

VIVENCIANDO A GRAVIDEZ DE ALTO RISCO ENTRE A LUZ E A ESCURIDÃO*

UNDERGOING HIGH-RISK PREGNANCY BETWEEN LIGHT AND DARKNESS

VIVIR EL EMBARAZO DE ALTO RIESGO: ENTRE LA LUZ Y LA OSCURIDAD

Virgínia Junqueira Oliveira¹, Anézia Moreira Faria Madeira², Cláudia Maria de Mattos Penna³

Este estudo busca compreender o que significa para a mulher gerar um filho em uma situação de alto risco. A aproximação do vivido dessas mulheres foi possível por meio da pesquisa qualitativa, na abordagem fenomenológica, segundo Merleau-Ponty. Participaram do estudo dezesseis gestantes acompanhadas no pré-natal de alto risco da Policlínica Municipal de Divinópolis/MG, entrevistadas a partir da questão norteadora: o que é para você gerar um filho na sua condição de alto risco? Emergiram as categorias analíticas: Corpo vivido/corpo percebido: a expressão de sentimentos na gestação de alto risco; Vivenciando as expectativas do parto: entre a luz e a escuridão. Os resultados ressaltam a necessidade de uma assistência de enfermagem mais humanizada tendo a integralidade como a grande aliada na qualidade da assistência prestada tanto em nível hospitalar quanto na atenção básica.

Descritores: Gravidez de Alto Risco; Relações Mãe-Filho; Cuidado Pré-natal.

This study aims to understand the meaning of high-risk pregnancy to a pregnant woman. The study was conducted through qualitative research and phenomenological approach. The philosophy of Merleau-Ponty was used as a theoretical support. Sixteen pregnant women assisted by the high-risk prenatal program of the *Policlinica Municipal de Divinopolis/MG* took part in the study. From the interview guided by the question: "What does it mean to you to carry a high risk pregnancy?" the analytical categories: 1. experience lived in the body/perception of the body: the expression of feelings during the high-risk pregnancy; 2. Expectations about the labor: between light and darkness. The results highlight the demand for a more humane approach on treating patients during the high-risk pregnancy, having integrality as the most important agent to guarantee the quality of the assistance on both levels: specialized (in hospital) and essential care.

Descriptors: Pregnancy, High-Risk; Mother-Child Relations; Prenatal Care.

Este estudio trata comprender lo que significa para la mujer concebir un hijo en una situación de alto riesgo. El enfoque de lo vivido por esas mujeres fue posible mediante la investigación cualitativa, en el planteo fenomenológico, según Merleau-Ponty. Las participantes del estudio fueron dieciséis embarazadas, que fueron acompañadas en el prenatal de alto riesgo del Policlínico Municipal de la ciudad de Divinópolis/ MG, partir de la cuestión guiada por la pregunta: "¿Qué es para usted generar un hijo en la condición de alto riesgo?" Surgieron las categorías analíticas: Cuerpo vivido/ cuerpo percibido: la expresión de sentimientos en la gestación de alto riesgo; Viviendo las expectativas del parto entre la luz y la oscuridad. Los resultados subrayan la necesidad de una asistencia de enfermería más humanizada, con la integralidad como gran aliada en la calidad de la atención proporcionada tanto a nivel hospitalario como en la atención básica.

Descriptores: Embarazo de Alto Riesgo; Relaciones Madre-Hijo; Atención Prenatal.

* Extraído da dissertação Vivenciando a gravidez de alto risco: entre a luz e a escuridão, apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em 2008.

¹ Enfermeira obstetra. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professora Assistente da Disciplina Saúde da Mulher da Universidade Federal de São João Del-Rei. Campus Centro-oeste em Divinópolis. Brasil. E-mail: viju.oli@ig.com.br

² Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, da Escola de Enfermagem da UFMG. Brasil. E-mail: aneziamoreira@yahoo.com.br

³ Doutora em Enfermagem Professora e Coordenadora do Programa de Pós- Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG. Brasil. E-mail: cmpenna@enf.ufmg.br

Autor correspondente: Virgínia Junqueira Oliveira

Rua Mendes Mourão nº 1281, Bairro Sidil, apto 301. CEP 35-500 098. Divinópolis, MG. Brasil. E-mail: viju.oli@ig.com.br

INTRODUÇÃO

O estudo emergiu da experiência como enfermeira obstetra e docente, na qual por diversas vezes vivenciamos dúvidas e dificuldades em lidar com o risco na gravidez, uma vez que consideramos tênue a linha que separa o pré-natal de risco habitual do pré-natal de alto risco.

