1983) que investigou apenas mulheres que estavam no 2º e 3º trimestre de gravidez; ou em relação aos diferentes aspectos vividos e/ou modificados nas mulheres ou em suas vidas durante a gravidez, como é o caso dos estudos que investigaram, por exemplo, a sexualidade da mulher durante a gravidez (KENNY, 1973; MULLER, 1985; REAMY, 1982; OTOLOR, 1976) o relacionamento conjugal (BROOM, 1984; BROWN, 1986; LUIS, 1986; RICHARDSON, 1983) e com outras pessoas (RICHARDSON, 1982; RUBIN, 1975) etc.

Alguns estudos, apesar de proporem uma investigação mais globalizante, focalizaram apenas uma parcela da amostra de mulheres em estado de gravidez, como é o caso por exemplo do estudo de GARCIA (1985) cuja amostra foi constituída por adolescentes solteiras, ou o de WINSLOW (1987) que foi constituída por primigestas com mais de 35 anos.

Finalmente, a maioria dos estudos investigaram a gravidez não como uma experiência e sim como um estado patológico ou então como um estado associado a uma patologia.

Uma outra característica identificada no "Vivenciando a gravidez" reside no fato de este processo se desenvolver num determinado período de tempo, já que a duração máxima de uma gravidez é de nove meses. O desenvolvimento deste processo ocorre, no mínimo, em quatro etapas, sendo que cada uma delas é delimitada por certos acontecimentos que definem o seu início e o seu término, constituindo por isto, verdadeiros marcos na evolução desta experiência.

A primeira destas etapas foi denominada "Precedendo o início da gravidez" e refere-se ao período vivido e percebido pela mulher antes da concepção. Esta etapa, basicamente, tem início a partir do momento que a mulher começa a ter vida sexual ou a planejar uma vida sexual e, teoricamente, termina com a concepção. Portanto, os acontecimentos que a delimitam são o início da atividade sexual e a concepção.

A 2ª etapa foi denominada "Início ou começo da gravidez" e corresponde, teoricamente, ao período existente desde a concepção ou o início das suspeitas de uma gravidez e vai até a época em que ocorre o início da percepção dos movimentos do feto ou a percepção de um aumento mais acentuado da barriga, o que geralmente ocorre por volta dos quatro meses e meio de gestação. Portanto, os acontecimentos que marcam o início desta etapa é a concepção ou a suspeita da gravidez e os que marcam o seu término são o início dos movimentos do feto e/ou o aumento acentuado da barriga.

A etapa posterior denominada "Meio da gravidez", corresponde ao período vivido pelas mulheres dos quatro-quatro meses e meio até os oito-oito meses e meio de gestação. Ela tem início com a percepção do surgimento dos movimentos fetais e/ou do aumento acentuado da barriga e termina com a

percepção de uma sensação de piora no estado geral, representada pelo reaparecimento ou surgimento de algumas alterações percebidas pelas mulheres como desagradáveis.

Finalmente, a 4ª e última etapa foi denominada "Fim da gravidez". Ela tem início por volta dos oito-oito meses e meio de gestação com o aumento da ansiedade e o surgimento, reaparecimento e/ou intensificação de algumas alterações percebidas como desagradáveis e termina com o parto.

Com relação à identificação de etapas na evolução da gravidez, constatou-se, na revisão da literatura, que além da divisão em três trimestres utilizada pelos clássicos da obstetrícia, apenas dois outros autores apresentaram uma divisão diferente. Contudo, nenhuma das três divisões se adaptam aos resultados deste estudo. SOIFER (1984) em seu estudo sobre o incremento da ansiedade ao longo da gravidez, identificou sete momentos desencadeantes de crise, os quais caracterizam, para esta autora, sete momentos na evolução da gravidez: - o começo da gravidez (antes e depois de sua confirmação); - durante a formação da placenta (no 2º e 3º mês); - o início da percepção dos movimentos fetais; - quando da percepção da instalação franca dos movimentos fetais; - quando da percepção da versão interna; - o início do nono mês; - os últimos dias antes do parto. Provavelmente, é o fato da autora, em sua classificação, considerar apenas os momentos desencadeantes de crise de ansiedade durante a gravidez, que impossibilita a adaptação desta divisão aos dados deste estudo. Isto porque, apesar de neste estudo ter sido identificado a vivência de "crises" de ansiedade ou pelo menos o seu incremento ou exacerbação, também foi observado uma série de outros aspectos psicológicos acompanhando toda a extensão das quatro etapas identificadas neste estudo. Assim sendo, não é só a ansiedade

que determina e caracteriza a existência das etapas identificadas no processo "Vivenciando a Gravidez" e portanto, ela isoladamente não pode ser considerada como um marco na evolução desta experiência.

WINSLOW (1987) ao investigar o significado da 1ª gravidez em mulheres com mais de 35 anos identificou que durante a gravidez estas mulheres, de maneira geralmente progressiva, passam por quatro fases. A primeira, "Planejando a gravidez", ocorre ante da concepção; a segunda, "Procurando passagem segura", ocorre nas primeiras vinte semanas de gravidez; a terceira, denominada "A realidade do novo", corresponde ao período compreendido entre a 24ª e a 34ª semana de gravidez e finalmente a quarta fase, "Antecipando o futuro", ocorre após a 34ª semana de gravidez.

Esta divisão também foi considerada imprópria aos dados deste estudo. Isto devido aos seguintes aspectos: - apesar de ter sido identificado uma fase anterior à concepção nos dois estudos, o que caracteriza a vivência da 1ª fase ou etapa neste estudo é mais abrangente do que o "planejamento da gravidez", característico da 1ª fase daquele estudo. Ou seja, neste estudo a vivência da 1ª etapa esta relacionada não só ao planejamento da gravidez, mas também à questão da existência da atividade sexual na vida da mulher. Assim, o conhecimento que ela tem sobre métodos de anticoncepção, a atitude que ela tem em relação a uma gravidez e a consciência que ela tem de seu risco de engravidar frente à sua prática sexual são aspectos que influenciam fortemente a vivência desta etapa, já que eles vão determinar a elaboração ou não de um projeto de vida sexual bem como a forma de elaboração deste projeto;

- aspectos relacionados às fases 2 e 3 daquele estu

do foram encontrados em todas as etapas deste estudo, especialmente depois da concepção. Ou seja, durante toda a gravidez as mulheres tendem a apresentar comportamentos que demonstram que elas procuram uma passagem segura para todas as etapas da gravidez. O enfrentamento de situações novas, também ocorre durante toda a gravidez. Assim, estes aspectos não podem ser considerados marcos na evolução do "Vivenciando a Gravidez";

- da mesma forma, identificou-se que o que caracteriza a vivência da fase que ocorre, naquele estudo, após a 34ª semana de gravidez e que é denominada "Antecipando o Futuro, neste estudo não surge apenas no fim da gravidez. Isto é, neste estudo as mulheres demonstraram que ao longo de toda a gravidez já vislumbravam um futuro, e isto por sua vez, desencadeava preocupações, medos, ansiedade, etc.

Finalmente, com relação à divisão utilizada pelos clássicos da Obstetrícia (PRITCHARD, 1983; REEDER, 1978; REZENDE, 1987; ZIEGEL, 1985) constatou-se que, apesar de as gestantes deste estudo também dividirem o tempo de uma gravidez em três etapas, que estas não correspondem à divisão de três trimestres daquela. Isto porque, para as gestantes deste estudo o "Início da gravidez" por exemplo, vai além dos três primeiros meses, ou seja, corresponde a um período maior do que um trimestre. Em outras palavras, para elas, a gravidez encontra-se no começo até por volta dos quatro-quatro meses e meio de gestação, ocasião em que começam a perceber os movimentos fetais e/ou um aumento acentuado da barriga.

O "Meio da gravidez" para as mulheres deste estudo também tem uma duração superior a três meses, já que começa por volta dos quatro-quatro meses e meio de gestação e vai

até os oito-oito meses e meio de gestação. Em contra-partida, o "Fim da gravidez" para elas, tem uma duração às vezes inferior, inclusive, a um mês, já que começa por volta dos oito-oito meses e meio de gestação e termina com o parto, o qual ocorre por volta da primeira semana do décimo mês de gestação.

