



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM
E SAÚDE
MESTRADO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E SAÚDE

ANTONIA REGYNARA MOREIRA RODRIGUES

GRAVIDEZ DE ALTO RISCO NO CONTEXTO DA HOSPITALIZAÇÃO:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GESTANTES

FORTALEZA – CEARÁ

2016

ANTONIA REGYNARA MOREIRA RODRIGUES

GRAVIDEZ DE ALTO RISCO NO CONTEXTO DA HOSPITALIZAÇÃO:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GESTANTES

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Dafne Paiva Rodrigues.

FORTALEZA – CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Rodrigues, Antonia Regynara Moreira .

Gravidez de alto risco no contexto da
hospitalização: representações sociais de gestantes
[recurso eletrônico] / Antonia Regynara Moreira
Rodrigues. - 2016.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do
trabalho acadêmico com 143 folhas, acondicionado em
caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade
Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em
Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2016.

Área de concentração: Cuidados Clínicos em
Enfermagem e Saúde.

Orientação: Prof.^a Dra. Dafne Paiva Rodrigues.

1. Gravidez de alto risco. 2. Psicologia Social .
3. Saúde da Mulher. 4. Enfermagem. 5. Gestantes. I.
Título.

ANTONIA REGYNARA MOREIRA RODRIGUES

GRAVIDEZ DE ALTO RISCO NO CONTEXTO DA HOSPITALIZAÇÃO: representações
sociais de gestantes

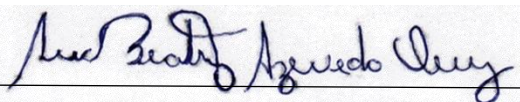
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em: 20 de dezembro de 2016

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dra. Dafne Paiva Rodrigues (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof.ª Dra. Ana Beatriz Azevedo Queiroz
Universidade Federal do Rio de Janeiro- UFRJ



Prof.ª Dra. Ana Virgínia de Melo Fialho
Universidade Estadual do Ceará – UECE

AGRADECIMENTOS

À Deus por permitir que meus sonhos coincidam com Seus planos, por me conceder sempre mais que mereço, por sua infinita misericórdia, livramentos, saúde e amor incondicional.

Aos meus pais, Reginaldo e Reginalda por serem meus anjos, meu porto seguro, minha inspiração, por acreditarem em mim e não medirem esforços para me ajudar a realizar meus projetos, pelo apoio, pelo amor e pelas orações diárias.

Aos meus irmãos, Kaio e Nayra, meus amores, companheiros e motivação diária, por encherem minha vida de felicidade.

Ao meu namorado, Marcelo, pelo amor, cuidado, incentivo, compreensão, paciência, companheirismo e por sempre enxergar o melhor de mim.

À minha amiga, irmã de coração, Egliny, pela cumplicidade, amizade verdadeira, presença diária, incentivo, força e por se alegrar com minhas conquistas.

Às amigas Aleide e Letícia, presentes que o mestrado me trouxe, pela amizade, apoio e força ao longo desta jornada acadêmica. Vocês tornaram a caminhada mais prazerosa.

À Yara Marcia, um ser humano iluminado, pelos conselhos, pela acolhida, torcida, compreensão e experiências compartilhadas.

Aos amigos que aprenderam a conviver com minha ausência, mas que sempre estiveram presentes através de ligações e mensagens, mas principalmente em coração.

À minha orientadora, Prof.^a Dra. Dafne, pela acolhida, pelos ensinamentos, críticas, sugestões, disponibilidade, confiança, amizade e inspiração.

Aos membros da banca, Prof.^a Dra. Ana Beatriz, Prof.^a Dra. Ana Virgínia e Prof.^a Dra. Maria do Céu pela disponibilidade e valiosas contribuições.

Aos meus professores da graduação, em especial à Prof.^a Adelane, por sua determinação e amor ao que faz, por ser o exemplo que impulsionou essa caminhada.

A todos do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde e do Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher e Enfermagem, da Universidade Estadual do Ceará, pelas inquietações, reflexões, ciência, compartilhamento de saberes e crescimento profissional.

Aos colegas da turma XI do Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pelos momentos de aprendizado. Em especial, à minha amiga Adelaide pela parceria e amizade construída ao longo desses dois anos.

Aos hospitais Santa Casa de Misericórdia de Sobral e Hospital Geral Dr. César Cals pela liberação para a realização desta pesquisa e às gestantes participantes do estudo por dividirem comigo um momento singular de suas vidas.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pelo incentivo financeiro.

“Quem inventou a distância não conhecia a saudade, que, às vezes, é tão grande que escorre pelos olhos. Só quem tem um amor ausente, entende”

N.M.G (Entrevistada 06)

RESUMO

Objetivou-se apreender as representações sociais de gestantes sobre a gravidez de alto risco na vivência da internação hospitalar. Estudo exploratório e descritivo, norteado pela abordagem processual da Teoria das Representações Sociais, através de multimétodos. Desenvolvido em 02 maternidades públicas, referência para gestação de alto risco no Ceará, com 68 gestantes de alto risco hospitalizadas, por período superior a 72 horas, entre junho e setembro. Aplicou-se formulário para coleta de dados obstétricos e sócio-familiar-demográfico, Teste de Associação Livre de Palavras- TALP e roteiro de entrevista semiestruturada. O perfil das participantes apontou gestantes com idade entre 15 e 25 anos, ensino médio, companheiro, trabalho remunerado, católicas, multigestas, no terceiro trimestre, com risco gestacional decorrente da gravidez, que apresentaram intercorrências em gestação anterior, estavam hospitalizadas pela primeira vez, pelos diagnósticos prevalentes de pré-eclâmpsia, rotura prematura de membranas, ameaça de parto prematuro e placenta prévia, com o tempo de internação variando entre 03 e 60 dias. Os estímulos indutores utilizados no TALP foram gravidez, gravidez de risco e internação que resultaram em 606 evocações processadas no software TriDeux e analisadas por correspondência fatorial. As evocações trazem forte influência das construções históricas sobre o papel social da mulher, desvelam a multiplicidade de sentimentos que permeiam a gravidez e que se intensificam e se contrapõem entre a dor e o prazer de gestar na condição de alto risco. A hospitalização surge como situação inesperada que implica em sofrimento e segurança, pelas mudanças, pela confirmação do risco e pela vigilância à saúde materno-fetal. As entrevistas passaram por análise lexical no software Alceste, distribuindo o conteúdo do corpus em seis classes. A classe 1, A experiência de gestantes de alto risco hospitalizadas: valorização de vínculos e ambientação no hospital, demonstrou a estruturação da rede de apoio durante a hospitalização, com os familiares e com outras gestantes, como estratégia de superação e fortalecimento. A classe 2, Necessidade e esperança: significados da hospitalização para gestantes de alto risco, elucidou a hospitalização como procedimento necessário à avaliação e à vigilância da gravidez de alto risco. A classe 3, A doença associada a gravidez: saberes e práticas necessárias ao monitoramento e controle, apresenta os cuidados reconhecidos pelas gestantes como imprescindíveis para evolução adequada da gravidez de alto risco. A classe 4, Gravidez de alto risco: para além dos sinais e sintomas, versa sobre parâmetros nos quais as gestantes se baseiam para identificar e reconhecer sua gravidez como de alto risco. A classe 5, Sobre a gravidez: sentidos atribuídos por gestantes de alto risco, elucida os sentimentos e o

discurso consensual que marcam a vivência da gravidez. A classe 6, Problema, perigo e medo: concepções acerca da gravidez de alto risco, revela a compreensão das gestantes sobre a gravidez de alto risco elaborada em oposição à gravidez fisiológica. Ressalta-se a hospitalização durante a gravidez de alto risco envolta por sentimentos, expectativas, experiências e convivência com o diagnóstico, capaz de mobilizar sensações ambivalentes, que perpassam felicidade, amor, medo e segurança. Porém mesmo sob condições adversas a gravidez representa vida e realização para a mulher.

Palavras- chave: Gravidez de alto risco. Psicologia Social. Saúde da Mulher. Enfermagem. Gestantes.

ABSTRACT

The objective of this study was to understand the social representations of pregnant women about high-risk pregnancies in the hospital stay. Exploratory and descriptive study, guided by the procedural approach of Theory of Social Representations, through multimethods. Developed in 02 public maternity hospitals, a reference for high risk gestation in Ceará, with 68 high-risk pregnant women hospitalized for more than 72 hours between June and September. A form was used to collect obstetric and socio-familial-demographic data, Free Association Test of TALP and semi-structured interview script. In the third trimester, women with gestational risk due to pregnancy, who presented intercurrents in previous gestation, were hospitalized for the first time, Pre-eclampsia, premature rupture of membranes, threat of preterm delivery and placenta previa, with hospitalization time varying from 03 to 60 days. The inducing stimuli used in the TALP were pregnancy, risk pregnancy and hospitalization that resulted in 606 evocations processed in the TriDeux software and analyzed by factorial matching. The evocations bring a strong influence of the historical constructions on the social role of the woman, reveal the multiplicity of feelings that permeate the pregnancy and that intensify and contrast between the pain and the pleasure of being in the condition of high risk. Hospitalization appears as an unexpected situation that implies suffering and safety, changes, confirmation of risk and surveillance of maternal and fetal health. The interviews underwent lexical analysis in the Alceste software, distributing the contents of the corpus into six classes. Class 1, The experience of high-risk pregnant women hospitalized: valuing the hospital's links and setting, demonstrated the structuring of the support network during hospitalization, with family members and with other pregnant women, as a strategy of overcoming and strengthening. Class 2, Need and Hope: meanings of hospitalization for high-risk pregnant women, elucidated hospitalization as a necessary procedure for the evaluation and surveillance of high-risk pregnancies. Class 3, The disease associated with pregnancy: knowledge and practices necessary for monitoring and control, presents the care recognized by pregnant women as essential for the proper evolution of high risk pregnancy. Class 4, High-risk pregnancy: in addition to signs and symptoms, it is about parameters in which the pregnant women are based to identify and recognize their pregnancy as high risk. Class 5, On pregnancy: senses attributed by high risk pregnant women, elucidates the feelings and the consensual discourse that mark the experience of pregnancy. Class 6, Problem, Danger and Fear: Conceptions about high-risk pregnancies reveal pregnant women's understanding of high-risk

pregnancy drawn as opposed to physiological pregnancy. High-risk hospitalization during pregnancy is surrounded by feelings, expectations, experiences and coexistence with the diagnosis, capable of mobilizing ambivalent feelings that permeate happiness, love, fear and security. But even under adverse conditions, pregnancy represents life and fulfillment for the woman.

Key-words: Pregnancy, High-Risk. Psychology Social. Women's Health. Nursing. Pregnant Women.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 -	Plano Fatorial das Representações Sociais de gestantes sobre a gravidez de alto risco e a hospitalização, Fortaleza- CE, 2016.....	63
Figura 1 -	Figura 1- Resumo comparativo das evocações de gestantes de alto risco segundo o tipo de risco. Fortaleza- CE, 2016	64
Figura 2 -	Representação gráfica do número de UCE e número de palavras analisáveis por classe. Fortaleza- CE, 2016	69
Figura 3 -	Comparação entre a primeira e a segunda Classificação Hierárquica Descendente. Fortaleza-CE, 2016	70
Figura 4 -	Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente. Fortaleza- CE, 2016	71

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Grupos de fatores geradores de risco na gestação segundo o Ministério da Saúde. Fortaleza- CE, 2016.....	29
Quadro 2 -	Codificação das variáveis fixas e de opinião para o banco risco no software Trideux. Fortaleza- CE, 2016.....	50
Quadro 3 -	Variáveis, códigos e classificações utilizadas no banco risco para o software ALCESTE. Fortaleza- CE, 2016	51
Quadro 4 -	Palavras evocadas por estímulo indutor, Fortaleza- CE, 2016.....	61
Quadro 5 -	Síntese das Representações de gestantes de alto risco, Fortaleza- CE, 2016.....	67
Quadro 6 -	Blocos temáticos, classes produzidas pelo ALCESTE e suas denominações. Fortaleza- CE, 2016	72
Quadro 7 -	Formas reduzidas, contextos semânticos e valores de Phi da Classe 3. Fortaleza- CE, 2016	73
Quadro 8 -	Formas reduzidas, contextos semânticos e valores de Phi da Classe 4. Fortaleza- CE, 2016	77
Quadro 9 -	Formas reduzidas, contextos semânticos e valores de Phi da Classe 1. Fortaleza- CE, 2016	83
Quadro 10 -	Formas reduzidas, contextos semânticos e valores de Phi da Classe 2. Fortaleza- CE, 2016	88
Quadro 11 -	Formas reduzidas, contextos semânticos e valores de Phi da Classe 5. Fortaleza- CE, 2016	92
Quadro 12 -	Formas reduzidas, contextos semânticos e valores de Phi da Classe 6. Fortaleza- CE, 2016	97

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Partos de alto risco por Regiões de Saúde no Ceará entre os anos 2014-2015. Fortaleza- CE, 2016.	44
Tabela 2 - Partos de alto risco por instituição de saúde referência entre os anos 2014- 2015. Fortaleza- CE, 2016.....	45
Tabela 3 - Caracterização das gestantes hospitalizadas de acordo com as variáveis sócio demográficas. Fortaleza- CE, 2016.....	56
Tabela 4 - Caracterização das gestantes de alto risco de acordo com as variáveis obstétricas. Fortaleza- CE, 2016.....	57
Tabela 5 - Intercorrências em gestações anteriores de gestantes de alto risco. Fortaleza - CE, 2016.	58
Tabela 6 - Diagnósticos de gravidez de alto risco relacionado à hospitalização. Fortaleza- CE, 2016.	59
Tabela 7 - Fatores de risco associados ao diagnóstico principal em gestantes de alto risco. Fortaleza- CE, 2016.	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFC – Análise Fatorial de Correspondência
ALCESTE - Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CHD - Classificação Hierárquica Descendente
CIUR- Crescimento Intrauterino Restrito
CPF – Correspondência Por Fator
ESF - Estratégia de Saúde da Família
HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica
HGCC- Hospital Geral Dr. César Calls
ICC- Incompetência Istmo Cervical
MS- Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU- Organização das Nações Unidas
PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
Phi- Coeficiente de Associação
PHPN - Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PAISM- Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH- Programa Nacional de Humanização
PPCCLIS – Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde
RPMO- Ruptura Prematura de Membranas Obstétricas
RS – Representações Sociais
SCMS- Santa Casa de Misericórdia de Sobral
SUS – Sistema Único de Saúde
TALP – Teste de Associação Livre de Palavras
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS – Teoria das Representações Sociais
UCE – Unidade de Contexto Elementar
UCI – Unidade de Contexto Inicial
UECE – Universidade Estadual do Ceará

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	21
2.1 OBJETIVO GERAL.....	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3 BASES CONCEITUAIS E TEÓRICAS DO ESTUDO	22
3.1 GRAVIDEZ DE ALTO RISCO	22
3.1.1 Políticas de saúde e modelo de atenção à gestação de alto risco.....	22
3.1.2 Definição, critérios diagnósticos e vivências da gestação de alto risco	27
3.1.3 Práticas de cuidado e a hospitalização na gestação de alto risco	32
3.2 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	38
4 METODOLOGIA.....	44
4. 1 NATUREZA E TIPO DE ESTUDO	44
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	44
4. 3 PERÍODO E PARTICIPANTES DO ESTUDO	46
4.4 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	47
4.4.1 Teste de Associação Livre de Palavras	47
4.4.2 Entrevista semiestruturada	48
4.5 ORGANIZAÇÃO PARA ANÁLISE DOS DADOS	48
4.5.1 Análise fatorial de correspondência a partir do software TriDeux-Mots	49
4.5.2 Análise lexical a partir do software ALCESTE	50
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	53
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA	55
5.2 ANÁLISE FATORIAL DE CORRESPONDÊNCIA DAS EVOCAÇÕES DE GESTANTES DE ALTO RISCO.....	61
5.3 HOSPITALIZAÇÃO E GRAVIDEZ DE ALTO RISCO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GESTANTES	68
5.3.1 As representações sociais inscritas no diagnóstico de gravidez de alto risco	72
5.3.2 Hospitalização durante a gravidez de alto risco	83
5.3.3 Conteúdos representativos da gravidez para gestantes de alto risco.....	91
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103

REFERÊNCIAS	106
APÊNDICES	118
APÊNDICE A: Termo de consentimento livre e esclarecido.....	119
APÊNDICE B: Termo de consentimento livre e esclarecido aos pais	120
APÊNDICE C: Termo de assentimento às gestantes adolescentes	121
APÊNDICE D: Formulário para dados sócios- demográficos e obstétricos	122
APÊNDICE E: Teste de Associação Livre de Palavras	123
APÊNDICE F: Roteiro de entrevista semiestruturada	124
APÊNDICE G: Dicionário de palavras	125
ANEXOS	128
ANEXO A: Anuência SCMS	129
ANEXO B: Parecer consubstanciado do CEP UECE	130
ANEXO C: Parecer consubstanciado do CEP HGCC.....	133
ANEXO D: Relatório software Trideux-Mots	136

1 INTRODUÇÃO

O ciclo gravídico- puerperal é um fenômeno que tem impulsionado pesquisas e estudos em prol de melhores resultados de saúde, em virtude dos, ainda elevados, índices de morbimortalidade e pelo reconhecimento da relevância social e do significado atribuído por cada mulher a este momento (OLIVEIRA; MADEIRA, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde (2007), a mortalidade materna é uma tragédia evitável em 92% dos casos e é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por se constituir, na maioria das vezes, por morte precoce que deveriam ter sido evitadas pelo acesso, em tempo oportuno, ao serviço de saúde responsável e tecnicamente preparado para o atendimento (SZWARCOWALD, 2014). Contudo, esse indicador ainda é impactante ao constatar que, em 2015, 65 mil mulheres morreram no Brasil por complicações durante a gravidez, parto e puerpério (BRASIL, 2015).

No Ceará, relatório divulgado sobre a mortalidade materna, entre os anos de 2011 a 2015, concluiu que 48,8% das mortes de mulheres em idade fértil foram por causas obstétricas, que poderiam ser evitadas pela captação precoce da gestante e acompanhamento pré-natal adequado e de qualidade, e fortalecimento da rede de atenção à saúde. Na distribuição desses óbitos por macrorregiões de saúde, merecem destaque as macrorregiões de Fortaleza (45%) e a de Sobral (23%) (CEARÁ, 2015).

Revisão integrativa sobre a mortalidade materna no Brasil nos últimos trinta anos aponta que os casos de doenças hipertensivas específicas da gestação, as doenças hemorrágicas, as complicações no momento do parto e no abortamento apresentam as maiores percentagens. Identificou deficiências na assistência pré-natal, não reconhecimento de fatores de risco e falhas na condução de gestantes de alto risco como as principais fragilidades do sistema de saúde que contribuem para manutenção das taxas elevadas (MORSE, FONSECA, BARBOSA, CALIL E EYER, 2011).

Entretanto, mesmo com esses elevados índices a gravidez é considerada um evento fisiológico, natural, que transcorre sem intercorrências e para o qual a probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe, está prevista para, apenas, 20% dos casos de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012c).

A gravidez é definida como etapa na vida da mulher que vai desde a fecundação até o parto com duração de aproximadamente 40 semanas. Neste período incluem os processos de crescimento e desenvolvimento do feto no útero da mãe e também as importantes modificações experimentadas que além de físicas, são morfológicas e metabólicas. (RICCI, 2015).

Em alguns casos, porém, uma série ampla de condições clínicas ou clínico-obstétricas podem complicar a gestação, ameaçando o bem-estar do binômio materno-fetal e comprometendo o desfecho da gravidez. Estas alterações podem ser ocasionadas pela gravidez ou pré-existentes agravadas pela gestação, e caracterizam a gestação como de alto de risco (BRASIL, 2012c; RICCI, 2015).

Estudos clínicos comprovaram estreita relação entre a gestação de alto risco e o parto prematuro, o baixo peso ao nascer e a morbimortalidade materno-infantil, o que demanda maiores gastos para o setor saúde e impactos no contexto de vida dessas mulheres e seus familiares (BROOTEN et.al., 2007; DANERK et.al, 2012).

Esse grupo requer um acompanhamento especializado, que contemple todos os níveis de complexidade, identificação precoce e adequada dos problemas relacionados às condições clínicas, socioeconômicas e demográficas, assim como ofereça os procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários para garantia de resultados perinatais satisfatórios (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013).

A assistência a gestante de risco, atualmente, é orientada pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2002) e pela Rede Cegonha (BRASIL, 2011), que garantem classificação dos riscos desde a primeira consulta à gestante, acesso e atendimento em todos os níveis de atenção às gestantes de alto risco. Bem como pela Portaria Nº 1.020, de 29 de maio de 2013, que institui diretrizes para a organização da atenção à saúde na gestação de alto risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à gestante, à puérpera e ao recém-nascido de risco (BRASIL, 2013).

Além disso, pelo manual técnico para atenção à gestação de alto risco do Ministério da Saúde elaborado com a finalidade de orientar a equipe assistencial no diagnóstico e tratamento dos problemas que afetam a mulher durante a gravidez e uniformizar as condutas, contribuindo para uma atuação coesa e eficiente da equipe (BRASIL, 2012c).

A gestação de alto risco requer vigilância das situações de gravidade e prontidão para identificar problemas e intervir de maneira a impedir um resultado negativo, nesse contexto, além de acompanhamento pela atenção primária, deve ser atendida em serviços especializados de referência, tanto em nível ambulatorial como hospitalar, de acordo com a necessidade. Em virtude de algumas patologias ou iminência maior de agravos, a hospitalização é o procedimento mais adequado para o acompanhamento dessa gestação (BRASIL, 2012a).

Os períodos de internação na gestação de alto risco normalmente são longos, podendo variar de semanas até meses em enfermarias pequenas, tendo que compartilhar espaços

reduzidos, numa convivência intensa com outras pacientes e profissionais de saúde. Inicia-se então uma rotina totalmente nova, com avaliações diárias por equipe multiprofissional, medicações, exames e procedimentos, que legitimam o risco para as gestantes (MONTEIRO, 2012; QUEVEDO, 2010).

Atualmente encontramos estudos que atribuem importância elevada à experiência vivida pelas mulheres internadas com gravidez de alto risco quer seja pelas dificuldades reveladas sobre o entendimento da situação ou pela morosa adaptação às circunstâncias que conduziram ao internamento, quer pela expectativa frustrada da gravidez ou pelos diversos sentimentos experimentados (MONTEIRO, 2012; QUEVEDO, 2010; WILHELM, 2014).

Outros estudos nacionais e internacionais evidenciaram que mulheres com gestações de alto risco são vulneráveis à fragilidade e à instabilidade emocional, uma vez que apresentam sentimentos negativos, o que pode ocasionar sensação de mal-estar e dificuldades de aceitação do diagnóstico de alto risco, o que podem exercer um efeito direto sobre a saúde (CARVALHEIRA, TONETE, PARADA, 2010; LAFAURIE et. al, 2011; OLIVEIRA, MADEIRA, PENNA, 2011; VÁSQUEZ et. al, 2013; WILHELM et. al, 2015).

Destarte a complexidade que envolve a gestação de alto risco, não deve ser limitada apenas ao aspecto biológico, à determinação das suas causas e consequências e ao tratamento das intercorrências, nem tampouco à descrição dos sentimentos, mas compreendê-la na dinâmica social dessas mulheres, seus processos de conhecer, seus comportamentos, suas atitudes, suas escolhas, os valores, as crenças, os discursos, a comunicação e os sentidos que agregam valor ao fenômeno no mundo dos sujeitos.

O interesse pela área de saúde da mulher vem desde a graduação, plantado na disciplina de Enfermagem Obstétrica, cultivado no projeto de extensão “Enfermagem obstétrica e neonatal” a partir do qual se iniciaram os contatos com as gestantes de alto risco em regime de internação hospitalar. Posteriormente, o trabalho oportunizou assistir gestantes de alto risco tanto na estratégia saúde da família como na área hospitalar.

Como enfermeira, atuando em maternidade de referência para o alto risco gestacional, convivi com várias realidades individuais e com diferentes concepções acerca do risco e da hospitalização, entretanto havia alguns aspectos que eram comuns: dificuldade por parte da grávida em aceitar a realidade e a experiência da gravidez de alto risco com necessidade de internamento, bem como reconhecimento da formação de vínculos, troca de experiência e da constituição de uma rede de apoio entre às gestantes que estavam internadas.

Leituras acerca do tema permitiram observar que a gravidez é um evento permeado pelas concepções sociais acerca do fenômeno, que a gravidez de alto risco é capaz

de despertar sensações ímpares e que o hospital é um local de inúmeras vivências e sentimentos ambivalentes que perpassam os valores, as crenças e o conhecimento de senso comum, associando a gestação de alto risco à perdas e à morte.

As experiências acadêmicas e profissionais da pesquisadora suscitaram inquietações acerca de como aquelas gestantes que internadas no mesmo espaço físico e temporal partilhavam saberes e opiniões que as auxiliavam na vivência dessa experiência e como representam a gestação de alto risco e a hospitalização nesta fase da vida. Nesse sentido, a Teoria das Representações Sociais (TRS) apresenta-se como possibilidade teórica capaz de subsidiar as reflexões formuladas sobre a realidade de gestantes de alto risco no contexto hospitalar, tendo como base um sistema de valores definido sob a influência social.

Diante do universo de significados que envolve a hospitalização de gestantes de alto risco, questionou-se: como se dá a gravidez de alto risco no contexto da hospitalização? E quais as representações sociais atribuídas pelas gestantes à gravidez de alto risco neste processo de hospitalização?

Segundo Sá (1998), para gerar representações sociais (RS), o objeto deve ter suficiente relevância cultural ou espessura social. Deve ser um fenômeno para o conjunto social escolhido para representa-lo, estando implicado, de forma consistente, em alguma prática do grupo, detectado em comportamentos e comunicações que de fato ocorram sistematicamente.

A representação e seu objeto são inseparáveis, na medida em que é o objeto que é constituído como uma representação social. Segundo essa teoria, a representação social é sempre de alguém, que é o sujeito, nesse caso a gestante de alto risco hospitalizada, e de alguma coisa, que é o objeto, a gestação de alto risco no contexto da hospitalização (SÁ, 1998).

Para Moscovici (2012a) as representações sociais podem se formar quando as pessoas estão expostas aos meios de comunicação de massa, à herança histórico-cultural da sociedade, situação que encontramos dentro da instituição hospitalar. Assim, escolheu-se trabalhar com a hospitalização na gestação de alto risco a partir das representações construídas e partilhadas socialmente pela interação, considerando, de acordo com Jodelet (2001), os indivíduos como portadores de um conhecimento- senso comum- os quais dão sentido, orientam e conduzem os grupos sociais.

Espera-se com este estudo, ampliar o olhar dos profissionais de saúde que cuidam das mulheres com gravidez de alto risco para promoção de uma assistência integral, humanizada e qualificada, que contemple como estas percebem a gestação de alto risco, seus saberes, opiniões e explicações.

Assim, acredita-se que este estudo poderá contribuir nas diversas áreas, como educação, pesquisa e assistência. Na educação, destacamos a importância do aperfeiçoamento e da atualização permanente dos profissionais, uma vez que o conhecimento está em constante evolução; na pesquisa, pela ampliação e discussão sobre o tema, estimulando outros estudos e novas abordagens a serem aplicadas com base científica para esse público; e na assistência, por permitir que a equipe, uma vez entendendo melhor essa gestante, possa atender adequadamente suas necessidades.

Torna-se relevante por possibilitar a compreensão desse fenômeno a partir das representações reificadas na experiência vivida de gestantes diagnosticadas como de alto risco e com necessidade de hospitalização, também poderá proporcionar reflexões acerca do cuidado oferecido a essas mulheres, aprofundar o entendimento de quais serão os melhores encaminhamentos e intervenções frente às demandas orgânicas e psicossociais das gestantes hospitalizadas por alto risco e direcionar o fazer profissional ao encontro do saber e das necessidades das gestantes.

Acredita-se que os resultados obtidos sejam capazes de fomentar discussões e ao serem incorporados às práticas realizadas pelos profissionais, garantirão às gestantes de alto risco um atendimento que corresponda às suas necessidades de cuidado, proporcionando um ganho qualitativo na assistência oferecida, o que poderá minimizar os danos ocasionados pela hospitalização.

O presente estudo se justifica pela relevância social que a gestação de alto risco denota, tanto para a mulher, para a sociedade, quanto para o sistema de saúde, além de constituir um instrumento para ampliar o conhecimento em relação à gestação de alto risco e à hospitalização nesse período.

Reforça-se a justificativa no fato de a gravidez, parto e puerpério compor um eixo temático na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (BRASIL, 2008; BRASIL 2011) ao passo que melhorar a saúde das gestantes constitui um dos objetivos de desenvolvimento do milênio, lançado em 2000 pela Organização das Nações Unidas (ONU, 2000), tornando valiosa a produção de conhecimentos nessa área.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Apreender as representações sociais de gestantes sobre a gravidez de alto risco na vivência da internação hospitalar.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conhecer os aspectos constituintes das representações sociais sobre a gravidez de alto risco para as gestantes.

Analisar os significados atribuídos à hospitalização durante a gravidez de alto risco por mulheres que vivenciam esta experiência.

3 BASES CONCEITUAIS E TEÓRICAS DO ESTUDO

3.1 GRAVIDEZ DE ALTO RISCO

3.1.1 Políticas de saúde e modelo de atenção à gestação de alto risco

Durante décadas, as políticas de saúde da mulher no Brasil enfocaram, exclusivamente, o atendimento às demandas decorrentes da gestação, do parto, restringindo a atenção ao processo reprodutivo (SANTOS NETO et.al., 2008). O Ministério da Saúde reforça esta afirmação ao expor os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 1930, 1950 e 1970, que traduziam uma visão restrita sobre a mulher. Baseavam-se na especificidade biológica feminina e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e cuidados com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2004). Até o final da década de 1970 do século passado, a “saúde da mulher” estava associada aos problemas de saúde das gestantes (COSTA, 2009).

Surge então, na Conferência Nacional de Saúde de 1974, a base para formulação e implementação do Programa Nacional de Saúde Materno Infantil (PMI). Tal programa abordava a atenção à saúde da mulher restrita às ações voltadas para o ciclo gravídico-puerperal, visando à formação de indivíduos hígidos (SANTOS NETO et.al, 2008). Foram então formalizadas ações de assistência à gravidez, ao parto e puerpério, de estímulo à amamentação, bem como medidas para espaçamento entre as gestações, dirigidas a mulheres entre 15 e 49 anos, consideradas parte dos grupos mais vulneráveis conforme critérios pautados no conceito de risco (BRASIL, 1978).

Já a década de 1980 foi marcada como um período de transição democrática, fazendo despontar a organização de vários movimentos sociais, dentre eles o movimento feminista. As mulheres passaram a reivindicar direitos relacionados à saúde reprodutiva, como o planejamento familiar, a sexualidade, a democratização de informação em saúde, além de outras medidas compreendidas na esfera da saúde pública e não mais na esfera biomédica (LEITE e PAES, 2009). As propostas do movimento feminista e do movimento sanitário brasileiro convergiram e originaram o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983, e trouxe o conceito de saúde integral à mulher e o direito à opção de exercer ou não a maternidade (COSTA, 2009).

A criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) representou um marco histórico, pois foi construído com base em vários programas

desenvolvidos no Brasil desde os anos de 1960, tanto pelo Ministério da Saúde como por outras instituições, e incluía a saúde da mulher durante seu ciclo vital, atendendo a todos os aspectos de sua saúde (SOUTO, 2008). O PAISM incorporou a atenção à saúde feminina, dando ênfase à saúde reprodutiva, numa ruptura do modelo até então existente. Suas ações passaram a focar a atenção integral nas necessidades prioritárias da população feminina. São diretrizes filosóficas e políticas que, além de incorporarem a descentralização, hierarquização, regionalização e equidade da atenção, propõem novas formas de relacionamento entre profissional e clientes, dando-lhes maior controle de seu corpo e sua saúde (BRASIL, 2005; SOUTO, 2008).

O novo paradigma para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, doença sexualmente transmissível (DST), câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2005).

Nessa direção, em prol da redução dos índices de mortalidade, simultaneamente ao PAISM, foram criados os Comitês de Mortalidade Materna (CMM), que representou avanço para a saúde, expresso em medidas de prevenção e controle da morte materna. Trata-se de instâncias interinstitucionais, multiprofissionais e confidenciais que visam identificar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para a redução dessa mortalidade na região de sua abrangência. Constituem também importante instrumento de avaliação permanente da atenção materna, derivando daí suas funções de investigação, avaliação, informação e educação, além das normativa e mobilizadora (LEITE & PAES, 2009).

Na década de 1990, com base na legislação de saúde vigente, o estado brasileiro, no intuito de pôr em prática as regulamentações legais de promoção da saúde e controle social, projeta a execução de diversos programas e estratégias direcionados especificamente aos cuidados materno-infantis. Na tentativa de reduzir as altas taxas de mortalidade infantil, especialmente na região nordeste do país, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi implantado, inicialmente no Estado do Ceará, em 1991. Já em 1994, na tentativa de reorganização do modelo assistencial de saúde, iniciam-se as ações do Programa de Saúde da Família (PSF), tendo como objeto de atenção o indivíduo em seu contexto de vida (OLIVEIRA E ROCHA, 2001).

Em 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que tem como elementos estruturadores a humanização da assistência no pré-natal, no parto e no puerpério e os direitos reprodutivos das mulheres (BRASIL, 2002). Esse Programa foi criado para aprimorar o Programa de Atenção Integral à

Saúde da Mulher (PAISM), que ganhou mais força e ampliação em 2004, quando o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) com uma maior abrangência na atenção a saúde da mulher como um todo (ALMEIDA, TANAKA, 2009).

A finalidade dessa política era reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, parto, puerpério e neonatal, e ampliar as ações já adotadas com relação à gestação de alto risco por meio de investimentos nas unidades hospitalares integrantes nas redes estaduais de assistência e para o incremento do custeio de procedimentos específicos (BRASIL, 2002).

Persistindo no propósito de refrear os índices de mortalidade, o Brasil criou o Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, entendido como movimento político segundo o qual o Brasil e mais 190 países se comprometeram a melhorar a saúde materna, sendo esse um dos principais objetivos de desenvolvimento do milênio propostos pela ONU, bem como a quinta meta do milênio: Reduzir em, no mínimo, 1/3 a taxa de mortalidade materna, até 2010, como um primeiro passo até a meta de reduzir essa taxa em 3/4, até 2015 (BRASIL, 2007).