No Brasil a morte materna ainda é considerada um problema de saúde pública, no ano de 2007 foram registrados 1.370 novos casos de mortes maternas por causas obstétricas diretas, resultantes de fatores de risco maternos e complicações da gravidez⁽¹⁾.

A despeito dos inúmeros programas e ações de promoção à saúde da mulher que foram desenvolvidos durante muitas décadas no Brasil, a redução dos riscos na gravidez com conseqüente melhoria nos indicadores de saúde materna ainda estão abaixo do que foi pactuado, ou seja, reduzir em 75% os índices de mortalidade materna e neonatal até 2015⁽²⁾.

Neste contexto as complicações maternas como hipertensão arterial, abortamento, afecções perinatais, prematuridade e diabetes gestacional, associadas a não adoção de medidas protetoras no período perinatal como a consulta de pré-natal e o aleitamento materno na primeira hora, constituem ainda problemas significativos na saúde da mulher e da criança⁽³⁾.

Por isso, a Organização Mundial de Saúde recomenda que os serviços de atenção básica e hospitalar desenvolvam ações de forma integrada e contínua em todos os ciclos da vida, de forma que a gestante e o neonato, especialmente aquele em situação de risco, sejam monitorados pela equipe de saúde. Sendo assim, a presença de problemas em diferentes níveis da atenção perinatal deve ser bem avaliada para a identificação de outros fatores de risco, como a características dos serviços, das mães e das condições socioeconômicas que possam que possam contribuir nas falhas contínuas da assistência⁽⁴⁾.

Acrescida a esta dificuldade dos serviços de saúde em identificar os fatores de risco que venham a intervir na qualidade da assistência durante o período perinatal, destacamos o conhecimento pobre e desigual que as gestantes têm sobre o pré-natal e o risco gestacional⁽⁵⁾.

Essa realidade se torna ainda mais comprometedora se partirmos do pressuposto de que o conceito de gravidez de alto risco permite diferentes leituras e muitas discussões, num mesmo conceito coexistem sentidos diferentes que vão desde o pólo objetivo, racional, pre-

ciso e mensurável, até o pólo intuitivo, subjetivo e não mensurável. No entanto, podemos perceber a presença da incerteza ao se analisar fatores de risco na gravidez⁽⁶⁾.

Muitas vezes a imprecisão em determinar a extensão e a gravidade do risco na gravidez pode levar a uma redução no conceito de risco, considerando apenas os aspectos fisiopatológicos, o que no contínuo da assistência acaba por expor a mulher a um discurso centrado no risco, responsabilizando-a não só pela sua saúde, mas também pela produção ou não de um feto saudável⁽⁷⁾.

Além de ser repreendida pelo discurso do profissional de saúde, o que a faz se sentir culpada do diagnóstico de risco. Frente a necessidade de hospitalização ou de encaminhamento para outro município de referência, as gestantes de risco, se vêem sozinhas e com medo durante todo o período de internação⁽⁸⁾. De certa forma, estas gestantes parecem excluídas das propostas de humanização do pré-natal, parto e puerpério.

Podemos perceber que essas experiências inovadoras na atenção ao pré-natal propostas pelo Ministério da Saúde através de programas e ações de atenção à saúde da mulher não conseguem atender algumas demandas das gestantes consideradas de alto risco, principalmente àquelas relacionadas à subjetividade como os sentimentos que emergem da sua vivência.

E que mesmo para o Ministério da Saúde, a avaliação de risco e seus determinantes, parece ser uma tarefa complicada, uma vez que o conceito de risco associa-se às possibilidades e ao encadeamento entre um fator de risco e um dano cujo cálculo nem sempre pode ser estimado⁽⁶⁾.

Assim, conhecer sob o olhar dessas gestantes os sentimentos relacionados a gestação considerada de alto risco poderia, a nosso ver, contribuir com os profissionais da saúde para melhoria do cuidado e assistência a tais gestantes. Visto que, é justamente o conhecimento que a gestante tem sobre o pré-natal e os riscos gestacionais que irá garantir a sua participação ativa durante o processo de atenção pré-natal⁽⁵⁾.

Devido à complexidade que envolve a gestação de alto risco, e com o desejo de conhecer melhor os mecanismos da intrincada relação mãe-filho é que realizamos este estudo com o objetivo de compreender qual é o significado, para a gestante, de gerar um filho em situação de alto risco.

