

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

JOSIANE DA ROSA MISSEL

**SENTIMENTOS DAS MULHERES AO VIVENCIAR UMA GESTAÇÃO DE
ALTO RISCO**

**Porto Alegre
2004**



JOSIANE DA ROSA MISSEL

**SENTIMENTOS DAS MULHERES AO VIVENCIAR UMA GESTAÇÃO DE
ALTO RISCO**

Trabalho de conclusão apresentado à disciplina de
Estágio Curricular da Escola de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como
requisito parcial para obtenção do grau de Enfermeira.

Prof^a Orientadora: Ms. Virgínia Leismann Moretto

**Porto Alegre
2004**

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer, em primeiro lugar, a Deus, pois permitiu que essa conquista se concretizasse.

À minha orientadora Prof^a Ms Virgínia Moretto, pelo apoio, dedicação e paciência em todos momentos desta trajetória.

Aos meus pais, e irmãos que tiveram paciência e tolerância, nos momentos mais difíceis desse caminho.

À Família Borba, em especial ao meu Mestre Pai Renato, pois é meu porto seguro, me proporcionando equilíbrio e tranquilidade.

À minha irmã Joice, que sempre concertou o computador, nas horas que surgiam os problemas.

À minha AMIGA, e irmã do coração, Tatiane, que sempre esteve comigo, nos momentos, mais difíceis, me dando força e incentivo.

À equipe do Pra-Viver, que sempre me ajudou, nos momentos de dificuldade.

Aos meus queridos colegas: Carol, Déia, Mô, Luccas, Thiago, e Cris, pessoas maravilhosas as quais tenho muito carinho e afeto.

À Escola de Enfermagem, professores e demais funcionários.

Às enfermeiras que ao longo dessa trajetória,, me proporcionaram conhecimento e aprendizado.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	4
2	METODOLOGIA	6
2.1	Tipo de estudo	6
2.2	Fases do estudo	7
2.3	Coleta de dados	9
3	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	11
3.1	Desenvolvimento emocional durante os três trimestres da gravidez	11
3.2	Fatores geradores de risco na gestação	19
3.2.1	Fatores sócio-econômicos	20
3.2.1	Fatores demográficos	21
3.2.3	História obstétrica	22
3.2.4	História clínica	26
3.3	Sentimentos vivenciados pelas mulheres frente a uma gestação de alto risco	27
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
	REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

Segundo Buchabqui, Abeche e Brietzke (2001), a gestação é um fenômeno fisiológico normal que, geralmente, evolui sem intercorrências. Sabe-se, portanto, que 90% dessas gestações começam, evoluem e terminam sem complicações, ou seja, são aquelas que denominamos de baixo risco. Porém, 10% dessas gestações apresentam problemas no início ou durante o seu desenvolvimento, apresentando probabilidade de evolução desfavorável tanto para o feto quanto para a mãe.

No decorrer de uma gestação, as mulheres grávidas vivenciam vários sentimentos, aflições e preocupações. Porém, nos casos de gravidez de alto risco, a ansiedade das gestantes é intensificada, pois elas sentem medo de perder o bebê, temendo não serem capazes de gerar um produto bom ou de não merecê-lo (ÁVILA, 1998).

Conforme os aspectos citados acima, quais são os sentimentos das mulheres em relação à vivência de uma gestação de alto risco? Existe um número insuficiente de trabalhos publicados na área de enfermagem relacionados a esse tema. Costa (2002), realizou um estudo que teve como objetivo, identificar as percepções da gravidez de risco para gestantes e investigar as implicações familiares neste contexto. A autora observou, que as gestantes vivenciam sentimentos, muitas vezes, confusos e contraditórios. Percebeu, também, que é fundamental o apoio familiar à gestante de risco durante a gravidez.

Durante a disciplina de Enfermagem no Cuidado à Mulher, ao realizar estágio no Centro Obstétrico, em algumas ocasiões, as gestantes atendidas eram de alto risco. Devido a isso, pude compreender a importância de uma assistência de enfermagem diferenciada à essas mulheres, enfocando os problemas relacionados a uma gestação de risco.

Um outro fator que despertou meu interesse sobre o assunto, foi a oportunidade de fazer um estágio extracurricular na Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, no Programa Prá-Viver, no qual o objetivo era estudar óbitos de crianças menores de cinco anos, através de entrevistas com suas mães. Essas, muitas vezes, apresentavam fatores que desencadearam uma gravidez de alto risco. Com isso, parei para refletir sobre os sentimentos dessas mulheres ao vivenciarem uma gestação de risco.

Assim, o principal objetivo desse estudo, é realizar uma pesquisa bibliográfica sobre os sentimentos vivenciados pelas mulheres frente a uma gestação de alto risco.

2 METODOLOGIA

As pesquisas são classificadas de acordo com seus objetivos gerais. Assim, Gil (1991), classifica as pesquisas em três grandes grupos: exploratórias, descritivas e explicativas. A pesquisa pode ser definida como um procedimento racional e sistemático; logo, ela deve ser desenvolvida mediante o concurso dos conhecimentos disponíveis e a utilização cuidadosa de métodos, técnicas e outros procedimentos científicos.

Abaixo, será descrito o processo metodológico desenvolvido para a realização do referido trabalho.

2.1 Tipo de estudo

O estudo realizado foi de caráter exploratório, realizado através de uma pesquisa bibliográfica. Para Gil (1991), a pesquisa bibliográfica:

“é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho desta natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. Boa parte dos estudos exploratórios pode ser definida como pesquisas bibliográficas. As pesquisas sobre ideologias, bem como aquelas que se propõem a análise das diversas posições acerca de um problema, também costumam ser desenvolvidas quase exclusivamente a partir de fontes bibliográficas.” (GIL, 1991, p.48).

2.2 Fases do estudo

Segundo Gil (1991), para a realização de uma pesquisa bibliográfica deve-se considerar as seguintes fases: determinação dos objetivos; elaboração do plano de trabalho; identificação das fontes; localização das fontes e obtenção do material de trabalho; tomada de apontamentos; confecção de fichas e redação do trabalho. Estas etapas estão descritas a seguir:

a) Determinação dos objetivos: a primeira etapa de uma pesquisa bibliográfica é estabelecer claramente os objetivos, com finalidade de que nas fases posteriores a pesquisa possa prosseguir de maneira satisfatória.

b) Elaboração do plano de trabalho: após a definição dos objetivos, define-se, então o plano de trabalho. Este plano, geralmente, é provisório e passa por reformulações sucessivas. Normalmente, apresenta a forma de uma coleção de itens ordenados em seções, capítulos ou índices correspondentes ao desenvolvimento da pesquisa. O plano provisório utilizado nesse estudo está dividido nos seguintes tópicos: introdução, desenvolvimento normal da gravidez durante os três trimestres, fatores geradores de risco na gestação, sentimentos vivenciados pelas mulheres frente uma gestação de alto risco e conclusões.

c) Identificação das fontes: consiste na identificação das fontes capazes de fornecer as respostas adequadas à solução do problema proposto.

d) Localização das fontes e obtenção do material: esta fase da pesquisa consiste na localização de obras já previamente identificadas.