A assistência ao ciclo gravídico-puerperal é regida pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM n. 569 de 01/06/2000, que baseia-se na análise das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no parto. As diretrizes desse programa consideram a avaliação e a classificação de riscos gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas consultas subsequentes, estabelecendo gradiente de necessidade de cuidados que vai desde o mínimo, para as gestantes de baixo risco, até o máximo, para aquelas com alta probabilidade de danos à saúde. Também é garantido atendimento às gestantes classificadas como de risco, garantindo o vínculo e o acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco (BRASIL, 2002).

Leite e Paes (2009) datam o interesse em assistir à gestação de alto risco no Brasil na década de 70 com a criação do Ministério da Saúde em 1978, o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR), com a finalidade de operacionalizar ações de assistência especializada aos riscos reprodutivo e obstétrico, prevenção de gestações futuras, quando indicada, e de diagnóstico e tratamento da esterilidade ou da infertilidade (BRASIL, 1978).

A identificação precoce de gestantes de alto risco faz com que a equipe de saúde disponha de instrumentos para gerar e fornecer cuidados à saúde, de maneira diferenciada.

Nesse propósito, o Ministério da Saúde lançou em 2000 a primeira edição do Manual Técnico da Gestação de Alto Risco, contendo normas para auxiliar a equipe de saúde no processo de organização da assistência materna e perinatal, uniformizando conceitos e critérios, e facilitando as tomadas de decisão no atendimento a esse grupo de mulheres, tendo como objetivo a identificação precoce dos fatores predisponentes ao risco para uma interferência precisa (BRASIL, 2012c).

Com o objetivo de promover a integração sist mica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia “clínica e sanitária; e eficiência econ mica” e a partir da necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometem as pessoas ou as populações o MS propõe um modelo de organização para os sistemas de saúde, por meio de Redes de Atenção a Saúde – RAS (GIOVANNI, 2013).

Nesse interim a Rede Cegonha, lançada em março de 2011 e instit ida pela portaria MS/GM n  1.459/2011, nasce como estratégia do Ministério da Saúde de enfrentamento da mortalidade materna, da violência obstétrica e da baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento, desenvolvendo ações para ampliação e qualificação do acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério. Visa organizar uma rede de cuidados que assegure, a partir da noção de integralidade da atenção às mulheres, o direito ao planejamento sexual e reprodutivo e   atenção humanizada ao pré-natal, parto, puerpério e ao abortamento, bem como   criança o direito ao nascimento seguro e humanizado e ao acompanhamento até os dois anos de idade, assegurando acesso para um crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Em relação   assistência à gestante de alto risco, foco deste trabalho, a Rede Cegonha preconiza acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno e a garantia de vagas sempre, inclusive em leitos de terapia intensiva quando necessário (BRASIL, 2011).

A portaria 1.020, de 29 de maio de 2013, complementa a organização da linha de cuidado   mulher gestante de alto risco, pois visa organizar a atenção   saúde na gestação de alto risco. Esta deve contemplar todos os níveis de complexidade, com definição dos pontos de atenção e competências correspondentes, considerando a importância da abordagem integral às gestantes conforme suas especificidades relacionadas às condições clínicas, socioeconômicas e demográficas. E deverá observar os seguintes princípios e diretrizes (BRASIL, 2013):

I - universalidade, equidade e integralidade;

- II - humanização da atenção, ofertando atenção adequada, em tempo oportuno na gestação de acordo com suas necessidades e condições clínicas;
- III - atenção à saúde baseada nos direitos sexuais e reprodutivos, em consonância com a Política de Atenção Integral da Saúde da Mulher (PNAISM) e com a Política Nacional de Humanização (PNH);
- IV - acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade em todos os pontos de atenção;
- V - regionalização da atenção à saúde, com articulação entre os diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme pactuação local;
- VI - atenção multiprofissional e interdisciplinar, com práticas clínicas compartilhadas e baseadas em evidências;
- VII - regulação de acesso; e
- VIII - controle social.

A redução da morbimortalidade materna e perinatal esta diretamente relacionada com o acesso das gestantes ao atendimento de qualidade e em tempo oportuno, no nível de complexidade necessário. A estruturação da rede implica na disponibilidade de serviços de pré-natal para o baixo e alto risco, planejamento familiar, serviços especializados para atendimento das emergências obstétricas e partos, incluindo os de alto risco, leitos de UTI neonatal e para adultos, leitos de berçário para cuidados intermediários, assim como, eventualmente, a constituição de casas de apoio a gestantes de risco com dificuldades de acesso geográfico ou a puérperas que sejam mães de bebês que necessitam permanecer internados. Também implica na humanização do atendimento por meio da sensibilização e da atualização profissional das equipes do sistema como um todo. Esses serviços podem coexistir num mesmo município ou estar organizados em uma região de saúde. Os parâmetros de assistência pré-natal e ao parto já são estabelecidos, porquanto os gestores tem como saber qual é a demanda e qualificar a rede, com adequação da cobertura, capacitação de recursos humanos e elaboração de protocolos (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012c; BRASIL, 2013).

Entretanto, nem sempre essas necessidades têm sido atendidas a contento. Destaca-se ainda a fragmentação, na atenção à saúde da mulher, composta predominantemente por serviços isolados, com precária organização para operar na lógica de rede de cuidados progressivos, práticas de atenção e com gestão da saúde conservadoras, pouco participativas, marcadas por intensa medicalização e por intervenções, por vezes, desnecessárias. Os leitos obstétricos continuam reduzidos, e um significativo número de mulheres acaba sendo atendido junto com os recém-nascidos em unidades desprovidas de segurança, contribuindo para o

aumento dos índices de morbimortalidade materna e fetal. Contando ainda, com subfinanciamento, mecanismos de alocação dos recursos públicos com foco na produção de ações, baixo monitoramento e não vinculação das gestantes à maternidade de ocorrência do parto, que em geral peregrinam pelos serviços (OLIVEIRA, 2008).

Assim, reafirma-se a importância de uma assistência humanizada, livre de intervenções desnecessárias, que traga a mulher e sua família como atores do processo, coerente com as necessidades apresentadas por estas, considerando que a qualidade do atendimento e o preparo do profissional da saúde pode representar um impacto favorável em relação aos indicadores de saúde materna existentes no nosso país.

3.1.2 Definição, critérios diagnósticos e vivências da gestação de alto risco

Para a maioria das mulheres, a gestação transcorre sem problemas, mas em outras, algumas patologias podem aparecer, conduzindo-as ao grupo de alto risco. Segundo o manual técnico de gestação de alto risco do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a), qualquer gestação é um risco para a gestante e o feto, por isso se afirma que em algumas o risco é ainda maior. Em alguns casos, há maior probabilidade de a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido ser severamente afetada, considerando-se as patologias em relação ao padrão considerado fisiológico (RICCI, 2015). O percentual de gestações de alto risco encontra-se entre 10 e 20% das gestações no Brasil (BRASIL, 2012a).

Etimologicamente, a palavra risco é derivada do vocábulo “riscare”, significando ousar. Assim, o conceito de risco associa-se a possibilidades e ao encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre explicado, sendo, portanto, importante levar em conta as dimensões moral, política e cultural relacionadas. Especificamente, o conceito de risco gravídico surge para identificar potenciais agravos à saúde nos períodos de gestação, parto, puerpério e vida da criança em seu primeiro ano (COSTA et.al., 2010).

O termo gestação de alto risco é abrangente e diz respeito a todas as situações que podem intervir na evolução normal de uma gestação, focalizando tanto aspectos relativos à saúde materna quanto à fetal (GUAZZELLI; ABRAHÃO, 2007). Compreendem uma série ampla de condições clínicas ou clínico-obstétricas, além de sócio demográficas, que complicam a gestação, consideradas como risco potencial, requerendo assim adaptações físicas e psicológicas e atenção especializada (BARROS, 2009). Destaca-se, ainda, que são consideradas

as condições pré-existentes capazes de, em algum momento, tornarem-se danosas para a evolução saudável da gravidez (BARROS, 2009; BRASIL, 2012a).

Na gravidez, o risco identifica o nível de dificuldade que esta possa apresentar no decorrer da gestação, parto, puerpério e primeiro ano de vida, estabelecendo um gradiente de necessidades de cuidados que podem ir desde o mínimo, quando se trata de pouco risco, ao máximo, quando existem altas possibilidades de agravos à saúde (BRASIL, 2011).

A avaliação de risco na gravidez tem sido uma preocupação do Ministério da Saúde (MS), que se expressa em suas políticas públicas, uma vez que esse tipo de gestação está intimamente relacionado à morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2012a). Para implementar as atividades de controle pré-natal, é necessário a identificação dos riscos aos quais cada gestante está exposta, permitindo assim, a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez (BRASIL, 2006).

A partir da década de 1960 foram desenvolvidos diversos estudos sobre a atenção à gestação de alto risco, e com isso surgiram tabelas e escores na literatura mundial para identificação dos fatores de risco (PETRONI et.al., 2012).

Diversos são os fatores que podem levar uma gestação ao risco, sobretudo em um país de grandes dimensões e com muitas diferenças sociais, econômicas e culturais como o Brasil. Diante disto, são enumerados, pelo Ministério da Saúde, 35 fatores considerados como os mais comuns, agrupados em quatro grandes grupos: 1) características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis; 2) história reprodutiva anterior; 3) doenças obstétricas na gravidez atual; e 4) intercorrências clínicas (BRASIL, 2012a).

QUADRO 1- Grupos de fatores geradores de risco na gestação segundo Ministério da Saúde. Fortaleza- CE, 2016

Características individuais e condições sociodemográficas	História reprodutiva anterior	Doenças obstétricas na gravidez atual	Intercorrências clínicas
-idade menor que 17 e maior que 35 anos; - ocupação: esforço físico, carga horária, exposição a agentes físicos, químicos, biológicos e estresse; -situação conjugal insegura; - baixa escolaridade; - altura menor que 1,45 m; - peso menor que 45 kg e maior que 75 kg; - dependência de drogas lícitas ou ilícitas.	- morte perinatal explicada e inexplicada; -recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou mal formado; - abortamento habitual; - esterilidade ou infertilidade; - intervalo temporal menor que dois ou maior que cinco anos; - nuliparidade ou multiparidade; - síndrome hemorrágica ou doença hipertensiva; - cirurgia uterina anterior.	- desvio quanto ao crescimento uterino, numero de fetos e volume de líquidos amnióticos; - trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada; - ganho ponderal inadequado; - pré-eclampsia e eclampsia; - amniorrexe prematura; - hemorragias de gestação; - isoimunização - óbito fetal	- cardiopatias - pneumopatias - nefropatias - endocrinopatias - hemopatias - hipertensão arterial - epilepsia - doenças infecciosas - doenças autoimunes - ginecopatias

Fonte: BRASIL (2012c)

Esses fatores de risco podem ser prontamente identificados no decorrer da assistência pré-natal desde que os profissionais de saúde estejam atentos a todas as etapas da anamnese, exame físico geral e exame gineco-obstétrico e podem ainda ser identificados por ocasião da visita domiciliar, razão pela qual é importante a coesão da equipe (SARVART, 2013).

As hemorragias estão presentes entre 10% a 15% das gestações e a mesma frequência é estimada para os desvios de crescimento fetal (BRASIL, 2012a). Já a hipertensão incide em quase 10% de todas as gestações e é a intercorrência clínica mais importante da obstetrícia atual em consequência de sua influência nos índices de mortalidade materna e fetal. A toxemia gravídica, juntamente com as infecções e as hemorragias são as três principais causas de morte materna no Brasil (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011).

A gestação é marcada por modificações biológicas, psicológicas, psíquicas e sociais na vida da mulher, e no momento em que esta é associada ao risco, reforça-se a fragilidade e a instabilidade emocional. Isto pode acarretar distúrbios emocionais na mulher, interferindo na qualidade da saúde materna e, conseqüentemente, ocasionar ligações entre esses fatos e a mortalidade materna e fetal (SILVA et.al., 2013).

Quando se constata que 529.000 mulheres morrem a cada ano por causas relacionadas com a maternidade em países em desenvolvimento, sendo que 80% dos casos se devem a causas obstétricas diretas, e que, para cada mulher que morre, muitas outras sofrem enfermidades que as incapacitam, de alguma forma, em sua vida produtiva (SYBELE et.al. 2008), reflete-se a dimensão social dessa problemática e a necessidade de identificação e prevenção dos problemas e encaminhamento em tempo oportuno para os serviços de referência.

O intuito da assistência à gestante de alto risco é interferir no curso de uma gestação que possui maior chance de ter um resultado desfavorável, de maneira a diminuir o risco ao qual estão expostos a gestante e o feto, ou reduzir suas possíveis conseqüências adversas. A equipe de saúde deve estar preparada para enfrentar quaisquer fatores que possam afetar adversamente a gravidez, sejam eles clínicos, obstétricos, sociais ou emocionais (BRASIL, 2012c).

Como visto no quadro 1, existem quatro categorias de risco na gestação e o nível em que a assistência será realizada dependerá das necessidades apresentadas por cada gestante. Em nosso estudo, nos deteremos a abordar as gestantes de alto risco clínico-obstétrico e com necessidade de hospitalização no decurso da gestação.

Se a gestação é considerada uma experiência transformadora, que mesmo sob condições ótimas pode ser um processo estressante, na gestação de alto risco constata-se um acréscimo de problemas emocionais e sociais para as gestantes e seus familiares (DIAS et.al., 2008).

O diagnóstico de alto risco contribui para acentuar as sensações ocasionadas pela gestação, suscitando a necessidade de resolução dos seus problemas e de alguém que escute suas angustias, medos e ansiedades, e o profissional que ali atua, enquanto ser humano, deve ajudá-la a encontrar as soluções ou oferecer condições de minimizá-los e dispensar um atendimento de qualidade, respeitando a individualidade de cada mulher (BARROS, 2009).

Estudos que buscaram investigar sentimentos, percepções e vivências das gestantes de alto risco identificaram que o medo é uma constante, estando relacionado à sua saúde e a de seu filho, à prematuridade e à má formação. Emoções como censura, culpa e sentimentos de

falha envolvem este processo (OLIVEIRA, 2008; QUEVEDO; LOPES; LEDREVE, 2006; QUEVEDO, 2010).

Em sua tese Quevedo (2010) retrata que o diagnóstico de alto risco foi visto pelas mulheres como um defeito, uma sensação de que seu corpo não funciona adequadamente durante a gestação e pela crença de serem incapazes de cumprir com seu papel biológico, deixando-as diminuídas e impotentes.

Diante dessa complexidade, a discussão não pode se restringir à 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.

As condutas baseadas somente nos aspectos físicos não são suficientes, necessitando, ser potencializadas pela compreensão dos processos psicológicos que envolvem o período gestacional, notadamente, no caso das gestantes de alto risco, que vivenciam sobrecarga emocional trazida pela gravidez (BRASIL, 2006). A atuação de uma equipe multiprofissional na assistência dessas gestantes agrega valor quando Zampieri (2001) aponta que vivenciar uma gestação de alto risco é um processo complexo, dinâmico, subjetivo e diversificado, podendo ser individual e social, uma vez que envolve transformações fisiológicas, psicológicas, sociais, econômicas, culturais, espirituais e, também, alterações de papéis implicando na aceitação ou não da gravidez.

Os aspectos emocionais na gestação de alto risco podem ser elementos agravantes na situação de risco gestacional, de modo que a mulher deva receber uma atenção holística que proporcione vivenciar a gestação de alto risco do modo mais tranquilo possível (BRASIL, 2013). Por isso, é importante que o profissional encoraje a gestante a falar de si, criando espaço para o vínculo e a confiança. Salienta-se assim uma habilidade importante a ser desenvolvida pelos profissionais de saúde, que é a sensibilidade para compreender a realidade de outra pessoa, podendo acarretar segurança da gestante e no desvelamento de aspectos subjetivos como os relacionados à emoção e sentimentos.

Assim, a proposta de estudo foi delineada com o intuito de trazer informações sobre a dimensão social da gestação de alto risco a partir do olhar de cada mulher que entra em contato com essa realidade, numa perspectiva de contribuir para compreensão desse fenômeno sob a ótica dos sujeitos e prestar atendimento resolutivo, pautado em evidências científicas e no conhecimento do senso comum, e responsivo aos múltiplos universos da mulher.

3.1.3 Práticas de cuidado e a hospitalização na gestação de alto risco

As políticas de saúde às mulheres, em nosso país, propõem um modelo humanístico nas práticas de cuidado, tanto na formação profissional, quanto nos programas de atenção à saúde. Este modelo está pautado na humanização da assistência em todos seus ciclos de vida, ao recém-nascido e a família, e tem como base a perspectiva da integralidade e a valorização de crenças e modos de vida de cada sujeito cuidado (SILVA, CHRISTOFFEL, SOUZA, 2005). A atenção à saúde no período gravídico puerperal compreende o planejamento reprodutivo, a assistência pré-natal e a assistência ao parto.

O pré-natal deve iniciar após a fertilização do óvulo e terminar antes do início do trabalho de parto, compreendendo um conjunto de procedimentos, com a utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios mais adequados e em maior disponibilidade, que visam acompanhar os processos fisiológicos, naturais e espontâneos, bem como rastrear o desencadeamento de morbidades, cujo diagnóstico precoce e a adequada terapêutica objetivam preservar a saúde e o futuro biológico do binômio mãe e filho (BRASIL, 2006).

A assistência pré-natal além dos cuidados com a saúde das gestantes e de seus conceitos, objetiva atuar na prevenção, no assistencialismo e na educação. Visa pesquisar e tratar condições de risco eventualmente existentes, orientar a gestante, ampará-la social e psicologicamente e educá-la para o parto (BASEGIO et al., 2000; BRASIL, 2006).

Nesta lógica, o cuidado pré-natal tem por finalidade acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2013). Pressupõe avaliação dinâmica das situações de risco e prontidão para identificar problemas, de forma a poder atuar e assegurar os cuidados com a saúde das gestantes e seus bebês, além de dar suporte às demandas emocionais das gestantes e sua família (BRASIL, 2012a; PICCININI, 2012).

Sempre que uma gestante ao longo do pré-natal é diagnosticada como pertencente ao grupo em risco, ela é encaminhada com prioridade para um serviço de referência com suporte adequado para melhor resolutividade, por meio das centrais de vagas e sistemas de regulação, que buscam melhor distribuição dessa demanda. A definição do nível de assistência necessário para a solução dos problemas dependerá do problema apresentado e qual intervenção será realizada, contempladas pelo princípio de equidade do SUS, no qual cada pessoa deve ter um atendimento de acordo com suas necessidades específicas (BRASIL, 2012c).

Na maioria dos casos a presença de um ou mais fatores preditores de risco (Quadro1) não significa a necessidade imediata de recursos propedêuticos com tecnologia mais avançada do que os comumente oferecidos na assistência pré-natal de risco habitual, embora indiquem uma maior atenção da equipe de saúde a essas gestantes. Pode significar apenas uma frequência maior de consultas e visitas domiciliares, sendo o intervalo definido de acordo com o fator de risco identificado e a condição da gestante no momento (SARVART, 2013).

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 (GOUVEIA; LOPES, 2004). Em alguns casos, para que ocorra o controle de determinadas doenças ou sintomas associados à gestação, a hospitalização da mulher grávida é o procedimento mais indicado para intensificar a vigilância e o acompanhamento da gravidez.

De acordo com Tedesco (2002), a hospitalização pode ser tomada como o principal dos cuidados obstétricos dispensados à gestante de alto risco, mas devido ao seu caráter intrinsecamente estressante, representa verdadeiro desafio adaptativo à grávida e à sua família, isto porque representa a conscientização da doença e suas consequências.

A enfermagem de gestante de alto risco é compreendida como parte integrante do sistema hospitalar que permite realizar o cuidado adequado e qualificado com a gestante de alto risco, possibilitando a contribuição para a saúde materno-infantil (BRASIL, 2012a). Nesse sentido, contribuindo para o país alcançar a meta dos objetivos do milênio, em especial o nº 5 – qualidade da saúde materna; para a redução da mortalidade materna, principalmente por causa evitáveis, como a hipertensão arterial e as síndromes hemorrágicas (ONU, 2000).

Ao investigar na literatura os motivos de internação das gestantes, os dados constataam prevalência dos seguintes diagnósticos: parto prematuro, alterações relacionadas à pressão arterial- Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez ou hipertensão, distúrbios do líquido amniótico, eventos hemorrágicos, infecção do trato urinário, hiperêmese gravídica, diabetes mellitus, ameaça de aborto e malformação fetal (PIMENTA et.al., 2012; GOUVEIA; LOPES, 2004; SILVA et.al., 2013). Os diagnósticos atribuídos são diversificados e confirmam o critério de risco e a necessidade de internamento com o fim de garantir a vigilância materno-fetal e o respectivo bem-estar.

A hospitalização durante a gestação de alto risco é algo que particulariza a experiência de gestar, uma vez que esta não é uma realidade das gestações de risco habitual, fruto da qual emergem sentimentos e comportamentos ímpares frente à necessidade de adaptação à nova condição e ao novo ambiente.

As internações frequentes em unidades especializadas que dispõem de condições adequadas têm, segundo Tedesco (2002), diminuído a mortalidade materna e perinatal, mas a morbidade para os aspectos psicológicos tem aumentado. Assim observa que muitos dos cuidados que minimizam os efeitos de risco, aumentam os distúrbios psicossociais não só das mulheres, mas de suas famílias e, conseqüentemente, da equipe que as assiste.

Quevedo, Lopes, Ledevre (2006), Quevedo (2010) e Monteiro (2012) conduziram estudos sobre a experiência da hospitalização durante a gestação de alto risco para estabilização fisiológica e concluíram que é um fator estressor devido à mudança na dinâmica familiar e a legitimação dos riscos da gravidez, entretanto a hospitalização trouxe também sentimentos de segurança, pois os cuidados hospitalares traziam tranquilidade e confiança de melhores perspectivas de saúde para a mulher e seu filho.

O estudo de Costa (2002) observou várias preocupações das gestantes de alto risco, entre elas: medo do inesperado, no que diz respeito à morte do conceito ou feto defeituoso; desconforto durante a internação prolongada; luto pela gestação saudável, tão esperada; e a separação das mesmas com seus familiares, ocasionada pela internação prolongada e afastamento dos filhos que ficaram em casa.

Em sua tese de doutorado, Quevedo (2010) chegou a valiosas conclusões acerca da vivência e experiência na hospitalização de gestantes de alto risco: o hospital é associado a um lugar de sofrimento e dor, remetendo a representações do senso comum de doença e morte, que a família e o companheiro são a principal fonte de apoio para o enfrentamento dessa fase. Evidenciou também que uma equipe qualificada, comprometida com a assistência e sensível às necessidades dessas gestantes contribui para minimizar as ansiedades advindas da hospitalização e promove a sensação de bem-estar, bem como a informação sobre o seu estado de saúde favorece a sensação de segurança.

Reforça-se a ideia de que cada gravidez é uma condição única para cada mulher, com percepções e idealizações pessoais do que é ser- mulher e ser- mãe, construídos a partir do seu contexto cultural, social e familiar, os quais exercem forte influência na adoção do novo papel e na vivência de forma plena da gestação. Nesse contexto social, a vivência hospitalar da gestação de risco apresenta repercussão em todo o contexto familiar, com transformações no relacionamento da mulher com o companheiro, distanciamento do domicílio, da família e do trabalho, além de sentimentos como medo, ansiedade e solidão (SILVA et.al., 2013).

Partindo desse pressuposto, a equipe de saúde pode e deve realizar um atendimento humanizado, orientando adequadamente a gestante e seus familiares. É necessário destacar que as manifestações psicossomáticas geralmente são reduzidas quando a gestante é devidamente

esclarecida em relação aos eventos aos quais está sujeita em consequência da gravidez, de modo que um apoio psicológico e afetivo pode trazer ganhos significativos para minimização dos sentimentos negativos, que podem ser agravantes no período gravídico (BARROS, 2009; REZENDE, 2012).

Nesse âmbito, cabe ao profissional de saúde ter conhecimento e sensibilidade para identificar e entender o processo emocional que permeia o acompanhamento da gestação de alto risco, e assim orientar as gestantes acerca das mudanças inevitáveis que se desenvolverão durante este período, a fim de que ele seja encarado da forma mais segura possível, atenuando seus medos e ansiedades (BRASIL, 2012a; COSTA, 2010).

Estudos ratificam que as reações negativas com relação à gravidez de alto risco podem ser superadas quando a mulher que a vivencia encontra formas positivas de enfrentar e lidar com a doença e com as dificuldades impostas pela hospitalização durante o período gravídico (BARROS, 2009; OLIVEIRA, 2005).

Wilhelm (2014) constatou em seu estudo que o apoio familiar e o cuidado dos profissionais de saúde são um reforço para a gestante de alto risco na superação das dificuldades enfrentadas durante a gestação de alto risco. Os profissionais foram considerados pelas gestantes como refúgio, que as tranquilizavam, davam força e esclareciam dúvidas, transmitindo-lhes segurança.

Destacou também que, quando são considerados os valores e os sentimentos das gestantes de alto risco, o cuidado caracteriza-se como humanizado e proporciona maior qualidade e possibilitam a construção de uma relação horizontal, de apoio e motivação entre profissionais e gestantes, de forma que se sintam seguras para vivenciar este período crítico em sua vida (WILHELM, 2014).

Frente a isso, pode-se inferir que os profissionais de saúde ao adequar e ampliar o seu cuidado considerando a realidade de cada gestante, suas possibilidades e suas limitações, e intensificando este cuidado por meio diálogo e a escuta ativa, podem ajudar as gestantes a acreditarem e acharem uma forma de superar esse momento (DOURADO, PELLOSO, 2007; REZENDE, 2012; WILHELM, 2014).

Nesta linha de pensamento é necessário que ocorra dinamismo nas relações entre o profissional de saúde, dentre eles o enfermeiro, e a gestante de alto risco. Nesta relação há de ser considerada suas crenças e valores, existindo um potencial para que se realizem práticas de cuidado dentro da realidade de cada gestante (PROGIANTI, COSTA, 2008).

O enfermeiro adquire, durante sua formação, conhecimentos e habilidades que o tornam um profissional apto a prestar a assistência de enfermagem às gestantes de alto risco,

podendo contribuir para uma evolução favorável, pois os cuidados de enfermagem compreendem o ser humano como unidade biopsíquica e para a redução dos índices de mortalidade materna e perinatal (WILHELM, 2014).

Entretanto, tem maior notoriedade na produção científica a atuação do enfermeiro durante a assistência ao pré-natal e ao parto de baixo risco. Diante disso, optou-se por realizar uma revisão integrativa com o objetivo de analisar a produção científica sobre o cuidado de enfermagem promovido às gestantes de alto risco.

Tal revisão foi realizada nas bases de dados eletrônicas PubMed, CINAHL with Full Text, SCOPUS, Web of Science, SciELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Medline (Literatura Internacional em Ciências da Saúde) e BDENF (Base de dados de enfermagem) entre os meses de setembro e outubro de 2015 com a seguinte pesquisa norteadora: Quais as ações de cuidado de enfermagem a gestante de alto risco retratadas na produção científica?

A busca utilizou os descritores Nursing Care e Pregnancy, High-Risk em acordo com DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (Medical Subject Headings) combinados pelo operador booleano “AND”. Resultou em 23 artigos publicados entre os anos de 1985 e 2015 em periódicos nacionais e internacionais, que apontavam as estratégias, as ações e o contexto do cuidado de enfermagem a gestantes de alto risco.

Os resultados da revisão apontaram que os elevados índices de morbimortalidade materna e infantil eram responsáveis por mobilizar o desenvolvimento de estratégias de cuidado dos enfermeiros para reduzir a incidência e para melhorar os resultados de saúde materno-fetais. Estratégias como visitas domiciliares e contato telefônico eram largamente utilizadas para o monitoramento e vigilância da gestação de alto risco e apresentaram potencial de redução de internamentos precoces ou desnecessários dessas gestantes, uma vez que permitiam o reconhecimento das necessidades de cada gestante e orientação condizente a situação diagnosticada em cada caso (RODRIGUES et.al, 2016).

Revelou-se também, através dessa revisão, ser promissor que gestantes de alto risco sejam cuidadas de forma humanizada, holística e personalizada, de acordo com sua realidade, favorecendo sua participação ativa e suporte familiar. Nessa perspectiva, o enfermeiro desempenha papel de gerente do cuidado e membro da equipe multiprofissional na linha de cuidados à gestante de alto risco (RODRIGUES et.al, 2016).

Na maioria dos casos, quando há necessidade de afastamento da mulher do seu domicílio, dos familiares, das atividades profissionais e domésticas; quando há necessidade de adaptações da gestante ao novo ambiente, às condutas hospitalares e aos hábitos culturais,

acentuam-se alterações emocionais que interferem na qualidade de vida das gestantes e suas famílias, exigindo atenção da equipe de saúde aos aspectos emocionais advindos destas demandas na gestação de alto risco (BARROS, 2009; MONTEIRO, 2012; REZENDE, 2012).

O estudo de Wilhelm (2014) verificou que as gestantes de alto risco do seu estudo tinham dificuldade em lidar e adaptar-se a esta nova circunstância física, emocional e social, o que exigiu novas formas de comportamento, desenvolvimento de novos vínculos e aprofundamento de seus significados, alcançados por meio de informação junto aos profissionais de saúde, pessoas na mesma condição e familiares. Quando interrogadas a respeito da motivação à aderência a estes cuidados, todas mencionaram ser pelo bem-estar do bebê que elas estavam gestando, ou pelo seu bem-estar para poder criar os filhos.

Acredita-se que o investimento na abordagem aos aspectos emocionais pode minimizar os sentimentos negativos. Outrossim, os profissionais devem dar mais atenção às peculiaridades de cada gestante e as demandas geradas das necessidades impostas pela hospitalização na gestação de alto risco. Isso pode caracterizar a assistência como de qualidade e humanizada (MONTEIRO, 2012).

Logo, o reconhecimento dos valores e crenças das gestantes em relação à gestação de alto risco e à hospitalização, é também uma estratégia para que confiem na equipe de saúde que as assiste, refletindo de forma positiva na disposição que envolve o seu próprio cuidado. Para tanto é necessário que o profissional de saúde conheça como essas mulheres se cuidam, como são seus hábitos, suas crenças, suas rotinas familiares e o que as mudanças advindas da gestação representam para elas (FERREIRA, 2011).

Frente a isso se percebe a importância da escuta ativa por parte dos profissionais de saúde, para que eles entendam em primeiro lugar, as queixas e necessidades da gestante de alto risco, auxiliando-as na descoberta da importância de adesão às práticas de cuidados especiais. A equipe de saúde deve primar pela qualidade do cuidado pré-natal, e procurando atuar de acordo com as especificidades das gestantes. Assim, ao estabelecer intervenções e orientações estas devem ter o cuidado de verificar o entendimento das gestantes, aproximando-as de seu cuidado (LIMA; MELO; FERREIRA, 2012).

Doravante, a teoria das representações sociais apresenta um arcabouço teórico capaz de subsidiar a análise das vivências, interpretações e condutas que as gestantes de alto risco possuem frente o diagnóstico de alto risco e a hospitalização nessa fase da vida. Reconhece-se que o conhecimento da representação social pode mediar, nortear, basear a intervenção, pois a prática social depende da interpretação que os sujeitos sociais, indivíduos ou grupos fazem da própria realidade.

3.2 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

As Representações Sociais constituem-se de elementos informativos, cognitivos, ideológicos e normativos e formam um elo entre o real, o psicológico e o social, por isso são capazes de estabelecer atrelamentos entre a vida abstrata do saber, das crenças e a vida concreta do sujeito em sua vida social (MOSCOVICI, 2012a).

A Teoria das Representações Sociais tem se destacado em pesquisas na área da enfermagem por possibilitar ao pesquisador captar a interpretação dos próprios sujeitos e a compreensão das atitudes e comportamentos de um determinado grupo social frente ao fenômeno em estudo. Essa compreensão do que seja o processo saúde-doença e cuidados com a saúde fornecem subsídios para a enfermagem realizar intervenções que, por respeitarem as características específicas de cada segmento social, serão mais eficientes.

Revisão bibliográfica realizada por Silva, Camargo, Padilha (2011) acerca das teses e dissertações produzidas na enfermagem brasileira com o referencial das representações sociais, evidenciou amplo emprego da TRS, contabilizando 44 dissertações e 22 teses entre 1997 e 2007, com o propósito de investigar objetos psicossociais relacionados ao cotidiano do cuidar da enfermagem, objetivando a promoção da qualidade de vida dos sujeitos e o direcionamento das práticas de cuidado de enfermagem, sendo a saúde da mulher um dos temas priorizados nessas pesquisas.

O termo Representação Social (RS) foi cunhado por Serge Moscovici em 1961 na sua tese de doutorado *La Psychanalyse: son image et son public*, na qual buscou entender como a psicanálise, um novo saber especializado, era compreendido pela sociedade francesa naquela época. Moscovici construiu a ideia das representações sociais a partir das concepções sobre representações coletivas, definidas por Durkheim como representações que conduzem os homens a pensar e agir de maneira homogênea à medida que exercem coerção sobre os indivíduos. Ele considera que esse saber partilhado e reproduzido coletivamente transcende o individual. Durkheim defende que haja dois grupos de representações: as individuais e as coletivas, sugerindo que as primeiras deveriam ser estudadas pela Psicologia, enquanto as últimas formariam o objeto da Sociologia (MOSCOVICI, 2012b; NÓBREGA, 2003).

Moscovici, influenciado pela Psicologia Social, elabora então o conceito de representações sociais através da interseção do individual e do coletivo, a partir do princípio da indissociabilidade entre indivíduo e sociedade, sujeito e objeto, interno e externo. Insiste sobre a especificidade dos fenômenos representativos nas sociedades contemporâneas, caracterizadas

por: intensidade e fluidez das trocas e comunicações; desenvolvimento da ciência; pluralidade e mobilidade sociais (JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2012a; NÓBREGA, 2003).

No Brasil o interesse pela teoria surgiu do núcleo de Ciência e Tecnologia da Universidade Federal da Paraíba em um curso ministrado em 1982 por Denise Jodelet (SÀ; ARRUDA, 2000). Na pós-graduação em Enfermagem, os estudos começam a se destacar a partir do ano de 1996 e nesse movimento a Enfermagem vem apropriando-se destes conceitos cada vez mais para subsidiar a produção dos seus conhecimentos (MARQUES; TYRRELL; OLIVEIRA, 2006).

As representações sociais correspondem às situações reais da vida que surgem por uma necessidade de conhecer e interagir com o mundo e com as pessoas, permeiam os discursos, manifestam-se por palavras e sentimentos, usam a linguagem como forma de conhecimento e interação social e são veiculadas através de mensagens e imagens cristalizadas em condutas (JODELET, 2001).

Para Moscovici, as representações sociais são um conjunto de conceitos, proposições e explicações que são construídos no cotidiano a partir das comunicações interpessoais. RS caracterizam-se como sistemas de valores, ideias e práticas com a dupla função de convencionalizar os objetos, atribuindo-lhes classificação, relacionando-os a conhecimentos pré-existentes, e de serem prescritivas, impondo conceitos e tradições aos sujeitos (MOSCOVICI, 2012a).