Acreditamos que o estudo da gestação de alto risco é relevante na medida em que ela está intimamente relacionada a uma maior morbi-mortalidade materna e

perinatal, e que, uma vez identificadas as condições de risco, pode-se reduzir seu impacto na gravidez. Espera-se que este trabalho possa instigar a reflexão dos profissionais de saúde, para repensarem sua prática do cuidado na atenção à gestante, na sua integralidade, tanto em nível hospitalar quanto na atenção primária.

PERCURSO METODOLÓGICO

Ao nos inquietarmos com a situação: a mulher vivenciando gravidez de alto risco, a imersão na literatura pertinente não nos era suficiente. Para compreender a experiência da mulher que vivencia o fenômeno, foi necessário ir além, buscando uma metodologia que nos aproximasse mais desse fenômeno, que viesse ao encontro dos nossos objetivos e que melhor os esclarecesse. O querer compreender e o querer estar próximo nos fizeram percorrer o método qualitativo de pesquisa, mais especificamente, a fenomenologia. Esse caminhar metodológico e filosófico permite compreender a visão mundo-vida do sujeito que o vivencia, por intermédio de seus próprios olhos, sem que preconceitos ou pressupostos interpretativos interfiram no processo. Nesse sentido, foi possível desvelar o significado de estar gerando um filho na situação de alto risco. É compreendendo e interpretando o significado do fenômeno que o mundo da fenomenologia se mostra, explícita, aclara e desvela as estruturas cotidianas do mundo-da-vida, deixando transparecer na descrição dessa experiência vivida, as suas estruturas universais (a essência)⁽⁹⁾.

A pesquisa aconteceu em um serviço de pré-natal de alto risco da Policlínica Municipal de Divinópolis — MG. A escolha do cenário dessa pesquisa foi pautada no fato de que as gestantes que realizam a consulta de pré-natal na atenção primária de saúde do município ser referenciadas para esta unidade, quando classificadas como pertencentes ao grupo de alto risco.

Participaram deste estudo 16 gestantes (entre 22 e 39 anos), com idade gestacional igual ou maior que 20 semanas. Do grupo de gestantes, onze eram casadas, quatro residiam com o companheiro numa situação amigável há mais de dois anos, e uma era solteira; oito possuíam ensino fundamental incompleto, sendo cinco a média de anos cursados; sete concluíram o ensino médio e apenas uma delas conseguiu ingressar na universidade.

Quanto à paridade, cinco delas eram primigestas, sete estavam esperando o segundo filho e quatro eram

múltiparas. Todas foram diagnosticadas como gestantes de risco, segundo classificação dos determinantes de risco do Ministério da Saúde⁽⁶⁾.

Metade das gestantes entrevistadas eram hipertensas, sendo que quatro, além da pré-eclampsia, tinham como determinantes de risco obesidade; três apresentavam hemorragia na segunda metade da gravidez e duas tinham diagnóstico de diabetes gestacional.

A coleta de dados foi feita durante os meses de junho e julho do ano de 2007. Após o aceite dos sujeitos em participar dessa pesquisa e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), atendendo aos aspectos éticos e legais da Resolução 196/96⁽¹⁰⁾ e ao parecer do Comitê de Ética em Pesquisa nº 019/07, demos início ao processo de coleta dos dados, por meio de realização de entrevista aberta norteada pela seguinte questão: O que é, para você, gerar um filho na sua condição de gravidez de alto risco?

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Para preservarmos o anonimato das mulheres, pedimos a elas que se rebatizassem com o nome de uma mulher por quem tivessem admiração.

De posse dos depoimentos das mulheres iniciamos o processo de análise compreensiva⁽¹¹⁾, seguindo os passos: 1) Leitura vertical das entrevistas visando o sentido do todo; 2) Leitura horizontalizada para apreensão das unidades de significado, chamado também de redução fenomenológica; 3) Transformação das unidades em linguagem articulada, porém sem perder a originalidade das falas dos sujeitos; 4) Construção dos temas de análise; 5) Elaboração das grandes categorias do estudo.

Finalmente, após obtermos as grandes categorias, demos início ao processo de compreensão/interpretação dos discursos. Neste artigo optamos apresentar as categorias:

Corpo vivido/corpo percebido: a expressão de sentimentos na gestação de risco e Vivenciando as expectativas do parto: entre a luz e a escuridão.

ANÁLISE COMPREENSIVA

Ao deixar-nos entrever, em uma tentativa de compreender os sentimentos aflorados das falas das mulheres, percebemos que não seria uma trajetória fácil, teríamos que nos aproximar do ser gestante e tentar apreendermos sentimentos, muitas vezes contraditórios entre si e quase sempre permeados pelo medo e pela insegurança do desconhecido.