Portanto, como pôde ser observado, apesar do período de tempo de uma gravidez também ser dividido pelas mulheres deste estudo em três etapas, estas não possuem a duração de um trimestre. Além disso, os clássicos da obstetrícia não incluem em sua divisão o período que antecede a gravidez. No entanto neste estudo, apesar deste período não se encontrar integralizado dentro dos nove meses de gravidez, ele demonstrou influenciar fortemente a vivência de toda a gravidez, tendo conotação integradora à própria gravidez, que já as mulheres não conseguiam falar de sua experiência sem mencionarem como ela havia ocorrido e, conseqüentemente, como foi a vivência do período que antecedeu a concepção. Por este motivo, este tempo anterior à concepção, constitui uma das etapas do "Vivenciando a Gravidez" e é denominada de "Precedendo o Início da Gravidez".

Além do "Vivenciando a gravidez" se desenvolver em quatro etapas, identificou-se que este processo é formado por vários sub-processos que se sucedem ao longo do tempo. E, apesar de ter sido identificada uma seqüência cronológica na vivência destes sub-processos, observou-se que a mesma não é rígida, pois a vivência de um sub-processo interpenetra na vivência de outro, de modo dinâmico, da mesma forma que as mulheres podem voltar a sentir e a perceber experiências já vividas em etapas anteriores.

Ao vivenciar cada uma das quatro etapas do "Viven

ciando a gravidez" as mulheres estão na verdade, vivenciando processos específicos, os quais em conjunto caracterizam a experiência global de vivenciar uma gravidez. Assim, a etapa, "Percebendo o início da gravidez" é caracterizado pela vivência de um processo denominado "Vivendo um relacionamento sexual". Este processo, como o próprio nome indica, caracteriza-se pela existência da atividade sexual na vida da mulher, além disso, ele é tido como o elemento de intersecção entre o "Processo de vida" da mulher e o "Vivenciando a gravidez"; ou seja, é a partir da vivência deste processo que a gravidez surge na vida de uma mulher. Ele é formado por dois sub-processos: "Tendo vida sexual" e "Elaborando um projeto de vida sexual".

A vivência do "Tendo vida sexual" se dá, para efeitos didáticos, em duas dimensões: uma prática, representada pela presença da atividade sexual na vida da mulher e uma mental, representada pelos conhecimentos (sobre fisiologia da reprodução e métodos de anticoncepção) e atitudes da mulher relacionadas a esta prática, bem como pelo nível de consciência em relação ao seu próprio risco de engravidar frente a esta prática. A interrelação existente entre estas duas dimensões determina, nas mulheres, um constante repensar, sobre sua prática sexual e isto, por sua vez, traz mudanças nos conhecimentos e atitudes das mulheres. Estas mudanças podem ou não incitar a consciência na mulher, do risco de engravidar, a qual pode influenciar a forma e o tempo de elaboração de um projeto em relação à vida sexual.

A vivência do "Elaborando um projeto de vida sexual" ocorre a partir do momento que a mulher possui atividade sexual, independente do fato de ela, conscientemente, elaborar ou não um projeto específico a esta área. Ou seja, ela sempre

vai ter um projeto de vida sexual, mesmo que este tenha sido elaborado de forma pouco estruturada. Ele consiste de um processo mental, consciente e/ou inconsciente, onde a mulher de tempos em tempos, reelabora, a nível teórico, um projeto de vida sexual, utilizando como suporte as três categorias identificadas na dimensão mental do "Tendo vida sexual".

Quando os objetivos que a mulher tem em relação à sua prática sexual, e as prioridades que estabelece para a sua vida como um todo são elaborados conscientemente, eles determinam as decisões a serem tomadas em relação a ter ou não filhos e as estratégias a serem utilizadas para que isto aconteça. Este sub-processo é constituído por cinco categorias e durante a sua vivência é possível identificar a existência de um processo de decisão permeando toda sua extensão.

Finalmente, com relação à vivência deste processo a observação que se faz é de que a despeito da importância que a mesma tem para as mulheres, uma vez que elas não conseguem falar sobre a vivência da gravidez sem fazer referência a este processo; o mesmo não tem sido enfocado pelos estudos que tem feito investigações sobre mulheres grávidas ou sobre o período gestacional. As experiências das mulheres durante o "Vivendo um Relacionamento Sexual" demonstram que grande parte delas, especialmente as solteiras, vivenciam este processo de forma clandestina; ou seja, não é uma vivência aberta - muitas mulheres vivem sua sexualidade com culpa, mesmo quando são casadas. E isto, sem dúvida nenhuma, é um reflexo da educação que receberam, ou melhor, da precariedade de informações relativas à área sexual, tanto em qualidade como em quantidade.

Esta precariedade, além de influenciar indiretamente a época e a forma como a mulher elabora o seu projeto de vida

sexual, também é a responsável pelo menos em parte, pela in consistência entre as atitudes das mulheres em relação a uma gravidez e o seu comportamento em relação ao uso ou não de métodos de anticoncepção, isto porque foi constatado que os conhecimentos relativos aos métodos contraceptivos e à fisiologia da reprodução constituem um alicerce necessário para a elaboração adequada de um "projeto de vida sexual". Es tes dados são coerentes com os achados de SCAVONE (1985) que constatou a pouca informação e o difícil acesso das mulheres de sua amostra aos meios contraceptivos, deixava-as sujeitas ao estigma da sexualidade feminina atrelada à reprodução.

No entanto, o aspecto sexual, tanto quanto o proce so gestacional na vida da mulher, tem sido enfocado de forma isolada e, acima de tudo, desvinculado da vivência do "Proce so de Vida" da mulher. Possivelmente, o vínculo entre os as pectos sexuais e a vivência do processo gestacional esteja sendo abordado na área da sexualidade e até na da antropolo gia, sociologia e psicologia mas certamente, não na da obste trícia clássica. E isto, traz muitos reflexos para a prática da enfermagem, tanto na assistência como na pesquisa. Isto pó de ser por exemplo, a causa deste vínculo ter sido abordado de forma tão superficial e fragmentada nos poucos estudos que fizeram algum tipo de investigação relacionada a estes as pectos dentro da área da enfermagem (NUTHALL, 1986). O pró prio tipo de assistência prestada pelo profissional enfermei ro não tem considerado o vínculo entre estes aspectos e as suas relações (ARAÚJO, 1979; DUARTE, 1975; FONSECA, 1977; MO TA, 1980; MOURA, 1976; SILVA, 1982). Desta forma, questões como: A gravidez foi ou não planejada? e Qual o método de an ticoncepção utilizado? praticamente representam o universo desta abordagem, tanto na pesquisa (HOFMANN, 1984; MOLINA et

alii, 1984) como na assistência, o que por sua vez, descaracteriza e nega a singularidade da experiência vivida, uma vez que, não questionando sobre os conhecimentos que a pessoa tem relacionados a estes aspectos, suas atitudes em relação a uma gravidez e sua consciência em relação ao risco de engravidar, se nega a história socialmente vivida. E no entanto, as decisões e ações de uma pessoa são produtos dela.

Portanto, a elaboração e a implantação do projeto de vida sexual, mesmo quando não ocorre de forma totalmente consciente, não envolve apenas a simples relação entre o desejo e o não desejo de engravidar e o uso de métodos de concepção e anticoncepção, é algo muito mais complexo. Isto torna o "Vivendo um Relacionamento Sexual" uma experiência única que precisa ser interpretada como tal pela equipe de saúde e pela comunidade científica, já que a mesma influencia fortemente o "Vivenciando a gravidez".

A 2ª etapa, início da gravidez, é caracterizada pela vivência de dois processos que foram denominados "Descobrimo-se grávida" e "Estando grávida".

O "Descobrimo-se grávida" refere-se às experiências vivenciadas pelas mulheres para descobrirem sua gravidez. Ele tem início com as primeiras suspeitas de uma gravidez e só termina com a confirmação da mesma. Sua característica principal reside no fato de, toda sua extensão ser marcada pela presença de incerteza quanto a existência ou não da gravidez. Isto por sua vez desencadeia a vivência de uma série de sentimentos e situações nas quais a mulher mentalmente, tanto pode começar a se preparar para uma confirmação de suas suspeitas como começar a utilizar mecanismos onde estas são negadas.

Este processo é formado por três sub-processos que são "Suspeitando-se grávida", "Procurando uma certeza" e "Con

firmando a gravidez".

O "Suspeitando-se grávida" surge quando a mulher verdadeiramente toma consciência da suspeita de gravidez, o que desencadeia nela, a instalação de um "estado de alerta". Este por sua vez envolve sentimentos, pensamentos e reações de tal modo que todas as alterações percebidas são interpretadas de forma a aumentar ou afastar as suspeitas de gravidez.