e) Leitura do material: logo após a posse do material, tido como suficiente, inicia-se a fase de leitura do mesmo. Os objetivos das diversas leituras relacionadas são variáveis, bem

como os procedimentos e as atitudes requeridas. Conforme Gil (1991), a leitura realizada na pesquisa bibliográfica deve seguir alguns objetivos, que são a identificação das informações e dos dados que constam no material obtido; o estabelecimento de relações entre as informações e os dados obtidos com o problema proposto e a análise da consistência das informações a dados apresentados pelos autores. O mesmo autor, classifica as leituras em quatro tipos distintos: leitura exploratória; leitura seletiva; leitura analítica e leitura interpretativa. Logo, durante a leitura dos materiais selecionados, foram avaliadas a relevância do conteúdo apresentado pelo autor e sua relação com a temática da pesquisa, ou seja, foram utilizados os dois primeiros tipos de leituras propostos acima pelo autor (exploratória e seletiva). Porém, no decorrer do trabalho senti a necessidade de usar o terceiro tipo de leitura, ou seja, a analítica que, de acordo com Gil, “tem por finalidade ordenar e resumir as informações contidas nas fontes, de forma que estas possibilitem a obtenção de respostas ao problema de pesquisa, de maneira crítica e objetiva” (1991, p.68).

f) Tomada de apontamentos: para que a tomada de notas seja eficiente, deve-se considerar o problema de pesquisa, isto se faz necessário para evitar que se tomem notas que não serão utilizadas. Deve-se registrar apenas os aspectos de fundamental importância na solução do problema. De acordo com Gil (1991), não é conveniente acumular grande número de anotações, ou seja, deter-se naquelas potencialmente importantes e nas suas idéias principais. Com isso, a tomada de apontamentos foi feita após a leitura minuciosa e integral do material, demarcando, registrando e sublinhando os aspectos pertinentes ao objetivo do trabalho.

g) Confeções de fichas: vários são os objetivos referentes ao procedimento de confecção das fichas, que segundo Gil (1991) são: identificação das obras consultadas, registro do conteúdo da obra, registro dos comentários acerca das obras e por último, a ordenação dos registros. As fichas distinguem-se em dois tipos, que são: a ficha bibliográfica e a de apontamento. A primeira

é utilizada para anotar referências bibliográficas e a última para o registro de idéias, hipóteses, etc. A necessidade de confecções das fichas é mais evidente, quanto maior for a dimensão do trabalho, embora alguns pesquisadores partem diretamente dos apontamentos para redação do trabalho. Durante a revisão bibliográfica do presente trabalho, optei por utilizar os dois tipos de fichas, as bibliográficas e as de apontamento.

h) Redação do trabalho: é a etapa final da pesquisa bibliográfica que, segundo Gil (1991), não há regras fixas que determinem como se deve proceder nesta etapa. Existem aspectos que devem ser considerados na elaboração da maioria dos relatórios, podendo ser classificados em três grupos: conteúdo, estilo e aspectos gráficos. O conteúdo necessita ser apresentado em três partes, que são: introdução, contexto e conclusões. O estilo do relatório precisa trazer em sua estrutura certas qualidades, que são muito importantes, tais como, impessoalidade, clareza, precisão e concisão. E por último, os aspectos gráficos do relatório que precisam ser desenvolvidos e considerados são: a organização das partes, titulação, disposição do texto, citações, notas de rodapé, tabelas, gráficos, ilustrações e a bibliografia. A redação do trabalho foi desenvolvida de acordo com os aspectos citados pelo autor.

2.3 Coleta de dados

O levantamento das bibliografias utilizadas na pesquisa procedeu-se através da consulta à sites de busca na internet, como, por exemplo, Capes, Scielo e Lilacs, usando as seguintes palavras chaves: gestação, gestação de alto risco e gravidez. Também, através da consulta privativa nas bibliotecas da Universidade Federal do Rio grande do Sul (UFRGS), através de

reprodução (xerox) de livros, revistas, periódicos e dissertações de mestrado da área da saúde que abordassem a temática em questão. Foram revisados apenas materiais publicados e editados após o ano de 1990 e escritos na Língua Portuguesa. Portanto, após a identificação da bibliografia relevante e da sua leitura, realizou-se a seleção e a análise dos seus conteúdos, considerando somente as informações pertinentes ao propósito do trabalho. Os dados obtidos foram ordenados, seguindo o plano de trabalho, objetivando facilitar a redação do relatório final do estudo.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A revisão bibliográfica será dividida em tópicos descritos a seguir:

3.1 Desenvolvimento emocional durante os três trimestres da gravidez

A gravidez é uma fase de transição e mudanças que perfazem o ciclo evolutivo da mulher.

A gestação prolonga-se por nove meses do calendário solar, dez meses lunares ou aproximadamente quarenta semanas. Este período pode ser dividido em trimestres. O primeiro trimestre corresponde as semanas 1 a 13; o segundo, as semanas 14 e 26; o terceiro a semana 27 até o termo da gestação, ou seja, 38 a 40 semanas (SAUNDERS, 2002).

Segundo Ávila, as vivências emocionais da gestante são determinadas pelo contexto em que esta gravidez está inserida, pois conforme a autora:

A gravidez e cada nova gravidez, assim como suas repercussões na vida das pessoas, são vivenciadas de forma única, por cada organismo, cada mulher, cada casal e cada família grávida. Um filho pode ter vários sentidos na vida de uma pessoa podendo, por exemplo, significar um projeto de vida, uma auto-afirmação, uma obra prima a ser modelada, uma extensão dos pais, um estorvo, um rival, a salvação de um relacionamento falido, uma companhia, alguém com vida própria, confirmação da capacidade de procurar uma oportunidade de compensar frustrações vividas ou de revidar os pais (ÁVILA, 1998, p. 38).

Para Burroughs (1995), a gestação é um acontecimento importante na vida da mulher e de sua família, pois ocorrem ajustes físicos e emocionais, gerando estresse e ansiedade. A autora, afirma que existem fatores específicos que contribuem para a resposta psicológica da mulher

frente a gestação, tais como: as alterações no corpo, a segurança emocional, as expectativas, o apoio de pessoas próximas, o fato da gestação ser desejada ou não e a situação financeira. Portanto, é necessário que a enfermeira conheça esses fatores que são específicos para cada gestante, estabelecendo um cuidado individualizado, com enfoque nas necessidades de cada mulher.

Maldonado (1997), considera a gravidez como um processo de transição dentro do processo normal do desenvolvimento, em que estão envolvidos, reestruturações e reajustamentos. Verifica-se, então, uma mudança de identidade e uma nova definição de papéis, ou seja, a mulher passa a se olhar e a ser olhada de maneira diferente, pois no caso de uma primípara que além de ser filha, passa a assumir o papel de mãe. No caso de uma múltípara, identifica-se uma certa mudança de identidade, pois ser mãe de um filho é diferente de ser mãe de dois ou mais, pois a vinda de cada filho modifica a composição da rede de intercomunicação familiar.

Maldonado, menciona um outro fator característico da gestação como uma fase de transição que é “a possibilidade de atingir novos níveis de integração, amadurecimento e expansão da personalidade” (1997, p.27).