Para podermos adentrar o mundo-vida da gestante, tivemos primeiro que nos desvestir de um pensamento fragmentado e extremamente objetivo, que até então nos acompanhava e de um conhecimento centrado apenas na fisiologia da gravidez, nos seus determinantes de risco e nas suas intercorrências.

Corpo Vivido/Corpo Percebido: a expressão de sentimentos na gestação de risco

Quase sempre nos seus discursos quando a gestante fala de um sentimento faz referência ou alusão a outro mostrando que as relações com o mundo da maternidade são de tal intensidade que tende a se confundir com ele, sente-se de tal forma engajada, que passa a viver em função da gravidez e a não se distinguir como pessoa, comunicando-se com o mundo de forma indubitável. Sente-se vulnerável ao risco, fica insegura, tem dificuldade em desvelar o seu ser e teme o que poderá acontecer com ela e com o filho.

O medo é um sentimento que ronda a existência das gestantes. De maneira sutil ou de forma marcante vai entrando em suas vidas e roubando-lhes a paz, o sossego, a tranquilidade. As gestantes vivem na dúvida, na inconstância, na incerteza, não sabem o que acontecerá com elas ou com seus filhos numa situação considerada de alto risco. Como elas bem afirmam nos seus discursos: *... É preocupação demais, passa tanta coisa na cabeça. A primeira coisa que passa é o medo, você não sabe o que está acontecendo dentro da barriga, não sabe se ele tá bem, vai ver ele tá bem agora, não sabe se ele vai tá bem depois, a gente fica na expectativa* (Rosa) *... eu tô com medo por causa de tudo, exame de toque, fala em parto, tudo quanto é medo que tem para mulher, eu tô sentindo, é um medo que tá dentro da gente, uma coisa que a gente sente e não tem, às vezes, como explicar ...* (Inês).

O sentimento de medo aparece para a mulher que vivencia uma gestação de risco como um sentimento de viva inquietação ante a idéia de um perigo real ou imaginário, e toma uma dimensão que a gestante, muitas vezes não sabe como explicar. É como se não existissem mecanismos internos para o enfrentamento do que se passa.

É comum durante o período gestacional, tanto a mulher como seu companheiro sentirem medo e se questionarem diante das mudanças suscitadas por uma situação ou um fato imprevisto, mesmo que o bebê seja muito desejado. Este sentimento de aflição se intensifica diante do diagnóstico e a informação de que alguma coisa não

vai bem em uma gravidez e costuma trazer muito sofrimento para as gestantes e para suas famílias⁽¹²⁾.

A compreensão de todo o processo da gravidez e do parto se torna ainda mais difícil e obscuro para a mulher, quando se trata da primeira gravidez e, além disso, classificada de alto risco. Elas nunca imaginaram passar por este momento, se sentem embaraçadas diante de uma situação duplamente nova ou inusitada, o que aumenta ainda mais a insegurança, como relatado nos discursos: *... É complicado porque é o primeiro, você não tem noção do que é tá grávida, o que é um menino mexer na sua barriga* (Irani) *... é uma coisa nova para mim, eu nunca imaginei que pudesse ser uma gestante de alto risco* (Maria de Jesus).

A inexperiência da gestante é acentuada pelo próprio desconhecimento do corpo, como podemos perceber na fala de Irani: *... eu não sei o que é um bebê mexer na minha barriga. A gestante mostra receio em se entregar as novas sensações, advindas com as mudanças fisiológicas ocorridas no seu corpo devido à gravidez.*

A dificuldade expressa pela gestante em perceber os movimentos do bebê e a não compreensão das funções e maleabilidade do seu corpo poderá, talvez, levá-la a ter dificuldades em vivenciá-lo, ao exercer sua sexualidade e no momento do parto.

Por outro lado, ao mesmo tempo que afirma não se sentir grávida, percebe a gravidez como um incômodo. Devido à situação de risco, não consegue relaxar nem curtir a gravidez; ao contrário, a mesma torna-se um pesadelo em sua vida: *... eu não me sinto uma mulher grávida, eu me sinto incomodada, a minha barriga me incomoda dia e noite* (Maria das Dores). A mulher parece não sentir seu corpo engajado no mundo, não percebe o corpo como seu e fica ansiosa para o tempo passar, para o bebê nascer logo e a espera pode se tornar angustiante.