O "Procurando uma certeza" refere-se ao processo mental que se instala na mulher tão logo surge a suspeita da gravidez. Ele ocorre independente do fato de a mulher estar desejando ou não a gravidez, com o intuito de saber se o que ela está pensando em relação à existência da mesma é real ou não. A sua vivência engloba processos mentais como associações, comparações, busca de informações, etc. Enquanto este sub-processo se caracteriza essencialmente pela vivência de processos mentais o "Confirmando a gravidez" se caracteriza pela busca ativa de uma confirmação à suspeita da gravidez, através da utilização de alguns recursos. Tais como o uso de medicamentos e chás, a ida ao médico e a realização do teste de gravidez.

Enquanto as mulheres deste estudo demonstraram que a vivência do "Descobrimo-se grávida" caracteriza-se pela instalação de um estado de alerta, o qual envolve pensamentos, sentimentos, processos mentais, ações e reações as mais variadas possíveis, a referência encontrada na literatura clássica relaciona-se única e exclusivamente, e mesmo assim de forma implícita, ao fato delas, motivadas pela percepção geralmente do atraso menstrual, procurarem um serviço de saúde para elucidarem a suspeita da gravidez. Isto sem fazer referência a nenhuma vivência específica desencadeada pela suspeita da gravidez, como se esta acontecesse assim, de forma

fragmentada, sem suscitar a vivência de um conjunto de alterações relacionadas, principalmente, ao aspecto emocional, o que leva os profissionais a menosprezarem mais esta importante dimensão do processo total, qual seja o "Vivenciando a Gravidez".

Uma vez que a forma como a "suspeita da gravidez" é abordada pela obstetrícia clínica influencia a atuação dos profissionais da área da saúde, verifica-se que, na prática, a solicitação do teste de gravidez diante da suspeita da mulher, mais do que a valorização da percepção que desencadeou a própria suspeita, constitui rotina na maioria dos serviços de saúde, salvo a presença de sinais iminentes, tais como a presença dos batimentos cardíacos e/ou dos movimentos fetais, cuja manifestação por si só já é uma comprovação da gravidez. Isto demonstra o reforço a determinados modelos da prática de assistência à gestante.

À despeito do grande valor destas práticas diagnósticas, inclusive na diminuição do nível de ansiedade vivida pelas mulheres, o que realmente se questiona é a forma como a mesma se dá. Enquanto a área da psicologia e até mesmo a da antropologia têm considerado a percepção da mulher e a vivência de processos psicológicos como sendo mais relevantes do que o diagnóstico médico ou laboratorial; para a clínica, o diagnóstico precoce mais do que a valorização destes aspectos visa, acima de tudo, a classificação e tentativa de inscrição da mulher num tipo específico de serviço: Programa de assistência à gestante. Isto porque o início precoce do pré-natal pode significar um maior número de consultas realizadas, o que sem dúvida constitui uma das metas dos serviços, além é claro daquelas relativas à morbi-mortalidade.

Dentro deste contexto, o resultado negativo de um

teste de gravidez e o seu significado para a mulher por sua vez, geralmente não suscita nenhum tipo de assistência ou acompanhamento relacionado a este aspecto, a não ser quando este é buscado espontaneamente pela mulher. Assim sendo, verifica-se que os serviços de saúde perdem a oportunidade de englobar em suas metas e atividades, a mulher que se encontra vivenciando o processo "Precedendo o Início da gravidez", o que sem dúvida alguma ampliaria o enfoque da assistência, bem como a clientela assistida.

Assim, como de um lado temos a realidade do tipo de assistência obstétrica prestada e por outro, a área da psicologia a qual há muito tempo já vem estudando e fazendo referência à vivência, pela mulher, de uma sobrecarga emocional durante o período de suspeita de uma gravidez, conclui-se que ao que parece, é prioritariamente os estudos realizados na área da psicologia que tem valorizado, numa perspectiva mais favorável a mulher, a vivência deste período, e de certa forma, até a do anterior, suscitando a necessidade de um novo repensar sobre esta prática. MALDONADO (1983:27) por exemplo, afirma que a gravidez pode ser percebida antes mesmo da data em que deveria ocorrer a menstruação. Segundo esta autora não é raro a mulher captar em nível inconsciente as transformações bioquímicas e corporais que assinalam a presença da gravidez e expressar esta percepção através de sonhos ou intuição. Isto, tem aderência com os dados empíricos coletados neste estudo. Este mesmo fenômeno também foi identificado por SOIFER (1984:21) que o coloca como um dos momentos desenhados deantes de crise o qual pode manifestar-se na forma de regressão psicológica, que, por sua vez, "tem origem na percepção inconsciente das mudanças orgânicas e hormonais e na sensação de incógnita" quanto às causas destas mudanças.

Além disso, não é só a psicologia que tem valorizado a experiência e percepção das próprias mulheres durante a vivência do estado de alerta desencadeado pela suspeita de gravidez. Dentro de uma perspectiva antropológica KITZINGER (1978:90-1) por exemplo, revela que para as mulheres da Jamaica, o fato delas terem um sonho de fertilidade, representado por frutos maduros, como abóbora, papaia ou melão, arrebutarem de semente, e cardumes de peixes, tem mais valor na confirmação da gravidez do que o exame obstétrico.

Já o "Estando grávida", 2º processo vivido pelas mulheres durante o início da gravidez, caracteriza-se pelo fato das mulheres saberem-se grávidas, porém não sentirem-se grávidas. Os eventos que o delimitam são de um lado a confirmação da gravidez e de outro, a percepção do início dos movimentos fetais ou do aumento acentuado da barriga. Ele surge diante da conscientização da mulher sobre a necessidade de assumir a gravidez como parte de sua vida e está relacionado ao processo mental que é desencadeado com vistas a trabalhar a aceitação da confirmação da gravidez e a adaptação a ser feita em vários aspectos da vida da mulher. Os dois sub-processos que o constituem foram denominados de "Vivendo o processo de aceitação do resultado" e "Começando a perceber a presença da gravidez".

"Vivendo o processo de aceitação do resultado" corresponde aos primeiros tempos vividos pelas mulheres após a confirmação da gravidez. Refere-se ao conjunto das experiências e sentimentos vivenciados em relação à confirmação da gravidez e ao trabalho mental realizado com o objetivo, inicialmente, de subsidiar a decisão a ser tomada em relação a continuar ou não grávida e mais tarde, de apoiar a decisão

tomada, de forma consciente ou não, de continuar grávida. Ele se processa através de ponderações, sentimentos, reações, a ções, mudanças, tentativas, etc.

Destaca-se da vivência deste sub-processo o fato de ser praticamente durante a mesma que a mulher toma a decisão de continuar ou não grávida. Embora este estudo tenha sido realizado apenas com as mulheres que se "decidiram" a contin uarem grávidas, foi possível identificar que para muitas de las esta decisão não existiu de forma concreta, ou seja, para muitas mulheres o continuar grávida foi uma decisão inerente da própria condição de estar grávida. E isto, parece ter aderênc ia com a afirmação de SCAVONE (1985) de que "o aborto é um "não" difícil, isto não só por implicar numa decisão sobre um fato já consumado, envolvendo mais de perto preconceitos mo rais e religiosos, como também pelos problemas psíquicos e físicos que podem advir de sua prática".

Além disso, as experiências e sentimentos relacionad os à vivência do "processo de aceitação do resultado", ident ificados neste estudo, são corroborados, em parte, com as afirmações de MALDONADO (1984:28), principalmente no que tang e ao tipo de sentimentos experienciados pelas mulheres, bem como às dificuldades que elas enfrentam, por exemplo, em comunicar a gravidez a certas pessoas, especialmente ao parce iro e aos familiares.

"Começando a perceber a presença da gravidez" refer e-se a vivência de um processo que surge a partir da percepç ão de algumas mudanças, independente do fato das mulheres estarem aceitando ou não sua condição de estar grávida, com o objetivo de conscientizá-las sobre a presença da gravidez. Este sub-processo caracteriza-se especialmente pela percepç ão de alguns incômodos causados pelas primeiras alteraç ões

decorrentes da gravidez. Ele envolve a percepção de mudanças em sí e nas pessoas e as experiências de sentimentos. Quando envolve a percepção de mudanças na fisiologia e no corpo, a mulher geralmente tende a estabelecer uma relação com a presença da gravidez; porém, quando envolve a percepção de mudanças no seu jeito de ser ou no jeito de ser de outras pessoas ela geralmente pensa nesta relação apenas como uma possibilidade.

Com relação a vivência do "Começando a perceber a presença da gravidez", embora seja constatado abundantemente na literatura clássica as manifestações de alterações físicas e fisiológicas "identificadas" no início da gravidez, observa-se que, além destas alterações não possuem uma conotação do ponto de vista da própria gestante, elas não englobam as alterações percebidas, pelas mulheres, no jeito de ser das pessoas de suas relações.