Paravino (2003) destaca que os estudiosos Denise Jodelet, Willen Doise e Jean Abric contribuíram com a teoria em correntes complementares, cada um com sua especificidade. Jodelet foi a que mais se aproximou dos conceitos originais da teoria, Doise teve uma visão mais sociológica e Abric aborda a dimensão cognitivo-estrutural das representações. Assim, difundiram a teoria para outras áreas além da Psicologia Social.

Denise Jodelet é uma das principais colaboradoras e difusoras das ideias de Moscovici. Esta autora confirma a ideia de que as representações sociais referem-se ao modo de pensar e interpretar o cotidiano, constituindo-se como um conjunto de imagens. As RS apoiam-se em valores variáveis, segundo os grupos sociais de onde tiram suas significações, e em saberes anteriores, reavivados por uma situação social particular. Estão ligadas tanto a sistemas de pensamentos mais amplos, ideológicos ou culturais, quanto à condição social e à esfera da experiência dos indivíduos (JODELET, 2001).

Outros autores também contribuíam com suas definições sobre as Representações Sociais. Wagner (2000) trouxe um conceito multifacetado, concebido como um processo social de construção e elaboração de significados sobre um fenômeno social relevante que toma a

forma de imagens ou metáforas e que é conscientemente compartilhado com outros membros do grupo social através dos discursos. Abric (1998) as conceituou como uma forma de visão global e unitária de um objeto, mas também de um sujeito. Funcionam como um sistema de interpretação da realidade que rege as relações dos indivíduos com o meio social, de forma a determinar comportamentos e práticas. Elas reestruturam a realidade para permitir a integração das características objetivas do objeto, das experiências anteriores do sujeito e do seu sistema de atitudes e de normas. Sá (2004) as define tanto como um conjunto de fenômenos, quanto o conceito que os engloba e elucida que a teoria é construída para explicá-los, identificando um vasto terreno de estudos psicossociológicos. Alvântara e Vesce (2007), por sua vez, declaram que as RS favorecem a produção de uma realidade comum através de conhecimentos elaborados e compartilhados socialmente, que viabilizam a compreensão e a comunicação dos indivíduos com o mundo.

Diante de tais interpretações, pode-se perceber o potencial que as RS têm de criar e transformar a realidade social, pois têm a função de expressar a forma como os indivíduos percebem e compreendem um determinado objeto. Assim, pode-se considerar que a representação social é um guia para a ação, por orientar as ações e as relações sociais entre os sujeitos participantes da mesma realidade.

O estudo das RS busca identificar a visão de mundo que os indivíduos ou grupos têm e empregam na maneira de agir e se posicionar frente a um determinado fenômeno social, buscam compreender o que as pessoas pensam, como e porque pensam sobre um objeto, cujo conteúdo possua valor social (SOUZA, 2004).

Para Moscovici (2012a) a representação é uma construção do indivíduo, mas sua origem é social e seu destino também é social, importando entender o dinamismo dessa relação: como o social interfere na elaboração das representações sociais dos indivíduos e como estas interferem na elaboração das representações sociais do grupo a que pertencem.

A teoria das RS é uma teoria sobre a produção dos saberes sociais pertencentes ao mundo vivido, produzidos no cotidiano pelos grupos de indivíduos para poderem comunicar-se e entenderem tudo aquilo que lhe é estranho e não familiar, e visa observar a construção social dos fenômenos, analisando e explicando as estratégias de representação que grupos sociais formulam e o que influencia suas ações diante desses objetos (JODELET, 2007; JOVCHELOVITCH, 1998). A TRS objetiva, dentre outras coisas, conhecer as relações entre o conhecimento do senso comum e o conhecimento científico, compreender os processos que geram o pensamento social e revelar funções das representações sociais, tanto na explicação das experiências humanas como no direcionamento de comportamentos (JODELET, 2007).

As representações sociais ocorrem por via das relações do sujeito com o objeto representado para dar um sentido àquilo que é estranho e novo, tornar o não-familiar em familiar, como também por meio do discurso público nos grupos, onde as pessoas expressam os conhecimentos que tem acerca do universo, resultando em um processo discursivo e, portanto socialmente construído (MOSCOVICI, 2003; NÓBREGA, 2003).

As representações significam a circulação de todos os sistemas de classificações, todas as imagens e todas as descrições, mesmo as científicas (MOSCOVICI, 2012a). Para Abric (2000), essas representações têm papel fundamental na dinâmica das relações e nas práticas sociais e respondem a quatro funções que as sustentam:

- 1) Função de saber:** permitem compreender e explicar a realidade. Elas permitem que os atores sociais adquiram os saberes práticos do senso comum em um quadro assimilável e compreensível, coerente com seu funcionamento cognitivo e os valores aos quais eles aderem.
- 2) Função identitária:** definem a identidade e permitem a proteção da especificidade dos grupos. As representações têm por função situar os indivíduos e os grupos no campo social, permitindo a elaboração de uma identidade social e pessoal gratificante, compatível com o sistema de normas e de valores socialmente e historicamente determinados.
- 3) Função de orientação:** guiam os comportamentos e as práticas. A representação é prescritiva de comportamentos ou de práticas obrigatórias. Ela define o que é lícito, tolerável ou inaceitável em um dado contexto social.
- 4) Função justificadora:** permitem, a posteriori, a justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos. As representações têm por função preservar e justificar a diferenciação social, e elas podem estereotipar as relações entre os grupos, contribuir para a discriminação ou para a manutenção da distância social entre eles.

As representações guiam os homens no modo de nomear e definir conjuntamente os diferentes aspectos da realidade diária, no modo de interpretar esses aspectos, tomar decisões e eventualmente, posicionar-se frente a eles de forma defensiva. Tratam de fenômenos observáveis diretamente ou reconstruídos por um trabalho científico. Devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que se sabe, abstrair sentido do mundo e introduzir nele ordem e percepções que o reproduzam de uma forma significativa (JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2012a).

Quanto à formação e elaboração das representações estão envolvidos dois processos fundamentais: ancoragem e objetivação. A ancoragem consiste na incorporação do que é desconhecido num sistema de pensamentos pré-existente, tornando-o familiar, estabelecendo em torno de si uma rede de significados e inserindo-o em uma rede de categorias usuais.

Ancorar é, portanto, classificar e dar nome a algo ainda não classificado, considerado estranho ou inexistente (JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2003; NÓBREGA, 2003).

A ancoragem é organizada sobre três condições estruturantes: a) atribuição de sentido, b) instrumentalização do saber e c) enraizamento no sistema de pensamento. A instrumentalização do saber confere ao objeto um valor funcional para a interpretação e a gestão do ambiente. O enraizamento no sistema de pensamento articula a oposição entre os elementos inovadores com aqueles que são rotineiros ou mesmo arcaicos. O caráter criador do que é novo entra em contato com as modalidades de pensamento mais antigas e opera sobre elas novas interpretações da realidade. Para que o estranho seja familiarizado, os sistemas de pensamento já estabelecidos tendem a predominar através dos mecanismos de classificação, de comparação e de categorização do novo objeto em julgamento. A rede de significações permite situar o objeto em relação aos valores sociais e dar-lhe coerência (JODELET, 2001; NÓBREGA, 2003).

A objetivação, por sua vez, é o processo de reproduzir um conceito ou imagem, tornar concreto o que é abstrato, transformar em objeto o que é representado, materializar as abstrações, dar corpo aos pensamentos, tornar visível o que é invisível e impalpável. Tem a função de dar sentido a uma figura, tornar matéria um abstrato (MOSCOVICI, 2012a; NÓBREGA, 2003; SÁ, 2004).

Jodelet (2001) destaca que o processo de objetivação é decomposto em três fases: a) construção seletiva, b) esquematização estruturante e c) naturalização. As duas primeiras manifestam o efeito da comunicação e das pressões, que estão ligadas à pertença social dos sujeitos, sustentando a escolha e a organização dos elementos constitutivos da representação. A terceira, naturalização das noções, dá valor de realidade concreta, diretamente legível e utilizável na ação sobre o mundo e os outros.

A ancoragem também é descrita como a fase simbólica das representações, pois interpreta e assimila os elementos familiares, classifica-os e dá nomes a eles. A objetivação constitui a fase figurativa das representações e resulta na capacidade que o pensamento e a linguagem têm de materializar o abstrato, surgindo um novo conceito com base nos dados existentes (PARAVINO, 2003). Sendo assim, o novo objeto social é inicialmente ancorado mediante ideias em curso, seguidamente, o abstrato se torna concreto na forma de alguma metáfora ou imagem.

Para interpretar as RS, Jodelet (2007) propõe três perspectivas: a) **genética**, que enfatiza as condições em que as representações emergem e se transformam, conectando seu conteúdo e organização como um campo estruturado para as condições sociais de sua produção e para o modo de comunicação social; b) **estrutural**, que descreve o conteúdo como elementos

que compõem o centro e a periferia, onde os componentes centrais funcionam como criadores de significado, unificadores dos elementos da representação, além de estabilizarem os componentes periféricos, enfocando o aspecto lógico do sistema; e c) **dinâmica**, que se caracteriza pela presença de uma estrutura compartilhada no sistema de comunicação e interação simbólica, e explica a presença de variações de atitudes individuais pela intervenção das representações sociais como reguladoras de princípios.

Para auxiliar na compreensão dos significados dos fenômenos sociais, as representações possuem estruturas que lhe permitem diversificar a maneira de estudá-las e entendê-las. Suas estruturas principais são o núcleo central e a periferia. O núcleo central se constitui no elemento principal de uma representação, pois determina seu significado e sua organização estrutural interna. Ele é constituído pelo sistema de valores e normas sociais que formam o contexto ideológico do grupo e é originado pela natureza do objeto. Nele, as RS se cristalizam, solidificam e estabilizam a partir da vinculação de ideias que são mediadas pela realização de ações concretas e resistentes a mudanças (FRANCO, 2004).

No sistema periférico estão localizados os elementos periféricos das RS. Este tem relevância no funcionamento e na dinâmica da RS, é menos estável e mais flexível que o núcleo central. Seus elementos prescrevem comportamentos, ou seja, influenciam na tomada de decisões, atuando como regulador e adaptador das ações do grupo, permitindo variações nas RS individuais (ABRIC, 2000).

A Teoria das Representações Sociais propõe que as pessoas são sujeitos sociais, e como tal, desenvolvem representações, formulam o seu próprio conhecimento acerca de elementos relevantes nas suas vidas. Assim, o uso desta teoria possibilita entender o conhecimento socialmente produzido no cotidiano das gestantes de alto risco hospitalizadas, a partir daquilo que vivenciam, do que compartilham e da influência que o conhecimento científico e os meios de comunicação exercem, permitirá adentrar nos seus universos imaginários e simbólicos sobre os significados da gestação de alto risco e da hospitalização durante esta fase.

4 METODOLOGIA

4.1 NATUREZA E TIPO DE ESTUDO

Pesquisa com delineamento exploratório, pois busca elucidar um fenômeno tornando-o mais explícito, e descritivo, uma vez que pretende descrever as características de uma determinada população, conhecendo suas opiniões, atitudes e crenças (GIL, 2010). Norteada pelo referencial Teórico das Representações Sociais, baseado nos princípios de Moscovici (2012) e Jodelet (2001), com uso de triangulação metodológica.

A triangulação metodológica é a combinação de métodos para examinar um fenômeno, potencializando o método individual, com o intuito de enriquecer e complementar o conhecimento a respeito do tema em estudo (FLICK, 2009). A utilização de multimétodos é recomendada nos estudos com representações sociais por integrar aspectos diferenciados, tanto quantitativos, como qualitativos, acerca do objeto representado, enriquecendo a compreensão da situação investigada além de proporcionar confiabilidade ao estudo, pois garante maior consistência e confiança aos resultados e uma interpretação mais criteriosa destes (LEOPARDI, 2001; NÓBREGA E COUTINHO, 2011).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida em duas maternidades públicas no estado do Ceará escolhidas após acesso ao sistema de informação. De acordo com o DATASUS, nos anos de 2014 e de 2015 foram registrados respectivamente 8211 e 9705 partos de alto risco, incluindo normais e cesarianos (BRASIL, 2015), conforme tabela 1, a seguir.

Tabela1- Partos de alto risco por Regiões de Saúde no Ceará entre os anos de 2014-2015.
Fortaleza- CE, 2016.

Regiões de Saúde do Ceará	Nº partos de alto risco 2014	%	Nº partos de alto risco 2015	%
1º Região Fortaleza	6369	74,7	6818	70,2
8º Região Quixadá	277	3,2	162	1,6
11º Região Sobral	1188	14	2028	20,9
19º Região Brejo Santo	1	0,01	1	0,01
21º Região Juazeiro do Norte	686	8	696	7,2

Fonte: Elaborado pela autora

Na tabela 1, observa-se que as regiões de saúde de Fortaleza e Sobral apresentam maior incidência de partos de alto risco realizados no Ceará em ambos os anos. Assim, optou-se por escolher, dentro do sistema de saúde dessas regiões, duas maternidades públicas de referência para atendimento às gestantes de alto risco e que disponham de leitos para internação obstétrica dessas gestantes.

No tocante às regiões de saúde, identificou-se que as maternidades da Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS) e do Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC) em Fortaleza respondiam por quantitativo considerável de partos de alto risco conforme a tabela 2.

Tabela 2- Partos de alto risco por instituição de saúde referência entre os anos de 2014-2015. Fortaleza- CE, 2016

Instituições de Saúde	Nº partos de alto risco 2014	% em relação à Região de Saúde	Nº partos de alto risco 2015	% em relação à Região de Saúde
HGCC	2745	45,9	3207	47
SCMS	1030	86,7	1722	84,9

Fonte: Elaborado pela autora

Nesse contexto, as maternidades da Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS) e do Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC) são instituições de referência para o atendimento às gestantes de alto risco no estado do Ceará, oferecem atendimento de emergência a esse público, o que facilita o acesso aos serviços, e manifestaram expressivo número de partos de alto risco, conforme ilustrado na tabela 2, constituindo-se nos locais de pesquisa deste estudo.

O Hospital Geral Dr. César Cals é um hospital terciário vinculado à Secretaria Estadual de Saúde. Conta com serviço de alta complexidade e de ensino, reconhecido pelo MEC/MS, de referência no Ceará, nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia. No que concerne ao serviço de Obstetrícia, é referência para o Estado, dispõe de consultas pré-natais de alto risco, 10 leitos de internamento na Casa da Gestante para gestantes de alto risco, além de vagas nas enfermarias obstétricas quando necessário. Realiza uma média de 539 partos por mês e conta com uma média de 33 hospitalizações de gestantes de alto risco ao mês (HOSPITAL GERAL DR. CESAR CALS, 2016).

A Santa Casa de Misericórdia de Sobral, por sua vez, é uma sociedade civil, sem fins lucrativos, beneficente, filantrópica e de assistência social, portadora do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos e reconhecida de Utilidade Pública Federal, Estadual e

Municipal. É Hospital Escola vinculado à Universidade Estadual Vale do Acaraú e à Universidade Federal do Ceará- Campus Sobral, atendendo a demanda de 55 municípios, sendo um Centro de Referência em saúde para toda a região norte (SANTA CASA DE SOBRAL, 2016).

O serviço de Obstetrícia do referido hospital é referência para a gestação de alto risco, realiza pré-natal de alto risco ambulatorial e destina 08 leitos para internamento de grávidas de alto risco, ampliando-as quando necessário em decorrência do número de gestantes, realiza em média 633 partos e 38 internamentos de gestantes de alto risco ao mês (SANTA CASA DE SOBRAL, 2016).

4. 3 PERÍODO E PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo gestantes de alto risco hospitalizadas, por motivos que comprometem o desenvolvimento normal da gravidez, a saúde da gestante ou a do feto em qualquer trimestre, nas maternidades dos referidos hospitais. Que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: estar gestante e internada nas enfermarias obstétricas devido ao diagnóstico de gravidez de alto risco, seja por causa de origem gestacional ou clínica pré-existente agravada, com um tempo mínimo de permanência de 72 horas.

O período de tempo superior a 72 horas foi estabelecido com base no estudo de Monteiro (2012), que conclui esse período como tempo apto para que as gestantes formulem concepções sobre a hospitalização.

Participaram do Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) 68 gestantes de alto risco: 36 gestantes internadas na Santa Casa e 32 internadas no Hospital Geral César Cals. Essa amostra consistiu na totalidade de gestantes hospitalizadas que atenderam aos critérios de inclusão durante a coleta de dados, que compreendeu os meses de junho e julho de 2016 na Santa Casa de Sobral e de agosto e setembro de 2016 na maternidade do Hospital Geral César Cals.

Para a realização das entrevistas semiestruturadas foram escolhidas gestantes de alto risco por critério intencional, até a ocorrência da saturação teórica dos dados em ambos os campos, o que ocorreu com 35 entrevistas, sendo 18 gestantes hospitalizadas na SCMS e 17 no HGCC. Considera-se saturação dos dados quando as informações começam se repetir, sem nenhum dado novo, nortando assim sua finalização (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

4.4 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foram utilizadas duas técnicas de coleta de dados: a técnica de associação livre de palavras, e a entrevista semiestruturada.

Após a aceitação dos sujeitos e da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido- TCLE (APÊNDICE A) ou do Termo de Consentimento aos pais (APÊNDICE B) e Assentimento (APÊNDICE C) no caso das gestantes adolescentes, foi utilizado um formulário para traçar um perfil sócio- demográfico e obstétrico das participantes (APÊNDICE D), posteriormente o Teste de Associação Livre de Palavras (APÊNDICE E), e o roteiro de entrevista (APÊNDICE F) para apreender os sentidos e significados atribuídos à gravidez de alto risco no contexto da hospitalização.

4.4.1 Teste de Associação Livre de Palavras

O Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) é caracterizado por ser uma técnica projetiva que favorece os indivíduos revelarem em seus depoimentos as dimensões latentes das representações sociais, ou seja o conteúdo da memória em relação a um objeto determinado implícito (NÓBREGA; COUTINHO, 2011).

É um instrumento adaptado ao campo da Psicologia Social, enunciado por Nóbrega (2003), Coutinho, Nóbrega e Catão (2003), dentre outros autores, que até então, vêm enriquecendo as pesquisas sobre representações sociais. Conforme descrevem estes, o TALP aplica-se ao tipo de investigação aberta, o qual permite evidenciar universos semânticos; ao mesmo tempo, destacam os universos comuns de palavras face aos diferentes estímulos e sujeitos. Este instrumento consiste na evocação de ideias por estímulos indutores, definidos com base no objeto pesquisado.

O procedimento de aplicação consiste em pronunciar diante do sujeito as palavras indutoras. Em resposta, o sujeito deve verbalizar o mais rápido possível as primeiras palavras que lhe vêm à mente (palavras induzidas) ao ouvirem os termos e/ou expressões indutoras. Depois que os participantes verbalizam as palavras para cada estímulo, solicita-se que enumerem a resposta mais importante para cada estímulo indutor (COUTINHO; NÓBREGA; CATÃO, 2003).

Para este estudo foram selecionadas três palavras indutoras: *gravidez*; *gravidez de risco* e *internação* (APÊNDICE E). As palavras foram escolhidas com vista a aproximarem-se da linguagem compreendida pelas usuárias. Após a aplicação do teste, as palavras evocadas

foram transcritas na íntegra para um banco de dados e elaborou-se um dicionário com todas as palavras evocadas correspondentes aos respectivos estímulos para processamento através do software TriDeux-Mots versão 5.1.

4.4.2 Entrevista semiestruturada

A entrevista semiestruturada foi eleita como técnica essencial de coleta de dados, por permitir à pesquisadora, não só a obtenção do discurso, mas principalmente por possibilitar aprofundar um diálogo, interpretando os discursos revelados a partir da reflexão dos próprios sujeitos sobre a gestação de alto risco no contexto da hospitalização (APÊNDICE F).

A entrevista foi norteada pelos seguintes questionamentos: *1. Para a senhora, como está sendo vivenciar esta gestação? 2. O que é para a senhora gravidez de risco? 3. Qual o seu diagnóstico? O que a senhora sabe sobre esse diagnóstico? 4. Como é para a senhora estar internada na gravidez?*

A entrevista semiestruturada é um instrumento que proporciona à pesquisadora flexibilidade na aplicação do instrumento para melhor compreensão dos sujeitos, além de possibilitar à entrevistada discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada pela pesquisadora (MINAYO, DESLANDES, GOMES, 2010).

A partir do consentimento dos participantes do estudo, as entrevistas foram gravadas, em seguida, transcritas na íntegra para compor um banco de dados único para processado através do *software* ALCESTE versão 2012 (Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto).

4.5 ORGANIZAÇÃO PARA ANÁLISE DOS DADOS

Os dados do formulário sócio- demográfico e obstétrico (APÊNDICE D), foram organizados em um banco de dados no SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) e posteriormente submetidos à análise estatística descritiva simples por meio de médias e distribuição de frequências para definir o perfil socioeconômico e obstétrico das gestantes desse estudo.

4.5.1 Análise fatorial de correspondência a partir do software Tri-Deux-Mots

Os dados obtidos pelo TALP foram transcritos e analisados com o auxílio do software TriDeux-Mots versão 5.1, que possibilita uma interpretação a partir da análise fatorial de correspondência (AFC).

O programa TriDeux-Mots é indicado para o tratamento de questões abertas, fechadas e/ou associação de palavras. Com esse software é possível verificar correlações entre grupos, assim como visualizar as relações de atração e de afastamento entre os elementos do campo representacional a respeito de determinado objeto (NÓBREGA; COUTINHO, 2003).

É bastante utilizado no tratamento de dados quando se trabalha com o referencial teórico das Representações Sociais, sendo ideal para explicar as RS apreendidas através do TALP, porque evidencia as variáveis fixas (em colunas) e as modalidades ou variáveis de opiniões (em linhas), que se confrontam e se revelam graficamente na representação do plano fatorial (FONSECA; SALDANHA; COUTINHO, 2005).

A primeira etapa consistiu no preparo dos dicionários correspondentes a cada estímulo (NÓBREGA; COUTINHO, 2003). Para cada estímulo indutor foi criado um dicionário, no qual foi inserido todo o repertório de respostas evocadas por todas as gestantes em relação ao respectivo estímulo. Em seguida, as respostas foram organizadas por ordem alfabética para proceder a análise de conteúdo, verificação das respostas mais frequentes, que se impõem como categorias, e agrupamento destas às palavras que possuíam a mesma similaridade semântica, mas que apareceram isoladamente ou possuíam frequência irrelevante estatisticamente.

Uma vez organizados os dicionários (APÊNDICE G), foi construído o banco de dados, digitado no Microsoft Word, fonte número 12, letra tipo Times New Roman, com texto alinhado à esquerda. As gestantes foram numeradas de 01 a 68 de acordo com a sequência de realização do TALP. Foram utilizados os três estímulos indutores: gravidez, gravidez de risco e internação e definidas três variáveis fixas: local de internação, número de gestações e tipo de risco.

Quadro 2: Codificação das variáveis fixas e de opinião para o banco *risco* no software Trideux. Fortaleza- CE, 2016

Variáveis fixas	Estímulos indutores
1ª- Local de internação (LOC): 1- SCMS; 2- HGCC	1- Gravidez
2ª- Número de gestações (GES): 1 – Primigesta; 2 – Multigesta	2- Gravidez de risco
3º Tipo de risco (RIS): 1- decorrente da gestação; 2- pré-existente agravado	3- Internação

Fonte: Elaborado pela autora

Primeiro digitou-se o número referente a cada gestante seguido das variáveis fixas, de acordo com suas variâncias, e após, digitou-se a primeira evocação e no final dela colocou-se o número referente ao estímulo conforme o quadro 2. Ao final de todas as evocações e todos os estímulos, digitou-se um asterisco (*), que indica que as evocações daquele sujeito terminaram. Após as evocações das 68 gestantes de alto risco, conclui-se o banco de dados e foi realizado o processamento pelo software TriDeux-Mots.

4.5.2 Análise lexical a partir do software ALCESTE

Por sua vez, os dados obtidos através dos depoimentos expressos pelas participantes nas entrevistas foram organizados e processados no software ALCESTE. O programa informático ALCESTE, desenvolvido por Max Reinert, na França, na década de 1970, e introduzido no Brasil em 1998 (CAMARGO, 2005). Trabalhou-se com a versão 2012 do programa ALCESTE.

Esse programa permite realizar a análise de dados textuais verificando a principal informação presente no texto, para isso emprega uma análise de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), e permite uma análise lexical do material textual, oferecendo contextos (classes lexicais) que são caracterizados pelo seu vocabulário e pelos segmentos de textos que compartilham este vocabulário (CAMARGO, 2005).

É um método de estatística textual que identifica a organização tópica do discurso. O objetivo da aplicação deste software, como técnica de análise de dados textuais, permite

quantificar o texto para extrair aquelas estruturas que apresentam significados mais representativos, e assim acessar a informação essencial presente no texto (SOUSA, 2009).

Portanto, a função deste programa é obter uma primeira classificação estatística dos enunciados do *corpus* estudado, em função da distribuição de palavras dentro de cada contexto, a fim de apreender as palavras que lhe são mais características. Esse software contribui para o enquadramento da análise psicossocial da linguagem oral e escrita, já que permite uma abordagem hermenêutica do conteúdo dos discursos, possibilitando uma melhor compreensão da comunicação social. Isto ocorre porque os pontos de vista de um grupo social sobre um objeto produzem diferentes maneiras de falar sobre ele. Assim, o vocabulário de palavras utilizadas pode ser visto como uma fonte para detectar os diversos modos de pensar esse objeto, que organizam e dão forma ao conhecimento social (SARAIVA; COUTINHO; MIRANDA, 2011).

O corpus de análise é formado pelas unidades de contexto iniciais (UCI), unidades a partir do qual o programa efetuará a fragmentação inicial e que correspondem a cada entrevista realizada (SOUSA et al., 2009). Segundo Camargo (2005) numa análise padrão, após o programa reconhecer as indicações das UCI, divide o material em unidades de contexto elementar (UCE), unidades com menor fragmento de sentido. Elas são segmentos do texto, de três a seis linhas, dimensionadas pelo programa informático em função do tamanho do corpus e, em geral, respeitando a pontuação.

Nesta pesquisa, o banco de dados foi composto por 35 UCI, a partir das entrevistas gravadas e transcritas. Para o procedimento de preparo do corpus seguiu-se as regras requeridas pelo programa ALCESTE para processamento dos dados (SOUSA et al., 2009).

Além disso, foram estabelecidas linhas de comando. Cada UCI foi separada por uma linha de comando ou “linha com asteriscos”, identificando cada entrevistada e foram selecionadas seis variáveis pertinentes para a pesquisa: local de internação, número de gestações, tipo de risco, trimestre gestacional, hospitalizações anteriores nessa gravidez e intercorrências em gestações anteriores. Segue abaixo o Quadro 2 com as variáveis, a codificação e a classificação de cada variável.

Quadro 3: Variáveis, códigos e classificações utilizadas no banco *risco* para o software ALCESTE. Fortaleza- CE, 2016.

Variáveis	Códigos	Classificações
Entrevistada	Ent	01 a 35
Local de internação	Loc	1- SCMS

		2- HGCC
Número de gestações	Ges	1– Primigesta 2– Multigesta
Risco atual	Ris	1- decorrente da gestação 2- pré-existente agravado
Trimestre gravidez	Tri	1 – 1º 2 – 2º 3 – 3º
Hospitalizações anteriores nessa gravidez	Hos	1 – Sim 2 - Não
Intercorrências em gestações anteriores	Int	1 – Sim 2 – Não

Fonte: Elaborado pela autora

Iniciada a análise, o programa executa quatro etapas (CAMARGO, 2005; NASCIMENTO, MENANDRO, 2006; SOUSA et al., 2009), descritas a seguir:

A - Leitura do texto e cálculo dos dicionários: primeira segmentação do texto, agrupa as ocorrências das palavras em função de suas raízes e calcula a frequência destas formas reduzidas. Deve-se observar que o programa possui dicionários acoplados (inclusive de português), o que permite identificar diferentes conjugações verbais, bem como diferenciar palavras com função puramente sintática ou não-analisáveis (pronomes, artigos, advérbios) daquelas com “conteúdo” ou analisáveis (verbos, substantivos, adjetivos). Tal procedimento é relevante, pois é com essa segunda classe de palavras, sobretudo, que o programa vai trabalhar;

B - Cálculo das matrizes de dados e classificação das UCE: as UCE são classificadas em função dos seus respectivos vocabulários, e o conjunto delas é repartido em função da frequência das formas reduzidas, aplica-se o método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e obtém-se uma classificação definitiva. O procedimento é continuamente efetuado até que não resulte em novas classes;

C - Descrição das classes de UCE: nesta etapa o programa apresenta o dendograma da CHD, que ilustra as relações entre as classes, principalmente pelo seu vocabulário característico (léxico) e pelas suas palavras com asterisco (variáveis). Deste modo, possibilita compreender a delimitação das classes, que são definidas em função da ocorrência e da co-ocorrência das palavras e da sua função textual;

D – Cálculos complementares: com base nas classes de UCE escolhidas, o programa calcula e fornece as UCE mais características de cada classe, permitindo a contextualização do vocabulário típico de cada classe. Ele fornece ainda a Classificações Hierárquicas Ascendentes (CHA) para cada classe, permitindo o estudo das relações dos elementos (formas) intraclasse.

A organização dos dados é viabilizada por meio de análises estatísticas e matemáticas, fornecendo o número de classes, as relações existentes entre elas, as divisões realizadas no texto até a formação de classes, as formas radicais e palavras associadas com seus respectivos valores de qui-quadrado (x^2), além do contexto semântico de cada classe (MEDEIROS JR, 2005). A versão 2012 do software Alceste, utilizada para a análise dos dados desta pesquisa, usa o valor de “Phi” no lugar do “khi2”, da versão anterior. Porém, ambos fornecem resultados numéricos que representam a significância estatística dos vocábulos nas classes.

As operações mais importantes para a interpretação do corpus são: a CHD, a descrição das classes, com radicais mais importantes; e a seleção das UCE mais características de cada classe (SOUSA et al., 2009). Esse material constitui um relatório fornecido pelo software que foi analisado e interpretado na perspectiva processual da Teoria das Representações Sociais.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo recebeu anuência da Sub-Comissão de Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Sobral/CE (ANEXO A) e parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará- UECE (ANEXO B) e do Hospital Geral Dr. César Calls (ANEXO C) em Fortaleza/CE, com número 1.532.814 e 1.630.695 respectivamente.

Este trabalho foi realizado de acordo com os princípios éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a). Os princípios da bioética a serem seguidos são: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

Seguindo o princípio da autonomia, os participantes foram previamente informados sobre os objetivos da pesquisa e concordaram em participar por meio da assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) ou pela assinatura do Termo de Consentimento (APÊNDICE B) pelos pais ou responsáveis no caso de gestantes adolescentes e do termo de assentimento (APÊNDICE C) pelas mesmas. Todos os participantes foram informados, que caso não queiram mais participar da pesquisa, poderiam sair a qualquer momento sem nenhum dano e, também sobre a garantia do anonimato dos participantes.

O princípio da beneficência foi estabelecido, a partir do momento em que os participantes serão beneficiados com os resultados da pesquisa para melhor qualidade da assistência prestada às gestantes de alto risco hospitalizadas a partir do conhecimento das representações sociais.

A não-maleficência foi respeitada através da garantia de que todos os danos previsíveis aos participantes da pesquisa foram minimizados, incluindo desde os aspectos relacionados à dor até os aspectos psíquicos, social e moral. Os sujeitos foram expostos à insegurança, quanto aos objetivos da pesquisa, invasão de privacidade, angústia ao falar de fatores dolorosos ou tristes relacionados à gestação de alto risco, ansiedade e perda de tempo. No entanto, algumas estratégias foram adotadas para amenizar esses riscos, tais como: a entrevista foi iniciada, pausada e dada continuidade de acordo com a decisão dos sujeitos; foi determinado um tempo limite para a realização da coleta dos dados; as perguntas foram diretas e de fácil compreensão; procurou-se transmitir confiança e não fazer julgamentos durante a realização do teste ou da entrevista e manteve-se postura ética durante todo o desenvolvimento da pesquisa.

Por fim foi preservado o princípio da justiça, que aconteceu na medida em que os resultados e discussões suscitados contribuirão na atenção destinada às gestantes internadas. Assegura-se a fidedignidade dos resultados da pesquisa e a garantia de consideração dos interesses, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária.

Após a apresentação desta dissertação à banca examinadora da UECE, a pesquisadora comprometeu-se em apresentar os resultados aos profissionais dos hospitais onde os dados foram coletados, bem como para o Grupo de pesquisa e extensão em Saúde da Mulher da Universidade Estadual Vale do Acaraú- UVA, uma vez que a maternidade da Santa Casa de Misericórdia de Sobral é cenário de estudos e pesquisas do referido grupo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Descreve-se os resultados após tratamento dos dados e a elucidação de acordo com o aporte teórico das Representações sócias. Inicialmente, apresentou-se a caracterização sociodemográfica e obstétrica das gestantes de alto risco que participaram do estudo, seguida pela análise, interpretação e discussão dos dados empíricos pela análise fatorial por correspondência das evocações emitidas no TALP a partir do software TriDeux- Mots e pela análise lexical das entrevistas a partir do software ALCESTE.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A gravidez desenvolve-se em um contexto social e cultural que influencia e determina a sua evolução e a sua trajetória. Assim é importante considerar fatores como a história pessoal da gestante e seu passado obstétrico, a conjuntura sócio demográfica e econômica para conhecer a realidade material que serve de referência para as explicações, comportamentos e atitudes frente a um objeto social.

As informações coletadas mediante a aplicação do questionário sócio demográfico e obstétrico foram submetidos a tratamento estatístico descritivo por frequência e médias no software SPSS e organizados em tabelas para melhor visualização e compreensão.

A amostra foi constituída por 68 gestantes, cujas idades variaram entre 15 e 41 anos, sendo a faixa etária entre 15- 25 anos predominante (47,1%) com a média de idade 26,8 anos e a faixa etária de 36 –41 anos a menos frequente (14,7%), configurando um grupo de grávidas adulto-jovem.

Esses dados evidenciam que outros fatores além da idade foram preponderantes para o diagnóstico de gravidez de alto risco, bem como diferem da atual tendência no processo de reprodução humana, onde se registra a ocorrência de uma gravidez mais tardia, na faixa dos 35- 45 anos de idade (CAETANO; NETTO; MANDUCA, 2011). Esses achados também contrapõem os estudos de Wilhem (2014) e Monteiro (2012) que apresentaram prevalência de gestantes de alto risco hospitalizadas com idade entre 24 a 41 anos com média de idade de 33, 6 anos.