As mulheres falam da ambigüidade de sentimentos que vivenciam quando se descobrem grávidas e na evolução da gravidez. No momento que sentem os movimentos do bebê no seu ventre, vivenciam um misto de prazer e tranquilidade, por outro lado sentem medo de perdê-lo. *... Eu engravidei sem querer, fiquei muito triste, falei: se eu perder no começo, eu não importo, enjoei muito, senti muita dor, depois que o bebê foi mexendo fui ficando mais tranquila, porque é uma coisa que não foi desejada, mas que agora é muito desejada* (Maria das Dores)... *No começo eu não queria aceitar não, foi uma surpresa, porque eu pus o DIU para não engravidar, mas depois que sabe, começa a ouvir o coraçãozinho, já passei a gostar agora, eu não quero é perder* (Maria José).

Na percepção delas, a concretização da gravidez ratificada pelos movimentos da criança provoca na mãe sensações de prazer, de amor, de propriedade. A rejeição presente anteriormente é substituída pelo amor materno que suplanta todas as dificuldades numa situação de alto risco. Assim as mulheres buscam forças para dar continuidade à gravidez e ver realizar o grande sonho de ser mãe.

Uma reação inicial não positiva, ao saber que estava grávida, é justificada pois a gestação implica em grandes mudanças, ganhos e perdas e isso, por si só, confere justificativa aos sentimentos ambivalentes⁽¹³⁾, a gestante se vê entre o querer e não querer engravidar.

A decisão de ter um filho é resultado de vários motivos conscientes e inconscientes, como aprofundar uma relação homem-mulher, concretizar o desejo de continuidade e esperança da imortalidade, manter um vínculo desfeito, competir com familiares, preencher um vazio interno⁽¹⁴⁾. Contudo, no discurso de Maria das Dores a não programação da gestação é bastante representativo e ela chega a afirmar *Eu engravidei sem querer*.

Desejar e programar um filho são aspectos importantes que permeiam os sentimentos de aceitação em tornar-se mãe. E as situações que influenciam a decisão de ter um filho, não dispensam a programação e o desejo de uma gestação⁽¹³⁾.

A solidão foi outro sentimento que emergiu dos discursos dos sujeitos. As gestantes afirmam que as dores afloradas durante a gravidez, tornando-as de alto risco, são provenientes dos conflitos familiares, da falta de diálogo, de se ter alguém para conversar, para lhes fazer companhia. Em especial, um companheiro. Buscam alternativas (substitutos) para preencher o vazio existencial. Como podemos ratificar nas falas: *Você não tem um carinho, não tem uma pessoa pra conversar começa a ter um tipo de doença que você não entende. Eu acredito que eu tenho esta doença por causa do conflito dentro de casa, brigas, problemas com o marido, eu não tenho a participação do meu marido* (Inês). *... Eu não tenho um companheiro uma pessoa que senta, conversa, então eu desconto a minha tristeza é no cigarro* (Oscarina).

Os depoimentos das mulheres revelam consequências negativas da violência experimentada em suas relações conjugais, com repercussão em vários aspectos de sua vida inclusive na gravidez. Revelam o quanto as questões subjetivas como a vulnerabilidade emocional e a desproteção são sentimentos que afetam a saúde mental e fragilizam a mulher⁽¹⁵⁾.

No seu significado simbólico, a gravidez pode representar para a mulher o preenchimento de um vazio como aparece no discurso de Marlene: *... eu penso que a gravidez é o único remédio que vai fazer eu melhorar está mágoa que eu sinto dentro de mim, esta tristeza de ser sozinha...* (Marlene). Para a gestante o filho pode representar a chance de estabelecer uma relação amorosa com alguém, a demanda de cuidados do bebê aparece para Marlene, como a cura para esse sentimento de solidão que, no momento, ela vivencia. Portanto o filho vem preencher um vazio existencial, dando sentido a sua vida.

Mas, a despeito de toda ansiedade e preocupações vivenciadas pelas mulheres entrevistadas, percebemos em seus relatos que a condição de alto risco não impede que a gestante tenha alegria e satisfação com a gravidez e nutra esperança de ter uma evolução satisfatória e um final feliz. *... Tá sendo uma peleja, mas tá bom, tá chegando no final, eu não vou morrer na praia agora, eu não nadei tanto pra morrer agora no final...* (Oscarina) *... Se Deus quiser vai dar certinho, cada noite que eu acordo e vejo que tá tudo bem já é uma vitória. Quando fiquei sabendo que é uma menina eu escolhi o nome de A.C, ela tá vindo dar claridade pra mim, porque o que eu passei foi bem dizer uma escuridão, o medo pra mim é uma escuridão...* (Maria José).