Em contra-partida, autores como MALDONADO (1984) e LANGER (1986) tentam explicar o surgimento das manifestações mais comuns do início da gravidez frente à ambivalência em relação à aceitação da gravidez, seja a partir da interpretação dos sonhos ou do relato de estudos realizados sobre a etiologia de alguns sintomas experienciados pelas mulheres em estado de gravidez.

Com relação às vivências experienciadas durante este processo, observou-se que muito pouco tem sido abordado pela literatura e no entanto, as mulheres deste estudo demonstraram que, apesar de um resultado positivo do teste de gravidez, elas levaram algum tempo sem sentirem-se grávidas e mais, que é durante este tempo que elas geralmente tomam decisões em relação ao continuar ou não grávida.

A vivência deste "tempo", sem dúvida, suscita uma

gama muito grande de sentimentos e reações as quais não têm sido consideradas pela literatura e isto é limitante, na medida em que não fornece um referencial teórico, para a atuação do enfermeiro. Esta atuação deveria ter em vista um tipo de assistência que priorizasse não só o momento específico da gestação, mas também o contexto onde a mesma se encontra inserida. Ou seja, que se preocupasse em prestar uma assistência à mulher grávida de forma individual e global, e não à gestação.

Acredita-se que só assim o que a mulher vive e experiencia antes do momento em que começa a sentir-se grávida poderá tornar-se relevante para a equipe de saúde que, ao invés de considerar a mulher só após a vivência deste processo, como se faz, de modo geral, até os dias de hoje. Neste tipo de assistência a vivência dos sentimentos experienciados pelas mulheres antes que as mesmas comecem a se sentirem grávidas, deve ser considerada, pois para as mulheres ela é muito importante, inclusive a ponto de ter sido identificada compondo um processo específico, o qual de certa forma, influencia e determina a vivência de todos os outros processos identificados durante o "Vivenciando a Gravidez".

A situação que caracteriza a vivência do "Estando Grávida", qual seja, a de saber-se grávida porém não sentir-se grávida foi referida por BADINTER (1985:252) ao comentar trechos do livro de Hélène Deutsch, *Psychologie de la femme*, relacionados aos sentimentos experienciados por uma dada mulher durante não só a gravidez, mas também no puerpério. Com relação ao início da gravidez, a referida autora afirmou que a mulher, estando grávida, confessa que nada sente antes do primeiro movimento de seu filho, apesar da pressão dos que a cercam e para ilustrar cita trechos de uma carta apresentada em

seu livro: ... "todos falam da felicidade de ser mãe. Infeliz mente, só eu não sinto nada e não ousa dizer o estado de per feita insensibilidade em que estou ... A maternidade começa apenas na imaginação".

Já com relação aos primeiros tempos vividos pelas mulheres após a confirmação da gravidez e que corresponde à vivência do sub-processo denominado "Vivendo o processo de aceitação do resultado" apenas três estudos realizados na área da enfermagem no Brasil (CENTA, 1983; GARCIA, 1984 e TEIXEIRA, 1984) abordaram, e apenas parcialmente, as vivên cias experienciadas pelas mulheres durante a sua vivên cia, já que os mesmos se preocuparam em levantar os sentimentos e reações experienciadas pelas mulheres diante da confirmação da gravidez. Estes estudos, além de não terem discutido pro fundamente os resultados obtidos, limitaram-se ao momento da confirmação da gravidez.

MALDONADO et alii (1987:24) também se refere a este tempo quando afirma que a dificuldade das mulheres de "Senti rem-se grávidas" existe porque os movimentos do feto ainda não são percebidos e, portanto, não há nenhuma indicação cla ra e concreta de que se tem um neném na barriga. Além disso, nesta ocasião o corpo ainda não assumiu distintamente o as pecto grávido.

Em contra-partida, na área da psicologia, o conjunto das experiências e sentimentos vivenciados pelas mulheres nos primeiros tempos após a confirmação da gravidez, há tempo já veem sendo identificados e estudados. SOIFER (1984:22-8) por exemplo, identificou, durante este período, a existência de pelo menos dois momentos desencadeantes de crises de an siedade, os quais chegam a produzir sintomatologia física pró pria, ou inclusive provocar aborto, e cujo conhecimento pode

favorecer um atendimento mais adequado. Já MALDONADO (1984: 27) se refere a este período como sendo aquele marcadamente caracterizado pela presença de sentimentos de dúvida entre o estar ou não grávida, mesmo após a confirmação clínica.

Portanto, os dizeres de MALDONADO (1984) reforçam os achados deste estudo no que tange à experiência vivenciada durante o "Estando grávida" que é saber-se grávida mas não sentir-se grávida.

Ainda com relação à vivência dos dois processos identificados durante o Início da gravidez, destaca-se a importância que a mulher em estado de gravidez passa a dar à sua mãe. É curioso, por exemplo, o fato de algumas mulheres que experienciavam de forma "isolada" o "Vivendo um Relacionamento Sexual"; passarem a sentir necessidade do "apoio" materno, representado não só pela necessidade de contar para a mãe sobre a suspeita de gravidez, já que em muitos casos a mãe foi uma das primeiras pessoas a saber, pela necessidade de ter alguém, mais experiente, para conversar sobre as alterações que estão começando a ser percebidas. É importante ressaltar que a figura da mãe, que até então era "evitada" especialmente durante o "Vivendo um relacionamento Sexual", aparece de forma bastante acentuada durante todo o "Vivenciando a Gravidez". E isto, é contrário por exemplo, aos dados de SALEN (1985) que identificou que para as gestantes da década de 80 a família de origem chega mesmo a representar um obstáculo e uma interferência negativa à "vivência genuína" da gravidez e da maternidade. ALMEIDA (1987) ao trabalhar com "casais grávidos" (CG) também identificou a necessidade que os mesmos sentem em refrear a tendência por parte das famílias de origem, especialmente a da mulher da busca, de uma maior aproximação com o casal, seja economizando informações ou procurando es

quivar-se desses contatos.

A 3ª etapa, o "Meio da gravidez" é caracterizado pela vivência de um processo que foi denominado "Sentindo-se grávida". Durante a vivência deste processo a mulher deixa de apenas saber-se grávida para começar a sentir-se grávida. Uma das principais particularidades deste processo é que, durante a sua vivência, é comum o fato das mulheres relatarem que diminuiu, desapareceu pelo menos atenuou a maioria das alterações percebidas por elas como desagradáveis, passando a predominar sensações, sentimentos e comportamentos desencadeados pela percepção da existência e presença da criança.

Dois sub-processos identificam as vivências experienciadas durante o período de tempo correspondente à vivência deste processo: "Percebendo a presença da gravidez" e "Percebendo a criança".

"Percebendo a presença da gravidez" refere-se ao conjunto dos sentimentos, atitudes, pensamentos e percepções das mulheres que demonstram a sua consciência da presença da gravidez. Esta consciência, por sua vez, é determinada particularmente pela percepção da certeza sobre a relação existente entre as mudanças percebidas na fisiologia e no corpo, no seu jeito de ser e no das pessoas como uma consequência da gravidez. Por outro lado, a consciência da presença da gravidez, neste momento, faz com que as mulheres iniciem um processo mental de pensar sobre a gravidez como um tempo de sua vida. E isto as encaminha para uma avaliação e/ou comparação em relação a uma outra gravidez já experienciada por si ou por outras pessoas.

"Percebendo a criança" envolve a vivência de um processo mental no qual se incluem todos os tipos de sentimentos, pensamentos, medos, crenças, etc. relacionadas à per

cepção da presença da criança.

É essencialmente a vivência deste sub-processo que caracteriza o sentir-se grávida e no entanto, a referência que se encontra na literatura clássica, no que tange a este aspecto, diz respeito tão somente à época em que se inicia a percepção dos movimentos do feto. Ou seja, se a percepção dos movimentos fetais está presente ou não.

A identificação neste estudo do "Sentindo-se Grávida" como a característica principal das vivências experienciadas pelas mulheres por ocasião do "Meio da Gravidez" é corroborada por vários autores, entre eles GAVENSKY (1971:197-8) o qual afirma que "logo depois dos 4 ou 5 meses de gravidez, com os movimentos fetais a mulher passa a sentir o feto não como uma promessa e sim como uma realidade ... e isto significa para a mulher a primeira tomada de consciência de que se encontra grávida, e da realidade da criança, até esse instante só imaginada".