Quanto à escolaridade houve predomínio de mulheres com até o ensino médio, entre incompleto (22,1%) e completo (22,1%). O nível de instrução deve ser analisado, pois pode influenciar na compreensão das informações fornecidas (PEIXOTO et al, 2012), refletindo na forma como a mulher pensa, age e percebe a gravidez de alto risco.

Com relação à situação conjugal das gestantes, 44,1% possuíam união estável, seguida por 33,8% casadas, ou seja, mulheres com companheiro fixo. Wilhem (2014) concluiu em seu estudo que a presença do companheiro influencia positivamente a vivência da gestação de alto risco, além de amenizar as mudanças ocorridas com a hospitalização.

No que se refere à ocupação, 51,5% das gestantes declararam exercer atividade remunerada, contudo algumas dessas atividades eram sem vínculo empregatício, como o trabalho doméstico e o autônomo. Isso pode representar um fator agravante para as gestantes de alto risco, dado que ao serem hospitalizadas, ficam impossibilitadas de trabalhar e, consequentemente, sem renda.

A maioria das participantes declarou professar a fé católica (63,2 %), enquanto 29,4% se declararam evangélicas e 7,4% afirmaram não possuir religião.

Neste sentido, o ambiente hospitalar é atravessado por sofrimentos e perdas, no qual as crenças sobre religião e espiritualidade podem influenciar o modo como as pessoas percebem a saúde e a doença e como interagem com os outros, influenciando as expectativas em relação ao tratamento e a cura, bem como exercem uma força preponderante no ser, no estar e no agir de todo e qualquer indivíduo (BORGES, SANTOS, PINHEIRO, 2015)

Tabela 3 – Caracterização das gestantes hospitalizadas de acordo com as variáveis sócio-demográficas. Fortaleza- CE, 2016.

Variáveis	Frequência	%
Idade		
15-25 anos	32	47,1
26-35 anos	26	38,2
36-41 anos	10	14,7
Escolaridade		
Analfabeta	2	2,9
Fundamental incompleto	14	20,6
Fundamental Completo	10	14,7
Médio Incompleto	15	22,1
Médio Completo	15	22,1
Superior Incompleto	5	7,4
Superior Completo	7	10,3
Situação Conjugal		
Casada	23	33,8
Solteira	10	14,7
União Estável	30	44,1
Namora	3	4,4
Separada	1	1,5
Viúva	1	1,5

Ocupação		
Atividade Remunerada	35	51,5
Atividade sem remuneração	33	48,5
Religião		
Católica	43	63,2
Evangélico	20	29,4
Nenhuma	5	7,4

Fonte: Elaborado pela autora

Sobre o perfil obstétrico das gestantes, detalhado na Tabela 4, observa-se que a maioria das entrevistadas era multigesta (64,7%), com média de 2,3 gestações, e estavam no terceiro trimestre (82,4%). O risco decorrente da gravidez foi prevalente para 82,4% das gestantes, sendo o diagnóstico realizado com maior frequência entre o primeiro e o segundo trimestre, entretanto, mesmo com o diagnóstico precoce apenas 33,8% era acompanhada pelo pré-natal de alto risco.

Segundo o Manual Técnico do Ministério da Saúde para a gestação de alto risco (BRASIL, 2012c) e ainda de políticas como o PHPN (BRASIL, 2002) e a Rede Cegonha (BRASIL, 2011), as gestantes devem ter suas condições clínicas e obstétricas frequentemente avaliadas para identificação precoce e adequada de situações que possam causar complicações ao desenvolvimento da gravidez e, quando necessário, direcionar a gestante ao pré-natal de alto risco. Nesse estudo, o diagnóstico foi realizado nos trimestres iniciais do período gravídico, contudo as gestantes permaneceram sem o atendimento especializado antes da hospitalização.

Tabela 4– Caracterização das gestantes de alto risco de acordo com as variáveis obstétricas. Fortaleza- CE, 2016

Variáveis	Frequência	%
Número de gestações		
Primigesta	24	35,3
Multigesta	44	64,7
Trimestre gestacional		
1º Trimestre	0	-
2º Trimestre	12	17,6
3º Trimestre	56	82,4
Tipo de risco		
Decorrente da gravidez	56	82,4
Pré-existente agravado	12	17,6
Trimestre do diagnóstico de gravidez de risco		
1º Trimestre	24	35,3

2º Trimestre	24	35,3
3º Trimestre	20	29,4
Pré-natal de risco		
Sim	23	33,8
Não	45	66,2
Fator de risco associado		
Sim	19	27,9
Não	49	72,1
Intercorrências em gestações anteriores		
Sim	28	41,2
Não	16	23,5
Não se aplica	24	35,3

Fonte: Elaborado pela autora

Verificou-se que 41,2% das gestantes de alto risco apresentaram intercorrência em gestação anterior. A tabela 3 elenca o abortamento (24,9%) e a pré-eclâmpsia (14,7%) como os diagnósticos mais recorrentes.

Os estudos de Quevedo (2010) e Wilhem (2014) também constaram elevadas porcentagens de abortamento entre as gestantes de alto risco, 30% e 40% respectivamente. No Brasil, em 2015, 3,5% de todas as gestações evoluíram para o aborto e no mesmo ano no Ceará a taxa foi de 2,13% (BRASIL, 2015).

A pré-eclâmpsia, por sua vez, incide em 10 a 14% em primigestas e de 5,7 a 7,3% em múltiparas, e cresce significativamente nos casos de pré-eclâmpsia prévia (BRASIL, 2012c). No último ano, a porcentagem das gestantes diagnosticadas com as síndromes hipertensivas manteve as médias esperadas, sendo 18% no Brasil e 12% no Ceará (BRASIL, 2015).

Tabela 5- Intercorrências em gestações anteriores de gestantes de alto risco. Fortaleza-CE, 2016

Variáveis	Frequência	%
Intercorrência em gestações anteriores		
Aborto	17	24,9
Pré-eclâmpsia	10	14,7
Diabetes Gestacional	1	1,5
Óbito fetal	1	1,5
Placenta prévia	1	1,5
Hemorragia pós-parto	1	1,5
RPMO	1	1,5
Parto prematuro	1	1,5

Fonte: Elaborado pela autora

A tabela 6 traz informações sobre o diagnóstico de internação atual de gestantes de alto risco nas maternidades da SCMS e do HGCC, onde se pode identificar como diagnósticos mais prevalentes: Pré-eclâmpsia (20,6%), Rotura prematura de membranas obstétricas (19,1%), Ameaça de parto prematuro (10,3%) e Placenta prévia (10,3%).

Tabela 6- Diagnóstico de gravidez de alto risco relacionado à hospitalização. Fortaleza-CE, 2016

Variáveis	Frequência	%
Diagnóstico		
Pré-eclâmpsia	14	20,6
Pielonefrite	6	8,8
Placenta prévia	7	10,3
Angiopatia	1	1,5
Colecistite	1	1,5
Trombose venosa	1	1,5
Diabetes Gestacional	5	7,4
Diabetes Mellitus	3	4,4
Ameaça parto prematuro	7	10,3
RPMO	13	19,1
Gemelaridade	2	2,9
Oligoâmino	5	7,4
CIUR	1	1,5
Incompetência Istmo Cervical	2	2,9
Compreensão do diagnóstico		
Sim	21	30,9
Não	47	69,1
Internações anteriores		
Nenhuma	57	83,8
Uma	9	13,2
Duas	1	1,5
Três	1	1,5

Fonte: Elaborado pela autora

Os diagnósticos atribuídos quando do internamento (Tabela 6) foram diversificados e confirmam o critério de risco e a necessidade de hospitalização com o fim de garantir a vigilância materno-fetal e o respectivo bem-estar. Reproduzem e reafirmam também as estatísticas em torno perfil de doenças obstétricas encontrado em estudos anteriores e em realidades distintas como o de Monteiro (2012), Quevedo (2010), Santos, Campos e Duarte (2014), Silva et. al. (2013) e Wilhem (2014).

Ao questionamento acerca da compreensão, 69,1% das gestantes assumem não conhecer e não ter entendimento sobre seu diagnóstico, o que pode reverberar na elaboração

das representações sociais acerca da gravidez de alto risco. Tal fato pode ser refletido a partir dos fatores psicoemocionais ligados à aceitação do diagnóstico de gravidez de alto risco, bem como pode sugerir ausência de informações sobre sua condição de saúde e de seu filho, indicando falhas na comunicação entre profissionais e gestantes.

Quanto à duração da hospitalização, verificou-se variação entre três e sessenta dias, com uma média de 6,9 dias. Quevedo (2010) encontrou uma média de internação equivalente a 01 semana e Monteiro (2012) de 10,9 dias. Mesmo apresentando diagnósticos de alto risco semelhantes aos dos estudos mencionados, os períodos de internação divergiram, presumindo que outros fatores também influenciam no tempo em que as gestantes permanecem internadas. Em paralelo 16,2% das gestantes já haviam sido hospitalizadas anteriormente durante a gravidez atual.

A existência de fatores de risco associado ao que determinou o diagnóstico de gravidez de alto risco afetou 27,9% das gestantes. Quanto a esses fatores, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012c) considera algumas condições, listadas no Quadro 1 (pág. 29), entre essas a hipertensão arterial sistêmica, a diabetes mellitus, a anemia e o tabagismo acometeram com maior frequência as grávidas deste estudo, como pode ser visualizado na Tabela 7.

Tabela 7– Fatores de risco associados ao diagnóstico principal em gestantes de alto risco.

Fortaleza- CE, 2016

Variáveis	Frequência	%
Fator de risco associado		
Anemia	2	2,9
Diabetes Gestacional	2	2,9
CIUR	1	1,5
Tabagismo	2	2,9
Oligoâmnio	1	1,5
HAS	2	2,9
Diabetes Mellitus	2	2,9
Trombofilia	1	1,5
Cálculo Renal	1	1,5
Toxoplasmose	1	1,5
Sífilis	1	1,5
Lupus	1	1,5
Gemelaridade	3	4,4
Não se aplica	48	70,6

Fonte: Elaborado pela autora

No tocante ao perfil obstétrico e sócio-familiar-demográfico das 35 mulheres que foram entrevistadas, pode-se afirmar que eram majoritariamente multigestas (67,5%), na faixa etária entre 15 e 25 anos (42,8%), cursaram até o ensino fundamental (54,3%), exerciam atividade remunerada (60%), possuíam companheiro (82,8%) e eram católicas (60%). Estavam no terceiro trimestre (77,1%), apresentaram intercorrências em gestações anteriores (47,1%) e estavam sendo hospitalizadas pela primeira vez (77,1%). Os diagnósticos prevalentes foram: Rotura prematura de membranas (20%), Pré-eclâmpsia (14,2%), Diabetes Gestacional (11,4%), Placenta prévia (11,4%), Diabetes Mellitus (8%) com o tempo de internação variando entre 03 e 60 dias.

5.2 ANÁLISE FATORIAL DE CORRESPONDÊNCIA DAS EVOCAÇÕES DE GESTANTES DE ALTO RISCO

As evocações obtidas através do TALP foram processadas no software Tri-Deux-Mots e interpretadas segundo a Análise Fatorial por Correspondência (AFC). Os estímulos indutores utilizados foram: *gravidez*, *gravidez de risco* e *internação* e como variáveis fixas, teve-se o *local de internação*, o *número de gestações* e o *tipo de risco*, conforme Quadro 2 (pág. 49).

Das 68 mulheres que responderam o TALP, foram obtidas 606 palavras evocadas, sendo que destas 68 eram diferentes, e possibilitaram a aproximação com os conteúdos consensuais compartilhados pelas gestantes no campo das representações sociais sobre a gestação de alto risco no contexto da hospitalização. Os elementos que organizaram essas representações estão especificados no Quadro 4.

Quadro 4- Palavras evocadas por estímulo indutor, Fortaleza- CE, 2016

Estímulos indutores	Gravidez	Gravidez de risco	Internação
Nº de evocações	200	204	202

Palavras induzidas	Amamentação- 1	Atenção- 8	Cuidado- 29
	Amor- 12	Complicação- 18	Doença- 7
	Ansiedade- 10	Desafio- 10	Esperança- 7
	Benção- 13	Dificuldade- 12	Grave- 8
	Bem-estar- 5	Doença- 10	Incerteza- 9
	Cuidado- 8	Dor- 2	Melhorar- 7
	Dedicação- 3	Fé-1	Mudança- 2
	Desafio- 1	Fragilidade-1	Necessidade- 39
	Dificuldade- 5	Inesperado- 9	Nervosismo- 3
	Espera- 8	Luta- 5	Obrigação- 3
	Experiência- 2	Má formação- 2	Paciência- 2
	Família- 6	Medo- 35	Prisão- 15
	Felicidade- 22	Morte- 18	Provação- 1
	Filho- 20	Penitência- 1	Repouso- 2
	Força-1	Perder- 15	Saudade- 16
	Frustração- 2	Perigo-16	Segurança- 19
	Incerteza- 7	Preocupação- 17	Sofrimento- 12
	Maternidade- 16	Problema- 18	Solidão- 3
	Motivação- 2	Sofrimento- 3	Tédio- 1
	Mudança- 2	Tristeza- 3	Tratamento- 17
	Nascimento- 3		
	Parto- 7		
	Renúncia- 1		
	Responsabilidade- 6		
	Sonho- 10		
	Surpresa- 2		
	Vida- 25		
	Vitória- 1		

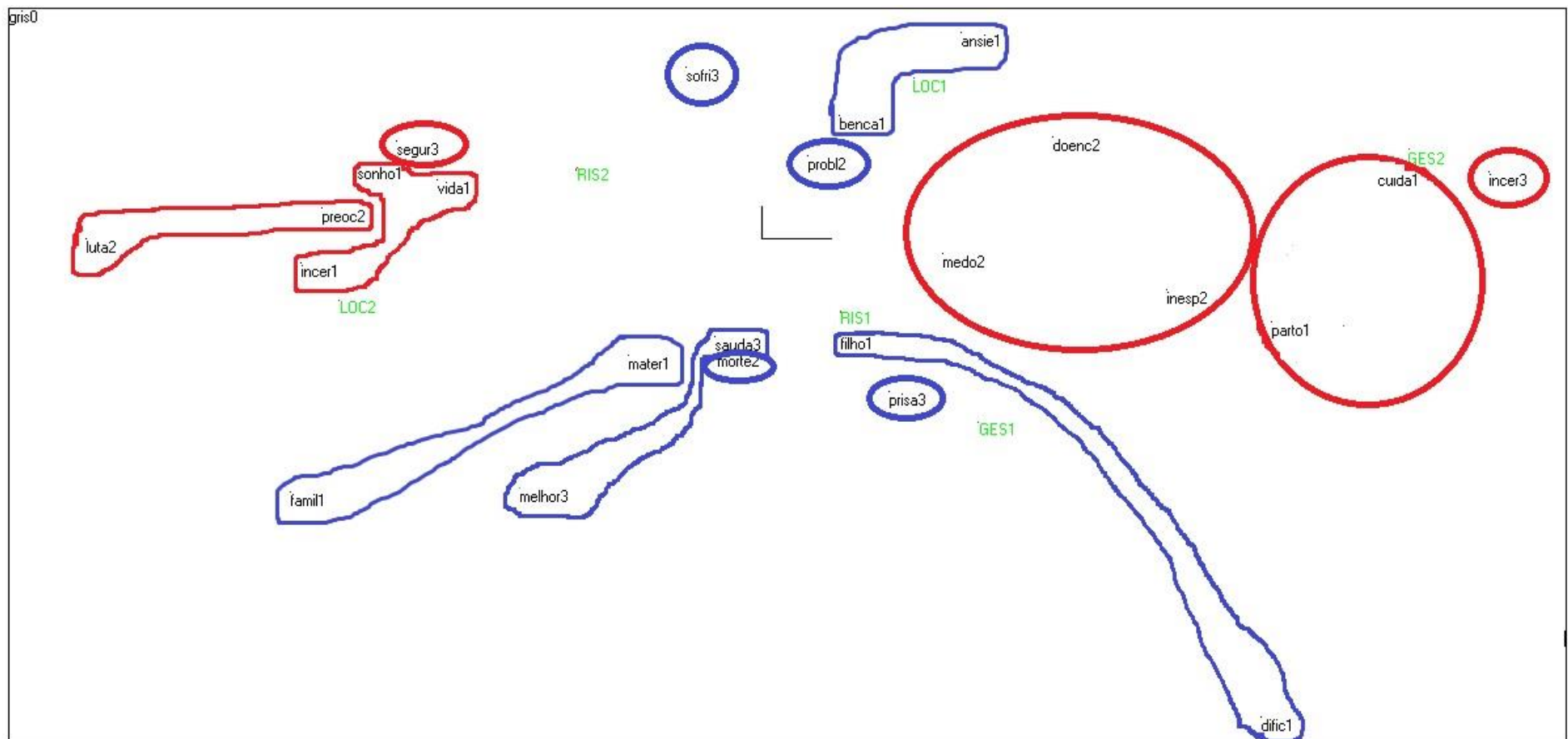
Fonte: Elaboração própria

A análise pelo software TriDeux-Mots permite representar em eixos fatoriais as palavras evocadas e definir as relações de proximidade e distanciamento entre os universos semânticos do campo representacional, tendo como referência as variáveis fixas e as variáveis de opinião ou estímulos indutores. Possibilita ainda examinar as ligações entre os perfis de respostas em uma dada população através das palavras que mais contribuíram para a formação dos eixos, consideradas as modalidades de opiniões ou objetivações (COUTINHO, NÓBREGA E ARAÚJO, 2011).

Ainda de acordo com esses autores, a representação gráfica do plano fatorial (F1 e F2) revela como se estruturam as representações sociais sobre dado fenômeno no grupo em estudo, colocando em evidência os elementos semânticos que constituem o universo comum aos indivíduos face aos diferentes estímulos.

O Gráfico 1 representa os dois eixos, eixo F1 (eixo horizontal) e eixo F2 (eixo vertical). O Fator 1 encontra-se representado pela cor vermelha, enquanto o Fator 2, pela cor azul. As variáveis fixas estão representadas pela cor verde, onde *LOC* refere-se ao local de internação, *GES* ao número de gestações e *RIS* ao tipo de risco. Os números 1, 2 e 3 que acompanham as evocações equivalem ao estímulo indutor.

Gráfico 1- Plano Fatorial das Representações Sociais de gestantes sobre a gravidez de alto risco e a hospitalização, Fortaleza- CE, 2016.



Fonte: Software TriDeux- Mots

A figura 1 apresenta um comparativo das evocações emitidas pelas gestantes, de acordo com a variável risco gestacional, para cada estímulo indutor com a finalidade de apreender os significados atribuídos.

Figura 1- Resumo comparativo das evocações de gestantes de alto risco segundo o tipo de risco. Fortaleza- CE, 2016

GRAVIDEZ		GRAVIDEZ DE RISCO		INTERNAÇÃO	
Risco decorrente da gravidez	Risco pré-existente agravado	Risco decorrente da gravidez	Risco pré-existente agravado	Risco decorrente da gravidez	Risco pré-existente agravado
Cuidado Parto Dificuldade Família Maternidade Filho	Vida Sonho Incerteza Benção Ansiedade	Inesperado Medo Doença Morte	Preocupação Luta Problema	Incerteza Prisão Melhorar Saudade	Segurança Sufrimento

Fonte: Elaborado pela autora

Em relação ao estímulo *gravidez*, no eixo F1, horizontal, as palavras mais representativas e sua correspondência por fator (CPF), no lado direito foram: cuidado (CPF: 111) e parto (CPF: 51) relacionado ao grupo de multigestas (CPF: 431) e primigestas (CPF: 247) com risco decorrente da gestação (CPF: 205). E, no lado esquerdo: vida (CPF: 75), sonho (CPF: 54) e incerteza (CPF: 42), relacionado ao grupo de gestantes com risco pré-existente agravado pela gravidez (CPF: 173).

No eixo F2, vertical, em relação ao mesmo estímulo, as palavras mais representativas no polo superior foram: benção (CPF: 39) e ansiedade (CPF: 81) por multigestas com risco gestacional pré-existente. E, no polo inferior: dificuldade (CPF: 184), família (CPF: 69), maternidade (CPF: 48) e filho (CPF: 34) representando pelo grupo de primigestas com risco decorrente da gestação.

Para as gestantes com o diagnóstico de alto risco como consequência do desenvolvimento do ciclo gravídico, a objetivação da gravidez processou-se no parto, no cuidado, em instituições sociais como a família e na figura da maternidade e do filho, que passam a ter significado após a gravidez. A palavra dificuldade revela um contexto percebido por essas gestantes devido ao risco que estavam vivenciando.

Outras evocações como bênção, sonho e vida trazem a idealização da gravidez pelas mulheres, já a ansiedade e a incerteza portam a representação de que a gravidez é uma condição de descobertas e adaptações na qual a evolução do ciclo gestacional concorre com o desenvolvimento de algum fator agravante, uma vez que essas palavras possuíam sentido para gestantes com risco pré-existente agravado pela gravidez. Para esse grupo de mulheres, a gestação passa a representar a superação de sua condição de risco, retificando achados de Wilhem (2015).

Essas construções fazem parte do universo consensual e do estereótipo feminino que permeiam os discursos e as crenças sociais ao longo dos anos, pois em ambos os grupos as representações sociais da gravidez estiveram ancoradas na função reprodutiva e matriarcal, onde a realização da mulher virá através da concepção e que esta é uma permissão divina.

Bandeira (1999), Leite & Frota (2014) e Merçon -Vargas, Rosa e Dell’Aglío (2014) trouxeram em seus estudos a associação da figura feminina a esfera familiar de reprodução e maternidade, constatando a influência da gravidez para a constituição da identidade social da mulher. Quevedo (2010) complementa afirmando que a mulher passa a sentir-se completa ao tornar-se mãe e que durante a gravidez já consegue estabelecer vínculos com o filho, personificando-o e atribuindo-lhe uma imagem real.

Contudo, essas representações não são únicas e cristalizadas, pois a gravidez passou a representar incerteza e dificuldade, que estavam relacionadas a condição particular das grávidas deste estudo, o diagnóstico de gravidez de alto risco. Nesse contexto, ainda que a gravidez seja uma idealização, pode despertar na mulher sensações ambivalentes, intercalando contentamento e desafio. Monteiro (2012) infere que essas sensações coexistem como resultado de uma indeterminação do desfecho da gravidez e de uma ameaça à vida e/ou à saúde dessas gestantes e de seus filhos, presente em todo o período gestacional até o parto e nascimento.

No estímulo 2, *gravidez de risco*, as palavras mais evocadas no eixo F1, horizontal, lado direito, foram: inesperado (CPF: 45), medo (CPF: 34) e doença (CPF: 33) associado ao risco gestacional decorrente da gravidez, tanto em primigestas como em multigestas. E, no lado esquerdo: preocupação (CPF: 87) e luta (CPF: 53) relacionado ao grupo de gestantes com risco gestacional pré-existente.

Ainda em relação ao estímulo gravidez de risco, no eixo F2, vertical, tem-se no polo superior as palavras: problema (CPF: 26) representando o grupo de multigestas com risco pré-existente agravado. E, no polo inferior, a palavra morte (CPF: 50), representando o grupo de primigestas com risco decorrente da gestação.

A gestação é um processo considerado fisiológico e tende-se a acreditar *a priori* que tudo transcorrerá de forma natural. Outrossim, a gestação de alto risco foge ao dito normal, esperado ou desejado, portanto é algo não familiar que necessita ser classificado ao universo consensual. Nessa lógica, para conhecer à gravidez de risco, as gestantes ressignificaram a sua experiência e a tornaram compreensível em seu mundo, o que caracteriza, de acordo com Moscovici (2012), uma das funções das representações sociais.

Para o grupo de mulheres cujo risco surgiu após a gestação (RIS1), a gravidez de alto risco foi inesperada, contrária às suas expectativas, pois após a gravidez estas passaram a desenvolver alterações que foram ancoradas na doença, no medo e na morte, que em seu universo consensual seriam consequências da gravidez de alto risco.

Segundo Maldonado (2002) e Quevedo (2010), mesmo na gestação que evolui normalmente do ponto de vista obstétrico, surgem temores e intuições referentes à morte, mas é na gravidez de risco que se aguçam os medos e a morte transforma-se em ameaça potencial.

Já as gestantes que possuíam fator de risco agravado pela gravidez (RIS2) representaram-na como preocupação, luta e problema, uma vez que esse fator pré-existente consiste em desafio para o desenvolvimento do ciclo gravídico. A palavra luta expressa, para as gestantes, o duelo entre a gestação versus o fator de risco e essa percepção sobre sua gravidez tem a objetivação na preocupação.

Quanto ao terceiro estímulo, *internação*, no eixo F1, horizontal, no lado direito, as evocações foram: incerteza (CPF: 144), relacionado ao grupo de gestantes com risco decorrente da gravidez hospitalizadas na Santa Casa de Misericórdia de Sobral (LOC1). No lado esquerdo: segurança (CPF: 70) relacionado ao grupo de mulheres com risco pré-existente agravado pela gravidez, hospitalizadas no Hospital Geral Dr. César Cals (LOC2).

No eixo F2, as evocações emitidas para o terceiro estímulo no polo superior, foram: sofrimento (CPF:72) representando o grupo de multigestas com risco agravado e hospitalizadas na Santa Casa de Misericórdia de Sobral. E, no polo inferior: prisão (CPF: 69), melhorar (CPF: 50), saúde (CPF: 28) representando as primigestas com risco decorrente da gestação e hospitalizadas no Hospital Geral Dr. César Cals.

Quanto ao local de internação, observa-se que em ambos os cenários as evocações apontam os aspectos positivos e negativos relacionados à experiência, o que permite inferir que mesmo sendo locais diferentes, as realidades evidenciam-se semelhantes e as representações que giram em torno do processo de hospitalização estão associadas ao próprio fenômeno e aos grupos de gestantes de acordo com o tipo de risco.

As gestantes apreendem a internação como sofrimento, incerteza, prisão e saudade, uma vez que constitui uma nova condição, não prevista e que requer adaptações emocionais e estruturais. Encontra-se semelhança com as representações sociais elaboradas pelas gestantes do estudo de Quevedo (2010) para as quais o hospital era um local de dor e sofrimento, pois as afastava de sua vida, sua casa, seu trabalho, sua família e as aproximava da confirmação da sua condição de risco.

Por outro lado, o internamento significou para essas mulheres segurança e possibilidade de melhorar. Monteiro (2012) corrobora afirmando que o reconhecimento da necessidade de monitoração da gravidez contribui para a aceitação e para a segurança dessas mulheres devido aos cuidados recebidos e pela vigilância contínua do bem-estar fetal que de outra forma não poderiam receber.

No Quadro 5 apresentou-se um resumo dos elementos consensuais, coletivamente compartilhados, normativos e concretizados em torno dos quais as representações sociais das gestantes de alto risco sobre gravidez e hospitalização foram ancoradas e objetivadas.

Quadro 5- Síntese das Representações de gestantes de alto risco, Fortaleza- CE, 2016

Representações Sociais Estímulos	Risco decorrente da gravidez	Risco pré-existente
GRAVIDEZ	-Desejo e espera para concretização do sonho. -Torna-se incerta ao ser associada ao processo patológico.	- Dificuldades e cuidados, uma vez que possui doença associada a gravidez. - Marca a transição do tornar-se mulher e cumprir a função social.
GRAVIDEZ DE RISCO	-Transforma-se em algo inesperado relacionado a doença e que desperta sentimentos negativos.	-Inquietações e desafios enfrentados pela coexistência de gravidez e doença.
INTERNAÇÃO	-Isolamento, adaptações e modificações na rotina. -Possibilidade de oferecer condições para evolução da gravidez.	- Cuidado necessário para garantir a saúde materno-fetal. - Sensação de pesar pelo distanciamento do cotidiano.

Fonte: Elaboração própria

Tais evocações sinalizam uma valorização do núcleo familiar e a sua contribuição para a construção das representações sociais acerca da gravidez, uma vez que é na família que nasce o encontro com a maternidade e com as crenças e valores que serão bases para o desenvolvimento do papel materno por essas mulheres.

Desvelam também uma multiplicidade de sentimentos e sensações ao tomar consciência de uma gravidez de alto risco. A mulher vive a ruptura da gestação idealizada e passa a lamentar e lutar contra o resultado incerto da gravidez que experimenta. A hospitalização fortalece os sentimentos negativos, acentua o estresse, mas também denota proteção para o binômio mãe-filho.

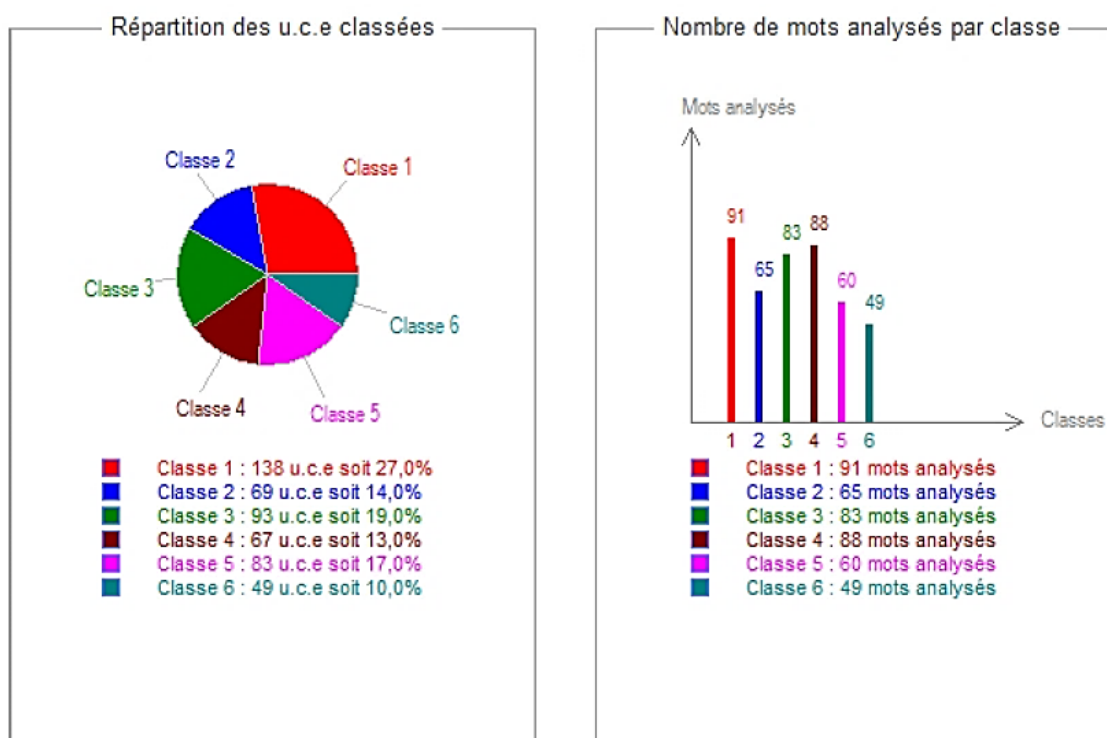
As representações sociais acerca da gravidez de risco no contexto da hospitalização durante o período são produto dos processos de interação e comunicação que as mulheres vivenciaram ao longo de suas vidas, sofrendo influência do sistema de valores e ideias presentes na sociedade, que orienta seus pensamentos, comportamentos e ações (MOSCOVICI, 2012a).

5.3 HOSPITALIZAÇÃO E GRAVIDEZ DE ALTO RISCO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GESTANTES

Após o processamento pelo ALCESTE, de acordo com as etapas operacionais, o software identificou 35 U.C.I., o que corresponde ao número de entrevistas incluídas no corpus de análise, 2392 formas distintas ou palavras diferentes e o corpus foi dividido em 657 UCE, das quais 499 foram agrupadas em seis classes, correspondendo a 76% de aproveitamento do corpus.

Cada classe é composta por agrupamentos de várias UCE de vocabulário homogêneo entre si e vocabulário diferente das UCE de outras classes. Na Figura 1, é possível verificar a distribuição das UCE e das palavras analisáveis nas seis classes. A classe 1 apresentou maior número de UCE (138), equivalente a 27% do corpus, e maior número de palavras analisáveis (91). As classes 3 e 5 agruparam 93 e 83 UCE, correspondendo a 19% e 17% respectivamente, já as classes 2, 4 e 6 apresentam distribuições entre si de 14%, 13% e 10%, respectivamente, do quantitativo total de UCE classificadas.

Figura 2- Representação gráfica do número de UCE e número de palavras analisáveis por classe. Fortaleza- CE, 2016

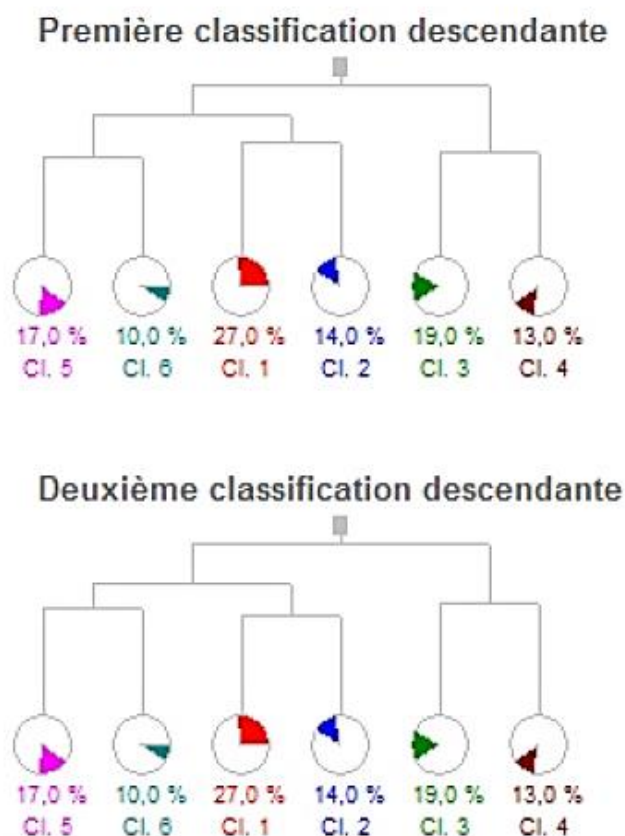


Fonte: Relatório ALCESTE

Inicialmente, o corpus foi dividido (1ª partição) em dois subcorpus. O primeiro subcorpus se dividiu (2ª partição) originando as classes 3 e 4, já o segundo subcorpus é subdividido (3ª partição) em dois, à direita obteve-se as classes 1 e 2 (4ª partição) e à esquerda as classes 5 e 6 (5ª partição). A C.H.D. parou aqui, pois as seis classes mostraram-se estáveis, ou seja, compostas de U.C.E. com vocabulário semelhante (CAMARGO, 2005).