A gestante consegue expressar, por meio de sua fala, a capacidade da mulher de se transpor mentalmente, ou seja, de se conduzir de um lugar para outro, de ter um novo olhar sobre o mesmo fenômeno por ela vivenciado (a gravidez de alto risco). Essa habilidade é compreendida como a experiência perceptiva, na qual há sempre uma abertura, uma infinidade de perspectivas diferentes: a percepção pode ser feita de qualquer lugar, sem ser encerrada na sua perspectiva⁽¹⁶⁾.

Assim, o enovelado da gravidez de alto risco vai se desfazendo e anunciando o desfecho final, também povoado de sentimentos que se imiscuem entre a luz e a escuridão.

Vivenciando as expectativas do parto: entre a luz e a escuridão

Esta categoria mostra as expectativas da mulher com a proximidade do parto e com o desfecho da gravidez. Aparece explícito nas falas das mulheres o desconhecimento de como será o parto, como será o bebê, o temor consciente ou não à morte no parto, o medo da dor, o receio da prematuridade, e o medo de que o bebê venha a nascer com alguma deformidade.

A proximidade do parto aumenta a expectativa da gestante quanto ao desfecho da gravidez, em uma espera quase sempre angustiante, fundada em suposições, probabilidades e esperanças. A mulher vivencia nesta fase uma situação constante de tensão, se sente vulnerável, e embora tenda a esperar pelo que deseja, sente medo do inesperado, como nos dizem Carmem e Irani nos seus discursos: *Agora que tá ficando perto deu ganhar, eu fico mais ansiosa, contando os minutos nos dedos, os dias, a gente fica tensa, com medo de alguma coisa dar errado* (Irani). *Chegando no último mês, você já fica com a cabeça a mil, ansiosa, insegura se o neném tá bem* (Carmem).

Os sentimentos experimentados pela gestante transformam o tempo (cronológico) que falta para o desfecho final da gravidez, em uma espera infundável. É o que se chama de temporalidade existencial, ou seja, passado e futuro se fundem no presente, e este é vivido intensamente pelo sujeito⁽¹⁶⁾. Por isso, as gestantes contam os dias, as horas, os minutos até a chegada do parto.

Num mundo aparentemente obscuro para a mãe, que é o espaço intra-uterino, o que se observa é que o desconhecimento parece aflorar a imaginação da mulher. A percepção dos primeiros movimentos do bebê faz com que ela (a mãe) perceba o corpo do filho como imbricado ao seu corpo próprio. As gestantes retratam, por meio de suas falas, a concepção de que mãe e filho são uma coisa só, supõem que o feto reage e sente tudo, exatamente como elas sentem, como podemos perceber nos fragmentos das falas: *Eu penso assim, se igual pra mim tá doendo, se dói pra criança, se ele sente igual eu sinto,, tudo que você sente, que você faz é pensando no bebê, eu não sei se vai prejudicar o neném, eu não sei se ele tá bem lá dentro qualquer atitude que a gente toma aqui fora reflete nele, depende muito da gente* (Maria das Dores). *Cuidar dele porque tá dentro da gente ...* (Rosa).

Mãe e filho se doam em um encontro intersubjetivo. A gestante vive em constante vigília, vive intencionalmente para o filho. E é assim, nesta dualidade corpo a corpo, que se inicia a relação mãe- filho, estruturada sobre elementos da realidade e das fantasias da mulher, vivenciadas antes e após o desenvolvimento, caracterizando o apego materno ao feto⁽¹⁷⁾.

Quando as gestantes se referem ao parto, demonstram ter diversas razões para tomarem como incerta a vivência do momento do parto, este ainda lhes aparece como uma incógnita. Quase todas as mulheres entrevistadas relatam sentimentos de medo em relação ao parto e de insegurança quanto à vitalidade do bebê. *Eu tenho medo de*

dar algum problema, na hora do parto é o xis, a gente não sabe o que pode acontecer, se o neném vai nascer perfeitoinho ... (Carmem). *A gente fica na expectativa medo do bebê não nascer* (Rosa).

Quando a gestante diz o parto é o "xis", ela faz uma reflexão subjetiva acerca da situação vivenciada por ela, representando por meio de simbologia, a incógnita que o momento do parto pode lhe evocar. Este símbolo por ela utilizado pode indicar tanto oposição, antítese, quanto eliminação, cancelamento ou anulação de algo.

Há uma tendência da gestante sempre ver o parto como uma situação de vulnerabilidade e perigo: *Eu tenho medo de acontecer alguma coisa, alguma complicação no parto e ter de escolher entre eu e ela...* (Oscarina).