A sensação de sentir-se grávida a partir da percepção dos movimentos do feto também é citada por BADINTER (1985:251) ... "confessa que nada sente antes do primeiro movimento de seu filho ...", por MALDONADO (1984:34) "... é a primeira vez que a mulher sente o feto como uma realidade concreta dentro de si..." e por MALDONADO et alii, (1987:27) "... de qualquer forma, sentir o neném mexendo dá uma espécie de "certeza" de que se está de fato grávida e que ele está realmente lá dentro da barriga, vivo e concreto".

O fato de ter sido identificado neste estudo que com os movimentos fetais, praticamente, se dissipam todas as dúvidas das mulheres quanto a "continuar" ou não grávida é reforçado pelo estudo de BONNAUD e D'ALLONES, (1963:43) que encontraram, em 85% dos casos estudados, que a percepção dos pri

meiros movimentos fetais tendia a favorecer a aceitação da gravidez.

Na literatura consultada pouca referência foi encontrada em relação à vivência dos dois sub-processos identificados durante o "Sentindo-se grávida". Na literatura clássica são descritas uma infinidade de alterações anátomo-morfo-fisiológicas que podem ser percebidas durante este período; porém, estas alterações quase nunca são descritas a partir da perspectiva das próprias pessoas que as vivenciam, as gestantes. E no entanto, é possível perceber diferenças significativas nas alterações, quando as mesmas são comentadas por exemplo, pelas pessoas que as experimentam e aquelas que as tratam.

Além disso, durante a vivência do "Sentindo-se grávida", a obstetrícia clássica centra-se numa preocupação, muitas vezes excessiva, em diagnosticar e identificar precocemente aspectos patológicos ao mesmo tempo que considera sendo "normal da gravidez" a maioria das queixas referidas pelas mulheres sobre manifestações físicas, funcionais e emocionais, seja através do não questionamento de suas características, seja através da verbalização de frases feitas, as quais dão à mulher a sensação de uma informação e/ou assistência incompleta.

Assim, mais uma vez o aspecto emocional vivenciado pelas mulheres constitui preocupações, quase que exclusivamente, só da área da psicologia, embora atualmente já se possa encontrar na literatura de enfermagem referência aos aspectos relacionados à percepção das mulheres grávidas sobre alterações nas pessoas, especialmente no companheiro (BROOM, 1984; DUNN et alii, 1981; LUIS, 1986) e nos filhos (KENDRICK & DUNN, 1980; TAYLOR, 1973).

Ao que parece, uma lenta e gradual mudança na aborda

gem da enfermagem ao período gestacional já está se processando, uma vez que muitos estudos têm se preocupado com a imagem que a mulher tem de si durante a gravidez e o seu impacto na vivência deste período (FAWCETT et alii, 1986; STRANG, 1985; TOLOR, 1977; WEINBERG, 1978). E este trabalho, se incorpora a essa transformação.

Este tipo de preocupação associada a um conjunto de outras não relacionadas exclusivamente às alterações físicas e funcionais da gravidez têm suscitado uma série de investigações referentes, por exemplo, ao suporte social/apoio que as mulheres recebem durante a gravidez (BROWN, 1986; CRONEM WETT, 1985; TILDEN, 1983). É importante salientar que estes temas ainda não tem constituído objeto de estudo no Brasil. As referências nacionais falam somente da importância de se considerar aspectos outros, tais como os psicossociais, durante a assistência de enfermagem (FARIÑA, 1984; LUIS, 1985 e TEIXEIRA, 1984).

A quarta e última etapa, o "Fim da gravidez" é caracterizada pela vivência de um processo que foi denominado "Esperando nascer". Isto porque nesta etapa, tudo o que as mulheres fazem, pensam, sentem, etc. tem a ver com o compasso de espera vivido por elas em relação à hora do nascimento da criança. A ansiedade proveniente desta vivência leva as mulheres a experienciarem uma série de preocupações e medos. Além disso, ela também influencia a forma de perceber as manifestações de alterações bem como a própria vivência deste período. Por isto o "Vivendo com ansiedade" constitui um dos sub-processos vivenciados nesta etapa. Os outros são "Percebendo alterações do final da gravidez" e "Percebendo a criança".

Com relação à vivência desta etapa, verifica-se que

as mulheres sofrem, demasiadamente, do mal da ansiedade, causada principalmente por uma espera caracterizada pela insolvência, gerando nas mesmas uma impaciência física, emocional e econômica e trazendo como consequência, em geral, a exacerbação da percepção de alterações vistas como desagradáveis. No entanto, os aspectos que preocupam a equipe de saúde, nesta etapa, se resumem basicamente na atenção dispensada às possíveis complicações que possam surgir, tendo em vista o controle do nascimento em condições satisfatórias tanto para a mãe como para a criança.

Assim, é possível identificar a contradição entre os dados deste estudo, os quais reforçam os conhecimentos da psicologia que há muito tempo já vem chamando a atenção para as crises de ansiedade vividas pelas mulheres à medida que se aproxima a data provável do parto, expressa por vários tipos de somatizações físicas e mentais, (MALDONADO, 1984) e a atual atuação da equipe de saúde obstétrica, que de certa forma, até as ignora, à medida que esta ansiedade não é contemplada em seu plano de assistência.

A experiência de "Vivenciar uma gravidez" além de englobar a vivência de processos e sub-processos que, dada as suas características, são tidos como específicos a cada uma das diferentes etapas, envolve também a vivência de outros processos que se encontram permeando a evolução de toda esta experiência. Estes processos inseridos longitudinalmente na experiência de vivenciar a gravidez, nem sempre aparecem de forma explícita, porém eles são passíveis de identificação nas entrelinhas. Dentre estes processos destaca-se o "Buscando/Recebendo informações", o "Tomando decisões", o "Percebendo sentimentos", o "Percebendo alterações", etc.

Por exemplo, com relação ao "Tomando decisões" durano

te a etapa do "Precedendo o início" foi identificado que as mulheres precisam tomar uma série de decisões, entre as quais a de ter ou não, um relacionamento sexual; a de utilizar ou não, um método de anticoncepção; a de como saber métodos de anticoncepção; a de escolher o tipo e a forma de utilização dos mesmos. Durante o "Início da gravidez, mais precisamente durante a vivência do "Descobrimo-se grávida", as decisões tomadas estão relacionadas a quem ela pode ou não manifestar suas suspeitas de uma gravidez, a como acabar com a suspeita, etc. No "Estando grávida", a decisão mais importante é se continua ou não grávida, a qual envolve decisões menores tais como a de iniciar ou não, e frequentar ou não, um serviço de pré-natal; se vai frequentar, a de qual vai ser o serviço, para quais pessoas vai contar sobre seu estado, quais devem ser as mudanças imediatas e necessárias na sua vida, etc. No "Meio da gravidez" durante o "Sentindo-se grávida" ela precisa decidir-se entre outras coisas sobre se deve seguir ou não, as orientações médicas e os ensinamentos de conhecidos e também, como deve se comportar de forma geral. Finalmente, ao "Fim da gravidez", as decisões parecem estar relacionadas, principalmente, ao local onde o parto será realizado e quem o realizará, quem cuidará das crianças e da casa durante a hospitalização, quem ajudará no cuidado de si e da criança após o parto e etc.

Além das decisões principais em cada etapa, existem algumas que são comuns a todas elas, como é o caso por exemplo, das decisões referentes à compra do enxoval e pertences do bebê.

Finalmente, o desenvolvimento do "Vivenciando a gravidez" se dá como parte da vivência do "Processo de vida" da mulher, o qual é formado pelo conjunto das várias áreas de

sua vida e suas interrelações, bem como das interrelações entre estas e o meio ambiente. Assim, a gravidez surge na vida da mulher a partir da priorização de uma destas áreas, qual seja a sexual, seja através da elaboração de planos e projetos específicos a esta área, ou simplesmente através do exercício da prática sexual.

Por isto, o "Vivenciando a gravidez" se dá inserido em um contexto e influenciado por este. E é este contexto que faz com que a experiência de "Vivenciar a gravidez" seja única para cada mulher e a cada gravidez; já que uma mesma mulher experiencia de forma diferente cada uma de suas gravidezes, pois a cada nova gravidez se soma a experiência da anterior, além do fato da mulher encontrar-se inserida em outro contexto. Isto porque o contexto é dinâmico, já que ele não envolve apenas o ambiente físico e sim o conjunto de vários fatores entre os quais se destaca o ambiente familiar, social, cultural, econômico, histórico, político, etc. que circunda cada mulher, sendo possível observar por exemplo, a relação entre o estado civil e o nível de conhecimento das mulheres sobre métodos de anticoncepção e fisiologia da reprodução, o que de certa forma, influencia diretamente o "Vivendo um Relacionamento Sexual" e indiretamente o "Vivenciando a gravidez".