A Figura 3 ilustra essas repartições, a partir da C.H.D. O corpus analisado apresenta estabilidade, uma vez que as divisões binárias são semelhantes nas duas C.D.H. Destarte, existe proximidade vocabular e no contexto entre as classes 1 e 2, 3 e 4, 5 e 6, uma vez que se formaram a partir do mesmo bloco.

Figura 3- Comparação entre a primeira e a segunda Classificação Hierárquica Descendente. Fortaleza-CE, 2016

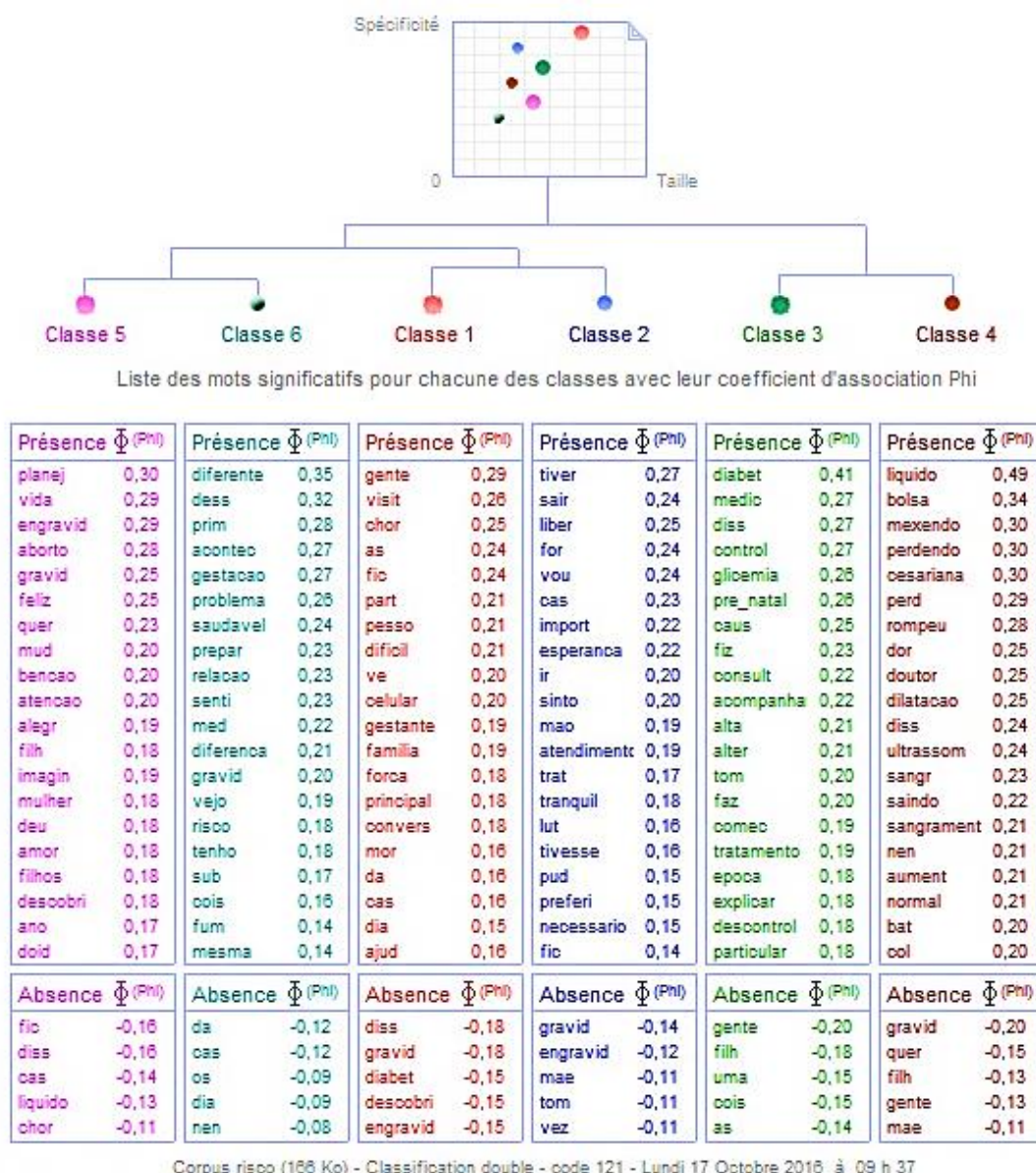


Fonte: Relatório ALCESTE

A Figura 4 apresenta o gráfico de especificidade das classes: quanto mais elevada a posição de uma classe no gráfico, maior sua especificidade. A classe 1 é a mais específica e representa 27% do corpus.

As palavras analisáveis apresentadas no dendograma, Figura 4, podem ser consideradas os elementos mais importantes para descrever cada classe, pois apresentam maior Phi. Quanto maior o Phi, mais relevante é a palavra para a construção da classe. O programa considerou as palavras com Phi igual ou superior a 0,14 como palavras mais representativas.

Figura 4- Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente. Fortaleza- CE, 2016



Fonte: Relatório ALCESTE

O relatório detalhado do programa fornece o número de classes resultantes da análise, bem como as formas reduzidas, o contexto semântico e as UCE característica de cada classe consolidada. As palavras estão dispostas nas classes de acordo com seu respectivo coeficiente de associação (Phi). O Phi é um coeficiente de associação que mede a ligação entre uma palavra e a sua classe de aparição, isto é, quanto maior for este coeficiente, mais forte é a relação entre a palavra e a sua classe e mais significativa é a palavra para a classe. Desse modo, é possível denominar e interpretar cada classe explicitando o conteúdo presente no corpus.

Tomando por base os discursos e os léxicos mais frequentes e mais característicos extraídos das UCE de cada classe, definiram-se três blocos temáticos, de acordo com as partições realizadas pelo software, e procedeu-se a nomeação das classes, descrita no Quadro 6, com vistas a facilitar a compreensão dos conteúdos e a afinidade entre as classes.

Quadro 6- Blocos temáticos, classes produzidas pelo ALCESTE e suas denominações.
Fortaleza- CE, 2016

Blocos Temáticos	Classes	Denominações
As representações sociais inscritas no diagnóstico de gravidez de alto risco	Classe 3	A doença associada a gravidez: saberes e práticas necessárias ao monitoramento e controle
	Classe 4	Gravidez de alto risco gestacional: para além dos sinais e sintomas
Hospitalização durante a gravidez de alto risco	Classe 1	A experiência de gestantes de alto risco hospitalizadas: valorização de vínculos e ambientação no hospital
	Classe 2	Necessidade e esperança: significados da hospitalização para gestantes de alto risco
Conteúdos representativos da gravidez para gestantes de alto risco	Classe 5	Sobre a gravidez: sentidos atribuídos por gestantes de alto risco
	Classe 6	Problema, perigo e medo: Concepções acerca da gravidez de alto risco

Fonte: Elaborado pela autora

A interpretação e análise das classes fundamentaram-se na perspectiva processual da TRS e foi realizada na ordem que em essas classes foram repartidas pelo programa e não em ordem numérica.

5.3.1 As representações sociais inscritas no diagnóstico de gravidez de alto risco

Esse bloco temático foi o primeiro formado e é composto pelas classes 3 e 4, que trazem as representações sociais acerca dos diagnósticos que resultaram no alto risco gestacional das gestantes entrevistadas.

Classe 3- A doença associada a gravidez: saberes e práticas necessárias ao monitoramento e controle

Essa classe agregou 93 UCE, correspondendo a 19% do corpus, com 83 palavras analisáveis. Originou-se simultaneamente à classe 4, a partir do mesmo bloco, mas será descrita primeiro pela maior significância estatística em termos de agregação de UCE.

Nessa classe, o programa recortou as palavras com Phi superior a 0,18. As formas reduzidas com seus respectivos contextos semânticos e valores de Phi, são apresentados no Quadro 7.

Quadro 7- Formas reduzidas, contextos semânticos e valores de Phi da Classe 3.

Fortaleza- CE, 2016

Forma reduzida	Contexto Semântico	Valor de Phi
diabete	diabetes	0,41
medic	médico	0,27
diss	disse	0,27
control	controlar	0,27
glicemia	glicemia	0,26
pre_natal	pré-natal	0,26
caus	causa	0,25
fiz	fiz	0,23
consult	consulta	0,22
acompanha	acompanhamento	0,22
alta	alta	0,21
alter	alterada	0,21
tom	tomar	0,20
faz	faz	0,20
comec	começar	0,19
tratamento	tratamento	0,19
época	época	0,18
explicar	explicar	0,18
descontrol	descontrolada	0,18
particular	particular	0,18

Fonte: Relatório ALCESTE

As palavras mais representativas da classe foram: diabetes (Phi= 0,41), médico (Phi= 0,27), controle (Phi= 0,27), glicemia (Phi= 0,26), pré-natal (Phi= 0,26), consulta (Phi= 0,22), acompanhamento (Phi= 0,22), alterada (Phi= 0,21), tomar (Phi= 0,20), tratamento (Phi= 0,19) e descontrolada (Phi= 0,18). Essas palavras expressam a conscientização do diagnóstico de gravidez de alto risco em decorrência de doença pré-existente e os cuidados adquiridos em virtude da gravidez, uma vez que a variável *ris_2*, pertencente às gestantes cujo risco é anterior à gravidez e agravado por esta, apresentou significância estatística para a constituição da classe.

A experiência de uma gravidez com diabetes pode resultar em mudança de atitude e em motivação para realizar o autocuidado na tentativa de preservar a saúde e a vida do binômio mãe-filho, como pode-se reconhecer nas UCEs a seguir:

Antes da gravidez, eu não fazia controle, não tomava o medicamento e não fazia dieta, comia de tudo [...] (uce nº 147 Phi = 0,06 uci nº 7).

Aí depois da gravidez foi que eu comecei a fazer o controle antes e depois das principais refeições e anotava. E comecei a regular melhor a minha alimentação. Tudo por causa das outras experiências que eu já tinha tido [...] (uce nº 501 Phi = 0,05 uci nº 25)

O termo diabetes (Phi= 0,41) aparece em destaque, uma vez que essa foi a patologia diagnosticada nas gestantes cujas entrevistas formaram essa classe. A diabetes, seja gestacional ou pré-existente, esteve presente em 17,6% das gestantes deste estudo, evidenciando este como um importante fator de risco durante a gravidez, o que pode ser constatado nos estudos de Monteiro (2012), Sousa (2009) e Wilhem (2014).

Os termos controle (Phi= 0,27) e glicemia (Phi=0,26) convergem para reforçar o sentido do termo diabetes devido a relação dos níveis glicêmico com o diagnóstico e o monitoramento da diabetes, bem como da necessidade do controle desses níveis para minimizar os riscos aos quais gestante e feto estão expostos, uma vez que a diabetes é responsável por elevados índices de morbimortalidade perinatal, especialmente prematuridade, macrossomia, malformações fetais e óbito neonatal (BRASIL, 2012c).

A terapêutica para as gestantes com diabetes compreende prescrição de dieta que permita ganho adequado de peso, atividade física, controle glicêmico em jejum e pós-prandiais e o uso de medicações hipoglicemiantes orais ou insulinoterapia. Essas gestantes devem ser acompanhadas com maior frequência pelos serviços de atenção especializada por uma equipe multiprofissional ou ainda dependendo da gravidade para os centros de assistência terciária (BRASIL, 2012c).

O manejo adequado dos casos de gestantes com diabetes reduz os riscos, as complicações e os efeitos adversos para o binômio mãe-filho no período pré-natal e neonatal. Nessa proporção, léxicos como pré-natal ($\Phi = 0,26$), consulta ($\Phi = 0,22$) e acompanhamento ($\Phi = 0,26$) representam o saber de senso comum dessas gestantes em torno das condutas frente ao seu diagnóstico.

Eu fui para a consulta pré-natal de rotina, lá ele (médico) viu que estava descontrolada e disse que ia ter que ficar [internada] (uce nº 572 $\Phi = 0,06$ uci nº 30).

Aí eu estava sendo acompanhada pelo plano de saúde e o médico viu a minha glicemia e disse que eu tinha que ficar internada. Estava bem alta (uce nº 145 $\Phi = 0,05$ uci nº 7).

No posto de Caucaia, eles não tinham como me acompanhar, aí eles me mandaram para um médico de risco para fazer acompanhamento do pré-natal (uce nº 253 $\Phi = 0,04$ uci nº 13).

Nessa classe também se verifica a associação do diagnóstico à hospitalização, como nos relatos acima das entrevistadas 30 e 07, que responsabilizam o descontrole dos valores glicêmicos pela necessidade de acompanhamento em nível hospitalar especializado, reiterando o saber de senso comum acerca da diabetes na gravidez.

Monteiro (2012) e Zampieri (2001) apontam a informação e o conhecimento sobre a sua saúde e a do seu filho como fundamentais para a adaptação da gestante à condição de estar grávida com uma probabilidade maior para complicação. Contudo, esse saber não emerge tão somente na ciência, mas a partir do que as pessoas vivenciam, compartilham com outros sujeitos, e da influência dos meios de comunicação. Esse conhecimento que surge e se difunde no meio social é o que tem verdadeiro significado para as pessoas, orientando as suas práticas e ações em direção a um determinado assunto que tem valor para elas (MOSCOVICI, 2012a).

As palavras tratamento ($\Phi = 0,19$) e tomar ($\Phi = 0,20$) agregam significado às práticas de cuidado necessárias ao acompanhamento das gestantes e são objetivadas nas medicações utilizadas para controle da diabetes.

Porque ela (médica) disse que eu vinha fazer exame e tomar remédio, só, só (uce nº 530 $\Phi = 0,04$ uci nº 27).

A diabetes também alterou por causa da gravidez. Estou tomando insulina e fazendo controle da glicemia, mas eu só descobri aqui internada (uce nº 516 $\Phi = 0,05$ uci nº 26).

Eu estou fazendo tratamento com injeção (insulina), aí amanhã eles vão fazer um exame e dependendo do resultado do exame eu posso ir para casa, porque eu vou ficar tomando só um comprimido (uce nº 625 $\Phi = 0,04$ uci nº 33).

A palavra médico teve elevado Phi (0,27) na classe e aparece nos discursos evidenciando a importância atribuída à figura desse profissional e a influência do saber destes para a condução das situações vividas pelas gestantes. A UCE a seguir representa a afirmativa:

[...] Quando eu engravidei, o médico conversou comigo, disse que ou eu fazia a dieta e cuidava da minha diabetes ou então meu bebe não ia resistir (uce nº 501 Phi = 0,05 uci nº 25).

Simmons (2011) sustenta esse resultado quando afirma que ao receber o diagnóstico de gravidez de alto risco, a mulher adentra um cenário medicalizado e tecnológico, onde os médicos estão em posição de poder, isto é, através dos recursos tecnológicos, sabem e conhecem melhor a gravidez do que a mulher, muitas vezes destituindo-a da tomada de decisão.

Outro aspecto contemplado remete ao antecedente pessoal de diabetes gestacional, considerado pelo Ministério da Saúde (2012b) como fator de risco para o desenvolvimento de diabetes na gravidez atual. Entre as gestantes de nosso estudo, 41,2% apresentaram intercorrências em gestações anteriores, sendo 1,5% a diabetes gestacional. Nos relatos dessas gestantes, percebe-se que a experiência pregressa foi determinante para a postura frente a gestação atual, a exemplos:

Na outra gravidez, eu também me internei por causa da diabetes, eu fiquei aqui até controlar e quando fui de alta, fiquei sendo acompanhada pelo ambulatório do pré-natal de risco daqui e só me internei de novo para parir (uce nº 147 Phi = 0,06 uci nº 7).

Foi o caso do meu filho que morreu, que na época dele eu não tomava medicação, não fazia dieta e quando fiz a ultrassom ele já estava com má-formação nos rins por causa da minha diabetes, fora os outros que eu perdi bem no começo da gravidez (uce nº 608 Phi = 0,05 uci nº 32).

Nessa, assim que faltou a menstruação eu já fiz o exame, já vi que estava positivo, já acordei mais cedo para fazer o tratamento mais cedo. Tudo foi mais cedo e na outra como demorou a descobrir foi bem mais complicada (uce nº 608 Phi = 0,05 uci nº 32).

Para Moscovici (2012) uma das funções das representações sociais, enquanto fenômeno psicossocial, é contribuir com os processos de formação de condutas e de orientação das comunicações sociais, as quais favorecem o posicionamento do sujeito diante do objeto representado e guiam suas atitudes, seus comportamentos e suas práticas. Assim, as representações acerca de seu diagnóstico orientam o comportamento das gestantes em relação aos procedimentos necessários ao rastreamento e vigilância das condições materno-fetais face à diabetes.

Inferese-se que as representações estiveram ancoradas no próprio diagnóstico, nesse caso a diabetes, e nas vivências em relação a gravidez de alto risco. Percebe-se também uma forte influência do saber científico e das experiências pregressas na elaboração das representações sociais dessas gestantes.

A objetivação das representações, nesta classe, encontra-se no tratamento, exames, consultas e procedimentos, ou seja, no cuidado e na assistência identificados pelas gestantes como necessários a uma gravidez de alto risco, em especial à gestação com diabetes.

Classe 4- Gravidez de alto risco gestacional: para além dos sinais e sintomas

A classe 4 formou-se juntamente com a classe 3. Seus conteúdos aproximam-se por retratarem as intercorrências que acometem gestantes e a experiência destas frente à gravidez de alto risco.

Reúne 88 palavras analisáveis em 67 UCE, perfazendo 13% do total. O Phi 0,20 foi considerado o ponto de corte para o programa. As principais formas reduzidas constituintes da Classe 4, com seus respectivos contextos semânticos e valores de Phi, são apresentados no Quadro 8.

**Quadro 8- Formas reduzidas, contextos semânticos e valores de Phi da Classe 4.
Fortaleza- CE, 2016**

Forma reduzida	Contexto Semântico	Valor de Phi
liquido	líquido	0,49
bolsa	bolsa	0,34
mexendo	mexendo	0,30
perdendo	perdendo	0,30
cesariana	cesariana	0,30
perd	perder	0,29
rompeu	rompeu	0,28
dor	dor	0,25
doutor	doutor	0,25
dilatação	dilatação	0,25
diss	disse	0,24
ultrassom	ultrassom	0,24

sangr	sangrar	0,23
saindo	saindo	0,22
sangramen	sangramento	0,21
nen	neném	0,21
aumente	aumentar	0,21
normal	normal	0,21
bat	bater	0,20
col	colo	0,20

Fonte: Relatório ALCESTE

Os vocábulos ilustrativos da classe são: líquido (Phi= 0,49), bolsa (Phi= 0,34), perdendo (Phi= 0,30), rompeu (Phi=0,28), dor (Phi=,0,25), dilatação (Phi=0,25), sangrar (Phi=0,23), sangramento (Phi= 0,21), colo (Phi=0,20). Esses vocábulos constituem-se em parâmetros importantes de avaliação da gravidez, que podem ser indícios de bem-estar materno-fetal, assim como indicativos de potenciais agravos para o desenvolvimento da gravidez.

Associa-se a relevância estatística que os casos de rotura prematura de membranas, de ameaça de parto prematuro, de placenta prévia e de alterações de volume amniótico apresentaram nesse estudo, correspondendo a 19,1%; 10, 3%; 10, 3% e 7,4% respectivamente, aos elevados Phi dos referidos vocábulos para a constituição dessa classe.

Destaca-se também que a classe é formada por gestantes cujos diagnósticos de alto risco foram decorrentes de processos patológicos oriundos da própria gestação, expressa na significância estatística da variável *ris_1* e no fato que as UCEs mais significativas foram retiradas das entrevistas de gestantes que apresentaram algum dos diagnósticos subscritos.

Eu vim para cá perdendo líquido. No meu caso, foi amniorrexe, rompeu a bolsa, mas não sentia dores e nem sangramento, só a bolsa mesmo. Eu não entrei em trabalho de parto e não senti dor, só a bolsa que rompeu (uce nº 216 Phi = 0,06 uci nº 11).

[...] Disseram que a bolsa do bebê já tinha rompido e estava saindo líquido, e eu sentindo aquelas dorzonas de contração (uce nº 336 Phi = 0,07 uci nº 17).

Na realidade, quando eu cheguei aqui, eu já estava com 4 centímetros de dilatação e a bolsa exposta, o colo do útero aberto e a bolsa exposta. Aí pronto, eu vim para inibir, para mesmo se a bolsa estourar e eu ter, a criança tem a oportunidade de ser salva pelo uti neonatal, que lá no interior infelizmente não tem (uce nº 112 Phi = 0,05 uci nº 6).

Revelaram-se duas situações, a primeira em que não houve associação pela mulher entre o sinal ou sintoma e o risco ao qual estavam expostas e a segunda reporta aquelas em que os sinais e sintomas foram os responsáveis pela procura por atendimento.

Estava com umas duas semanas que eu perdia líquido direto, mas eu achava que era normal e não procurei atendimento [...] (uce nº 425 Phi = 0,04 uci nº 22).

Eu sentia umas dores fortes [...] e eu também estava perdendo líquido faz uma semana e não tinha dito para ninguém (uce nº 216 Phi = 0,06 uci nº 11).

Eu sangrei e fui para o hospital de Tamboril, me internei, eles passaram medicação para parar o sangramento e aí eu voltei para casa, mas uma semana depois eu voltei para o hospital de lá e me encaminharam para cá e já estou há uma semana (uce nº 27 Phi = 0,04 uci nº 2)

Eu estava deitada em casa normal e quando levantei da cama, escorreu água até os pés. Aí eu fui para o hospital de Itapipoca e continuou perdendo líquido, muito líquido (uce nº 438 Phi = 0,04 uci nº 23).

Essas UCEs ilustram a estatística em torno da compreensão do diagnóstico que resultou na gravidez de alto risco: 30,1% das entrevistadas afirmaram conhecer e entender o motivo que definiu a sua gravidez como de risco, contraponto 60,9% de gestantes que negaram ciência de sua situação de gravidez de alto risco. Esse fato pode inferir ausência de informações acessíveis às gestantes durante as consultas no pré-natal e durante a hospitalização.

Assim, apesar das porcentagens indicarem desconhecimento em torno do diagnóstico, as gestantes verbalizaram, através das UCE, conhecimentos acerca dos sinais e sintomas preditores de complicação ao bem-estar do binômio mãe-filho. De acordo com Moscovici (2012), o conhecimento advém das experiências anteriores, das informações, saberes e práticas que são socialmente partilhados pelos sujeitos que compõem o seu grupo social e familiar.

As gestantes objetivaram a existência dos sinais e sintomas na hospitalização, como podemos identificar a seguir:

Aqui eles disseram que precisavam me deixar [internada] porque eu estava perdendo líquido (uce nº 392 Phi = 0,05 uci nº 19).

Aí eu vim para cá e aqui eu fiquei internada [...] porque constatou realmente perda de líquido (uce nº 194 Phi = 0,06 uci nº 10).

[...] Lá em Acaraú eles disseram que iam me mandar para cá conta da perda de líquido e porque o bebê estava muito pequeno para nascer (uce nº 216 Phi = 0,06 uci nº 11).

Além da hospitalização, as palavras cesariana ($\Phi=0,30$) e ultrassom ($\Phi=0,24$) aparecem associadas aos sinais e sintomas. A ultrassom foi o procedimento utilizado para a confirmação do diagnóstico e a cesariana aparece nos discursos como procedimento a ser realizado em virtude de condição e da iminência de agravamento.

[...] Fiz uma ultrassom aqui que constatou realmente perda de líquido (uce nº 194 Φ = 0,06 uci nº 10).

Eu fui fazer uma ultrassom morfológica e quando observou o colo do útero, eles detectaram que o colo do útero estava se abrindo e a bolsa está saindo. Ele [doutor] fez também o exame de toque e senti a bolsa na vagina (uce nº 402 Φ = 0,05 uci nº 20).

[...] Eu fui bater a ultrassom e ela estava bem e já vão fazer a minha cesariana, porque eu já estou com 34 semanas (uce nº 77 Φ = 0,05 uci nº 5).

Ela (médica) disse que vai me operar na semana que vem, porque já faz uma semana que a bolsa rompeu e eles só esperam até 34 semanas. Eu já tomei o antibiótico, já tomei a injeção amadurecer pulmão do neném. E agora está mais perto cada dia que passa, está mais perto (uce nº 447 Φ = 0,04 uci nº 23).

Quando eu cheguei aqui que o doutor disse que eu ia me internar, eu comecei a chorar desesperada, porque ele disse que ia fazer uma cesariana, eu ia fazer porque estava precisando (uce nº 224 Φ = 0,04 uci nº 12).

Simas, Souza e Scorsolini- Comin (2013) constataram que as gestantes em seu estudo atribuíram valor significativo à ultrassonografia obstétrica por determinar as características gerais do feto e pela capacidade de avaliar a saúde e o bem-estar fetal. Para além das questões técnicas, o exame proporcionava o contato da gestante com o seu filho, antecipando o encontro entre eles.

Nesse estudo, observa-se que a função da ultrassonografia claramente percebida pelas gestantes foi a de avaliação, viabilizando informações sobre as condições fetais e, conseqüentemente, da evolução da gravidez, o que permite inferir que as gestantes ancoram esse exame a um controle de qualidade da gestação.

Quanto a via de parto, a escolha caracteriza um dilema para a obstetrícia. A decisão deve ser respaldada pela condição clínica, pela história da gravidez atual e pelos antecedentes obstétricos, salientando a importância da participação da mulher e seus familiares no processo decisório (BRASIL, 2012c). Entretanto, a cesariana foi representada pelo senso comum como a via indicada para o parto na gestação de alto risco.

Não obstante, essa representação reflete as elevadas taxas de cesarianas no Brasil. Em consulta ao DATASUS, verificou-se que, no ano de 2015, 40,7% dos partos realizados no Brasil foram cesáreos, no Ceará a taxa de cesarianas sobressaiu a taxa nacional, correspondendo

à 50,3%. Os cenários desse estudo, SCMS e HGCC, reproduzem a realidade cearense, ambos maiores que a proporção brasileira, respondendo por 53,4% e 61% respectivamente (BRASIL, 2015).

Mesmo com esforços do Ministério da Saúde para restringir a cesariana aos casos necessários, os dados acima evidenciam a preferência pelo parto cirúrgico, porém, tomando por base os discursos das gestantes, parece ser na gestação de alto risco que se torna a solução hegemônica.

Em seus estudos com gestantes de alto risco, Monteiro (2012), Oliveira (2008) e Quevedo (2010) revelaram que, para essas mulheres, a preocupação com os filhos sobrepõe a preocupação consigo mesma. Nessa direção, o vocábulo mexendo ($\Phi = 0,30$) expressa um sinal de movimentação do feto percebido pelas gestantes, no qual elas ancoram a vitalidade fetal.

[...] O neném está bem, está mexendo bem, o coração também está batendo (uce nº 194 $\Phi = 0,06$ uci nº 10).

Com o neném estava tudo bem, ele estava com o coração batendo, a respiração normal, se mexendo, estava se desenvolvendo tudo direitinho (uce nº 392 $\Phi = 0,05$ uci nº 19)

Alguns outros sinais ou sintomas são parâmetros valiosos para investigar as condições clínicas e obstétricas. A dor ($\Phi = 0,25$) e a dilatação ($\Phi = 0,25$) aparecem nos discursos das gestantes desse estudo.

Eu sentia umas dores fortes, fui para o hospital, lá fizeram exame de toque, o colo estava aberto, daí me encaminharam para cá [...] (uce nº 216 $\Phi = 0,06$ uci nº 11).

Eu não sinto dor e também não tenho dilatação, só a perda de líquido mesmo, porque rompeu a bolsa (uce nº 196 $\Phi = 0,05$ uci nº 10).

O termo colo ($\Phi = 0,20$) do útero aberto possui sentido análogo ao termo dilatação, como nos relatos das entrevistadas 06, 11 e 20 subscritos. A utilização desses termos como sinônimos pelas gestantes permite perceber que a palavra dilatação, terminologia científica, foi interpretada e inserida ao conhecimento do senso comum. Isso se deve a apropriação do universo reificado para a construção do conhecimento popular, inserindo os conhecimentos gerados pela ciência ao universo consensual, no bojo do qual são formuladas as representações sociais (MOSCOVICI, 2012a; SÁ, 1993)

A presença do termo doutor ($\Phi = 0,25$) reforça a palavra médico na classe anterior. Bem como, evidenciam a credibilidade que as gestantes depositam na figura deste profissional

e o significado das informações recebidas para a auto percepção da gravidez e da sua condição de risco.

A doutora me explicou que como eu não tenho líquido vai ficar mais difícil dela mexer [...] (uce nº 77 Phi = 0,05 uci nº 5).

[...] tive duas vezes (contrações), mas não tive sangramento, nem perda de líquido e a doutora disse que é normal (uce nº 261 Phi = 0,04 uci nº 13).

[...] o doutor me disse que é uma infecção (uce nº 47 Phi = 0,04 uci nº 3).

No decorrer da análise, percebe-se o poder de decisão do profissional médico, retratando um caráter vertical da assistência oferecida e reforçando a influência exercida por este profissional nas decisões de saúde durante a gestação dessas mulheres.

Estudos desenvolvidos na área da saúde da mulher à luz da Teoria das Representações Sociais, envolvendo fenômenos como o parto (SILVEIRA et. al, 2010) e o puerpério (DOUDOU, 2014) trazem o profissional médico representado como o indivíduo detentor do conhecimento científico, reificado, a pessoa capaz de conduzir a assistência. Acrescenta-se que na gestação de alto risco o papel desempenhado pelo médico é percebido como central para intervir frente às complicações.

As representações sociais exteriorizadas nos discursos das gestantes revelam a apreensão de aspectos do conteúdo científico acerca da gravidez de alto risco, o que consiste, portanto, na racionalidade científica reinterpretada à luz do conhecimento do senso comum (MOSCOVICI, 2012a). Os significados atribuídos à gravidez de alto risco trazem conteúdos reelaborados sobre os processos patológicos, que circulam no cotidiano de vida dessas mulheres, por meio do contato com os serviços de saúde, práticas assistenciais, sociedade, familiares e com conteúdos simbólicos veiculados em vários canais de informações.

No entanto, os sujeitos não são meros portadores de ideologias, mas sim processam as informações, formam opiniões e constroem saberes, e agem de acordo com os sentidos que atribuem a estas experiências e vivências de seu cotidiano (JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2012a). Percebe-se que as representações sociais estiveram ancoradas nos sinais e sintomas e objetivadas nos procedimentos e na percepção sobre a condição de saúde do feto, apoiaram-se em aspectos e conceitos do conhecimento científico, porém foram modeladas pelas vivências dessas gestantes.

5.3.2 Hospitalização durante a gravidez de alto risco

Esse bloco formou-se na 3ª subdivisão do corpus e originou as classes 1 e 2, que juntas correspondem a 41% do corpus, recortando a hospitalização de gestantes de alto risco como fenômeno de representações sociais.

Classe 1- A experiência de gestantes de alto risco hospitalizadas: valorização de vínculos e ambientação no hospital

A classe 1 foi formada por 138 UCE e 91 palavras analisáveis, sua significância estatística foi de 27% do total e é a classe com maior especificidade. O quadro 9 apresenta as formas reduzidas, as palavras completas mais representativas da classe e seus respectivos Phi. Nesta classe, o programa realizou um corte contendo as palavras com Phi maior ou igual a 0,16.

Quadro 9- Formas reduzidas, contextos semânticos e valores de Phi da Classe 1.

Fortaleza- CE, 2016

Forma reduzida	Contexto Semântico	Valor de Phi
gente	gente	0,29
visit	visita	0,26
chor	chorar	0,25
as	as	0,24
fic	ficar	0,24
part	parto	0,21
pezzo	pessoa	0,21
difícil	difícil	0,21
ve	ver	0,20
celular	celular	0,20
gestante	gestante	0,19
família	família	0,19
força	força	0,18
principal	principal	0,18
convers	conversar	0,18

mor	morar	0,16
da	da	0,16
cas	casa	0,16
dia	Dia	0,15
ajud	ajuda	0,16

Fonte: Relatório ALCESTE

As palavras mais características da classe foram: gente (Phi= 0,29), visita (Phi= 0,26), chorar (Phi= 0,25), ficar (Phi= 0,24), pessoa (Phi= 0,21), difícil (Phi=0,21), ver (Phi= 0,20), celular (Phi= 0,20), gestante (Phi= 0,19), família (Phi= 0,19), força (Phi= 0,18) e conversar (Phi= 0,18), pois traduzem o vivido da hospitalização sob a ótica de gestantes de alto risco.

Ademais, constatou-se que a variável intercorrências em gestações anteriores foi relevante para a estruturação da classe, sendo esta modelada pelas percepções e saberes de gestantes que vivenciaram intercorrências em gestações anteriores (*int_1*). Fato este que expressa a influência que as experiências pregressas têm para a elaboração das representações sociais, pois, de acordo com Moscovici (2012), a dinâmica das representações é uma dinâmica de familiarização, onde os acontecimentos são adaptados a nossos antigos esquemas cognitivos, onde os objetos e fenômenos são percebidos e compreendidos com base em situações prévias e em paradigmas, permitindo o conhecimento e a interpretação de uma realidade social de acordo com as necessidades dos grupos sociais.

Para Quevedo (2010), o hospital é associado à representação do senso comum como local de dor e sofrimento. Nesse contexto, surgem dificuldades de adaptação à nova situação e todos os sentimentos se intensificam a partir da internação. As UCE a seguir confirmam esta informação, trazendo sentimentos de tristeza, agonia, sufoco, solidão, choro.

Eu fiquei chateada, muito triste, porque a gente fica muito abandonada, sozinha, sem contato com ninguém, sem poder falar com ninguém, mas passou. O meu namorado estava mais nervoso que eu, mais ansioso. Ele estava até mencionando as leis que ele tinha direito de ficar comigo (uce nº 361 Phi = 0,03 uci nº 18).

É uma agonia não ter sua família perto, não saber o que vai acontecer, tudo isso é sufocante. Quando eu fiquei internada, o meu marido pegou uma folga de três dias e ficou direto, mas ele teve que voltar a trabalhar e agora a gente se fala todo dia, só a minha mãe que vem me ver (uce nº 100 Phi = 0,04 uci nº 5).

Um sufoco, porque você sabe que está no canto que você não vai sair e as pessoas estão longe, não estão aqui, porque como eu moro no interior, fica difícil da minha família vir e pela minha filha, que é a saudade maior (uce nº 98 Phi = 0,04 uci nº 5).

Os primeiros dias foi só choro. Choro direto, mas depois que eu vim para casa da gestante, a gente pode ficar com o celular, pode receber visita, aí melhorou, porque a gente pode ter contato direto com o pessoal de casa (uce nº 445 Phi = 0,05 uci nº 23).