Acredita-se que o medo, a ansiedade e as expectativas têm origem nas experiências vividas anteriormente pela mulher e nas informações recebidas. A mulher costuma ser internada precocemente e algumas vezes permanece sozinha ao longo de todo o trabalho de parto, sendo pouco informada sobre os procedimentos a que é submetida, além de ser invadida na sua privacidade, o que aumenta as dúvidas e temores que surgem e/ou são alimentados durante a gestação⁽¹⁸⁾.

Ao manifestarem a forma como vêm e desejam o parto, em algumas falas aparece de forma explícita preocupação com a via do parto, mostrada nos fragmentos dos discursos: *Eu não sei se o meu parto vai ser normal, se vai ser cesárea* (Elizete). *Eu fico pensando que vai chegando na hora de ganhar, não sabe se vai se normal, se vai ser cesárea* (Mercedes).

Aparece implícito na fala da gestante a convicção de que o diagnóstico de gravidez de alto risco possa vir a interferir ou ser um determinante na escolha da via de parto. Embora se saiba que a prevalência de cesárea está muito mais relacionada ao nível de renda da mulher, que a situação patológica propriamente dita⁽¹⁹⁾.

Neste momento além da preocupação com o desfecho do parto a gestante deixa emergir no seu discurso o medo de ter que separar-se do seu bebê e de não conseguir amamentar. *Eu tô com medo de na hora do parto, entrar em depressão e meu filho ficar no hospital, de não poder amamentar e é a coisa que eu mais queria* (Vera). *Não sei se eu vou conseguir ter o filho, eu tô com medo na hora que o menino nascer* (Irani).

O parto e o nascimento de um filho proporcionam simultaneamente um encontro e uma despedida. Este "medo da despedida" que o parto estabelece, a distância física que ele inaugura, permite a mãe ver o filho enquanto outro⁽²⁰⁾.

Esta separação é para a mãe como uma dor antiga que lateja, de perda, de morte. A gestante retrata essa dor quando diz: *e meu filho ficar no hospital*. Ficar na percepção desta mãe significa: *fora de mim, longe*, deixando uma sensação de vazio, de corte existencial.

É como se o parto fizesse reaparecer todo o medo e ansiedade latentes, e com a perda do estado gravídico desaparecessem fantasias e sonhos a respeito do bebê, o medo da perda do filho, a sensação de esvaziamento, o sentimento de aprisionamento, o medo de não conseguir amamentar, de não ser boa mãe, tudo é revivido no momento do nascimento do filho e mobiliza a mulher em toda a sua subjetividade.

Outra preocupação que é inerente a qualquer gestação, e que se acentua no final da gravidez com a proximidade do parto, é a ansiedade em relação à presença de alguma deformidade no bebê e o medo da prematuridade, como elas narram. *A gente fica com medo do bebê ficar imperfeito ou de estar correndo risco* (Maria de Jesus). *A gente fica com medo do bebê ter alguma deformidade, não chegar nos 9 meses* (Rosa).

O medo de ter um filho com alguma deficiência é comum a todas as mulheres, independente das circunstâncias. E essa ansiedade de estar carregando um bebê não saudável é manifestada por meio de fantasias conscientes ou não em relação ao bebê e a si própria⁽¹⁴⁾.

A mãe imagina sempre ter um filho perfeito, saudável, a termo e poder estar com o ele em casa, após seu nascimento. Assim, “o fato de recusarmos a mutilação ou a deficiência, é porque somos seres engajados num certo mundo físico e inter-humano, portanto negamos de forma implícita o que é contrário ao nosso desejo ou ao que se opõe ao movimento natural das coisas no mundo”^(16:94).

Ao transpor esse pressuposto teórico para a vivência da gestante de alto risco, o que se evidencia é que a gestante se vê tão empenhada nesta experiência que a idéia de um bebê não saudável ou de um corpo doente lhe é totalmente avessa à sua inerência, ou seja, ela está, por natureza, inseparavelmente ligada ao seu bebê e, por isso, lhe é difícil conviver com a patologia e com a possibilidade de perda.

Quando a mulher vivencia uma relação mútua com o outro, como no momento da gravidez e do parto, ela vive esta situação num mundo onde estão suas lembranças, seus projetos, seus desejos. Nesse instante, ela pode estender-se para além do seu corpo, pode lançar-se ao prazer ou à dor e reservar para si o que tem de mais íntimo e o que, muitas vezes, não pode revelar⁽¹⁶⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho nos permitiu compreender o enovelado de sentimentos que afloram nos discursos das gestantes e a especificidade de cada sujeito desta pesquisa, possibilitando um real encontro com-o-outro e o verdadeiro conhecimento do que representa o risco na gravidez para uma mulher que o vivencia.