IV. CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES, IMPLICAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Os estudos que utilizam a "Grounded Theory" (Teoria Fundamentada nos Dados) como linha metodológica básica não atingem um ponto onde os seus resultados ou conclusões possam ser tidos como finais, fechados ou definitivos. Portanto, a teoria emergente é algo em contínuo desenvolvimento. Sendo assim, a mesma pode ser ampliada e aprofundada sempre que dados novos ou adicionais forem encontrados, seja através do teste-reteste com a utilização de novos grupos amostrais ou de uma "nova" análise dos dados já coletados. Isto porque a teoria representa a melhor suposição do pesquisador sobre os dados no momento; porém a sua própria forma de ver e interpretar os dados pode, de certa forma, ser mutável no tempo, pois ela é influenciada por um contexto dinâmico onde o pesquisador se encontra inserido.

Portanto, é dentro desta perspectiva que as conclusões, limitações, implicações e recomendações decorrentes deste estudo, são apresentadas.

CONCLUSÕES

A teoria substantiva "Vivenciando a Gravidez" constitui a conclusão deste estudo. Ela reflete o grau de análise e de conhecimento que se conseguiu sobre o fenômeno em estudo, a experiência da gravidez na vida da mulher, até o momento. Assim sendo, ao invés de "inacabada", a mesma é tida como uma teoria em contínuo desenvolvimento e suas principais propo

sições são as que seguem:

- o processo "Vivenciando a Gravidez" guarda identidade com os pensamentos, sentimentos e percepções de mulheres grávidas; além disso, encontra-se vinculado ao tempo e ao espaço, visto que ele representa a experiência vivida e percebida pelas mulheres não só durante o tempo em que ela está grávida, mas também o tempo ou período imediatamente anterior ao "estar grávida". Assim, a gravidez surge na vida da mulher a partir da priorização de uma das áreas de seu "Processo de Vida", qual seja a área sexual. Este processo também é influenciado por um conjunto de fatores relacionados ao contexto no qual a mulher se encontra inserida;

- "Vivenciando a Gravidez" é um processo dinâmico que ocorre na vida da mulher, uma vez que envolve e é influenciado pelas percepções das mulheres em relação à presença de diferentes, sucessivas e significativas mudanças e alterações nas mais diferentes áreas de suas vidas, durante todo o período de uma gravidez, inclusive o imediatamente anterior à mesma;

- a vivência deste processo dinâmico se dá em quatro etapas sequenciais e interrelacionadas que foram denominadas de "Precedendo o Início da Gravidez", o "Início da Gravidez", o "Meio da Gravidez" e o "Fim da Gravidez";

- ao experienciar cada uma destas etapas as mulheres, na verdade, vivenciam sub-processos. Estes sub-processos apesar de possuírem conceitos e vivências comuns, possuem algumas características que os tornam específicos para cada uma

das etapas; além disso, a vivência de cada um deles só ocorre após a vivência do anterior, caracterizando a evolução sequencial da experiência de "Vivenciar uma gravidez";

- Os processos identificados representam o conjunto das vivências centrais experienciadas pelas mulheres ao longo do Vivenciando a gravidez e até o momento eles são em número de cinco, que são: "Vivendo um relacionamento sexual", "Descobrimo-se grávida", "Estando grávida", "Sentindo-se grávida" e "Esperando nascer".

LIMITAÇÕES

As principais limitações do presente estudo foram:

- minha inexperiência em desenvolver pesquisa qualitativa e dificuldade em compreender inicialmente as características da metodologia empregada, especialmente devido ao fato de sua (pouca) utilização estar restrita, até aquele momento, exclusivamente a alguns estudos internacionais;

- o tempo destinado para a realização do estudo. Embora no total tenham sido gastos 2 anos e meio no estudo, o fato de 1/5 deste tempo ter sido destinado para o conhecimento e treinamento de técnicas específicas; bem como da própria metodologia empregada, de certa forma impossibilitou um maior aprofundamento sobre os conceitos identificados na vivência do meio e do fim da gravidez, já que existia um limite de tempo, estabelecido pelo curso de mestrado, para que o estudo fosse concluído;

Finalmente, considero a minha dificuldade de abstracção uma possível limitação na forma de ver, interpretar e captar o fenômeno em estudo, principalmente porque o processo inductivo característico da metodologia utilizada pressupõe que os resultados obtidos encontram-se diretamente relacionados ao grau de abstracção do pesquisador.

IMPLICAÇÕES

A teoria substantiva desenvolvida, "Vivenciando a gravidez", surgiu a partir da experiência vivida pelas mulheres em estado de gravidez. Como a probabilidade da maioria das mulheres em idade adulta já terem ou virem a viver esta experiência bem como, as inúmeras alterações que dela decorrem mesmo que por um período limitado, é bastante elevada, considero que a presente teoria possui significativas implicações tanto para a prática como para o ensino da enfermagem. Da mesma forma, não só a teoria emergente mas também o estudo propriamente dito, traz implicações no que se refere ao desenvolvimento de teorias e de pesquisas no âmbito da enfermagem nacional, bem como em outras áreas.

Implicações para a prática da enfermagem: a teoria "Vivenciando a gravidez" fornece subsídios para a prática da enfermagem à medida que se constitui num referencial teórico diferenciado, já que até o momento a enfermagem tem centrado a assistência prestada à mulher em estado de gravidez no modelo bio-médico, ou seja, não no indivíduo e sim no aspecto curativo.

As características relevantes deste modelo teórico para a prática de enfermagem são as seguintes:

- o processo "Vivenciando a Gravidez" é referência apropriada para a elaboração de um modelo de assistência de Enfermagem porque guarda identidade com os pensamentos, sentimentos e percepções de mulheres grávidas;

- o processo "Vivenciando a Gravidez" por ter sua autenticidade a partir da percepção e sentimentos das próprias mulheres grávidas, inclui uma fase até então não valorizada na assistência à gestante, qual seja "Precedendo o Início da Gravidez", ponto de decisão, e por isso mesmo fonte de referência às buscas e intervenções de enfermagem;

- a identificação da experiência de vivenciar uma gravidez como um processo dinâmico vinculado ao tempo e ao espaço e influenciado pelo ambiente (físico, familiar, social, cultural, econômico, histórico, político, etc) que circunda cada mulher, pode facilitar a priorização do acompanhamento da evolução da experiência global vivida pela mulher, melhor do que numa visão limitante;

- a dinamicidade e a interface das etapas do processo "Vivenciando a Gravidez" revelam à enfermagem que o seu processo assistencial precisa também ter suas etapas dinâmicas e interarticuladas, respeitando em suas características, aquelas mesmas do "Vivenciando a Gravidez";

- a visualização do processo "Vivenciando a Gravidez" sugere uma mudança na abordagem do período gestacional como um todo, visto que suscita uma contextualização sugerindo temas de natureza social, além da limitante abordagem em períodos classicamente reconhecidos na gravidez;

- as fases do processo "Vivenciando a Gravidez" guardam relação com as fases clássicas do atendimento obstétrico e, portanto, garantem a especificidade da intervenção de enfermagem sem perder a correspondência com a abordagem da clínica obstétrica;

- as vivências centrais experienciadas pelas mulheres em estado de gravidez, representadas pelos processos, sub-processos e categorias identificadas em cada uma das diferentes etapas do "Vivenciando a Gravidez" além de favorecer o estabelecimento de um planejamento mais adequado da assistência a ser prestada à mulher grávida, também serve de guia no contínuo levantamento de dados e na avaliação tanto das necessidades da MULHER em estado de gravidez como na evolução desta experiência. Resultando, provavelmente, uma assistência mais global, individualizada e embasada em suporte teórico adequado à etapa de desenvolvimento que a mulher grávida atravessa.

- a identificação das vivências centrais experienciadas pelas mulheres grávidas possibilitam também o conhecimento dos problemas significativos vividos pelas mulheres nas diferentes etapas do "Vivenciando a Gravidez", bem como das prováveis maneiras de as mulheres lidarem com eles, subsidiando e promovendo, desta forma, uma assistência e um atuar preponderantemente facilitador desta situação;

- o fato da enfermagem verificar que a mulher grávida capta em nível inconsciente as transformações bioquímicas e corporais que assinalam a presença da gravidez e até mesmo que consegue expressar esta percepção pelos sonhos ou intuiti

ção, remete o enfermeiro a refletir sobre sua formação, retomando certo aprofundamento em aspectos psicológicos e antropológicos, para sua atuação junto a mulheres grávidas;

- o conhecimento da estrutura conceitual desenvolvida subsidia e favorece uma reflexão, por parte de todos os profissionais de saúde, e de forma particular, os enfermeiros, sobre as características da prática atual na assistência prestada à mulher em estado de gravidez;

- "Vivenciando a gravidez" é uma teoria emergente da prática e pode guiar conceitualmente a prática, desde que a formação psicológica e antropológica esteja presente como referencial à enfermagem obstétrica.