Conforme Maldonado, Dickstein e Nahoum (1997), a mulher sente-se madura e adulta por ser capaz de conceber um filho, porém, ao mesmo tempo, demonstra dependência e insegurança, necessitando de apoio e proteção. Os autores afirmam, que a intensidade dos sentimentos de segurança e de insegurança são variáveis, da mesma forma em que varia o impacto causado no relacionamento entre o homem e a mulher. Com isso, pode-se dizer que:

O homem gosta de assumir o papel de protetor, cuidando da mulher com exagero, poupando-a ou mimando-a demais; outras vezes, sente-se irritado e revoltado por achar que a mulher está se aproveitando da gravidez para dominá-lo e exigir mais. Porém, quando a gravidez acontece fora do contexto de casal, não raro o homem ‘desaparece’, recusando-se a tomar conhecimento da gravidez. A mulher –sem companheiro– sente-se sobrecarregada por arcar sozinha com a responsabilidade de criar o filho. Entra aí a importância da família e dos amigos, que formam uma rede de apoio, acompanhando a evolução da gravidez (SAUNDERS, 1997, p.55).

Acredita-se, então, que seja importante a enfermeira conhecer quem são as pessoas que fazem parte do círculo familiar da gestante. Logo, ela poderá identificar quem irá dar apoio e sustentação à essa mulher durante o período gestacional.

É essencial que o profissional de saúde tome conhecimento sobre o modo como a gestante se relaciona com seu companheiro, se tem a sua companhia, se vivem em harmonia ou se têm um relacionamento baseado em conflitos. Nos casos em que a mulher é mãe solteira e não pode contar com o apoio do companheiro, precisa de uma atenção especial durante a gestação, tanto dos seus familiares e amigos, quanto do profissional de saúde. Com isso, essa gestante se sentirá protegida e amparada (Ávila, 1998).

Os aspectos emocionais e psicológicos da gravidez podem ser divididos em trimestres, conforme Maldonado (1997), pois essa apresentação torna-se mais sistemática baseando-se na descrição a seguir:

a) Primeiro trimestre: durante essa fase a maioria das mulheres percebem que estão grávidas antes da confirmação pelo exame clínico, através de sonhos e intuições. Esses podem ocorrer, inconscientemente, através de transformações bioquímicas e corporais da gestação. A partir disso, irá formar-se a relação materno-filial e modificações na rede de intercomunicação familiar. Evidencia-se, também, neste período a ambivalência afetiva, ou seja, o desejo ou não de ter um filho. Esse fenômeno é absolutamente natural, pois é um período de mudanças interpessoais e intrapsíquicas que justificam a presença de sentimentos opostos entre si.

Para Saunders (2002), a maioria das gestantes apresentam sentimentos ambivalentes durante a gestação. A autora, caracteriza a ambivalência como sendo uma mescla de sentimentos simultâneos, porém afirma ser uma resposta normal para as pessoas que se preparam para assumir o papel de mãe. Durante o ciclo gravídico, as gestantes podem experimentar um grande prazer

por estar realizando um sonho de vida, mas podem lamentar que a vida que tinha anterior à gestação possa estar terminando.

Maldonado, Dickstein e Nahoum, se posicionam em relação a ambivalência afetiva na gestação conforme afirmação abaixo:

Quando consideramos mais a sério a complexidade dos sentimentos em relação ao filho que está sendo gestado, torna-se mais fácil entrar em contato com a ambivalência –a balança do querer e do não querer, da aceitação e da não aceitação, da alegria e do temor. A decisão de ter um filho é muito séria, principalmente porque envolve um compromisso irreversível para o resto da vida. Isso é muito profundo para suscitar apenas um tipo de sentimento; ao contrário, faz surgir uma gama de emoções em diferentes intensidades (1997, p. 23 e 24).

A dificuldade de aceitar uma gravidez e o aumento das frustrações vivenciadas pela gestante, será intensificada quanto maior forem suas carências afetivas e emocionais. Isso poderá gerar raiva ressentimento e revolta, intensificando os sentimentos de ambivalência. Portanto, as vivências das pessoas grávidas podem ser alternadas com períodos de querer e de não querer a gestação; nenhuma pessoa rejeita ou aceita totalmente a chegada de um filho (ÁVILA, 1998).

Ávila, posiciona-se da seguinte maneira sobre a aceitação da gravidez:

Uma pessoa que inicialmente não deseja uma gravidez pode, com o tempo, passar a aceitá-la; outras gestantes demonstram a sua rejeição inconscientemente à gravidez por meio de descuidos de alimentação, excesso de fumo, álcool ou tranquilizantes, obesidade ou tendência a acidentes (1998, p.41).

Baseada nas informações descritas acima sobre ambivalência, acredita-se ser de fundamental importância o apoio da enfermeira às gestantes que vivenciam esses sentimentos contraditórios. É imprescindível que o profissional de saúde saiba ouvir essas mulheres, permitindo que ela verbalize suas angústias, aflições e tranquilizando-as que esse processo é absolutamente normal durante a gestação.

Neste período, também é característico que a gestante apresente oscilações de humor, que estão relacionadas com alterações do metabolismo. Com isso, ocorre um aumento da

irritabilidade, ou seja, a mulher torna-se mais irritada e vulnerável a certos estímulos externos que antes da gravidez não afetavam tanto, pois ela chora e ri com mais facilidade (MALDONADO, 1997).

Nesta fase também é comum que a gestante tenha aumento do apetite, Ávila entende esse processo, afirmando que:

A voracidade ligada a excessiva preocupação com o desenvolvimento do bebê pode estar encobrindo a vivência de sentimentos de hostilidade e desejo de rejeição do filho por parte da mãe. É como se a mãe, inconscientemente, tentasse compensar os seus sentimentos ocultos de rejeição e o medo de ser destruidora e má, mandando para o feto coisas boas, ou seja, o alimento que garantirá sua saúde (1998, p. 43).

As náuseas e os vômitos são os sintomas mais comuns durante a gravidez, sendo suas causas hormonais, bioquímicas ou distúrbios psicossomáticos. Popularmente, acredita-se que esses sintomas estão relacionados com a rejeição da gravidez por parte da gestante (ÁVILA, 1998).

Acredita-se que, “o impacto das transformações iniciais do primeiro trimestre e o temor de perder o neném, provocam diminuição do desejo e da atividade sexual em muitos casais” (MALDONADO, DICKSTEIN e NAHOUM, 1997, p.58).

Nos primeiros três meses de gestação o casal se preocupa que a relação sexual venha a prejudicar o bebê, porém segundo Ávila (1998), manter o relacionamento sexual durante a gestação, aumenta a união do casal e proporciona à mulher exercitar e fortalecer a musculatura vaginoperineal. A atividade sexual durante a gestação, também traz benefícios ao casal, pois desfaz fantasias de não sentirem-se amados e atraídos um pelo outro.

b) Segundo trimestre: é caracterizado pelo início dos movimentos fetais, despertando, na mãe, os sentimentos de personalização do feto. Pode-se dizer, então, que ele começa a comunicar-se com a mãe através de movimentos.

A percepção dos movimentos fetais, durante o segundo trimestre, faz com que a “mulher volte sua atenção para a gestação e para os relacionamentos com a sua mãe, ou com outras pessoas que já estiveram grávidas” (SAUNDERS, 2002. p.220).

A formação da relação materno-filial, está relacionada com as interpretações dos movimentos fetais, pois na fantasia da mãe, o feto começa a se “comunicar” com a mãe através da variedade dos seus movimentos. A gestante pode sentir o feto como carinhoso ou delicado se os movimentos são percebidos como suaves; ou pode atribuir ao feto características de agressividade ou ataque, quando seus movimentos são sentidos como bruscos e agressivos (MALDONADO, 1997).