As gestantes entrevistadas expressam em suas falas medo, ansiedade e sofrimento ao serem rotuladas como gestantes de alto risco. Estes sentimentos muitas vezes são ambíguos, contraditórios entre si e quase sempre se mesclam entre o prazer da percepção dos movimentos do filho e a dor advinda das restrições impostas pela condição de risco. A palavra alto risco as atemoriza e é apreendido como algo muito grave e complexo, sobre o qual normalmente não têm controle.

Ao vislumbrarem o parto, aumentam suas expectativas; narram este momento de corpo e alma, não há limites exteriores neste instante, elas temem o inesperado, estão cheias de dúvidas e incertezas e a espera se torna angustiante.

Convencemo-nos de que o tema, ao qual nos propusemos desenvolver neste trabalho, extrapola os limites do que aqui foi exposto, e parece-nos inconclusivo. Imbuídas deste sentimento de inacabamento, percebemos que a busca da compreensão dos significados vividos pelos sujeitos da pesquisa não extenua por agora. Ao contrário, o fenômeno estudado está repleto de possibilidades, sendo um convite a outros olhares, conforme a intencionalidade de cada um que o inquiria.

Assim, esperamos que este trabalho sirva de reflexão para os profissionais de saúde acerca da prática do cuidado e da atenção dispensada à gestante de alto risco e entendam que a tal gestante é um ser humano que tem sentimentos, desejos e sonhos. E como tal carece de uma assistência mais humanizada, coerente com os preceitos ditados pelos programas atuais direcionados à saúde materna, onde a integralidade é apontada como a grande aliada na qualidade da assistência prestada, tanto no nível hospitalar quanto na atenção primária à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Centro de Tecnologia de Informações e Serviços do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Óbitos maternos. Brasil [Internet]. [cita-

- do 2010 jan 27]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi>.
2. Queiroz MVO, Marques JF, Jorge MSB, Pinto FJM, Guarita LKS, Menezes NS. Características e agravos prevalentes da população assistida na fase perinatal: Estudo em um hospital terciário do SUS. *Rev Min Enferm.* 2009; 13(4):565-73.
 3. Oliveira MIV, Bezerra MGA, Bezerra Filho JG, Veras MAC, Bezerra JPB. Perfil de mães e recém-nascidos na presença do diabetes mellitus gestacional. *Rev Rene.* 2009; 10(4):28-36.
 4. Martins EF, Rezende EM, Lana FCF. Causas e evitabilidade dos óbitos perinatais investigados em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Rev Min Enferm.* 2009; 13(4):550-74.
 5. Mendoza-Sassi RA, César JA, Ulmi EF, Mano PS, Dall'Agnol MM, Neumann NA. Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(9):2157-66.
 6. Gomes R, Cavalcanti LF, Marinho ASN, Silva LGP. Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. *Rev Latino-Am Enferm.* 2001; 9(4):62-7.
 7. Corrêa MCD, Guilam MCR. O discurso de risco e o aconselhamento genético pré-natal. *Cad Saúde Pública.* 2006; 22(10):2141-9.
 8. Zampieri MFM. Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. *Rev Gaúcha Enferm.* 2001; 22(1):140-66.
 9. Capalbo CA. A fenomenologia a partir de Edmund Husserl e sua repercussão na área da saúde. *Rev Enferm UERJ.* 1998; 6(2):415-9.
 10. Conselho Nacional de Saúde (BR). Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº. 196/96 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética.* 1996; 4(2 supl.): 15-25.
 11. Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo (SP): Moraes; 1989.
 12. Morsch DS, Braga NAA. Depressão na gestação e na UTI neonatal. In: Moreira MEL, Braga NA, Morsch DS. Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 69-80.
 13. Dourado VG, Peloso SM. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(1):69-74.
 14. Maldonado MTP. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. 16ª ed. São Paulo: Saraiva; 2002.
 15. Guedes RN, Silva ATMC, Fonseca RMGS. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009; 13(3):623-31.
 16. Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. Rio de Janeiro: Freitas Bastos; 1971.
 17. Nóbrega FJC. Distúrbios nutricionais e fraco vínculo mãe/filho. Rio de Janeiro: Revinter; 2005.
 18. Santos DS, Nunes IM. Doulas na assistência ao parto: concepção de profissionais de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009; 13(3):582-9.
 19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
 20. Machado SAP. Tempo e despedida: substâncias da humanização. In: Rattner D, Trench B, organizadoras. Humanizando nascimentos e partos. São Paulo: Senac; 2005. p. 45-63.

Recebido: 29/06/2010

Aceito: 27/10/2010