Estudos conduzidos ao longo nas últimas três décadas, como o de White e Ritche (1984), Kramer (1986), Tedesco (2002), Quevedo (2001), Quevedo (2010), Monteiro (2012) afirmaram que a hospitalização em gestantes anterior ao momento do parto configura um estressor emocional, devido a mudança na dinâmica familiar, a separação do lar, da família, dos demais filhos, a preocupação com sua saúde e a de seus filhos.

O principal problema que eu nunca tinha me separado de ninguém da minha família. Os primeiros dias eu fiquei direto chorando. E eu chorava de um lado e meu marido de outro. Aquele choro todo, aquela preocupação. Meu marido me liga todo dia só para me fazer chorar, porque é muito difícil. A gente nunca tinha ficado separado (uce nº 442 Phi = 0,04 uci nº 23).

Eu pensava as piores coisas. Que o meu filho podia morrer. Eu pensava em nos dois, mas eu pensava mais nele, no que podia acontecer com ele. A internação é um sofrimento. Nos primeiros dias foi muito difícil. Eu nunca tinha ido para um lugar tão longe da minha casa, nunca tinha ficado longe de ninguém da minha família (uce nº 444 Phi = 0,04 uci nº 23).

Todos os exames que eu estou fazendo está dando normal, a ultrassom com doppler também foi normal. Só fico triste porque tem essa parte de se afastar da família. A minha família é grande, é muito bom, a gente se apoia, sempre ajuda o outro. Ontem, quando meu marido saiu, eu quase me acabo de chorar (uce nº 153 Phi = 0,03 uci nº 7).

A partir desses discursos, verifica-se que a hospitalização gera apreensão, pois representa um afastamento daquilo que lhes é familiar, dos laços afetivos e sociais, sendo um fator negativo para a experiência da gravidez de alto risco. Percebe-se também uma convergência com as evocações trazidas no TALP para estímulo *internação*: sofrimento, prisão e saudade, solidificando a representação de mudança e isolamento.

A internação conduz a pessoa a uma nova condição. A rotina diária é modificada, perde-se o controle das coisas simples, a autonomia das decisões, e passa-se para uma posição de dependência dos profissionais de saúde (MONTEIRO, 2012). Em sua dissertação de mestrado, Wilhem (2014) aponta a importância da família para a adaptação à essa nova condição, sendo a base principal para a superação frente os problemas vivenciados.

Os léxicos visita (Phi=0,26), celular (Phi=0,20), família (Phi=0,19), força (Phi=0,18) e conversar (Phi=0,16) retificam os resultados de Wilhem (2014), atribuem valor ao contato e aos vínculos e objetivam a família como rede de apoio mesmo durante a hospitalização.

Quando eu vim para cá ficou melhor, porque aqui a gente pode receber visita pode ficar com celular, então melhorou, apesar da gente não se acostumar. Para mim o mais assustador foi ter que ficar aqui no hospital. O tempo aqui demora uma eternidade para passar. Quando você está grávida em casa, rapidinho passa, mas aqui dentro demora muito (uce nº 101 Phi = 0,03 uci nº 5).

Aí eu fiquei melhor, porque eu pude ficar com celular, pode receber visita. Assim minha mãe e meu marido vem me visitar dia sim e dia não e eu falo com eles todo dia, várias vezes por dia (uce nº 258 Phi = 0,04 uci nº 13).

Porque você já consegue conversar, já consegue receber uma visita, pode ficar com celular, você já tem uma televisão, conversa com as outras gestantes, faz amizade e o tempo passa mais rápido (uce nº 657 Phi = 0,04 uci nº 34).

Aqui é bem melhor. Vai poder receber visita do meu namorado, inclusive ele já veio e ficou muito tempo comigo. Eu posso ficar com telefone e poder conversar com as pessoas (uce nº 363 Phi = 0,06 uci nº 18).

A família tem significado fundamental na vida dessas mulheres, principalmente como fonte de apoio, segurança e presença no seu cotidiano, amenizando o caráter negativo da hospitalização e favorecendo a vivência desta etapa (COSTA 2002; TEDESCO, 1999; WILHEM, 2014). Costa (2002) destaca ainda que a presença do companheiro, mãe e familiares minimizam a ansiedade, medo e angústia e influencia diretamente nas decisões de cuidado da gestante durante a internação.

Assim, a visita aberta ao companheiro e familiares é uma das propostas do Programa Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde nos hospitais, que tenta minimizar o afastamento, preservando os laços entre a gestante e seu grupo social (BRASIL, 2003). Destaca-se que nos hospitais em que as gestantes deste estudo foram entrevistadas, as enfermarias de alto risco e a Casa da Gestante adotavam a iniciativa de visita aberta, porém, quando havia alguma intercorrência e a gestante precisava ser transferida para a sala de parto, as visitas ficavam restritas aos horários específicos, definidos pela instituição.

Outro aspecto revelado nos discursos foi a construção de uma relação de ajuda a partir da convivência entre as gestantes que estavam hospitalizadas no mesmo período e cenário. Zampieri (2001) refere que as grávidas confortam-se mutuamente, reunindo forças para desenvolver estratégias para enfrentar as dificuldades da hospitalização. Estas conclusões podem ser verificadas nos seguintes relatos:

Aqui tem as meninas que dão força a gente, conversam. A noite antes de dormir, a gente fica conversando. Aqui a gente dorme, conversa umas com as outras e come e assiste tv e o tempo vai passando, a mesma rotina todo dia (uce nº 451 Phi = 0,04 uci nº 23).

Às vezes, converso um pouco com as meninas que estão internadas e só. É bom porque a gente divide as histórias e vê que é difícil para todas que estão aqui (uce n° 675 Phi = 0,04 uci n° 35).

Para se adaptar é difícil. Até agora é difícil, mas a gente vai fazendo amizade com as que já estão aqui e vai acostumando. Para mim hoje eu tento esquecer um pouquinho, eu fico quietinha, na minha, porque eu sei que é o melhor para minha filha (uce n° 92 Phi = 0,04 uci n° 5).

Observa-se o elevado Phi da palavra gente (Phi= 0,29) como estrutura de uma linguagem coloquial dessas gestantes, associada ao pronome nós. Quanto ao sentido da palavra gente, remete a uma noção de grupo, pois estava inserida em discursos, nos quais as mulheres falavam de si, seus hábitos e rotinas, incluindo as demais gestantes, representando uma confluência nas percepções e nas experiências de gestantes de alto risco durante a hospitalização.

Ao direcionar o olhar para a noção de grupo na perspectiva das representações sociais, tem-se que é resultado da atividade de auto categorização de seus membros, no qual estes reconhecem conscientemente a afiliação (WAGNER, 2000). Nas UCEs nota-se essa intenção de pertença imbuída no sistema de pensamento e comunicação das gestantes.

A apreensão de experiências das gestantes hospitalizadas trouxe à luz representações relativas ao distanciamento do ambiente familiar, ao fortalecimento e readequação da rede de apoio familiar e à organização de nova rede entre as gestantes de alto risco. Posto isso, as percepções, os sentimentos e as representações manifestadas foram construídos inicialmente no contexto familiar e posteriormente no ambiente hospitalar a partir da interação com as demais gestantes hospitalizadas.

A gênese da representação social é a elaboração coletiva de um objeto social, atribuindo-lhe significado e realidade dentro de um grupo através da experiência e da comunicação para torna-lo inteligível em seu universo (WAGNER, 2000). Logo, a hospitalização simbolizou um evento difícil, permeado por sentimentos desagradáveis, que são amenizados quando se encontram sólidas bases de apoio.

Classe 2- Necessidade e esperança: significados da hospitalização para gestantes de alto risco

Esta classe agregou 69 UCE, com 65 palavras analisáveis e correspondendo a 14% do total. As palavras com Phi igual ou superior a 0,14 foram as de maior ligação com a classe e encontram-se elencadas no quadro 10 com seus respectivos valores de associação.

Quadro 10- Formas reduzidas, contextos semânticos e valores de Phi da Classe 2.**Fortaleza- CE, 2016**

Forma reduzida	Contexto Semântico	Valor de Phi
tiver	tiver	0,27
sair	sair	0,24
liber	liberar	0,25
for	for	0,24
vou	vou	0,24
cas	casa	0,23
import	importante	0,22
esperança	esperança	0,22
ir	ir	0,20
sinto	sinto	0,20
mao	mão	0,19
atendimen	atendimento	0,19
trat	tratar	0,17
tranquil	tranquila	0,18
lut	luta	0,16
tivesse	tivesse	0,16
pud	puder	0,15
preferi	preferia	0,15
necessário	necessário	0,15
fic	ficar	0,14

Fonte: Relatório ALCESTE

Os léxicos tiver (Phi= 0,27), sair (Phi= 0,24), liberar (Phi= 0,25), importante (Phi=0,22), esperança (Phi= 0,22), atendimento (Phi=0,19), tratar (Phi=0,17), tranquila (Phi= 0,18), necessário (Phi=0,15) e ficar (Phi= 0,14) foram os mais representativos para a formação da classe. Estes nomeiam os significados atribuídos à hospitalização por gestantes de alto risco e refletem a conscientização destas gestantes quanto à sua situação.

Foi horrível, foi horrível mesmo. Internação é doença, porque se você está bem, você está na sua casa, não tem motivo para ficar internada. Com certeza é uma doença. Algo mais sério que só pode ser tratado no hospital, não pode ser tratado em casa.

Porque a lógica é, se eu estou bem, se não tem risco, não tem porque estar internada (uce n° 371 Phi = 0,03 uci n° 18).

A internação quer dizer que você vai ficar guardada, só sai se tiver uma autorização ou se tiver boa. Quer dizer que você precisa de um cuidado (uce n° 33 Phi = 0,04 uci n° 2).

As UCE acima elucidam uma das principais funções das representações sociais: tornar o não-familiar em algo familiar, transformar os acontecimentos desconhecidos em imagens ou metáforas conhecidas em nosso sistema cognitivo (MOSCOVICI, 2012). Logo, pode-se confirmar tal inferência a partir da significativa contribuição da variável *int_2*, que representa gestantes que não apresentaram intercorrência em gestações anteriores, para a formação da classe. Assim, a hospitalização durante a gravidez de alto risco configurou-se como uma situação nova e foi associada à uma prática de senso comum relacionada ao adoecimento e à necessidade de cuidado, de tratamento e de cura.

Segundo Quevedo (2010), pode tornar-se difícil para a grávida aceitar que a internação seja benéfica para uma monitorização continua das situações de risco. Contudo, para as gestantes deste estudo a conscientização sobre a sua condição contribuiu para a aceitação da hospitalização e para o reconhecimento desta como um procedimento necessário diante da gravidez de alto risco.

Eu fico o tempo que precisar. Não tem nada lá fora que seja mais importante. Para mim, só existe uma prioridade, ela nascer com saúde. Sair daqui com ela nos braços, com saúde é o que importa, o resto é resto. Ficar internada é uma necessidade, porque se não corresse nenhum risco, o médico teria me liberado para ir para casa e como ele não liberou é porque é necessário ficar (uce n° 375 Phi = 0,06 uci n° 18).

Eu tenho certeza que eu vou voltar para ficar aqui internada até o final da gravidez. Eu fico triste, porque não tem nada melhor do que a sua casa, mas que é necessário tanto para minha saúde como pela da criança (uce n° 634 Phi = 0,04 uci n° 33).

Se eu dissesse que eu não queria ir para casa, eu estaria mentindo, mas no meu caso eu sei que eu tenho que ficar aqui. Porque para mim eu preferia ir e vir todo dia para Fortaleza do que ter que ficar aqui longe. Mas a gente tem que colocar o pé no chão e encarar a realidade (uce n° 491 Phi = 0,03 uci n° 24).

A hospitalização foi ancorada numa dimensão biologista, revelando um único sentido no rumo da garantia do bem-estar materno-fetal, que é adesão à indicação terapêutica, para receber cuidados especializados e recuperar a saúde. A palavra tratar (Phi= 0,17) desvela a gravidez de alto risco como uma doença que requer tratamento e o hospital é o local mais adequado para evitar desfechos indesejados.

O principal motivo para eu estar aqui é pela saúde dos meus filhos e a minha saúde também. Eu estou sendo cuidada, recebendo tratamento e a vista do que eu estava, eu estou ótima. Hoje eu sei que se eu for embora, eu não vou poder manter o tratamento e vou estar prejudicando meus filhos (uce nº 492 Phi = 0,05 uci nº 24).

Aí eu não sei se foi melhor ou se eu me preocupei mais, mas eu me conformei, porque aqui eu estou sendo acompanhada e, se eu estivesse em casa, não ia saber, o que acontecendo com meu bebê (uce nº 319 Phi = 0,04 uci nº 15).

É complicado, porque a gente sempre quer estar em casa. Aqui você não tem a liberdade de fazer o que você quiser, até o cuidado da sua família não é mesmo quando você está internada, mas a gente aceita pela nossa saúde e pelo bem do filho (uce nº 635 Phi = 0,03 uci nº 33).

A hospitalização representou ainda esperança (Phi= 0,22) para essas gestantes, pois estas sentiam-se tranquilas e confiantes, uma vez que a capacidade e o potencial de intervenção da instituição hospitalar foram amplamente considerados para o sucesso da gravidez.

Quevedo (2001) e Monteiro (2012) investigaram a experiência da hospitalização para as grávidas de alto risco e constataram que a confirmação da necessidade de internamento perante o diagnóstico de gravidez de risco, também trouxe às gestantes sensações de alívio e descanso, justificada pela segurança dos cuidados recebidos em unidades especializadas, e pela contínua vigilância do bem-estar fetal, pois assistência hospitalar as deixavam mais tranquilas em relação à própria vida e à vida do bebê.

Aqui eu me sinto mais tranquila, porque eu sei que se algo vier acontecer vai dar tempo e se eu tiver em casa, não sei se vai dar tempo de chegar aqui (uce nº 577 Phi = 0,04 uci nº 30).

Bom né não. Bom é a gente estar em casa, mas é o jeito né. Tem que ficar, não pode arriscar. De que adianta ir para casa, para depois ter que voltar com 2 ou 3 dias (uce nº 343 Phi = 0,04 uci nº 17).

Esses depoimentos vão ao encontro das evocações obtidas pelo TALP para o estímulo 3, *internação*, na qual esta foi representada no contexto do cuidado, através das palavras segurança e melhorar, que denotam o hospital como local de proteção, resolutividade e recuperação da saúde, sendo, portanto, o lugar mais adequado para o atendimento às condições que determinaram a gestação como de alto risco.

Outro aspecto importante é o discurso dessas mulheres de ter no filho o principal motivo para permanecer hospitalizada. Monteiro (2012) corrobora esta ideia afirmando que o envolvimento da mulher durante a gravidez de alto risco faz com que ela se sinta responsável pela saúde do seu bebê. Essa percepção de acordo com Quevedo (2010) é decorrente do estabelecimento de vínculo entre a mãe e o seu filho e mais ainda porque a saúde deste torna-se prioritária em relação a sua.

Se quem tivesse correndo risco fosse eu, eu teria ido para casa, mas como quem está correndo risco é meu filho, eu fico. Mas se fosse só por mim, eu já tinha assinado o termo e ido para casa. Mas na condição em que meu filho se encontra de risco, eu jamais teria coragem de ir embora, a não ser que eu tivesse certeza que meu filho está bem (uce nº 663 Phi = 0,06 uci nº 34).

[...] Eu não vou para casa enquanto ela não estiver bem. Minha esperança hoje é ir para casa com minha filha, é o que eu mais desejo (uce nº 410 Phi = 0,04 uci nº 20).

Eu não vejo a hora que ele nasça, porque depois que ele nascer o que acontecer comigo não tem mais importância, mas enquanto ele tiver dentro de mim é uma vida e eu não posso brincar com a vida dele (uce nº 505 Phi = 0,03 uci nº 25).

Aqui eu sou bem tratada, todos cuidam de mim. Não tenho nada para dizer de ruim. As enfermeiras e as auxiliares são legais, são atenciosos com a gente. Gracias a Deus está tudo em paz. Se eu precisar ficar, eu fico até o final. Essas crianças foram enviadas de Deus, existe um motivo para elas estarem aqui, então essa é a força que eu busco (uce nº 493 Phi = 0,04 uci nº 24).

Eu estou tranquila. Se for pelo bem do meu bebe, eu vou ficar (uce nº 321 Phi = 0,03 uci nº 15).

Os resultados do estudo de Zampieri (2001), corroboram as manifestações evidenciadas pelas participantes neste estudo, isto é, ao mesmo tempo em que diziam estar seguras e bem atendidas, ansiavam por voltar ao seu lar, à sua rotina, mas em virtude da iminência de agravamento e pela necessidade de avaliação constante das condições clínicas e obstétricas concordavam em permanecer hospitalizadas.

Oliveira (2008) explica essa resignação através das falas das gestantes do seu estudo que demonstraram conhecer as complicações que podem suceder em consequência ao não cumprimento das recomendações da equipe de saúde.

A hospitalização foi representada nesta classe como uma circunstância da gravidez de alto risco, devido a presença de riscos reais ou potenciais que implicam em vigilância em serviços específicos e com possibilidade de prestação de cuidados altamente especializados.

5.3.3 Conteúdos representativos da gravidez para gestantes de alto risco

Esse bloco temático é constituído pelas classes 5 e 6, formado na última divisão do corpus. Ambas se aproximam lexicalmente ao abordarem a experiência da gravidez para as gestantes de alto risco, trazendo em paralelo a gravidez idealizada e a gravidez real.

Classe 5- Sobre a gravidez: sentidos atribuídos por gestantes de alto risco

É composta por 60 palavras analisáveis, 83 UCE e representa 17% do corpus. As palavras recortadas para a classe tem o Phi 0,17 e estão apresentadas no quadro 11 nas formas reduzidas e completas com o correspondente fator de frequência.

Quadro 11- Formas reduzidas, contextos semânticos e valores de Phi da Classe 5.

Fortaleza- CE, 2016

Forma reduzida	Contexto Semântico	Valor de Phi
planej	planejada	0,30
vida	vida	0,29
engravid	engravidar	0,29
aborto	aborto	0,28
gravid	gravidez	0,25
feliz	feliz	0,25
quer	querer	0,23
mud	mudou	0,21
bênção	bênção	0,20
atenção	atenção	0,20
alegr	alegria	0,19
filh	filho	0,18
imagin	imaginei	0,19
mulher	mulher	0,18
deu	Deus	0,18
amor	amor	0,18
filhos	filhos	0,18
descobri	descobri	0,18
ano	ano	0,17
doid	doida	0,17

Fonte: Relatório ALCESTE

As palavras ilustrativas da classe são: planejar (Phi= 0,30), vida (Phi= 0,29), engravidar (Phi= 0,29), gravidez (Phi= 0,25), feliz (Phi= 0,25), mudou (Phi= 0,20), bênção

(Phi= 0,20), filho (Phi= 0,18), amor (Phi= 0,18) e Deus (Phi= 0,18) que representam os significados da gravidez para as mulheres entrevistadas, como podemos ver nos relatos a seguir:

Gravidez é uma coisa que acontece na vida da mulher muito especial, pelo menos na minha, porque é o primeiro filho e eu estou muito feliz com a minha gravidez, graça a Deus (uce nº 311 Phi = 0,04 uci nº 15).

Gravidez é tudo na vida da gente (uce nº 537 Phi = 0,04 uci nº 28).

Observa-se, também, nos discursos a referência à figura de Deus, relacionando a gravidez a um dom ou benção divina e revelando a forte crença religiosa que permeia as representações acerca da gravidez, o que se evidencia na elevada frequência da palavra Deus (Phi= 0,18) para constituição da classe.

É uma alegria imensa, filho é benção de Deus, apesar das dificuldades filho é uma benção [...] (uce nº 207 Phi = 0,05 uci nº 11).

Eu não estava planejando engravidar, mas Deus, nosso Senhor, me deu. A gravidez é um presente de Deus, porque para ser mãe é preciso ter o dom [...] (uce nº 453 Phi = 0,04 uci nº 24).

O processo de gestar é ancorado em uma complexa inter-relação entre questões simbólicas, como os valores, crenças e discursos presentes na sociedade; além de questões como a família, comunidade e interações pessoais e de aspectos individuais. Estes estão em permanente transformação, influenciando e sendo influenciados pelas pessoas por meio de suas vivências cotidianas (MERÇON-VARGAS ROSA & DELL'AGLIO, 2014).

Constata-se nessas UCEs uma extensão das evocações das gestantes a respeito do estímulo *gravidez*, revelada e significada nas palavras: vida, sonho e benção, evidenciando uma espessura de subjetividade e particularidade na vivência da gravidez. Contudo, os discursos produzidos pelas gestantes admitem uma influência do discurso coletivo que acomoda o senso comum sobre a gravidez, salientando também que esses conteúdos têm referência social.

Nota-se o forte sentido religioso associado a gestação, ancorando-a numa dimensão divina e não em um caráter fisiológico, pois é presente nos discursos a vida e a possibilidade de gestar como atributos concedidos por Deus. Dado que 63, 2% das gestantes eram católicas, esse fato se apoia na crença disseminada pela igreja, que à mulher caberia a procriação e o cuidado aos filhos, conferindo desse modo uma áurea sagrada à experiência da gravidez. Assim, de acordo com Moscovici (2012), pode-se reafirmar o caráter histórico da construção das representações sociais.

A palavra planejar tem maior Phi (0,30) e reflete dois contextos frente à programação da gravidez:

Eu queria engravidar, já fazia um ano que a gente estava planejando (uce nº 638 Phi = 0,07 uci nº 34).

Eu já estava esperando e já tinha planejado engravidar. Fazia 7 anos que eu tomava medicação e quando foi em dezembro eu parei de tomar e em janeiro já descobri que estava grávida (uce nº 346 Phi = 0,04 uci nº 18).

Eu não estava planejando engravidar, foi muito casual, até porque eu não tenho nenhum relacionamento com o pai da criança (uce nº 382 Phi = 0,04 uci nº 19).

É uma surpresa, né. Quando eu descobri que estava grávida, só falei correr doida, porque fazia tempo que eu e meu marido queria. Eu já esperava, só que não foi planejada, aí quando veio a notícia todo mundo ficou feliz (uce nº 334 Phi = 0,04 uci nº 17).

Ao analisar os depoimentos das gestantes, afere-se que o planejamento para engravidar fez parte da vida das gestantes, seja de forma imediata ou tardia, porém desloca-se para a ausência de planejamento reprodutivo efetivo, uma vez que muitas mulheres engravidaram sem intenção.

Embora, existam contradições nos discursos sobre gestação planejada versus não planejada, percebe-se que existia o desejo, ainda que inconsciente de sua ocorrência. Quevedo em sua dissertação e tese, respectivamente nos anos de 2001 e 2010, encontrou resultados semelhantes no cerne do planejamento reprodutivo. Segundo Tachinbana et. al (2006), isso ocorre pois cada gestação que acontece é porque existe o desejo de uma mulher em tornar-se mãe.

Quanto a isso, estudo realizado com 126 mulheres em São Paulo através do London Measure of Unplanned Pregnancy, versão Brasil constatou prevalência de 33,3% para o planejamento da gravidez, sendo os fatores associados ter parceria estável, não estar na primeira gestação e já ter vivenciado um abortamento (BORGES, HOGA, FUJIMORI, BARBOSA, 2011).

O Ministério da Saúde, por sua vez estima que, do total das gestações, pelo menos a metade não é inicialmente planejada, embora ela possa ser desejada e atribui destaque ao planejamento reprodutivo, sendo este um direito garantido através de políticas e leis, além de considerá-lo a primeira etapa da assistência pré-natal (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2012c).

Considerando a gravidez como um fenômeno multidimensional capaz de despertar sensações que são experimentados de forma singular, de acordo com sua experiência, valores e crenças, as gestantes expressaram seus sentimentos nas palavras feliz (Phi= 0,25),

alegria ($\Phi = 0,19$), amor ($\Phi = 0,18$). Ainda outras sensações como desafio, responsabilidade, ansiedade foram verbalizadas pelas gestantes.

A gravidez era o que eu queria, mas é muito desafio, é muito amor, até porque desde que eu engravidei que eu vinha sofrendo. Eu não tinha noção do que era gravidez. Eu achava que era só engravidar e ter um filho, mas é muito mais do que isso (uce nº 513 $\Phi = 0,05$ uci nº 26).

Quando eu descobri que estava grávida, eu fiquei imaginando que era uma responsabilidade enorme. No começo, não fiquei muito feliz não, porque não estava nos meus planos, mas agora já estou feliz (uce nº 52 $\Phi = 0,04$ uci nº 4).

Gravidez para mim é uma ansiedade. Ansiedade para saber como era, o que iria acontecer, qual era o sexo do bebê. Eu fiquei muito feliz também, está ótimo. Para mim foi uma experiência maravilhosa (uce nº 382 $\Phi = 0,04$ uci nº 19).

O léxico mudou ($\Phi = 0,20$) surge em um contexto semântico de mudança, pois algumas gestantes consideraram a gravidez um evento transformador em sua vida, seja pela necessidade de readequar seus projetos e reajuste de papéis ou pelas sensações vividas.

Para mim, hoje eu amo antes meu filho do que a mim mesmo. Depois da minha gravidez a vida fez outro sentido para mim. A minha vida mudou da água para o vinho depois que eu engravidei, no sentido de você se cuidar mais, de você se amar mais, você presta mais atenção, no sentido de dar valor a vida (uce nº 638 $\Phi = 0,07$ uci nº 34).

Eu imagino que agora esse menino vai ser minha companhia. Eu queria ser mãe, mas lá na frente, agora não. E agora eu vou ter que mudar os meus planos (uce nº 53 $\Phi = 0,04$ uci nº 4).

A gravidez mudou muito a minha vida. Primeiro porque eu não imaginava engravidar nunca mais na minha vida e toda a atenção que eu tinha era na minha filha (uce nº 462 $\Phi = 0,04$ uci nº 24).

A gestante 34 refere ter mais atenção consigo mesma por causa da gravidez, de se cuidar mais pelo amor ao filho, numa proporção em que cuidar de si estando gestante é cuidar do filho. Já as gestantes 4 e 24 afirmaram que devido a gravidez terão que adaptar suas vidas para a adoção do papel de mãe ou para a chegada de mais um filho, o que requererá uma divisão nos cuidados entre a prole.

Como descreve Maldonado (2002), a gravidez é um período de muitas mudanças para a mulher, decorrentes das inter-relações entre fatores sociais, hormonais e psicológicos. As vivências neste período são complexas, podem confrontar sentimentos ambivalentes e despertar conflitos em relação a perspectiva de mudanças e novas adaptações em função de seu novo papel.

Nesse interim a gestação esteve também interligada à maternidade, uma vez que as mulheres a partir da gravidez já se percebiam mães.

A experiência da gravidez tem sido ótima. Eu já me sinto mãe, eu já me sinto como se eu tivesse cuidando dela. Ser mãe é conhecer, criar e entender seu filho, realmente curtir a maternidade (uce nº 345 Phi = 0,04 uci nº 18).

É maravilhoso. Eu gosto muito de ser mãe. [...] É muito bom gerar uma vida dentro de você, saber que aquela vida depende de você é muito bom. Para mim, a maternidade não tem explicação (uce nº 139 Phi = 0,03 uci nº 7).

[...] A maternidade é você se doar para os seus filhos e eu espero o nascimento das minhas filhas, que vai ser uma vitória para mim (uce nº 513 Phi = 0,05 uci nº 26).

A gestação esteve ancorada no exercício da maternidade, função esta histórica e socialmente atribuída à mulher, e objetivada na figura do filho. Isso justifica os elevados Phi das palavras filho e filhos, ambas Phi= 0,18, e sua forte ligação com a classe. Bem como faz referência a presença da palavra filho e maternidade como elemento estruturante das representações sociais para o estímulo *gravidez* a partir do TALP.

Gerar filhos tem um forte significado social e cultural, como a constituição familiar, a perpetuação da espécie, solidificar a relação conjugal, seguir mandamentos religiosos, exercer o papel de pais – todas expectativas relacionadas tanto ao filho, quanto a ser pai e mãe (MERÇON-VARGAS ROSA & DELL'AGLIO, 2014). Entretanto a gravidez e a maternidade são representadas histórica e culturalmente como papel feminino e para a mulher pode representar a confirmação de sua feminilidade (LEITE & FROTA, 2014).

Cabe destacar ainda que o vocábulo aborto (Phi=0,28) converge nos discursos para a ocorrência deste fato entre as entrevistadas, uma vez que 24,9% das participantes deste estudo tiveram pelo menos um aborto.

Eu perdi o outro por causa de uma raiva do pai dela. Só que aí 6 meses depois eu engravidei de novo, mas eu já estava ficando doida, porque eu estou esperando essa gravidez há 8 anos, desde os 20 anos que eu quero ser mãe (uce nº 206 Phi = 0,05 uci nº 11).

Tive um aborto há 3 anos e nesse intervalo eu não tomava nada para prevenir (uce nº 411 Phi = 0,05 uci nº 21).

Assunção e Tossi (2003) retratam o aborto com um evento de conotação extremamente negativa, representado como uma frustração da maternidade, por atingir aspectos relacionados à própria identidade feminina, aos valores sociais, aos costumes, aos mitos e às expectativas da sociedade, além das expectativas do próprio casal quanto à formação de uma família.

Ao analisar os discursos das gestantes no entorno do abortamento, depreende-se que a gravidez atual representa a priori uma afirmação do desejo, ainda que intrínseco, de

engravidar e ser mãe e a posteriori a certificação de sua capacidade reprodutiva e a definição da identidade social da mulher-mãe.

A participação e o apoio da família e do pai da criança foram considerados fatores influentes para a vivência da gravidez, afirmando que a presença dos familiares atribui significado à experiência.

Desse eu tenho apoio do meu marido, a família dele apoia, todo mundo me apoia. Esta gravidez foi bem melhor, mais esperada por todos. A outra nem o pai queria, porque ele já tem outros filhos com outras mulheres e esse é o primeiro filho do meu atual marido (uce n° 162 Phi = 0,04 uci n° 8).

No estudo de Petroni et. al (2012), sentimentos relativos ao suporte familiar, principalmente da família e do companheiro, durante gestação foram expressos e consistiram em fator relevante para a experiência. Por sua vez Quevedo (2010) e Wilhem (2014) consideram esse suporte fundamental para o bem-estar das gestantes por interferirem de positiva, reduzindo a ansiedade e deixando-as mais confiantes e seguras em relação ao desenvolvimento da gestação.

Apresenta-se os elementos trazidos nesta classe como uma representação consensual sobre a gravidez para as gestantes entrevistadas, uma vez que não houve associação de nenhuma variável à formação desta classe. De um modo geral, as gestantes revelaram sentimentos de alegria, felicidade e amor ao falarem da sua gestação, revestindo de afeto a experiência e ratificando desse modo as crenças de tornar-se mãe marcada por um amor incondicional, doação, expectativas e sonhos. Pode-se, assim, compreender os discursos historicamente construídos acerca da função reprodutiva da mulher e da dedicação aos filhos enquanto elementos fundamentais para a constituição dessas representações sociais.

Classe 6- Problema, perigo e medo: Concepções acerca da gravidez de alto risco

A classe 6 é a menor em termos de significância estatística, agregando 49 palavras analisáveis, 49 UCE em 10% do total. As palavras que apresentaram Phi igual ou superior a 0,14 foram selecionadas como as mais representativas e estão exibidas no Quadro 12.

Quadro 12- Formas reduzidas, contextos semânticos e valores de Phi da Classe 6.

Fortaleza- CE, 2016

Forma reduzida	Contexto Semântico	Valor de Phi
diferente	Diferente	0,35

dess	Dessa	0,32
prim	Primeira	0,28
acontec	Acontecer	0,27
gestação	Gestação	0,27
problema	Problema	0,26
saudável	Saudável	0,24
prepar	Preparar	0,23
relação	Relação	0,23
senti	Sentimento	0,23
med	Medo	0,22
diferença	Diferença	0,21
gravid	Gravidez	0,20
vejo	Vejo	0,19
risco	Risco	0,18
tenho	Tenho	0,18
sub	subir	0,18
cois	Coisa	0,16
fum	Fumava	0,14
mesma	Mesma	0,14

Fonte: Relatório ALCESTE

As palavras que melhor abrangem os sentidos da classe são: diferente (Phi= 0,35), dessa (Phi= 0,32), primeira (Phi= 0,28), gestação (Phi= 0,27), problema (Phi= 0,26), saudável (Phi= 0,24), gravidez (Phi= 0,20) e risco (Phi= 0,18), que expressam as percepções e vivências das gestantes frente a gravidez de alto risco.

Os vocábulos dessa (Phi= 0,32) e primeira (Phi= 0,28) mantêm uma relação de oposição que traduz a gravidez atual e a gravidez anterior, complementando o sentido com a palavra diferente (Phi= 0,35), evidenciando a comparação feita pelas gestantes respaldadas pelas suas percepções acerca de sua gravidez. As palavras problema (Phi= 0,26), saudável (Phi= 0,24) e risco (Phi= 0,18) integram a visão dessas mulheres sobre a experiência da gravidez de alto risco.

[...] Porque gravidez de risco é uma gravidez problemática, diferente de uma gestação saudável (uce nº 212 Phi = 0,05 uci nº 11).

Esse problema desse sangramento é muito diferente das minhas outras gravidez, nas outras eu não sentia nada, não tinha repouso, eu trabalhava normal, não tinha essas coisas. A gravidez de risco é um risco mesmo, e que a qualquer momento pode acontecer algo inesperado, é uma coisa no escuro, a gente nunca sabe (uce n° 25 Phi = 0,05 uci n° 2).

Foi muito diferente das outras, porque nas outras eu não senti nada, só a pressão alta, que subiu no final e essa agora desde o começo que eu sinto coisas (uce n° 323 Phi = 0,04 uci n° 16).

Está sendo diferente, porque na outra gestação eu não tive a internação e eu não tive a perda de líquido [...] (uce n° 186 Phi = 0,03 uci n° 10).

Percebeu-se que a vivência das mães esteve permeada pelas lembranças de gestações anteriores, manifestadas pela comparação entre as gestações, tanto nos aspectos físicos quanto emocionais. Isso explica a relevância significativa atribuída a variável número de gestações (ges_2), sendo a classe representada por multigestas, ou seja, mulheres que já haviam experienciado a gravidez.

Wagner (2000) afirma que as experiências contraditórias servem de subsídio para a elaboração do conhecimento de senso comum nas sociedades modernas e que estas decorrem de mudanças no contexto de vida dos sujeitos. Moscovici (2012) atribui uma necessidade prática para essas reelaborações da concepção dos objetos sociais: “tornar o incomum comum”.

Aproximando tais conceitos deste estudo, as gestantes através da comparação entre uma gravidez de baixo risco, dita saudável e a gravidez de alto risco, representaram-na como uma fuga do que é considerado normal, esperado ou desejado para uma gestação: que esta transcorra sem alterações e termine com o nascimento de uma criança saudável.