A percepção dos movimentos fetais é um acontecimento muito importante, segundo Maldonado, Dickstein e Nahoum, pois os autores afirmam que:

O mais comum é que a mulher comece a perceber os movimentos entre o quarto e o quinto mês de gravidez e um pouco mais cedo nas gestações subseqüentes. Na realidade há movimentos desde as primeiras semanas, como se pode ver por meio dos equipamentos modernos de ultra-sonografia. Dessa forma, tornou-se possível ver o movimento antes de senti-lo. Para o homem, também é emocionante ver, o que dá uma sensação mais concreta da existência do filho nesse período em que ainda não é possível senti-lo através do ventre materno. Para a mulher, sentir o neném mexendo solidifica a certeza de que ele está lá dentro, vivo e concreto. À medida que a gravidez avança, os movimentos fetais são percebidos com maior freqüência e intensidade, trazendo alívio e segurança de que tudo está bem (1997, p.61).

Baseada na citação acima, acredita-se que a enfermeira deve estimular a presença do pai do bebê nas consultas de pré-natal. Este, por sua vez, terá a possibilidade de escutar os batimentos cardíacos do feto através do sonar. Assim, o casal poderá sentir, juntamente, a vitalidade do filho que está por vir.

Durante esse período, a mulher ou o casal grávido temem à malformação do bebê. Porém, eles não encontram, na maioria das vezes, espaço para verbalizar esse sentimento, pois muitas pessoas acreditam que falar sobre os temores da malformação do neném seria prejudicial e

atrairia coisas negativas. Portanto, é importante que o profissional de saúde abra espaço para o casal grávido expressar esse temor e poder elaborá-lo (Ávila, 1998).

Segundo Maldonado, Dicksteis e Nahoum (1997), a ansiedade, a apreensão e o temor são sentimentos que estão presentes em toda gravidez. Um dos medos mais comuns é o de nascer um filho com algum defeito físico ou mental. A gestante pode associar esse medo a sentimentos de culpa, às vezes, inconscientes, relacionados ao medo de serem castigados por cometer algo errado. Os sentimentos de culpa podem gerar medo de malformações, pois a mulher tem a sensação de não estar bem por dentro e, conseqüentemente, não “merecer” ter um filho perfeito.

Durante o segundo trimestre, gestantes começam a se sentir afetadas emocionalmente em decorrência das alterações em sua aparência física, pois o volume do abdômen fica óbvio, a cintura alarga-se e as mamas aumentam. Isso acarretará modificações na sua auto-percepção, ou seja, ela desenvolve a sensação de aumento generalizado do seu corpo (SAUNDERS, 2002).

Maldonado (1997), refere que as alterações no esquema corporal geram medo da irreversibilidade de voltar ao corpo que a mulher tinha no período anterior à gestação. Ela teme ficar alargada e flácida depois do parto e de não conseguir voltar a forma antiga.

c) Terceiro trimestre: este período é caracterizado pela proximidade do final da gravidez, pois a gestante intensifica suas preocupações em relação ao parto e com o compromisso de cuidar do recém nascido. No início da gestação, a mulher imagina que os nove meses serão uma eternidade para passar, porém, nas semanas finais ela tem a sensação de que tudo passou muito depressa. A gestante fica ansiosa para que o neném nasça logo, pois começam os desconfortos desencadeados pela barriga grande e pesada, além da sensação de inchação e de calor. Tudo isso revela a chegada do final de um período de inúmeras mudanças físicas e emocionais, que ocorreram de forma gradual e lenta, comparando-se com a rápida mudança provocada pelo parto e pelo nascimento do bebê (MALDONADO, DICKSTEIN e NAHOUM, 1997).

Conforme Maldonado (1997), durante o terceiro trimestre o nível de ansiedade da gestante tende a elevar-se nas vésperas do parto. A mulher começa a conscientizar-se sobre as mudanças de rotina da vida depois da chegada do bebê. Seus sentimentos são contraditórios, ou seja, ao mesmo tempo em que ela tem vontade de ter um filho e terminar a gravidez, sente vontade de prolongar a gravidez para adiar a realização das adaptações necessárias com a vinda do bebê.

Durante esta fase, a gestante sente-se insegura em relação ao momento do parto, temendo que ele seja difícil, com complicações. Geralmente a mulher apresenta esse sentimento, porque já ouviu comentários de outras pessoas que já passaram por algum problema durante o parto (ÁVILA, 1998).

É de fundamental importância que a enfermeira tranquilize a gestante em relação aos temores que ela sente em função do parto, explicando-lhe que se tudo correu bem durante a gestação, é provável que o parto aconteça sem intercorrências. Isso ameniza os tabus e mitos que ela ouviu, algum dia, de seus familiares e amigos.

Pode-se dizer então, que o terceiro trimestre caracteriza-se principalmente pela preocupação do bebê nascer a termo (ÁVILA, 1998).

Complementando o que foi descrito no parágrafo acima, Maldonado afirma que as mulheres apresentam “fantasias conscientes em relação ao bebê e a si própria como mãe. Frequentemente, expressam o temor de que a própria hostilidade, componente da ambivalência, destrua o feto. O temor universal de ter um filho com alguma deficiência física, expressa claramente esse tema” (1997, p.53).

3.2 Fatores geradores de risco na gestação

Os fatores geradores de risco podem ser agrupados, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), em quatro categorias:

a) Características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis, tais como idade menor que 17 e maior que 35 anos; exposição a agentes químicos, físicos e biológicos; exposição a fatores que geram estresse; baixa escolaridade; situação conjugal insegura; dependência química; peso inferior a 45kg e superior a 75 kg; altura menor do que 1,45m; história reprodutiva anterior à gestação atual que tenha apresentado morte perinatal explicada ou não; recém nascido com retardo de crescimento intra-uterino, pré-termo ou com mal-formações; esterilidade ou infertilidade;

b) Intervalo entre as gestações menor que dois anos ou superior a cinco anos; nuliparidade e multiparidade; história progressiva de cirurgia uterina; síndrome hemorrágica ou hipertensiva;

c) Presença de doença obstétrica na gravidez atual, tais como os desvios de crescimento intra-útero, gestação múltipla e volume aumentado de líquido amniótico; trabalho de parto prematuro e pós datismo; ganho ponderal inadequado; diabetes gestacional; ruptura prematura de membranas; hemorragias da gestação; isoimunização materno fetal; óbito fetal;

d) Intercorrências clínicas como: hipertensão arterial, cardiopatias, pneumopatias, doenças infecciosas, doenças auto-imunes, nefropatias e ginecopatias.

Baseada na gama de fatores listados acima, compreende-se que a maioria das gestantes seriam classificadas como de risco.

Conforme Burroughs (1995), os problemas de saúde decorrentes da gestação, podem ocasionar danos à mulher e ao feto. A autora acredita, que a assistência pré-natal, a identificação, avaliação e manejo de problemas são fundamentais para um bom resultado da gestação e para o bem-estar do feto.