Implicações para o ensino da enfermagem: a teoria "Vivenciando a gravidez" fornece um marco teórico mais abrangente para o ensino da enfermagem obstétrica. Isto porque, à medida que ordena, na forma de processos, sub-processos e categorias, os vários aspectos da experiência da mulher em estado de gravidez, conforme sua própria perspectiva, valorizando sua percepção, seu contexto e suas relações sociais, aprimora e amplia o elenco de conhecimentos que norteiam o ensino na área da enfermagem obstétrica:

- ao aprimorar e ampliar os conhecimentos referentes à experiência vivida pela mulher em estado de gravidez, a teoria desenvolvida favorece, facilita e fundamenta o ensino de uma assistência global e individualizada à mulher.

Implicações para a pesquisa na Enfermagem: a forma

como foi desenvolvida a teoria "Vivenciando a gravidez" bem como os constructos desenvolvidos amplia, em muito, a perspectiva para o desenvolvimento de futuras pesquisas relacionadas ao tema em questão. Estas poderão reinterpretar não só os processos, conceitos e constructos que foram desenvolvidos mas também as suas relações e interrelações, o que por sua vez permitirá uma consistência crescente no corpo de conhecimentos envolvidos.

"Vivenciando a Gravidez" possui constructos que ensejam novos temas de pesquisa e propõe elementos de compreensão sobre uma teoria substantiva à assistência de enfermagem à mulheres grávidas.

Além disso, a forma como o estudo foi descrito poderá facilitar a compreensão e o uso da metodologia da "Grounded Theory", ampliando assim o leque de opções metodológicas a ser utilizado nas pesquisas de enfermagem no Brasil.

Implicações para o desenvolvimento de Teorias na Enfermagem: o desenvolvimento da teoria "Vivenciando a gravidez" pode contribuir de forma particular na compreensão do que seja uma teoria substantiva podendo, ao mesmo tempo, suscitar um maior interesse por parte dos profissionais enfermeiros, em desenvolver constructos e teorias, seja em relação a este mesmo fenômeno ou a outros experienciados por seres humanos na qualidade de clientes e/ou pacientes.

RECOMENDAÇÕES

Considerando as limitações identificadas e as características da metodologia utilizada, as recomendações do presente estudo são:

- que mais estudos sejam desenvolvidos com o intuito de investigar a experiência vivenciada por mulheres em estado de gravidez, tendo em vista o aprimoramento e ampliação da teoria desenvolvida, através da confirmação dos processos, conceitos e constructos que a compõem, bem como de suas relações e interrelações;

- que os estudos a serem desenvolvidos se preocupem, de forma particular, em aprofundar a compreensão especialmente da 3ª e 4ª etapas do "Vivenciando a gravidez", a fim de prosseguir na identificação e confirmação de seus componentes, características e relações.

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M.I.M. A nova maternidade. In: FIGUEIRA, S.A. Uma nova família, Rio de Janeiro, Zahar, 1987.
- ARAÚJO, O.M.M. Consulta de enfermagem à gestante. Rev. Bras. Enf., Brasília, 32(3):259-70, 1979.
- BANDITER, E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. 4ª ed. (Trad. Waltensir Dutra) Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1985. 370 p.
- BARBOSA, H.L.A. Gestaõ normal. In: _____. Obstetrícia-prática. 6ª ed. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1981. cap. 2, p.134-64.
- BETHEA, D.C. Alterações normais do corpo durante a gravidez. IN: _____. Enfermagem obstétrica básica. 3ª ed. Rio de Janeiro, Ed. Interamericana, 1982. cap. 4, p.41-4.
- BOGDAN, R. & Taylor, S.J. Introduction to qualitative research methods. New York, John Wiley & Sons., 1975. 265p.
- BOLTANSKI, L. As classes sociais e o corpo. Trad. Machado, R. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1979. 191p.
- BROOM, B.. Consensus about the marital relationship during transition to parenthood. Nursing Research, New York, 33(4):223-8, 1984.
- BROWN, M.A. Social support, stress, and health: a comparison of expectant mothers and fathers. Nursing Research, New York 35(2):72-6, 1986.
- _____. Social support during pregnancy: a unidimensional or multidimensional construct? Nursing Research, New York, 35(1):4-9, 1986.

- BROWN, M.A. Marital support during pregnancy. JOGNN, Hagers town, Nov./Dec.: 475-83, 1986.
- BYERLY, E.L. The nurse-researcher as participant-observer in a nursing setting. Nursing Research, New York, 18(3):230-6, 1968.
- CANDEIAS, N.M.F. Assistência pré-natal: conhecimentos, atitudes e práticas de mulheres internadas no serviço de obstetrícia de São Paulo. Rev. Saúde Públ., São paulo, 14(4): 428-38, 1980.
- CANESQUI, A.M. A saúde da mulher em debate. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, 15/16:29-36, 1983.
- CENTA, M.M. Experiências vivenciadas pelos homens durante a 1ª gravidez e parto de suas mulheres. Florianópolis, 1981. 293p. (Dissertação de Mestrado. Departamento de Enfermagem Universidade Federal de Santa Catarina).
- CHENITZ, W.Z. & SWANSON, J.M. From practice to grounded theory-qualitative research in nursing. Addison-Wesley, Menlo Park, CA. 259p.
- CRONENWETT, L.R. Network structure, social support and psychological outoomes of pregnancy. Nursing Research, New York, 34(3):93-9, 1985.
- DUARTE, N.M.N. & MUXFELDT, L.C. O papel da enfermeira na assistência à gestante sadia. Rev. Bras. Enf., Rio de Janeiro, 28(4):70-4, 1975.
- DUNN, J. & KENDRICK, C. The arrival of sibling: changes in patterns of interaction between mother and first-born. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 21(2):119-32 - 1980.
- DUNN, J. et alii. The reaction of first-born children to the birth of a sibling: mother's reports. Journal of Psychology and Psychiatry, 22(1):1-18, 1981.

- EIRAS, M.S. A gravidez como etapa do desenvolvimento da mulher: relatos de grávidas sobre suas experiências e sentimentos ligados à parentalidade. Campinas, 1983. 80p. (Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas).
- FARINÃ, E.B. et alii. Assistência de enfermagem à mulher no ciclo grávido-puerperal: aspecto psicossocial. Rev. Esc. Enf. USP, São paulo, 18(1):5-12, 1984.
- FAWCETT, J. The relationship between identification and patterns of change in spouse's body images during and after pregnancy. Pergamon Press, J. Nurs. Stud., 14:199-213, 1977.
- _____. Body image and the pregnant couple. Maternal Child Nursing, July/Aug. 2:227-33, 1978.
- FAWCETT, J. et alii. Spouse's body image changes during and after pregnancy: a replication and extensior. Nursing Research, New York, 35(4):220-3, 1986.
- FIELD, P.A. & MORSE, J.M. Nursing research - the application of qualitative approaches. Maryland, AN Aspen Publication, 1985. 167p.
- FONSECA, R.M.G.S. Consulta de enfermagem em saúde materna. Rev. Enf. Novas Dimens., São paulo, 3(2):92, 1977.
- GARCIA, T.R. Representações de gestantes adolescentes solteiras sobre aspectos de sua problemática psicossocial; implicações para a ebfermagem obstétrica. Rev. Bras. Enf., Brasília, 38(3/4):281-8, 1985.
- GAVENSKY, R.V. Psicoprofilaxia obstétrica. Buenos Aires, El Ateneo, 1971. 282p.
- GLASER, G.B. & STRAUSS, A.L. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Chicago, Aldine Publishing, 1976. 271p.
- GRIFFITH, S. Pregnancy as an event with crisis potential for