Os termos gravidez (Phi= 0,20) e risco (Phi= 0,18) constituem-se como representativos, dado que retratam o objeto principal discutido pela classe: a experiência e o sentido da gravidez de alto risco.

Essa gravidez de alto risco foi representada pelas gestantes desse estudo como um problema (Phi= 0,26), que foi ancorado nas vivências das gestantes, tanto pessoais como de outras gestantes, que são difundidas e observadas no meio social através das interações e da comunicação.

Eu não queria engravidar mais, mas eu esqueci de tomar o remédio e aconteceu. Eu passei muita coisa por causa dessa gravidez. Eu nunca mais quero engravidar. Um problema muito grande essa gravidez. E eu já tinha uma filha, ainda fui inventar outra (uce n° 585 Phi = 0,03 uci n° 31).

A gravidez de risco eu acho que é um perigo, a qualquer momento pode acontecer alguma coisa. Eu vejo aqui as meninas de gestação de risco, em muitas, a criança nasce antes do tempo e eu fiquei preocupada de acontecer comigo também, tanto pelo sangramento como depois pela diabetes (uce n° 63 Phi = 0,04 uci n° 4).

Essa gravidez está dando mais trabalho do que a outra, eu tive mais problemas, eu senti mais coisa (uce nº 601 Phi = 0,03 uci nº 32).

Simmons, em seu estudo realizado em 2011, sobre a gravidez de alto risco, indicou que o rótulo de “alto risco” pode reverter o sentido atribuído a gestação, pois a mulher passa a lamentar a perda da gravidez idealizada e lutar contra o resultado incerto da gravidez que experimenta. Os dados desse estudo permitem confirmar as conclusões de Simmons, considerando que as gestantes quando estimuladas a falar sobre *gravidez de risco* através do TALP, mencionaram problema, luta e inesperado e justificaram essas representações nas UCEs supracitadas.

Para Jodelet (2004), as Representações Sociais são conceitos criados pelos e para os homens, com o intuito de dotar a suas visões de mundo e de si mesmos de uma totalidade que confere à realidade um sentido orientador, por meio dos quais as pessoas constroem e interpretam seu mundo e sua vida. A gravidez de alto risco tornou-se compreensível para as gestantes através dos seus sentimentos e vivências, que contribuíram para estruturar o conhecimento do senso comum para o grupo.

A verdade e a racionalidade das representações sociais resultam da correspondência entre conhecimento representado e fonte de evidência disponível (WAGNER, 2000). Para Moscovici (2012) a evidência que serve de parâmetro para construir esse conhecimento é um consenso social. Assim as representações sociais têm uma verdade fiduciária que é gerada pela confiança colocada nas informações e julgamentos compartilhados entre as pessoas. A UCE nº 63 configura esta questão, expondo que o convívio com outras gestantes de alto risco proporciona uma relação identificatória, ou seja, instaura-se uma lógica de reciprocidade que norteia o pensamento: “se aconteceu com ela vai acontecer comigo também”.

Quevedo (2010) em sua tese de doutorado encontrou que gestantes quando diagnosticadas como de alto risco sofrem uma desvalorização de sua imagem, sentem-se culpadas, incapazes e defeituosas. Entretanto em nosso estudo não encontramos tal associação, demonstrando o caráter dinâmico e mutável das representações sociais, que podem ser reconstruídas e reformuladas ao longo da experiência vivida pelo ser humano, que são dependentes do contexto local e do grupo social a que os indivíduos pertencem, sendo modificadas e influenciadas pelos acontecimentos diários acerca de um determinado fenômeno (MOSCOVICI, 2012a).

O termo sentimento (Phi=0,23) possui sentido em si mesmo, uma vez que frente ao diagnóstico de gravidez de alto risco houve uma exacerbação da sensibilidade. Alguns desses sentimentos foram verbalizados pelas entrevistadas:

A diferença é no sentimento, que eu não sabia que era tão forte assim em relação a criança. Eu descobri o amor de uma mãe quando ele disse que tinha a possibilidade dela não sobreviver (uce nº 406 Phi = 0,04 uci nº 20).

É difícil, porque você não sabe se você vai até o final, não sabe o que vai acontecer e fica naquela expectativa. Eu senti diferença dessa para a outra gravidez. O mais coisado [complicado] foi a perda de líquido, porque quando eu vim para cá ela era muito prematurinha, aí digamos que eles diziam que não sabia se ela poderia ou não poderia resistir (uce nº 73 Phi = 0,04 uci nº 5).

O sentimento que eu tenho hoje é de preocupação, de preocupação com nós dois, mas até o presente momento a preocupação maior é com ela. Antes desse sangramento eu não tinha preocupação nenhuma (uce nº 20 Phi = 0,03 uci nº 2).

O medo (Phi= 0,22) apresenta significância estatística em relação a classe e foi a sensação mais relatada pelas gestantes desse estudo, o medo da morte, da prematuridade ou de más-formações. Todavia, enquanto algumas gestantes mostraram-se conscientes a respeito do risco, outras evitaram pensar.

Eu sei do risco que isso faz, por isso eu tenho medo dela nascer com problema. Nas outras gravidezes eu também fumava, mas eu não tinha medo, só dessa, acho que é porque eu estou internada. Tenho medo de acontecer algo comigo ou com minha filha, então faço tudo que me pedem (uce nº 17 Phi = 0,06 uci nº 1).

Eu tenho medo de perder minha filha, ou ela nascer com algum problema de saúde. Eu sou muito insegura. Eu tenho medo de não levar a gestação até o final ou acontecer algum problema com ela ou ela morrer (uce nº 574 Phi = 0,05 uci nº 30).

Eu prefiro não saber. Eu procuro não pensar na gravidez de risco, porque a primeira coisa que vem na minha cabeça é o medo. O medo de perder a criança, aí quando eu começo a ter esse medo, eu começo a pensar em outras coisas, porque qualquer coisa que eu fico abalada (uce nº 629 Phi = 0,03 uci nº 33).

[...] mas eu peço muito a Deus, porque eu sei que a qualquer momento tudo pode acontecer e eu tenho muito medo (uce nº 284 Phi = 0,03 uci nº 14).

Defronte aos diferentes relatos, percebe-se que diversos sentimentos coabitam de forma indissociável os pensamentos e as vivências das gestantes, indo fortalecer a ideia de confusão e turbilhão de sentimentos, mencionados por Maldonado (2002), Monteiro (2012), Quevedo (2010), Souza (2009) Wilhem (2014), associados ao impacto que é tomar consciência de uma gravidez de alto risco.

Houve consonância entre as evocações no TALP e as entrevistas, que trouxeram o medo, a preocupação e a morte como domínios estritamente ligados a representação social da gravidez de alto risco, uma vez foi expressa pelas gestantes como uma condição de incerteza, inesperada e por isso produtora de medos e inseguranças.

Costa (2002) e Oliveira (2008) destacam que quando diagnosticadas como de “alto risco”, as gestantes passam a verbalizar o medo de morrer, de que o filho apresente uma anormalidade ou que venha a falecer. Quevedo (2006) e Zampieri (2001) confirmam a

existência desses sentimentos, destacando ainda o medo do parto prematuro, uma grande ansiedade, além da sensação de falha e autocensura, que passam a ser preocupações e motivos de estresse para essas mulheres.

A gravidez de alto risco foi objetivada na morte, no parto prematuro, na má-formação. Nesse sentido, a relação estabelecida pelas gestantes entre o alto risco e a morte, a prematuridade e as anomalias evidenciam a disseminação dos indicadores de saúde materno-infantil, que anteriormente representavam tão somente a ciência, agora passam a compor um saber popular, constituindo um universo reificado.

Ademais, verificou-se que 41,2% das gestantes desse estudo apresentaram intercorrências em gestações anteriores. Alguns depoimentos podem validar esse dado, a exemplos:

A minha gravidez não foi planejada, aconteceu. Eu tinha muito medo por causa do problema que aconteceu na outra e o médico já tinha me dito que eu fizesse o possível para não engravidar, porque poderia ser de risco (uce nº 70 Phi = 0,03 uci nº 5).

Quando a pessoa não sabe que isso pode acontecer, é um susto, mas no meu caso eu já estava me preparando para isso. Agora é muita coisa ruim. Hoje, eu acho que eu tenho pânico, porque eu estou toda furada aqui, toda roxa. Eu choro, eu faço maior escândalo, porque esses remédio parecem que estão queimando minhas veias (uce nº 200 Phi = 0,05 uci nº 10).

Azevedo (2009) interpreta experiências anteriores de gravidez de alto risco como fator que influencia as representações acerca da gravidez atual. Para ele, quando a mulher estava vivenciando o risco pela primeira vez, as representações estavam ligadas à preocupação e angústia em relação ao desconhecido. Já para aquelas que manifestaram o risco em gestação anterior, o trauma, o temor e o desespero foram prevalentes.

As gestantes trazem em suas falas a compreensão do universo consensual sobre a gravidez, considerada saudável e a de alto risco, e essa interpretação guia seus pensamentos e seus sentimentos. Enquanto a primeira representa a idealização, a segunda as dificuldades e as dúvidas, o que delinea a representação social da gravidez de alto risco atravessada por significados em contradição: amor e problema.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ciclo gravídico é um fenômeno de espessura social que envolve a mulher, a família, a sociedade, os profissionais e os serviços de saúde. Como tal, é repleto de expectativas, idealizações, valores, crenças que se difundem e se reconstroem ao longo da experiência humana e que só podem ser compreendidos a partir da interpretação de quem a vive e em seu universo tanto imaginativo como concreto.

Face aos múltiplos olhares que podem ser direcionados à gestação, optou-se por revelá-la a partir do prisma da gestação de alto risco com necessidade de hospitalização, considerando-a um evento restrito a uma parcela das gestantes e, portanto, incomum, mas de consequências avassaladoras do ponto de vista epidemiológico e psicológico. Assim, pôde-se conhecer os elementos representacionais através dos quais gestantes conhecem, sente e pensam o diagnóstico de gravidez de alto risco e a hospitalização.

Nessa direção, as gestantes discorreram sobre as nuances de sua trajetória desde a programação, a descoberta da gravidez, o diagnóstico de alto risco e a hospitalização. Cada etapa foi vivida, sentida, significada e elaborada a partir da própria experiência, do senso comum e do conhecimento científico.

Sob a ótica das representações sociais foi possível dimensionar não só o pensamento e as percepções, mas a explicação, o posicionamento e as ações das gestantes quanto à vivência dessa experiência. Pode-se concluir que há dois grandes grupos de representações para a gravidez de alto risco e a hospitalização: representações relacionadas ao senso comum e ao discurso coletivo e representações que sofrem influência do quadro clínico e do conhecimento científico.

Percebe-se, nas falas das gestantes, a gravidez permeada por sentimentos como o amor, carinho, felicidade, doação e benção divina. A gravidez foi representada como símbolo de vida, como a concretização do sonho de ser mãe, a expectativa pelo nascimento de um filho e como a conquista de uma função extremamente valorizada pela sociedade: a maternidade.

Na produção dos sentidos sobre a gravidez, reconheceram a família como pilar que dá significado a essa vivência, sendo a instituição social que serve de referência para os desejos e ideais acerca da maternidade e na qual se espelham para o exercício de sua função socialmente definida: gerar e cuidar de seu filho.

A compreensão das gestantes frente à situação de gravidez de alto risco, contrapõe a representação da gravidez ideal. Os sentimentos despertados remetem ao medo, à ansiedade,

à insegurança, simbolizando algo que as gestantes não controlam, uma vez que existe a passividade de intercorrências.

Constatou-se que as grávidas entendem o que é uma gravidez de risco, estando presente a noção de que esta traduz uma complicação/perigo/problema para a mãe ou para o feto ou para ambos, e que pode inclusive afetar o resultado da gravidez, expressos nos termos de perda, morte, parto prematuro ou mal- formações.

No presente estudo, pôde-se evidenciar que as gestantes associam o diagnóstico de gravidez de alto risco a um período de fragilidades, em que é necessário seguir e aderir às propostas terapêuticas para evitar possíveis complicações, e prezar pela sua saúde e de seu filho, entre as terapêuticas os exames, as consultas pré-natais, o controle da glicemia e a hospitalização foram significados.

O diagnóstico de gravidez de alto risco foi ainda representado numa dimensão técnica como uma doença a ser tratada, expressa nos sinais e sintomas, em procedimentos, exames, medicações e na própria hospitalização, significando para as gestantes uma linha tênue entre a vida e a morte, sua ou de seu filho. Essa representação foi amparada pelo saber científico reinterpretado pelo conhecimento popular para tornar o seu diagnóstico uma realidade conhecida.

É esse conhecimento social acerca do diagnóstico que justifica e orienta o posicionamento das gestantes frente a hospitalização. O hospital foi representado como o local adequado para o atendimento às condições que resultaram na gravidez de alto risco, pois possuíam os recursos necessários para monitorar e intervir, garantindo um desfecho satisfatório da gravidez.

Contudo, as mudanças no contexto de vida e nas relações sociais impostas pela própria condição de risco que resultou na hospitalização demandaram esforços adaptativos e definiram a internação como um momento difícil e de sofrimento. A preocupação das gestantes com o bem-estar do filho foi a principal motivação para a superação desta fase e esteve sempre sobreposta a preocupação consigo mesma.

A família ressurge nos discursos como uma fonte de suporte emocional, confiança e apoio, bem como o elo de ligação da gestante com o mundo exterior, amenizando o caráter negativo da hospitalização. As experiências compartilhadas com outras gestantes, que vivenciam condições similares, construíram uma relação identificadora e proporcionaram um encontro e ajuda mútua que possibilitou um enfrentamento mais tranquilo desta fase.

Em relação ao acompanhamento pelos profissionais de saúde, sabe-se que a gestação de alto risco requer uma equipe multiprofissional, entretanto percebe-se pelo discurso

das gestantes que a atribuição notadamente reconhecida é a do profissional médico, sendo consensual entre elas, que este determina e decide o desfecho da gravidez.

Quanto a isso, inquieta o fato do cuidado realizado pelos demais membros da equipe não ser valorizado ou significativo para essas gestantes. Propõe-se, então, que os profissionais de saúde devem conhecer e considerar os universos imaginários e simbólicos das gestantes, pautando a sua assistência nos conhecimentos socialmente elaborado dessas mulheres, para que as suas ações sejam de efetivo suporte e o cuidado oferecido tenha verdadeiro valor para elas.

Como limitações deste estudo evidenciam-se o quantitativo de participantes e a restrição à duas maternidades públicas de referência do estado do Ceará, devendo-se ser ampliado para as demais, incluindo os serviços da rede privada que também atendem gestantes de alto risco.

Cientes que o fenômeno estudado está repleto de possibilidades, sendo um convite a outros olhares, sugere-se que novos estudos possam ser desenvolvidos, estendendo a compreensão dos significados vividos para os familiares e profissionais que convivem com a gravidez de alto risco. Além de desenvolver estratégias efetivamente capazes de reduzir os internamentos durante a gravidez, tendo no pré-natal um espaço legítimo para o cuidado integral e humanizado, coerente com os preceitos dos programas e políticas direcionados à saúde materna- fetal.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, Jean- Claude. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: CAMPOS, Pedro Humberto Farias; LOUREIRO, Marcos Correia da Silva (Org.). **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia: UCG, 2003, p. 37-57.
- _____. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denize Cristina. **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: Ed. AB, 2000. p. 27-38.
- _____. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, ALMEIDA, Cristiane Andréa Locatelli de; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 98-104, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000100013>.
- ALVÂNTARA, Anelise Montañes; VESCE, Gabriela Eyng Possolli. As representações sociais no discurso do sujeito coletivo no âmbito da pesquisa qualitativa. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2008, Curitiba. **Anais eletrônicos...** Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2008. p. 2208-20. Disponível em: <http://www.pucpr.edu.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/724_599.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2015.
- ASSUNÇÃO, Aline Taborda; TOCCI, Heloísa Antonia. Repercussão emocional do aborto espontâneo. **Rev Enferm UNISA**, Santo Amaro, v. 4, p. 5- 12, 2003.
- AZEVEDO, Daniela Vasconcelos de et al. Percepções e sentimentos de gestantes e puérperas sobre a pré-eclampsia. **Salud pública**, v. 3, n. 11, p.347-57, 2009.
- BANDEIRA, L. Relação de gênero, corpo e sexualidade. In: GALVÃO, L; DIAS, J. (Orgs). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1999.
- BARROS, Sônia Maria Oliveira de. **Enfermagem obstétrica e ginecológica**: guia para a prática assistencial. 2 ed. São Paulo: Roca, 2009.
- BASEGIO, Diógenes Luis et. al.. **Manual de obstetrícia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Informações de saúde. Indicadores de Saúde e Pactuações. Partos de Alto Risco no Ceará, 2014- 2015. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201>>. Acesso em: 01 nov. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Paginas/pacto.htm>>. Acesso em: 28 ago. 2015.
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Objetiva efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano das práticas de gestão e fomentar trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a produção de

sujeitos. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/humanizasus>>. Acesso em: 12 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013**. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html>. Acesso em: 30 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 30 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher**.

Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em:

<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folder/05_0009_F.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: informações para gestores e técnicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:

<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2015

_____. Ministério da Saúde. **Relatório de gestão 2003 a 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**, Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução 466/2012**. Conselho Nacional de Saúde/MS. Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. 2012a.

Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em Saúde**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/AGENDA_PORTUGUES_MONTADO.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2 ed, 3 reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 318 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. 302 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 28 ago. 2015

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **Programa de Prevenção da Gravidez de Alto-Risco**: normas para a identificação e controle dos riscos reprodutivos, obstétrico e da infertilidade no Programa de Saúde Materno-Infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 1978.

_____. Sistema de Informação de Atenção Básica. **Painel de Monitoramento Mortalidade Materna**. Dez. 2015. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw> >. Acesso em: 25 out. 2016.

BORGES, Ana Luiza Vilela et. al. Planejamento da gravidez: prevalência e aspectos associados. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2 esp., p. 1679- 84, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jul. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000800007>.

BORGES, Moema da Silva; SANTOS, Marília Borges Couto; PINHEIRO, Tiago Gomes. Representações sociais sobre religião e espiritualidade. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 4, p. 609-16, jul./ago. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/0034-7167-reben-68-04-0609.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2016.

BROOTEN, Dorothy; YOUNGBLUT, JoAnne M.; DONAHUE Deborah; HAMILTON, Margaret; HANNAN, Jean, NEFF, Donna Felber. Women With High-Risk Pregnancies, Problems, and APN Interventions. **J Nurs Scholarsh**, v. 39, n.4, p. 349- 57, 2007. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov.ez76.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC3532049/>>. Access on: 29 Sept. 2015. doi:10.1111/j.1547-5069.2007.00192.x

CAETANO, L. C.; NETTO, L; MANDUCA, J.N.L. Gravidez depois dos 35 anos: uma revisão sistemática da literatura. **Nursing Journal of Minas Gerais.**, v.15, n. 4, p. 579- 87, 2011. Disponível em: <http://www.dxdoi.org/s1415>>. Acesso em: 16 dez. 2015.

CAMARGO, Brígido Vizeu. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes. et al. (org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB, 2005.

CARVALHEIRA, A.P.P; TONETE, V.L.P; PARADA, C.M.G.L. Feelings and Perceptions of Women in the Pregnancy-Puerperal Cycle Who Survived Severe Maternal Morbidity. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 18, n.6, p. 1187-94, 2010. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1692010000600020&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000600020>>. Access on: 02 Nov. 2016.

CEARÁ. Secretária de Saúde do Estado. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde. Núcleo de Vigilância Epidemiológica. **Informe Epidemiológico Mortalidade Materna, 2015**. Disponível em: <www.saude.ce.gov.br>. Acesso em: 10 set. 2016.

COSTA, Ana Maria. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1073- 83, ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 set. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400014>.

COSTA, M. da C. et al . Gestação de risco: percepção e sentimentos das gestantes com amniorrexe prematura. **Enferm. glob.**, Murcia, n. 20, out. 2010. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000300006&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2015.

COSTA, Idevânia Geraldina. As percepções da gravidez de risco para a gestante e as implicações familiares. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 30-46, jan. 2002. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2015.

COUTINHO, Maria da Penha de Lima; NÓBREGA, Sheva Maia da; ARAÚJO, Lidianne Silva. Software Trideux- Uma ferramenta metodológica aplicada ao campo de pesquisas em Representações Sociais. In: COUTINHO, Maria da Penha de Lima; SARAIVA, Evelyn Rúbia de Albuquerque (Orgs). **Métodos em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas**. João Pessoa: UFPB, 2011.

COUTINHO, Maria da Penha de Lima; NÓBREGA, Sheva Maia da.; CATÃO, M. de. F. F. M. Contribuições teórico-metodológicas acerca do uso dos instrumentos projetivos no campo das representações sociais. In: COUTINHO, Maria da Penha de Lima; LIMA, A. da. Silva; OLIVEIRA, F. B. de.; FORTUNATO, Maria L. (Orgs). **Representações sociais: abordagem interdisciplinar**. João Pessoa: UFPB, 2003.

DANERREK, Margaretha; MARSAL, Karel; CUTTINI, Marina; LINGMAN, Goran; NILSTUN, Tore; DYKES, Anna-Karin. Attitudes of Swedish midwives towards management of extremely preterm labour and birth. **Midwifery**, v.28, p. 857- 64, 2012. Available from: <<http://www.sciencedirect.com.ez76.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0266613811001720>>. Access on: 15 Nov. 2015.

DIAS, Andréa Basílio; OLIVEIRA, Leonor; DIAS, Denise Gamio; SANTANA, Maria da Glória. O toque afetivo na visão do enfermeiro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 5, p. 603-607, out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

71672008000500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 dez. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000500012>.

DOUDOU, Hilana Dayana. **Representações sociais de puérperas sobre o autocuidado e o cuidado de enfermagem no puerpério**. 2015. 134f. Dissertação (Mestrado Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde)- Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2015. Disponível em:
<http://www.uece.br/cmaccis/dmdocuments/hilana.pdf>>. Acesso em: 25 dez. 2015.

DOURADO, Viviani Guilherme; PELLOSO, Sandra Marisa. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 69-74, mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 nov. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000100012>.

ESTEVES, Carolina Marocco; SONEGO, Joice Cadore; VIVIAN, Aline Groff; LOPES, Rita de Cássia Sobreira; PICCININI, Cesar Augusto. A gestação do segundo filho: sentimentos e expectativas da mãe. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 44, n. 4, p. 542-51, out./dez. 2013. Disponível em:
<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/12284/10847>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

FERREIRA, Fernanda Gonçalves. **Aspectos culturais relacionados à gestação, parto e puerpério e sua importância para as estratégias de educação em saúde: um levantamento bibliográfico**. 2011. 21 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade de Minas Gerais, Campo Gerais, 2011. Disponível em: <www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2742.pdf>. Acesso em: 10 set. 2015.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 388-94, fev. 2011. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2011000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 fev. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 set. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 34, n. 121, jan./abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v34n121/a08n121.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2015.

GUAZZELLI, C. A. F.; ABRAHÃO, A. R. Gravidez nos extremos reprodutivos. In: PRADO, F. C.; RAMOS, J.; VALLE, J. R. (Orgs.). **Atualização terapêutica**. 23. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007. p. 1.177.

GIOVANNI, Miriam. **Rede Cegonha: da concepção à implantação**. 2013. 99 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão Pública). ENAP – Escola Nacional de Administração Pública. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/handle/1/410/Miriam%20-%20V.%20Definitiva.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 nov. 2015.

GOUVEIA, Helga Geremias; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 175-82, abr. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000200005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 set. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000200005>.

JODELET, Denise. Imbricações entre representações sociais e intervenção. Tradução de Eugênia Paredes. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes; CAMARGO, Brígido Vizeu (Org.). **Contribuições para a teoria e o método de estudo das representações sociais**. João Pessoa: UFPB, 2007. 380 p.

_____. Representações sociais: um domínio em expansão. In: _____. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 17-44.

HOSPITAL GERAL DR. CESAR CALS. **Serviço de Ginecologia e Obstetrícia**. Fortaleza, 2016. Disponível em: <http://www.hgcc.ce.gov.br/index.php/categoria-2?cssfile=principal3.css>. Acesso em: 28 dez. 2016.

JOVCHELOVITCH, Sandra. Representações Sociais: para uma fenomenologia dos saberes sociais. **Psicologia e Sociedade**, v. 10, n. 1, p. 54-68, 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=0102-7182&script=sci_serial. Acesso em: 02 dez. 2015.

KRAMER, P.D et.al. Hospitalization on the high-risk maternity unit- a pilot study. **Gen Hosp Psychiatry**, United States, v.8, n.1, p. 33-9, jan. 1986.

LAFABRIE, M.M; CASTAÑEDA, K.V; CASTRO, D.M; LAVERDE, S.M; BALAGUERA, LY; LÓPEZ, C.M et al. Vivencias de gestantes con embarazo de alto riesgo. **Rev colomb enferm.**, v. 6, n. 6, p. 15 -28, 2011. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n31/revisión4.pdf>. Acesso em: 30 set. 2016.

LEITE, Ana Cristina da Nóbrega Marinho Torres; PAES, Neir Antunes. Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 705-14, set. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702009000300008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 set. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702009000300008>.

LEITE, Renata Ramalho Queiroz; FROTA, Ana Maria Monte Coelho. O desejo de ser mãe e a barreira da infertilidade: uma compreensão fenomenológica. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 20, n. 2, p. 151-60, dez. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672014000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 set. 2016.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da pesquisa da saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001.

LIMA, Andressa Feitosa; MELO, Ana Maína Andrada Alves; FERREIRA, Micherllayne Alves. Pré-natal: um desafio para gestantes acompanhadas nas usf no município de Serra Talhada - Pe. **Saúde Coletiva em Debate**. v.2, n. 1, p. 31- 40, 2012. Disponível em: <<http://fis.edu.br/revistaenfermagem/artigos/vol02/artigo08.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2015.

MARQUES, Sergio Corrêa; TYRRELL, Maria Antonieta Rubio; OLIVEIRA, Denize Cristina de. A produção científica da enfermagem na perspectiva da representação social: Brasil, 1975-2001. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p. 762-69, out. 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2360>>. Acesso em: 02 dez. 2015. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000500019>.

MERÇON-VARGAS, Elisa Avellar; ROSA, Edinete Maria; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Adoção nacional e internacional: Significados, motivações e processos de habilitação. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 12-26, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29 ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

MONTEIRO, Maria João Silva Mota. **Vivências das mulheres com gravidez de alto risco com necessidade de internamento**. 2012. 120f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia)- Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2012. Disponível em: <<http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9378/1/Tese%20MJo%C3%A3o%20definitiva.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2015.

MOREIRA, Antônia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denize Cristina (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998. 328p.

NÓBREGA, S. M. da.; COUTINHO, Maria da. Penha de. Lima. O teste de associação livre de palavras. In: COUTINHO, Maria da Penha de. Lima; SARAIVA, E. R. A. **Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas**. João Pessoa: UFPB, 2011. p. 95-106.

MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. **Obstetrícia fundamental**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

MORSE, Marcia Lait et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 623-38, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

311X2011000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 dez. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400002>.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 9.ed. Petrópolis: Vozes, 2012a.

_____. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis: Vozes, 2012b.

NASCIMENTO, Adriano Roberto Afonso; MENANDRO, Paulo Rogério Meira. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2006. Disponível em:
<http://www.revispsi.uerj.br/v6n2/artigos/pdf/v6n2a07.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2015.

NÓBREGA, Sheva Maia. Sobre a teoria das representações sociais. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes; JESUÍNO, Jorge Correia. **Representações sociais: teoria e prática**. João Pessoa: UFPB, 2003.

OLIVEIRA, Lúcia de. **Enfermagem na Gravidez, Parto e Puerpério: notas de aula**. Porto Alegre: UFRGS, 2005. 423 p.

OLIVEIRA, Virgínia Junqueira. **Vivenciando a gestação de alto risco: entre a luz e a escuridão**. 2008. 111f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.
 Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/GCPA-7DXHCW/virg_nia_junqueira_oliveira.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 set. 2015

OLIVEIRA, Virgínia Junqueira; MADEIRA, Anézia Moreira Faria; PENNA Cláudia Maria de Mattos. Vivenciando a gravidez de alto risco entre a luz e a escuridão. **Rev. Rene.**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 49-56, jan./mar. 2011. Disponível em:
 <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/108>>. Acesso em: 07 out. 2016.

OLIVEIRA, Virgínia Junqueira; MADEIRA, Anézia Moreira Faria. Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de alto risco. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 103-109, mar. 2011. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 out. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000100015>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**. 2000. Disponível em: <<http://www.objetivosdomilenio.org.br/gestantes/>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

PARAVINO, Rosana Nantes. Teoria das representações sociais: pertinência para as pesquisas em comunicação de massa. In: CONGRESSO ANUAL EM CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 26., 2003, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: Núcleo de teoria das comunicações, 2003. p. 2.

PEIXOTO, Catarina Rocha, et. al. Perfil das gestantes atendidas no serviço de pré-natal das

unidades básicas de saúde de Fortaleza-CE. **REME Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, n.16, v. 2, p. 171-7, 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/516>>. Acesso em: 28 out. 2015.

PETRONI, Lígia Miguel; SILVA, Thaise Castanho; SANTOS, Aliny de. Lima; MARCON, Sonia Silva; MATHIAS, Thais Aidar de Freitas. Convivendo com a gestante de alto risco: a percepção do familiar. **Cienc Cuid Saude**, v. 11, n. 3, p. 535-54, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/15369/pdf>>. Acesso em: 19 out. 2015. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v11i3.15369.

PICCININI, Cesar Augusto et al . Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 28, n. 1, p. 27-33, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722012000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 out. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722012000100004>.

PIMENTA, Adriano Marçal et. al . Programa "Casa das Gestantes": perfil das usuárias e resultados da assistência à saúde materna e perinatal. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 912-20, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-7072012000400023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jul. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000400023>.

PROGIANTI, Jane Márcia; COSTA, Rafael Ferreira da. A negociação do cuidado de enfermagem obstétrica através das práticas educativas na casa de parto. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 790- 93, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000400025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000400025>.

QUEVEDO, Michele Peixoto. **Experiências, percepções e significados da maternidade para mulheres com gestação de alto risco**. 2010. 211 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-14052010-082745/pt-br.php>>. Acesso em: 15 set. 2015.

QUEVEDO, Michele Peixoto; LOPES, Ceci Mendes Carvalho; LEDEVRE, Fernando. Os significados da maternidade para mulheres cardiopatas e diabéticas com gravidez de risco. **Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.**, v. 16, n. 1, p. 12-21, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/19777>>. Acesso em: 15 set. 2015.

REZENDE, Ceny Longhi. **Qualidade de vida das gestantes de alto risco em Centro de Atendimento à Mulher do município de Dourados, MS**. 2012. 127 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2012. Disponível em: <<http://ite.ucdb.br/public/md-dissertacoes/8223-qualidade-de-vida-das-gestantes-de-alto-risco-em-centro-de-atendimento-a-mulher-do-municipio-de-dourados-ms.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2015.

RICCI, Susan Scott. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

RODRIGUES, Antonia Regynara Moreira, et.al. Nursing care in high-risk pregnancies: an integrative review. **Online braz j nurs**, Rio de Janeiro, v.15, n. 3, p. 471-82, Sept. 2016. Available from: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5434>>. Access on: 28 Dec. 2016.

SÁ, Celso Pereira de; ARRUDA, Ângela. O estudo das representações sociais no Brasil. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis: EDUFSC, Edição Especial Temática, p.11-31, 2000. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/24121>>. Acesso em: 01 dez. 2015.

SÁ, Celso Pereira de. A identificação dos fenômenos de representação social. In: _____. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

_____. Representações sociais: o conceito e estado atual da teoria. In: SPINK, Mary Jane. **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 2004. p. 19-45.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL. Histórico. **Serviço de Obstetrícia: Maternidade Santa Ana**. Disponível em: <<http://stacasa.com.br/site/>>. Acesso em: 28 dez. 2016.

SANTOS NETO, Edson Theodoro dos et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 107-19, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 ago. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000200011>.

SARVAT, Silvia Andrada Tenório de. **Representações sociais da equipe de enfermagem acerca da gestação de alto risco**. 2013. 73 f. Dissertação (Mestrado em Educação)-Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://portal.estacio.br/media/3310/silvia-andrada-ten%C3%B3rio-de-sarvat.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2015.

SZWARCWALD, Celia Landmann et. al. Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1 supl., p. 71-83, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 mar. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00125313>.

SIBLEY, Lynn M.; SIPE, Theresa Ann; BROWN, Carolyn M.; DIALLO, Melissa M.; McNATT, Kathryn; HABARTA, Nancy. Entrenamiento del asistente del parto tradicional para mejorar los hábitos sanitarios y los resultados del embarazo. **La Biblioteca Cochrane Plus**, v.2, 2008. Available from: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005460.pub2>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

SILVA, Mariane Raquel da Costa e; et. al. Percepção de gestantes de alto risco acerca do processo de hospitalização. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.11, n. 2 esp., p. 792-7,

dez. 2013. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v21esp2/v21e2a16.pdf>>. Acesso em: 05 set. 15.

SILVA, Sílvia Éder Dias da; CAMARGO, Brígido Vizeu; PADILHA, Maria Itayra. A teoria das representações sociais nas pesquisas da enfermagem brasileira. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 947-951, out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000500022>.

SILVA, Leila Rangel da; CHRISTOFFEL, Marialda Moreira; SOUZA, Kleyde Ventura de. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 585-93, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000400016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 out. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000400016>.

SIMMONS, Heather A. et al. High-risk pregnancy after perinatal loss: understanding the label. **Midwifery**, n. 27, p.452-57, 2011.

SOUZA, Evie dos Santos de, et. al. **Guia de utilização do software ALCESTE**: uma ferramenta de análise lexical aplicada à interpretação de discursos de atores na agricultura. Planaltina: Embrapa Cerrados, 2009.

SOUTO, Kátia Maria Barreto. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**, Brasília, v. 10, n. 22, p. 161-182, jan./jun. 2008. Disponível em: <http://www.periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/viewFile/17/18>. Acesso em: 02 set. 2015.

SOUZA, Eunice Delgado Cameron. Representações sociais de gestantes que frequentam o pré-natal de alto risco. 2009. 86 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Desenvolvimento)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Campo Grande, 2009. Disponível em: <http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFMS_33b8b375c09e53f496879d3d76ec59c9>. Acesso em: 20 dez. 2015.

TACHIBANA, Miriam; SANTOS, Laíse Potério; DUARTE, Claudia Aparecida Marchetti. O conflito entre o consciente e o inconsciente na gravidez não planejada. **Psyche** (Sao Paulo). São Paulo, v. 10, n. 19, p. 149-67, dez. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382006000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 ago. 2016.