Gestação de alto risco, segundo Aumann e Baird (1996), é aquela em que a mãe ou o feto apresentam risco significativo de morte ou incapacitação. Para obter um ótimo resultado perinatal, devem ser avaliados e corrigidos, precocemente, todos os fatores contribuintes para a morbidade e mortalidade. Os fatores considerados relevantes no alto risco da gestação são divididos pelos autores conforme as seguintes categorias:

3.2.1 Fatores sócio-econômicos

Vários fatores que colocam um feto em risco estão inter-relacionados. Pode-se dizer que a promiscuidade, más condições habitacionais, de higiene e alimentação contribuem com altas taxas de morbidade e mortalidade infantis.

A pobreza intensifica vários outros fatores de risco, pois resulta na diminuição dos recursos financeiros para a alimentação e cuidado pré-natal (GARRETT, 2002).

O ambiente social da gestante gera efeitos variados e profundos no resultado da gestação. A soma de diversos fatores como padrões familiares de saúde e higiene; moradia e situação financeira; suporte nutricional e social, interferem no processo da gestação (AUMANN e BAIRD, 1996).

Em relação ao estado civil da gestante, nota-se que a frequência do baixo peso ao nascer e da mortalidade perinatal de mães solteiras é o dobro das casadas. O estado civil nem sempre é considerado, isoladamente, um indicador de risco potencial para a saúde da gestante e do feto, porém é um indicador de gravidez não planejada. As complicações da gestação nas solteiras são mais frequentes do que nas casadas, porque estas procuram menos os serviços de saúde, conseqüentemente, não têm um tratamento e orientações corretas (AUMANN e BAIRD, 1996).

3.2.2 Fatores demográficos

Neste item estão incluídos a idade materna, a estatura e o peso da gestante.

Segundo Aumann e Baird (1996), a idade ideal para se ter filhos situa-se entre 20 e os 30 anos. O índice elevado de morte perinatal é diretamente proporcional com o aumento da idade materna, acima dos trinta anos. Os filhos de mulheres até 19 anos de idade e os primogênitos das de 35 anos ou mais apresentam um maior risco de prematuridade e de outras complicações da gestação, tais como anomalias congênitas e hipertensão induzida pela gestação.

O aumento da morbidade e mortalidade perinatais, tem sido associada com a baixa estatura da gestante, ou seja, altura menor que 152 cm. Isso pode estar relacionado com as dimensões pélvicas das mulheres, devido a baixa estatura, aumentando-se o índice de cesarianas devido à desproporção cefalopélvica (AUMANN e BAIRD, 1996).

Em relação ao peso, Aumann e Baird, relatam que “as mulheres com peso abaixo ou acima do indicado para altura e idade, no início da gestação correm o risco de maus resultados perinatais” (1996, p.28).

Segundo Burroughs (1995), o bem-estar da gestante e do feto está associado ao estado nutricional da mulher. As mães com baixo peso ou as que têm pouco ganho de peso durante a gestação, aumentam a chance de recém nascidos de baixo peso, de prematuridade e de morbidade. O ganho de peso recomendável pela autora, durante a gravidez, é de, aproximadamente, 12Kg, pois isso evita complicações durante a gestação, como pré-eclâmpsia e bebês macrossômicos.

3.2.3 História obstétrica

Fatores associados com a ocorrência de alto risco na gestação, devem ser investigados e avaliados através do passado obstétrico da gestante, pois isso possibilitará a prevenção e o tratamento das complicações. Os problemas mais freqüentes são os seguintes:

a) Gestação ectópica e abortamento espontâneo: gestação ectópica, segundo Burroughs (1995), é a implantação anormal de um óvulo fertilizado fora da cavidade uterina, podendo se alojar em alguma porção da trompa de Falópio, nos ovários, na cavidade abdominal ou na pelve. A incidência desse problema é de, aproximadamente, uma em cada 250 gestações, sendo que a mortalidade fetal chega a 100%. Conforme Aumann e Baird (1996), mulheres que apresentaram gestação ectópica, podem tornar-se inférteis ou repetirem o problema em gestações subseqüentes.

Considera-se abortamento, o término da gravidez antes de 20 semanas de gestação ou com peso fetal abaixo de 500g. O risco de abortamento espontâneo aumenta com o número de gestações – 5% em primíparas e 14% em múltíparas–, com a gravidez precoce e com a idade

materna avançada, geralmente após 35 anos de idade. Mulheres que apresentaram abortamento em gestações anteriores, tem 20% de chance de abortar novamente (PASSOS et al, 2001).

b) Grande multiparidade: o aumento da paridade aumenta o risco de perdas gestacionais, gerando um aumento das taxas de mortalidade fetal, anomalias neurológicas e congênitas. A normalidade perinatal tem um índice elevado após a quarta gestação. As mulheres com paridade superior a quatro aumentam a incidência de anemia, doença hipertensiva gestacional e hemorragias ante e pós-parto, comparadas com as de menor paridade (AUMANN e BAIRD, 1996).

c) Doença específica da gestação: segundo Martins-Costa et al (2001), a hipertensão arterial sistêmica abrange 10% das gestações, resultando, muitas vezes, em morbimortalidade materna e perinatal. No Rio Grande do Sul, a síndrome hipertensiva é uma das causas mais freqüentes de óbito materno.

Burroughs (1995), caracteriza a doença específica da gestação (DHEG), como:

O distúrbio hipertensivo mais comum na gestação, classificada em: pré-eclâmpsia e eclâmpsia. A pré-eclâmpsia, distúrbio progressivo encontrado apenas na gestação, é caracterizado por hipertensão com proteinúria ou edema generalizado após a 20ª semana de gestação. A eclâmpsia caracteriza-se por convulsão. Se a gestante tiver uma convulsão, sua condição é, então, definida como eclâmpsia, que a forma mais severa de DHEG. A maior parte dos casos de pré-eclâmpsia e de eclâmpsia ocorre nas últimas 10 a 12 semanas de gestação. A DHEG, geralmente, termina com o parto, podendo persistir após o mesmo (1995, p.327).

d) Diabetes gestacional: a diabetes gestacional, segundo Burroughs (1995), é a intolerância à glicose que surge durante a gravidez. O que confirma esta patologia, é o excesso de glicose encontrada na urina. Geralmente uma dieta balanceada, controla o diabetes gestacional, não sendo necessário o uso de insulina. A gestante diabética, tem um risco maior de adquirir complicações como problemas metabólicos, vasculares e infecciosos. As complicações fetais podem ser o parto

pré-termo, as anomalias congênitas, as alterações metabólicas, os natimortos, bebês macrossômicos, sofrimento respiratório e polidrâmnio.

e) Crescimento intra-uterino restrito: esta patologia define-se conforme Magalhães, Lemos e Cavalheiro, da seguinte maneira:

Considera-se que um feto apresenta crescimento intra-útero restrito, quando estimado um peso inferior ao que corresponderia a sua idade gestacional (IG), com peso de nascimento abaixo do limite inferior da curva de peso neonatal, segundo a idade gestacional. Usualmente, o limite inferior corresponde ao percentil 10 dessa curva (2001, p.106).

O retardo de crescimento uterino, segundo Aumann e Baird (1996), ocorrem em 3 a 7% das gestações. Os recém-nascidos com peso médio no 10º percentil ou abaixo dele, tem a probabilidade de apresentar morte ante-natal, asfixia perinatal, morbidade neonatal, problemas desenvolvimentais futuros e mortalidade perinatal oito vezes maior do que a dos bebês com peso adequado à idade gestacional.

f) Ruptura prematura de membranas: a ruptura prematura de membranas (rupreme), segundo Accetta e Jiménez (2001), é a ruptura do âmnio antes do início do trabalho de parto, independente da idade gestacional. Sabe-se pouco sobre sua etiologia, e seu diagnóstico é complicado. A incidência desse problema, aproxima-se de 10% de todas as gestações, surgindo, geralmente, após a 37ª semana de gestação e é a principal causa de trabalho de parto prematuro.