- marital partners: a study of interpersonal needs. JOGNN, Hagerstown, Nov/Dec.: 35-8, 1976.
- HENSE, D.S.S. Tendo que operar-se: a experiência do paciente cirúrgico e sua espiritualidade. Florianópolis, 1987. 389p. (Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina).
- HOFMANN, A.D. Contraception-in-adolescence: a review. Bulletin of the world Health Organization, Whashington, 62(1): 151-62, 1984.
- HUTCHINSON, S.A. Perspective: field research in a neo-natal intensive care unit. Topics in Clinical Nursing, Maryland, 7(2):24-8, 1985.
- IFFRIG, M.C. Body image in pregnancy: its relation to nursing functions. Nursing Clinics of North America, Philadelphia, 7(4):631-9, 1972.
- KENDRICK, C. & DUNN, J. Caring for a second baby: effects of interactions between mother and first child. Developmental Psychology, 16(4):303-11, 1980.
- KENNY, J.A. Sexuality of pregnant and breastfeeding women. Archives of Sexual Behavior, 2(3):215-29, 1973.
- KITZINGER, S. Mães-um estudo antropológico da maternidade. Trad. BASTOS, A.F. e LEITÃO, L. Lisboa. Ed. Presença, Ltda., 1978. 221p.
- LANGER, M. Maternidade e Sexo. 2ª ed. Porto Alegre, Artes médicas, 1986. 266p.
- LEININGER, M.M. Qualitative research methods in nursing. Orlando, Grune & Stratton, Inc. 1985. 361p.
- LOFLAND, J. Analyzing social settings: a guide to qualitative observation and analysis. Belmont, Wadsworth Publishing Inc., 1971.
- LUIS, M.A.V. Assistência de enfermagem a gestantes com ênfase

- se em sua saúde mental. Rev. Paul. Enf., São Paulo 5(2): 85-8, 1985.
- LUIS M.M.V. Considerações sobre o relacionamento conjugal da mulher grávida. Rev. Esc. Enf. USP., São Paulo, 20(2): 125-42, 1986.
- MALDONADO, M.T.P. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. 6ª ed. Petrópolis, Vozes, 1984. 164p.
- MALDONADO, M.T. et alii. Nós estamos grávidos. 7ª ed. Rio de Janeiro, Bloch, 1987. 94p.
- MEYEROWITZ, J.H. Satisfaction during pregnancy. J. of Marriage and the Family, 32:38-42, 1970.
- MOLINA, R. et alii. Características de adolescentes solteiras aceptantes de planificacion familiar en el postparto. Cuadernos Medico-Sociales, 25(3):118-2, 1984.
- MOORE, D. Prepared childbirth and marital satisfaction during the antepartum and postpartum periods. Nursing Research, New York, 32(2):73-9, 1983.
- MOTA, S.M.C. Consulta de Enfermagem na área materno-infantil: estudo descritivo dos procedimentos em centros municipais de saúde na cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 1980. 96p. (Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem Ana Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro).
- MUELLER, L.S. Pregnancy and sexuality. JOGNN, Hagerstown, July/Aug.,:289-94, 1985.
- NASCIMENTO, M.G.P. Interesses e preocupações a respeito do parto. São Paulo, 1984. 150p. (Dissertação de Mestrado. Departamento de Enfermagem. escola Paulista de Medicina).
- NUTHALL, J. Unplanned pregnancy. The New Zealand Nurs. J., July:11-5, 1986.
- ODENT, M. Gênese do homem ecológico - mudar a vida, mudar o nascimento: o instinto reencontrado. Trad. Ribondi A. São

- Paulo, Tao Ed. Ltda, 1981. 163p.
- PACIORNICK, M. Parto de cócoras: aprenda a nascer com os índios. São paulo, Ed. Brasiliense, 1979. 183p.
- PEARSALL, M. Participant observation as role an method in behavioral research. Nursing Research, New York, 14(1): 37-42, 1865.
- POLIT, D.F. & HUNGLER, B.P. Investigacion científica en ciencias de la salud. Trad. PINTO, J.B. e TREVIÑO, H.V. México, Nueva Editorial, 1985. Vol. 1, 316p.
- POSTER, L.S. & DEMEUTH, B. The impact of marital adjustment on pregnancy acceptance. Maternal-Child Nursing Journal, Pittsburg, 8(2):103-13, 1979.
- REAMY, K. et alii. Sexuality and pregnancy: a prospective study. The J. of Reprodutive Medicine, 27(6):321-7, 1982.
- REZENDE, J. Conceito, propósitos, súmula histórica. In: _____ . Obstetrícia. 5ª ed. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 1987. cap. 1, p.1-18.
- RICHARDSON, P. Women's perceptions of their important dyadic relationships during pregnancy. Maternal-Child Nursing J., Pittsburgh, 10(3):159-74, 1981.
- _____. Significant relationships and their impact on childebearing: a review. Maternal-Child Nursing Journal, Pittsburgh, 11(1):17-40, 1982.
- _____. Women's perceptions of change in relationships shared with their husbands during pregnancy. Maternal-Child Nursing Journal, Pittsburgh, 12(1):1-19, 1983.
- _____. Women's perceptions of chang in relationships shared with children during pregnancy. Maternal-Child Nursing Journal, Pittsburgh, 12(2):75-88, 1983.
- RUBIN, R. Maternal tasks in pregnancy. Maternal-Child Nursing Journal, Pittsburgh, 4(3):143-53, 1975.

- SALEM, Tania. A trajetória do "casal grávido": de sua consti-
tuição à revisão de seu projeto. In: FIGUEIRA, S.A. Cultu-
ra e psicanálise. São Paulo. Brasiliense, 1985. 243p.
- SANDELOWSKI, M. The problem of rigor in qualitative research.
Advances in Nursing Science, Maryland, 8(3):27-37, 1986.
- SCAVONE, Lucila. As múltiplas faces da maternidade. Cad. Pesq.,
São Paulo, 54:37-49. 1985.
- SCHATZMAN, L. & STRAUSS, A.L. Field research: strategies for
a natural sociology. New Jersey, Prentice-Hall, Inc., 1973.
149p.
- SERRANO, C.V. Programa regional de desenvolvimento de saúde
materno infantil no Brasil. Bol. Of. Sanit. Panam., Washin-
gton, 56(3):243-60, 1977.
- SIMMS, L.M. The grounded theory approach in nursing research.
Nursing Research, New York, 30(6):356-9, 1981.
- SILVA, M.A.F. Atuação da enfermagem na equipe integrada da
clínica obstétrica do hospital do Andaraí-INAMPS-Rio de Ja-
neiro. Enfermagem Atual, Rio de Janeiro, 22/23:28-30 e 4-8,
1982.
- SOIFER, R. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. 3ª ed.
Trad. Carvalho, I.V. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, 1984.
124p.
- STERN, P.N. Grounded theory methodology: its uses and pro-
cess. Image, Indianapolis, 12(1):20-3, 1980.
_____. Using grounded theory method in nursing research.
In: LEININGER, M.M. Qualitative research methods in nur-
sing. Orlando, Grune & Stratton, Inc., 1985. cap. 10, p.
149-60.
- STRANG, C. & SULLIVAN, P.L. Body image attitudes during preg-
nancy and the postpartum period. JOGNN, Hagertown, July/
Aug.: 332-7, 1985.

- TAYLOR, M.K. & LOGAN, K.L. Effects of birth of a sibling on Mother-child interactions. Child Psychiatry and Human Development, 4(1):53-8, 1973.
- TEIXEIRA, E.M.R. Integração da enfermagem psiquiátrica na assistência pré-natal, visando a prevenção primária. Rev. Paul. Enf., São paulo, 4(4):156-60, 1984.
- TILDEN, V. The relation of life stress and social support to emotional disequilibrium during pregnancy. Research in Nursing and Health, New York, 6:167-74, 1983.
- TOLOR, A. & DIGRAZIA, P.V. Sexual attitudes and behavior patterns during and following pregnancy. Archives of Sexual Behavior, 5(6):539-51, 1976.
- _____. The body image of pregnant women as reflected in their human figure drawings. Journal of Clinical Psychology, 33(2):566-71, 1977.
- WEINBERG, J.S. Body image disturbance as a factor in the crisis situation of pregnancy: a review. JOGNN, Hagerstown, 2:18-21, 1978.
- WENNER, N. et alii. Emotional problems in pregnancy. Psychiatry, 32:389-410, 1969.
- WILSON, H.S. Limiting intrusion - social control of outsiders in a healing community: an illustration of qualitative o comparative analysis. Nursing Research, New York, 26(2):103-11, 1977.
- WINSLOW, W. First pregnancy after 35: what is the experience. M.C.C., Maryland, 12:93-6, 1987.
- ZIEGEL, E.E. & CRANLEY, M.S. Alterações fisiológicas que ocorrem na mulher durante a gestação. In: _____. Enfermagem obstétrica. 8ª ed., Rio de Janeiro, Ed. Interamericana, 1985. Cap. 8, p.120-62.