TEDESCO, J. Júlio de A. **A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra**. São Paulo: Atheneu, 2002.

VÁSQUEZ, Celmira Laza; SÁNCHEZ, Jimena Quintero; CAICEDO, Hasbleidy Johana Jiménez; PARRADO, Javier Alexander Preciado. Experiencias y sentimientos vividos durante una gestación de alto riesgo: un estudio documental 2005-2011. **Enferm. glob.**, v. 12, n.3, p. 357-71, 2013.

WAGNER, Wolfgang. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares em representação social**. João Pessoa: UFPB, 2000. 328 p.

WILHELM, Laís Antunes. **Mulheres em gestação de alto risco: sentimentos, práticas de cuidado e superação das dificuldades enfrentadas**. 2014. 94 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2014. Disponível em: http://coral.ufsm.br/ppgenf/Dissertacao_Lais%20Antunes%20Wilhelm.pdf>. Acesso em: 02 set. 2015.

WILHELM, Laís Antunes; ALVES, Camila Neumaier; DEMORI, Carolina Carbonell; SILVA, Silvana Cruz; MEINCKE, Sonia Maria Könzgen; RESSEL, Lúcia Beatriz. Feelings of women who experienced a high-risk pregnancy: a descriptive study. **Online braz j nurs.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 284-93, Sept. 2015. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5206>>. Access on: 12 Oct. 2016.

WHITE, M; RITCHE, J. Psychological stressors in antepartum hospitalization: reports from pregnant women. **Maternal Child Nursing J.**, Hagerstown, USA, v.13, p. 47-56, jan./feb. 1984.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. **R. gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 40- 66, jan. 2001. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4356/2304>>. Acesso em: 28 nov. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A senhora está sendo convidada a participar da pesquisa “Gravidez de alto risco no contexto da hospitalização: representações sociais de gestantes” que tem como objetivo apreender as representações sociais de gestantes de alto risco acerca do diagnóstico de alto risco no contexto da hospitalização.

Pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo primeiramente a uma pergunta que a senhora irá responder depressa com três palavras que vierem à sua mente. Em seguida, gostaria de contar com sua colaboração respondendo a uma entrevista sobre o diagnóstico de alto risco e o período de hospitalização que está vivenciando, que poderá ser gravada se a senhora concordar. Os riscos se relacionam ao constrangimento, embaraço ou sofrimento que a senhora pode ter ao lembrar de fatos dolorosos ou tristes relacionados à gestação de alto risco durante a entrevista, mas a pesquisadora conversará com a senhora e a entrevista só começará quando a senhora estiver bem, caso o contrário, a entrevista será desconsiderada ou remarcada conforme seu desejo. Vale ressaltar, que sua participação é voluntária e a senhora tem a liberdade para a qualquer momento deixar de participar da coleta, sem qualquer prejuízo ou danos.

Comprometemos- nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão utilizados em artigos científicos a serem publicados em revistas especializadas, apresentados em encontros científicos e congressos, sempre mantendo sigilo de sua identidade, ou seja, sem nome não será divulgado. Os resultados desta pesquisa contribuirão para melhor qualidade da assistência as gestantes de alto risco durante a hospitalização. Sua participação não haverá pagamento e a senhora não terá custos financeiros.

Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca desta pesquisa. Contatos com a pesquisadora Antonia Regynara Moreira Rodrigues pelo telefone: (088) 99860.2317 e com a orientadora Profa. Dra. Dafne Paiva Rodrigues pelo telefone: (085) 98697.6038.

O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra disponível para esclarecimentos sobre esta pesquisa pelo telefone: (085) 3101.9890 – Endereço Av. Parajana, 1700 – Campus do Itaperi – Fortaleza-Ceará. Este termo será elaborado em duas vias sendo uma para a participante da pesquisa e outro para o arquivo da pesquisadora.

Eu, _____, tendo sido suficientemente esclarecida a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma voluntariamente.

_____, ____ de _____ de 2016.

Assinatura da participante ou responsável legal

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B: Termo de consentimento livre e esclarecido aos pais

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PAIS

Sua filha está sendo convidada a participar da pesquisa “Gravidez de alto risco no contexto da hospitalização: representações sociais de gestantes”.

Os objetivos deste estudo consistem em apreender as representações sociais de gestantes de alto risco acerca do diagnóstico de gravidez de alto risco no contexto da hospitalização. Caso você autorize, sua filha irá: participar de um teste de associação livre de palavras e entrevista. A participação dela não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir da participação. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição hospitalar. Tudo foi planejado para minimizar os riscos da participação dela, porém se ela sentir constrangimento, embaraço ou desconforto ao lembrar de fatos dolorosos ou tristes relacionados à gestação de alto risco durante a entrevista poderá interromper a participação e, se houver interesse, conversar com a pesquisadora sobre o assunto.

Você ou sua filha não receberá remuneração pela participação. A participação dela poderá contribuir para melhor qualidade da assistência as gestantes de alto risco durante a hospitalização. As respostas não serão divulgadas de forma a possibilitar a identificação. Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento.

Eu, _____ declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da participação do meu filha _____

_____ sendo que:

() aceito que ele(a) participe () não aceito que ele(a) participe

_____, _____ de _____ de 2016.

Assinatura

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UECE que funciona na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85)3101-9890, email cep@uece.br. Se necessário, você poderá entrar em contato com esse Comitê o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos.

Pesquisadora Principal: Antonia Regynara Moreira Rodrigues, telefone: (88) 998602317, email: regynararodrigues@yahoo.com.br

APÊNDICE C: Termo de assentimento às gestantes adolescentes

TERMO DE ASSENTIMENTO PARA GESTANTES ADOLESCENTES

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Gravidez de alto risco no contexto da hospitalização: representações sociais de gestantes”. Seus pais/responsáveis permitiram que você participe. Queremos conhecer as suas representações sociais acerca do diagnóstico de alto risco no contexto da hospitalização durante a gravidez.

Se você concordar em participar, a pesquisa será feita no hospital, onde você responderá um teste de associação de palavras e uma entrevista que será gravada. Durante a pesquisa é possível ocorrer constrangimento, embaraço ou sofrimento ao fazê-la lembrar de fatos dolorosos ou tristes relacionados à gestação de alto risco e à internação.

Caso aconteça algo errado ou um incômodo, você pode desistir em participar, pedir para conversar com o pesquisador sobre o que o incomodou ou avisar seus pais. Mas a sua participação poderá contribuir para melhorar a qualidade da assistência para você e as gestantes de alto risco durante a hospitalização.

Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu, não terá problema se recusar a participar ou se desistir. Ninguém saberá identificar o que você responder na pesquisa, nem mesmo seus pais ou cuidadores. Os resultados da pesquisa vão ser publicados em revistas científicas ou em congressos, mas sem identificar as gestantes que participaram da pesquisa.

Caso tenha alguma dúvida pode nos procurar pelos telefone (88) 998602317 ou e-mail: regynararodrigues@yahoo.com.br da pesquisadora Antonia Regynara Moreira Rodrigues. Pode também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UECE que aprovou a realização desse projeto e funciona na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85) 3101-9890, email: cep@uece.br. O Comitê de Ética defende os Direitos dos participantes das pesquisas.

Antonia Regynara Moreira Rodrigues
Enfermeira, mestranda em cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela UECE
Telefone: (88) 998602317

Eu _____ aceito participar da pesquisa “Gravidez de alto risco no contexto da hospitalização: representações sociais de gestantes”. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir que ninguém vai ficar chateado ou furioso. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis.

Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

_____, _____ de _____ de 2016

Assinatura da gestante

APÊNDICE D: Formulário para dados sócios- demográficos e obstétricos

Nº _____

Maternidade: () SCMS () HGCC
Iniciais:
Idade:
Procedência:
Estado civil: 1.Casada () 2.Solteira () 3.União estável () 4.Namoro () 5.Viúva () 6.Outra () _____
Escolaridade: 1.Analfabeta () 2.Fundamental incompleto () 3.Fundamental completo () 4. Médio incompleto () 5.Médio completo () 6.Superior incompleto () 7.Superior completo ()
Profissão:
Renda familiar:
Religião: 1.Católico () 2.Evangélico () 3.Espírita () 4.Budista () 5.Agnóstico () 6.Nenhuma () 7.Outra() _____
G ____ P ____ A ____
Idade gestacional:
Diagnóstico da internação:
Compreende o diagnóstico: 1.Sim () 2. Não ()
Trimestre do diagnóstico de gravidez de alto risco:
Pré-natal de alto risco: 1.Sim () 2. Não ()
Comorbidades:
Tempo de internação atual:
Internações anteriores nessa gestação: 1. Não () 2. Sim () Quantas: _____ Tempo: _____
Acompanhante: 1.Sim () 2. Não ()
Intercorrências em gestações anteriores: 1. Não () 2. Sim () Quais: _____

APÊNDICE E: Teste de Associação Livre de Palavras

Nº ____

Diga-me três palavras que vêm a sua mente quando digo para você o seguinte termo?

Gravidez

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

Gravidez de risco

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

Internação

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

APÊNDICE F: Roteiro de entrevista semiestruturada

Nº ____

1. Para a senhora, como está sendo vivenciar esta gestação?
2. O que é para a senhora gravidez de risco?
3. Qual o seu diagnóstico? O que a senhora sabe sobre esse diagnóstico?
4. Como é para a senhora estar internada na gravidez?

APÊNDICE G: Dicionário de palavras**ESTÍMULO 1- GRAVIDEZ (200 palavras evocadas)**

Amamentação	Bênção de Deus	Família	Filhos	Maternidade	Sonho
Amor	Bênção de Deus	Família	Filhos	Maternidade	Sonho
Amor	Bênção de Deus	Família	Filhos	Maternidade	Surpresa
Amor	Bênção de Deus	Família	Filhos	Maternidade	Surpresa
Amor	Bênção de Deus	Felicidade	Filhos	Maternidade	Vida
Amor	Cuidado	Felicidade	Filhos	Maternidade	Vida
Amor	Cuidado	Felicidade	Filhos	Motivação	Vida
Amor	Cuidado	Felicidade	Filhos	Mudança	Vida
Amor	Cuidado	Felicidade	Filhos	Nascimento	Vida
Amor	Cuidado	Felicidade	Filhos	Nascimento	Vida
Amor	Cuidado	Felicidade	Filhos	Nascimento	Vida
Amor	Cuidado	Felicidade	Filhos	Parto	Vida
Amor	Dedicação	Felicidade	Filhos	Parto	Vida
Ansiedade	Dedicação	Felicidade	Filhos	Parto	Vida
Ansiedade	Dedicação	Felicidade	Frustração	Parto	Vida
Ansiedade	Desafio	Felicidade	Frustração	Parto	Vida
Ansiedade	Dificuldade	Felicidade	Incerteza	Parto	Vida
Ansiedade	Dificuldade	Felicidade	Incerteza	Parto	Vida
Ansiedade	Dificuldade	Felicidade	Incerteza	Renúncia	Vida
Ansiedade	Dificuldade	Felicidade	Incerteza	Responsabilidade	Vida
Ansiedade	Dificuldade	Felicidade	Incerteza	Responsabilidade	Vida
Ansiedade	Espera	Felicidade	Incerteza	Responsabilidade	Vida
Bem-estar	Espera	Felicidade	Incerteza	Responsabilidade	Vida
Bem-estar	Espera	Felicidade	Incerteza	Responsabilidade	Vida
Bem-estar	Espera	Felicidade	Maternidade	Responsabilidade	Vida
Bem-estar	Espera	Felicidade	Maternidade	Sonho	Vida
Bênção de Deus	Espera	Felicidade	Maternidade	Sonho	Vida
Bênção de Deus	Espera	Filhos	Maternidade	Sonho	Vida
Bênção de Deus	Espera	Filhos	Maternidade	Sonho	Vida
Bênção de Deus	Experiência	Filhos	Maternidade	Sonho	Vitória
Bênção de Deus	Experiência	Filhos	Maternidade	Sonho	
Bênção de Deus	Força	Filhos	Maternidade	Sonho	
Bênção de Deus	Família	Filhos	Maternidade	Sonho	
Bênção de Deus	Família	Filhos	Maternidade	Sonho	

ESTÍMULO 2- GRAVIDEZ DE RISCO (204 PALAVRAS EVOCADAS)

Atenção	Desafio	Inesperado	Medo	Perder	Preocupação
Atenção	Desafio	Inesperado	Medo	Perder	Preocupação
Atenção	Desafio	Inesperado	Medo	Perder	Preocupação
Atenção	Desafio	Inesperado	Medo	Perder	Preocupação

Atenção	Dificuldade	Inesperado	Medo	Perder	Preocupação
Atenção	Dificuldade	Inesperado	Medo	Perder	Preocupação
Atenção	Dificuldade	Luta	Medo	Perder	Preocupação
Atenção	Dificuldade	Luta	Medo	Perder	Preocupação
Atenção	Dificuldade	Luta	Medo	Perder	Preocupação
Complicação	Dificuldade	Luta	Medo	Perder	Preocupação
Complicação	Dificuldade	Má-formação	Medo	Penitência	Problema
Complicação	Dificuldade	Má-formação	Medo	Perigo	Problema
Complicação	Dificuldade	Medo	Medo	Perigo	Problema
Complicação	Dificuldade	Medo	Morte	Perigo	Problema
Complicação	Dificuldade	Medo	Morte	Perigo	Problema
Complicação	Dificuldade	Medo	Morte	Perigo	Problema
Complicação	Dificuldade	Medo	Morte	Perigo	Problema
Complicação	Doença	Medo	Morte	Perigo	Problema
Complicação	Doença	Medo	Morte	Perigo	Problema
Complicação	Doença	Medo	Morte	Perigo	Problema
Complicação	Doença	Medo	Morte	Perigo	Problema
Complicação	Doença	Medo	Morte	Perigo	Problema
Complicação	Doença	Medo	Morte	Perigo	Problema
Complicação	Doença	Medo	Morte	Perigo	Problema
Complicação	Doença	Medo	Morte	Perigo	Problema
Complicação	Doença	Medo	Morte	Preocupação	Problema
Desafio	Dor	Medo	Morte	Preocupação	Problema
Desafio	Dor	Medo	Morte	Preocupação	Sufrimento
Desafio	Fé	Medo	Morte	Preocupação	Sufrimento
Desafio	Fragilidade	Medo	Perder	Preocupação	Sufrimento
Desafio	Inesperado	Medo	Perder	Preocupação	Tristeza
Desafio	Inesperado	Medo	Perder	Preocupação	Tristeza
Desafio	Inesperado	Medo	Perder	Preocupação	Tristeza

ESTIMULO 3- INTERNAÇÃO (202 PALAVRAS EVOCADAS)

Cuidado	Doença	Melhorar	Necessidade	Saudade	Sufrimento
Cuidado	Doença	Mudança	Necessidade	Saudade	Sufrimento
Cuidado	Doença	Mudança	Necessidade	Saudade	Sufrimento
Cuidado	Doença	Necessidade	Necessidade	Saudade	Sufrimento
Cuidado	Doença	Necessidade	Necessidade	Saudade	Sufrimento
Cuidado	Esperança	Necessidade	Necessidade	Saudade	Sufrimento
Cuidado	Esperança	Necessidade	Necessidade	Saudade	Sufrimento
Cuidado	Esperança	Necessidade	Necessidade	Saudade	Sufrimento
Cuidado	Esperança	Necessidade	Nervosismo	Saudade	Sufrimento
Cuidado	Esperança	Necessidade	Nervosismo	Saudade	Sufrimento
Cuidado	Grave	Necessidade	Nervosismo	Saudade	Solidão
Cuidado	Grave	Necessidade	Obrigação	Saudade	Solidão
Cuidado	Grave	Necessidade	Obrigação	Saudade	Tédio
Cuidado	Grave	Necessidade	Paciência	Saudade	Tratamento
Cuidado	Grave	Necessidade	Paciência	Saudade	Tratamento

Cuidado	Grave	Necessidade	Prisão	Segurança	Tratamento
Cuidado	Grave	Necessidade	Prisão	Segurança	Tratamento
Cuidado	Grave	Necessidade	Prisão	Segurança	Tratamento
Cuidado	Incerteza	Necessidade	Prisão	Segurança	Tratamento
Cuidado	Incerteza	Necessidade	Prisão	Segurança	Tratamento
Cuidado	Incerteza	Necessidade	Prisão	Segurança	Tratamento
Cuidado	Incerteza	Necessidade	Prisão	Segurança	Tratamento
Cuidado	Incerteza	Necessidade	Prisão	Segurança	Tratamento
Cuidado	Incerteza	Necessidade	Prisão	Segurança	Tratamento
Cuidado	Incerteza	Necessidade	Prisão	Segurança	Tratamento
Cuidado	Incerteza	Necessidade	Prisão	Segurança	Tratamento
Cuidado	Incerteza	Necessidade	Prisão	Segurança	Tratamento
Cuidado	Melhorar	Necessidade	Prisão	Segurança	Tratamento
Cuidado	Melhorar	Necessidade	Prisão	Segurança	Tratamento
Cuidado	Melhorar	Necessidade	Provação	Segurança	Tratamento
Cuidado	Melhorar	Necessidade	Repouso	Segurança	Tratamento
Doença	Melhorar	Necessidade	Repouso	Sufrimento	
Doença	Melhorar	Necessidade	Saudade	Sufrimento	

ANEXOS

ANEXO A: Anuência SCMS



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
DEPARTAMENTO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO
SUBCOMISSÃO DE PESQUISA

Sobral-CE, 05 de fevereiro de 2016.

CARTA DE ANUÊNCIA PARA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

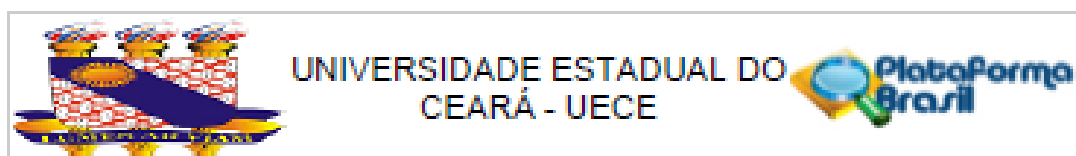
Declaramos que o Projeto de Pesquisa intitulado “**GRAVIDEZ DE ALTO RISCO NO CONTEXTO HOSPITALAR: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GESTANTES**”, sob responsabilidade da Orientadora Prof.ªDra. Dafne Paiva Rodrigues, obedece ao protocolo para realização de pesquisa desta instituição, obtendo **Parecer Favorável** desta subcomissão para sua realização. A pesquisa foi submetida ao DEPE (Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão) no mês de fevereiro/2016 e terá como campo de coleta de dados a Santa Casa de Misericórdia de Sobral, durante os meses de maio à julho de 2016, conforme cronograma em anexo.

Atenciosamente,


Dra. Neide Maria de A. Ponte Marques
Diretora Adjunta do Dep. de
Ensino, Pesq. e Extensão,
Santa Casa de M. de Sobral

Vicente de Paulo Teixeira Pinto
Diretor do DEPE

ANEXO B: Parecer consubstanciado do CEP UECE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GRAVIDEZ DE ALTO RISCO NO CONTEXTO HOSPITALAR: representações sociais de gestantes

Pesquisador: Antonia Regynara Moreira Rodrigues

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53573216.0.0000.5534

Instituição Proponente: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.532.614

Apresentação do Projeto:

Pesquisa de caráter exploratório e descritivo, com uso de multimétodos, norteado pela Teoria das Representações Sociais, baseada nos princípios de Moscovici, Jodelet e Abric, que será realizado com gestantes de alto risco hospitalizadas nas maternidades da Santa Casa de Misericórdia de Sobral e do Hospital Geral Dr. César Cals, no período da coleta de dados. Tem por objetivo apreender as representações sociais de gestantes sobre a gravidez de alto risco e sobre a vivência da Internação hospitalar no período gravídico. A coleta de dados será realizada através de um formulário para traçar perfil sócio- demográfico, familiar e obstétrico das participantes, do Teste de Associação Livre de Palavras- TALP e de entrevista semiestruturada. Os dados do formulário sócio- demográfico, familiar e obstétrico serão organizados em um banco de dados no SPSS (Statistical Package for Social Sciences), os dados obtidos pelo TALP serão transcritos e analisados com o auxílio do software Evoc (Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse de Évoctions), por sua vez, os dados obtidos através dos depoimentos expressos pelas participantes nas entrevistas serão organizados e processados no software ALCESTE

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivo apreender as representações sociais de gestantes sobre

Endereço: Av. Siles Munguba, 1700

Bairro: Itapell

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-0800

Fax: (85)3101-0908

E-mail: cep@uece.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 1.532.814

a gravidez de alto risco e sobre a vivência da internação hospitalar no período gravídico. Tem como objetivos secundários: conhecer os aspectos constituintes das representações sociais sobre a gravidez de alto risco para as gestantes e analisar os significados atribuídos à internação hospitalar durante a gravidez de alto risco por mulheres que vivenciam esta experiência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora descreve os possíveis riscos do estudo. Estão relacionados com o constrangimento, embaraço ou sofrimento que as participantes podem ter ao relembrares de fatores dolorosos ou tristes relacionados à gestação de alto risco durante a entrevista. Para contorná-los a pesquisadora conversará com a participante, só iniciará quando a entrevistada estiver sentindo-se bem, caso o contrário, a entrevista será desconsiderada ou remarcada.

A identificação das representações sociais das gestantes de alto risco hospitalizadas sobre a gravidez de alto risco e a experiência da hospitalização nesta fase poderá direcionar a assistência prestada ao encontro do saber dessas gestantes, melhorando a adesão às orientações e ao tratamento proposto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo torna-se relevante por possibilitar compreender esse fenômeno a partir das representações reificadas na experiência vivida de gestantes diagnosticadas com alto risco e com necessidade de hospitalização, também poderá proporcionar reflexões acerca do cuidado oferecido a essas mulheres, aprofundar o entendimento de quais serão os melhores encaminhamentos e intervenções frente às demandas orgânicas e psicossociais das gestantes hospitalizadas por alto risco e direcionar o fazer profissional ao encontro do saber e das necessidades das gestantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios encontram-se de acordo com as exigências do CEP.

Recomendações:

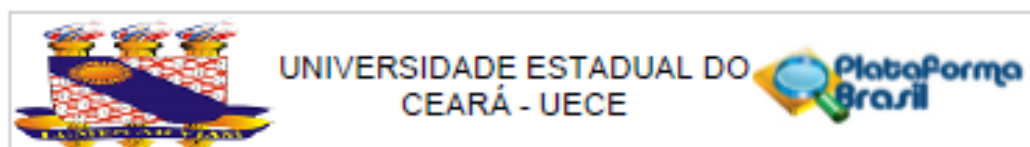
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há Inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Siles Munguba, 1700	CEP: 60.714-903
Bairro: Itapeli	
UF: CE	Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-0800	Fax: (85)3101-0906 E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 1.532.814

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_657363.pdf	13/04/2016 18:37:59		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.pdf	13/04/2016 18:32:11	Antonia Regynara Moreira Rodrigues	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	23/02/2016 11:34:19	Antonia Regynara Moreira Rodrigues	Aceito
Outros	Anuência_HGCC.pdf	23/02/2016 11:18:16	Antonia Regynara Moreira Rodrigues	Aceito
Outros	Anuência_SCMS.pdf	23/02/2016 11:16:36	Antonia Regynara Moreira Rodrigues	Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	23/02/2016 11:15:25	Antonia Regynara Moreira Rodrigues	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	23/02/2016 10:58:40	Antonia Regynara Moreira Rodrigues	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	23/02/2016 10:58:17	Antonia Regynara Moreira Rodrigues	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 29 de Abril de 2016

Assinado por:
ISAAC NETO GOES DA SILVA
(Coordenador)

Endereço: Av. Siles Munguba, 1700
Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-0890 Fax: (85)3101-0006 E-mail: cep@uece.br

ANEXO C: Parecer consubstanciado do CEP HGCC

HOSPITAL GERAL DR. CÉSAR
CALS/SES/SUS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gravidez de alto risco no contexto hospitalar: Representações Sociais de gestantes

Pesquisador: Antonia Regynara Moreira Rodrigues

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55479316.7.0000.5041

Instituição Proponente: Hospital Geral Dr. César Cal's/SES/SUS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.630.695

Apresentação do Projeto:

Pesquisa exploratória e descritiva norteada pelo referencial teórico das Representações Sociais a ser desenvolvida com gestantes de alto risco hospitalizadas por meio de entrevista semiestruturada e Teste de Associação Livre de Palavras (TALP). O cenário do estudo serão a maternidade da Santa Casa de Misericórdia de Sobral e do Hospital Geral Dr. César Cal's, por serem referência para a gravidez de alto risco no estado do Ceará. A

amostra será calculada tendo por base o quantitativo de gestantes hospitalizadas por alto risco no último ano, considerando o cálculo para população finita e intervalo de 95% de confiança. Os dados da entrevista serão analisados no software ALCESTE e os do TALP no software EVOC.

Já os dados sócio-demográficos e obstétricos serão processados no software SPSS para traçar o perfil. A pesquisa atenderá as exigências éticas para trabalhos envolvendo seres humanos da Resolução 466/ 2012.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Apreender as representações sociais de gestantes sobre a gravidez de alto risco e sobre a vivência da internação hospitalar no período gravídico.

Objetivo Secundário:

Endereço: Av. Imperador, nº 372

Bairro: Centro

CEP: 60.015-052

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-5354

Fax: (85)3101-5354

E-mail: ceasp@hgcc.ce.gov.br

HOSPITAL GERAL DR. CÉSAR CALS/SES/SUS



Continuação do Parecer: 1.630.695

Conhecer os aspectos constituintes das representações sociais sobre a gravidez de alto risco para as gestantes. Analisar os significados atribuídos à internação hospitalar durante a gravidez de alto risco por mulheres que vivenciam esta experiência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os possíveis riscos se relacionam ao constrangimento, embaraço ou sofrimento que as participantes podem ter ao relembrares de fatores dolorosos

ou tristes relacionados à gestação de alto risco durante a entrevista

Benefícios:

A identificação das representações sociais, que são conhecimentos do senso comum produzidos e compartilhados socialmente no cotidiano, das gestantes de alto risco hospitalizadas sobre a gravidez de alto risco e a experiência da hospitalização nesta fase poderá direcionar a assistência prestada ao encontro do saber dessas gestantes, melhorando a adesão às orientações e ao tratamento proposto e, consequentemente, a qualidade dessa assistência, uma vez que considera o conhecimento dessas gestantes e intervém a partir dele e de acordo com as necessidades de saúde

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

projeto estruturado dentro das normas éticas

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

todos os Termos estão apresentados de modo ético

Recomendações:

nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS_DO_P ROJETO_725986.pdf	25/05/2016 21:10:54		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_HGOC.pdf	25/05/2016 21:02:53	Antonia Regynara Moreira Rodrigues	Aceito

Endereço: Av. Imperador, nº 372

Bairro: Centro

CEP: 60.015-052

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-5354

Fax: (85)3101-5354

E-mail: ceap@hgoc.ce.gov.br

HOSPITAL GERAL DR. CÉSAR
CALS/SES/SUS



Continuação do Parecer: 1.030.095

Investigador	Projeto_HGCC.pdf	25/05/2016 21:02:53	Antonia Regynara Moreira Rodrigues	Aceito
Outros	Anuência_SCMS.pdf	25/05/2016 20:33:08	Antonia Regynara Moreira Rodrigues	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/05/2016 20:27:04	Antonia Regynara Moreira Rodrigues	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	25/05/2016 20:15:52	Antonia Regynara Moreira Rodrigues	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	25/05/2016 20:15:11	Antonia Regynara Moreira Rodrigues	Aceito
Outros	Anuência_HGCC.pdf	25/05/2016 19:58:23	Antonia Regynara Moreira Rodrigues	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_HGCC.pdf	25/05/2016 19:56:22	Antonia Regynara Moreira Rodrigues	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 11 de Julho de 2016

Assinado por:
ANTONIO LUIZ CARNEIRO JERONIMO
(Coordenador)

Endereço: Av. Imperador, nº 372

Bairro: Centro

CEP: 60.015-052

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-5354

Fax: (85)3101-5354

E-mail: cesp@hgcc.ce.gov.br

ANEXO D: Relatório software Trideux-Mots

TRIDEUX Version 5.2 - Septembre 2013

Renseignements Ph.Cibois Laboratoire PRINTEMPS

Université de Versailles - St-Quentin

PhCibois@wanadoo.fr

Importation de données textuelles

Le fichier de sortie mots triés est gris0.DAT

et servira d'entrée pour la création du tableau lexical des questions

Le fichier de position en sortie sera gris0.POS

et servira d'entrée pour la création du tableau lexical des questions

Le fichier d'impression est gris0.IMP

Position de fin des caractéristiques 5

Nombre de lignes maximum par individu 1

Traitement de mots de question ouverte

Nombre de lignes lues en entrée 68

Nombre de mots écrits en sortie 606

Nombre de mots de longueur supérieure à 10 = 0

Découpage en mots terminé

Impression de la liste des mots

1 amame1	12 amor1	10 ansie1	8 atenc2	13 benca1
5 bestar1	18 compl2	8 cuida1	29 cuida3	3 dedic1
1 desaf1	10 desaf2	5 dific1	12 dific2	10 doenc2
7 doenc3	2 dor2	8 esp1	7 esper3	2 exper1
6 famil1	1 fe2	22 felic1	20 filho1	1 forca1
1 fragi2	2 frust1	8 grave3	7 incer1	9 incer3
9 inesp2	5 luta2	2 mafor2	16 mater1	35 medo2

7 meilleur3	18 morte2	1 motiv1	2 mudan1	2 mudan3
3 nasci1	39 neces3	3 nervo3	3 oblig3	2 pacie3
7 parto1	1 penit2	15 perde2	16 perig2	17 preoc2
15 pris3	18 probl2	1 prova3	1 renun1	2 repou3
6 resp1	16 sauda3	19 segur3	3 sofri2	12 sofri3
3 solid3	10 sonho1	2 surp1	1 tedio3	17 trata3
3 trist2	25 vida1	1 vitor1		

Nombre de mots entrés 606

Nombre de mots différents 68

Fin normale du programme

TRIDEUX Version 5.2 - Septembre 2013

Renseignements Ph.Cibois Laboratoire PRINTEMPS

Université de Versailles - St-Quentin

PhCibois@wanadoo.fr

Création du tableau lexical des questions

Le nom du fichier d'entrée est gris0.DAT

Le nom du fichier de paramètres de position est gris0.POS

Les impressions se font sur gris0.PRT

Le nom du fichier des noms de modalités est gris0.MOD

Le nom du fichier des données en tableau lexical des questions est gris0.BRT

Il y a 606 individus

Liste des questions retenues

LOC 1 2

GES 2 2

RIS 3 2

Il y a 3 questions

Nombre total de modalités = 6

Les codes zéro sont ignorés

La fréquence minimum requise est de 4

Nombre de mots lus en entrée 606

Nombre de mots écrits en sortie 40

Un utilitaire de tri range les fréquences par ordre croissant

Début du champ de tri en position 1

Largeur du champ de tri : 4

Le tri se fait en ordre croissant

Nombre d'enregistrement dans le fichier résultant : 40

Tous les enregistrements ont 32 caractères

Programme normalement terminé

Vous pouvez maintenant lancer les étapes suivantes de l'analyse factorielle

2) Modification modalités (si besoin est)

3) Profil de modalités (Pour calculer les PEM entre mots et modalités)

4) Calcul des facteurs

5) Graphiques factoriels

TRIDEUX Version 5.2 - Septembre 2013

Renseignements Ph.Cibois Laboratoire PRINTEMPS

Université de Versailles - St-Quentin

PhCibois@wanadoo.fr

Calcul des facteurs

Le nom du fichier des noms de modalites est gris0.MOD

Ce fichier d'impression a pour nom gris0.AFC

Le nombre total de lignes du tableau est de 40

Le nombre total de colonnes du tableau est de 6

Le nombre de lignes supplementaires est de 0

Le nombre de colonnes supplementaires est de 0

Le nombre de lignes actives est de 40

Le nombre de colonnes actives est de 6

AFC : Analyse des correspondances

Le phi-deux est de : 0.149719

Le nombre de facteurs a extraire est de 3

Facteur 1

Valeur propre = 0.041225

Pourcentage du total = 27.5

Facteur 2

Valeur propre = 0.036486

Pourcentage du total = 24.4

Facteur 3

Valeur propre = 0.028548

Pourcentage du total = 19.1

Coordonnees factorielles (F=) et contributions pour le facteur (CPF)

Lignes du tableau

--------*-----*-----*-----*-----*

ACT. F=1 CPF F=2 CPF F=3 CPF

--------*-----*-----*-----*-----*

5	-196	7	-495	50	494	63	melhor3
5	234	13	237	15	236	19	bestar1
5	403	29	-954	184	42	0	dific1
5	-546	53	0	0	50	1	luta2
5	-381	35	-504	69	73	2	famil1
7	-105	4	42	1	360	61	esper3
7	-10	0	-93	3	481	110	doenc3
7	412	51	-164	9	-25	0	parto1
7	-373	42	-48	1	316	43	incer1
8	497	111	134	9	154	15	cuida1
8	76	2	31	0	274	36	atenc2
8	-123	4	169	9	-67	2	grave3
8	587	144	136	9	114	8	incer3
8	221	22	-120	7	342	76	esp1

9 327 45 -99 5 131 10 inesp2
 10 -246 22 -229 21 -176 16 desaf2
 10 235 33 204 28 -68 4 doenc2
 10 -327 54 148 13 18 0 sonho1
 10 161 11 414 81 34 1 ansie1
 12 29 0 131 9 -274 49 amor1
 12 22 0 -147 15 -231 46 difi2
 12 -61 2 343 72 -191 28 sofri3
 13 62 2 246 39 -123 12 benca1
 14 9 0 106 7 146 17 perde2
 15 103 7 -304 69 -389 144 prisa3
 16 18 0 -21 0 -182 31 perig2
 16 -108 9 -230 48 -170 34 mater1
 16 -38 1 -194 28 -64 4 sauda3
 17 31 1 118 13 -44 2 compl2
 17 -25 1 42 2 -164 33 trata3
 17 -356 87 62 3 -59 3 preoc2
 18 -36 1 -227 50 226 64 morte2
 18 37 1 166 26 -98 12 probl2
 19 -295 70 196 35 130 20 segur3
 20 63 3 -190 34 -128 20 filho1
 22 -10 0 21 0 -42 2 felic1
 25 -263 75 119 17 58 5 vida1
 29 89 10 82 10 28 1 cuida3
 35 146 34 -27 1 12 0 medo2
 39 -87 13 -64 8 42 5 neces3

--------*---*-----*---*-----*---*

* * *1000* *1000* *1000*

--------*---*-----*---*-----*---*