A rupreme “está associada a uma alta taxa de mortalidade perinatal, atribuída, principalmente, à prematuridade e ao baixo peso ao nascer” (AUMANN e BAIRD, 1996, P.31).

g) Incompatibilidade Rh: a incompatibilidade Rh, segundo Burroughs (1995), é um problema que:

Surge quando uma mulher Rh- engravida de um homem Rh+. No momento em que algumas células Rh+ do feto transpõem a barreira placentária e entram na corrente sanguínea da mãe, elas se tornam antígenos, estimulando a formação de anticorpos contra as células Rh+. Uma vez que a mulher produza anticorpos no seu sangue, ela sempre os terá e nas gestações subsequentes, com fetos Rh+, alguns destes anticorpos

entraram na circulação do feto, atacam e destroem os seus glóbulos vermelhos. A destruição destes glóbulos vermelhos provoca a anemia no feto, e, em casos graves como na Eritroblastose Fetal, podendo ocorrer a morte fetal (1995, p.336).

A sensibilização materna, também chamada de isoimunização, pode ocorrer sob diversas formas: durante uma transfusão sanguínea (com sangue Rh+), durante um abortamento de um feto Rh+, ao realizar uma amniocentese, no decorrer de uma gestação ectópica, em distúrbios hemorrágicos, durante o terceiro trimestre de uma gestação em que o feto é Rh+ e durante a dequitação da placenta. É fundamental identificar a história pregressa da gestante, pois caso ela não tenha sido previamente sensibilizada, poderá fazer a profilaxia com a imunoglobulina Rh na 28ª semana de gestação (BURROUGHS, 1995).

h) Placenta prévia: a placenta prévia, segundo Ramos et al (2001), é o resultado da implantação e do desenvolvimento da placenta na porção inferior do útero, com incidência de um em cada 200 partos. As complicações decorrentes à esse distúrbio, podem gerar hemorragia grave, com choque e morte materna. Tratando-se do feto, pode ocasionar hemorragia, prematuridade e morbimortalidade perinatal.

i) Descolamento prematuro de placenta: o descolamento prematuro de placenta é descrito, segundo Aumann e Baird (1996), como a separação prematura (antes do parto) da placenta, normalmente implantada na parede uterina, com sangramento retroplacentário, podendo provocar, ou não, hemorragia vaginal. Geralmente, ocorre em multíparas de alta paridade e com idade avançada, podendo estar associada à hipertensão materna.

3.2.4 História clínica

No início da gestação, podem ser identificadas algumas doenças maternas que poderão influenciar significativamente no resultado da gestação, tanto na mãe como no feto. Abaixo serão citadas algumas delas:

a) Doença da tireóide materna: a doença da tireóide, ocasiona um efeito adverso sobre a gestação. O hipotireoidismo aumenta a taxa de natimortalidade. O hipertireoidismo associa-se com o aumento da morte neonatal e nascimento de bebês de baixo peso. O tratamento medicamentoso da doença beneficia a gestante, porém prejudica o feto (AUMANN e BAIRD, 1996).

b) Infecções do trato urinário: segundo Burroughs (1995), as infecções do trato urinário atingem 5 a 20% das gestantes, pois as mudanças anatômicas do trato urinário decorrentes da gestação, predispõem as mulheres às infecções. Elas podem ser assintomáticas, do trato inferior (cistite) e do trato superior (pielonefrite). Caso essas afecções não sejam diagnosticadas e tratadas, provavelmente, ocorra trabalho de parto prematuro e insuficiência placentária, gerando sofrimento fetal.

c) Cardiopatia materna: segundo Aumann e Baird (1996), as principais patologias cardíacas são: febre reumática, hipertensão crônica e doença cardíaca congênita. Essas doenças geram um aumento da taxa de mortalidade fetal e no nascimento de bebês com baixo peso (inferior à 2500g).

3.3 Sentimentos vivenciados pelas mulheres frente a uma gestação de alto risco

Segundo Kerr-Corrêa e Fávero (1991), os fatores psicológicos, principalmente estresse e ansiedade presentes durante a gravidez podem ocasionar complicações durante a gestação, parto e puerpério.

No decorrer de uma gestação, as mulheres grávidas vivenciam vários sentimentos, aflições e preocupações. Conforme Ávila (1998), as preocupações giram em torno dos diferentes momentos da gravidez nas suas vidas; desde as questões financeiras vinculadas à gestação e ao bebê, bem como a relação com o marido, que poderá ficar afetada devido ao ciúme ou de alterações na sexualidade desencadeada pela gestação. O medo de gerar um bebê com problemas de saúde ou mal formado, como também o medo em relação ao parto, são aflições que perfazem o ciclo gravídico dessas mulheres.

De acordo com Murphy e Robbins (1996), a gestação é um desafio adaptativo social e psicológico para gestantes e seus familiares. O equilíbrio fisiológico e psicológico do indivíduo é rompido através da mudança de papéis no ambiente de trabalho e familiar, proporcionando a interação entre os pais e o bebê. Porém, quando ocorre uma gestação de alto risco, esse processo adaptativo torna-se mais complicado.

Em publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), consta que a gestação de alto risco representa um desafio adaptativo aos aspectos emocionais vivenciados pela gestante. Isto se manifesta através da ansiedade que é um mecanismo emocional basal presente ao longo da gravidez, sendo intensificado até o termo da mesma. Portanto, as dificuldades de adaptação emocional são maiores numa gestação de risco, pois existe um rótulo na expressão de “alto risco”, ou seja, algo diferente daquelas gestações consideradas “normais”.

Para Maldonado, Dickstein e Nahoum, os temores vivenciados pelas gestantes de alto risco diferenciam-se daqueles de um processo gravídico normal conforme a seguinte citação:

Na gestação de alto risco, os temores que surgem tornam-se bem mais intensos. Trata-se não apenas de uma remota possibilidade, mas de uma ameaça concreta de perda. Velhos temores de não estar 'bem por dentro', de não ser capaz de gerar bons bebês ou de não merecer ter um filho perfeito – podem ser dolorosamente confirmados pela realidade. É, sobretudo, importante observar que as vivências da mulher em relação ao feto que corre perigo de vida ou que a gravidez acarreta dificuldades, necessidade de repouso e de internação prolongada podem cristalizar-se e influenciar de modo marcante o vínculo mãe e filho anos após o nascimento (1997, p.74).

Zampieri (2001), realizou um estudo com gestantes de alto risco hospitalizadas e pode observar suas vivências frente a essa experiência. A autora, identificou que muitas mulheres sentiam medo em relação à sobrevivência dos seus filhos, representando uma das maiores preocupações para as gestantes e seus acompanhantes, pois tinham consciência de que as intercorrências na gravidez poderiam gerar agravos ao bebê.

Moretto (2001), realizou um trabalho com gestantes diabéticas e observou que a maioria das mulheres relataram medo por estarem vivenciando uma gestação de risco e o medo em relação a saúde e ao futuro do bebê. A autora identificou uma constante instabilidade emocional nessas gestantes, pois verificou que o medo relatado por elas, relacionava-se com as conseqüências do diabetes na gestação, ou seja, a probabilidade do bebê nascer com algum defeito físico ou de falecer logo após o nascimento.

Vachod e Santos (1996), realizaram um estudo sobre as representações das gestantes hipertensas frente a sua condição de risco e observaram que o sentimento de medo da morte do bebê era expresso pelas gestantes. Essas mulheres ficavam internadas tratando complicações geradas por sua patologia e monitorizando a atividade fetal. Algumas referiram medo de passar por todo esse processo de hospitalização e, ao mesmo tempo, correr o risco de ir para casa sem o bebê.

Costa (2002), desenvolveu um trabalho com gestantes de alto risco hospitalizadas em uma clínica gineco-obstétrica, visando identificar suas percepções frente a gestação de risco. A autora, observou que essas mulheres percebiam as complicações que acompanham a gestação, como sendo algo ruim, que causa medo e angústia. Para algumas dessas grávidas, é totalmente incômodo os desconfortos decorrentes da gestação, pois além de ter que ficar em repouso no leito, devido a instabilidade patológica, sentem medo de não conseguirem realizar o sonho da maternidade, preocupando-se com a probabilidade de seus bebês nascerem mortos ou com anormalidades.

Gouveia e Lopes (2004), realizaram um trabalho que tinha por objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. As autoras, ressaltaram que o medo referente a gestação de risco foi encontrado em 52% das mulheres, pois acreditam que esse diagnóstico é comum em gestantes de risco ao expressarem percepções de ameaça real ou imaginária referentes às complicações da gestação.

O medo é um sentimento manifestado pela maioria das mulheres que vivenciam uma gestação de risco, pois são muitas as incertezas relacionadas aos danos reais e potenciais que podem ser causados à gestante e ao seu filho. Devido a isso, Maldonado, Dickstein e Nahoum, afirmam que:

Quando um bebê morre, a expectativa do nascimento e do crescimento não se cumpre. É preciso criar força para encarar essa perda, que provoca um impacto emocional tão profundo. Outra situação onde há quebra da expectativa é o nascimento de um bebê malformado, com retardo ou doença grave. Isso exige da família enorme adaptação a uma realidade difícil –cuidar de uma criança com problemas sérios. Sentimentos de amor misturam-se aos de desapontamento, tristeza, rejeição, vergonha e revolta. Quase sempre há também o sentimento de culpa por ter gerado uma criança com problemas, embora racionalmente se saiba que isso é imprescindível e inevitável (1997, p.76 e 77).

Zampieri (2002), acredita que a hospitalização e o repouso – condutas adotadas para o tratamento da gestante de alto risco – aumentam a crise e o estresse vividos por essas mulheres e

seus familiares, gerando alterações no ritmo familiar. Observa-se que a gestante precisa afastar-se do domicílio, dos familiares, das atividades profissionais e domésticas, pois ela precisa adaptar-se às condutas e ao ambiente hospitalares. Com isso, ocorrerão alterações emocionais, como solidão, ansiedade, tédio, depressão e medo.

A hospitalização prolongada contribui para que as gestantes de risco fiquem preocupadas com sua família, principalmente com os filhos e/ou ,marido. Elas relatam que os outros filhos que ficam em casa precisam de cuidados maternos, mesmo sabendo que eles estão com parentes ou em creches. As gestantes sentem-se culpadas por não conseguirem dar atenção e carinho para os outros filhos, sentindo-se incapazes de desempenhar o seu papel de mãe (COSTA, 2002).

Contar com o apoio dos familiares é uma das estratégias que pode ajudar as gestantes a enfrentar a hospitalização, muitas vezes, prolongada. Costa (2002), acredita que as gestantes sentem-se mais animadas e seguras quando os familiares assumem as responsabilidades domésticas.

Para Maldonado, Dickstein e Nahoum (1997), são necessários grandes ajustes na rotina da casa e no cotidiano dos familiares quando a mulher necessita ficar em repouso durante a gestação. Portanto, as tarefas domésticas precisam ser redistribuídas, sendo que os outros filhos precisarão encontrar outras maneiras de estar em contato com suas mães e contar com outras pessoas para suprirem suas necessidades. Os autores relatam que a vida social e sexual do casal sofre alterações, para fazer face à necessidade de reduzir o risco de perda da gestação.

Zampieri (2001), observou que durante a hospitalização e repouso de gestantes de risco, as mulheres queixam-se de saudades e preocupações com seus familiares. Ansiavam por voltar à sua casa e à convivência com seus filhos e companheiro, bem como voltar a sua rotina e costumes, assumir seu espaço, o controle de seu corpo, de seu tempo e de sua vida. Sentiam-se tristes, angustiadas e resignadas frente a uma situação que não podiam mudar. Sentiam-se

prisioneiras, irritadas, deprimidas e ociosas, pois o tempo tornava-se mais longo para elas. Na maioria das vezes sentiam-se inúteis, pois tinham poucas atividades que lhes dessem prazer. Compreendiam que havia pouco a fazer para alterar a situação vivenciada e colocavam-se nas mãos da equipe de saúde.

Uma gestação de risco e a posterior hospitalização são momentos delicados na vida das mulheres que vivenciam esse processo. Devido a isso, manter um relacionamento afetivo com a família irá contribuir para o bem-estar psico-emocional dessas gestantes de risco. Portanto, é de responsabilidade do enfermeiro esforçar-se para que a hospitalização seja o mais suportável possível para essas mulheres, assim como afirma Zampieri:

De vital importância é o suporte psicológico que deve estar imbuída a assistência de enfermagem, estando sempre ao lado da cliente e dos familiares, numa presença autêntica; ouvindo-os, sem julgamentos nem preconceitos; percebendo as reais necessidades e significados atribuídos a essa nova vivência, alterações de ritmo de vida e de papéis; colocando-se à disposição da mulher e da família, atores principais da gestação e do parto; atendendo a suas reivindicações e dúvidas; orientando-os e buscando compreendê-los e ajudá-los no enfrentamento dessa nova situação (2002, p.19).

Algumas gestantes, ao vivenciarem o processo de gravidez de risco, acabam não se olhando como mulheres e nem se sentindo como tais. Elas acabam centrando suas vidas na gravidez e na sobrevivência de seus filhos. Porém, expressam ansiedades relacionadas às alterações do seu corpo, preocupando-se com sua auto-imagem e o reflexo disto em suas vidas (ZAMPIERI, 2001).

A preocupação das mulheres relacionadas às mudanças que ocorrem no seu corpo durante a gestação, segundo Vachod e Santos (1996), é um processo natural e passageiro, pois elas voltarão à sua forma física normal, com o passar do tempo e com os cuidados necessários. Porém, as autoras constataram em sua pesquisa com gestantes hipertensas, que suas preocupações com a auto-imagem são mais acentuadas, principalmente pelo edema que a hipertensa apresenta.

Vivenciar uma gestação de alto risco é sinônimo de ansiedades, medos, aflições e preocupações que perfazem o ciclo gravídico das mulheres que enfrentam esse problema. Portanto, segundo Gouveia e Lopes, “as gestantes de risco devem ser consideradas como um grupo que possui necessidades específicas, em que a esperança do sucesso da evolução da gestação até o termo se confronta com as complicações presentes ou potenciais” (2004, p.176). As autoras, acreditam que o atendimento à gravidez de risco deve ser feita por uma equipe médica e de enfermagem especializada, não enfocando somente as patologias, mas, também, as repercussões sobre a dinâmica familiar, estado emocional, considerando-se os aspectos biopsicossocioculturais e espirituais.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término desse trabalho, acredito ter alcançado meus objetivos, pois através da pesquisa bibliográfica, consegui identificar os sentimentos da gestante frente à sua condição de risco gestacional, ampliando meus conhecimentos na área de enfermagem obstétrica. Pude perceber, durante o desenvolvimento deste estudo, que essas mulheres preocupam-se com seus conceitos, sentindo medo pela possibilidade real de nascerem mortos ou malformados. Também se sentiram aflitas e angustiadas com a hospitalização, pois a internação prolongada ocasiona o afastamento dessa gestante dos seus familiares e das rotinas da vida diária.

Encontrei dificuldades para encontrar bibliografias na Língua Portuguesa, na área de enfermagem, que abordassem os sentimentos das mulheres ao vivenciar a gestação de risco. Isso confirmou-se nos artigos que consultei, pois autores como Zampieri (2001), relataram existir um número reduzido de bibliografias produzidas no Brasil, enfocando a mulher grávida na sua totalidade, frente à gestação de alto risco, com abordagem nos aspectos fisiológicos, emocionais e sociais.

Baseada nas constatações feitas acima, acredito que o enfermeiro é um componente fundamental na assistência da gestante de risco, dando suporte psicológico à essas mulheres, permitindo que elas verbalizem suas preocupações e sintam-se mais seguras e aliviadas em relação à sua patologia, à saúde do bebê e a hospitalização. Portanto, é necessário que a enfermagem trabalhe em conjunto com equipes de outras ramificações profissionais dentro da área da saúde, visando uma melhor qualidade de vida à gestante de risco. Com isso, concordo com as idéias de Gomes et al, ao realizarem um trabalho sobre os sentidos do risco na gravidez na visão da obstetrícia, citadas abaixo:

Os conteúdos dos artigos reforçam a necessidade de se abordar a temática a partir de uma perspectiva interdisciplinar. A gravidez em si, já coloca a mulher numa situação de fragilidade, sujeita ao processo de medicalização, visto como uma ação centrada na condição orgânica em si. No caso, ao ser acrescentada a idéia de risco, reforça-se a medicalização e a passividade da mulher frente a algo que possivelmente pode-lhe ser adverso, mas que necessariamente não será. Diante dessa complexibilidade, a discussão não pode se restringir a clínica gineco-obstétrica, mas sim ampliar o debate para além do campo fisiológico, tentando compreender como a mulher vivencia esse processo e o que a leva a ter um determinado tipo de vivência (2001, P.65).

Finalizando, acredito que o enfermeiro, um profissional centrado no cuidado holístico do ser humano, necessita realizar mais pesquisas e trabalhos referentes aos aspectos emocionais vivenciados pela gestantes de risco. Pois só assim, poderá comprovar a vital importância do seu papel no cuidado dessas mulheres, bem como na equipe de saúde.

REFERÊNCIAS

ACCETTA, Solange Garcia; JIMÉNEZ, Mirela F. Ruptura prematura de membranas. *In:* FREITAS, Fernando. *et al. Rotinas em obstetrícia*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001. 624 p. p. 86-94.

ÁVILA, Ângela Amâncio. **Socorro Doutor: atrás da barriga tem gente**. São Paulo: Atheneu, 1998. 218 p.

AUMANN, Gretchen M.-E; BAIRD, Margaret M. Avaliação do risco em gestantes. *In:* KNUPPEL, Robert A; DRUKKER, Joan E. e cols. **Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 630 p. p. 13-36.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 164 p.

BUCHABQUI, J.A.; ABEICHE, A.B.; BRIETZKE, E. Assistência pré-natal. *In:* FREITAS, Fernando *et al. Rotinas em obstetrícia*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001. 624 p. p. 23-37.

BURROUGHS, Arlene. **Uma introdução à enfermagem materna**. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 456 p.

COSTA, Idevânia G. As percepções da gravidez de risco para a gestante e as implicações familiares. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 30-46, jan. 2002.

GARRETT, Cynthia. Avaliação dos fatores de risco. *In:* LOWDERMILK, Deitra L.; PERRY, Shannon E.; BOBAK, Irene, M. **O cuidado em enfermagem materna**. Porto Alegre: Artemed, 2002. 928p. p. 583-588.

GIL, A. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1991. 160 p.

GOMES, Romeu *et al.* Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. **Revista Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 162-167, julho 2001.

GOUVEIA, Helga G.; LOPES, Maria H. B. M. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. **Revista Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 12, p. 175-182, março/abril 2004.

KERR-CORRÊA, Florence; FÁVERO, Rachel V. Complicações Obstétricas: fatores maternos, psicológicos e sociais. **Revista ABP — APAL**, São Paulo v. 13, n. 4, p. 143/151, out/dez 1991.

MAGALHÃES, José A.; LEMOS, Nadine A.; CAVALHEIRO, José A. Crescimento intra-uterino restrito. *In*: FREITAS, Fernando *et al.* **Rotinas em obstetrícia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001. 624 p. p. 105-119.

MALDONADO, Maria.T. **Psicologia da gravidez: parto e puerério**. 14.ed. São Paulo: Saraiva, 1997. 230 p.

MALDONADO, Maria T.; DICKSTEIN, Julio; NAHOUM, Jean C. **Nós estamos grávidos**. 10 ed. São Paulo: Saraiva, 1997. 230 p.

MARTINS-COSTA, Sérgio H. *et al.* Doença hipertensiva na gravidez. *In*: FREITAS, Fernando *et al.* **Rotinas em obstetrícia**. Porto Alegre: Artes médicas, 2001. 624 p. p 377-396.

MORETTO, Virgínia L. **Gestantes portadoras de diabete: suas características e vivências durante a gestação**. 2001. 119 f. Dissertação (Programa de Pós Graduação em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, porto Alegre, 2001.

MURPHY, J.M.; ROBBINS, D. implicações psicossociais da gestação de alto risco. *In*: KNUPPEL, Robert A. DRUKKER, Joan. E. e cols. **Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 630 p. p 203-216.

PASSOS, Eduardo P. *et al.* Gestação ectópica. *In*: FREITAS, Fernando *et al.* **Rotinas em obstetrícia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001. 624 p. p. 568-573.

RAMOS, José G. L. *et al.* Hemorragia anteparto. *In*: FREITAS Fernando *et al.* **Rotinas em obstetrícia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001. 624p. p. 551-562.

SAUNDERS, Rebeca B. Cuidado de enfermagem durante a gestação. *In*: LOWDERMILK, Deitra L.; PERRY, Shannon E.; BOBAK, Irene, M. **O cuidado em enfermagem materna**. Porto Alegre: Artemed, 2002. 928p. p. 221-227.

VACHOD, Luiza; SANTOS, Rosângela S. Montando o quebra-cabeça das representações sociais: um estudo com gestantes de risco. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, edição extra, p. 23-37, 1996.

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

_____. Manejos na assistência à gestação de alto risco. **Nursing**, São Paulo, n. 48, p. 18-23, maio 2002.