

**VIVENCIANDO O PROCESSO EDUCATIVO EM ENFERMAGEM COM GESTANTES DE ALTO RISCO E SEUS ACOMPANHANTES\***

**The being-and-living education process in nursing with high-risk pregnant women and their companions**

*Maria de Fátima Mota Zampieri<sup>1</sup>*

**RESUMO**

*Este estudo desenvolvido no Hospital Universitário, da Universidade Federal de Santa Catarina, retrata o processo educativo vivido por gestantes de alto risco hospitalizadas e seus acompanhantes. Trata-se de um processo, construído em co-participação com a clientela, através da interação dinâmica entre os participantes. Constitui-se de um conjunto de ações que visam a socialização de conhecimentos e experiências, com vistas a propiciar uma maior autonomia à clientela e favorecer a vivência da gestação de alto risco de maneira mais tranqüila e segura, além de contribuir para a construção de novos conhecimentos sobre o processo de ser e viver desta clientela.*

**UNITERMOS:** *processo educativo, gestante de alto risco, acompanhantes*

**1 JUSTIFICANDO O DESENVOLVIMENTO DESTE ESTUDO E PROPONDO UMA NOVA PRÁTICA**

Os primeiros impulsos motivadores para o desenvolvimento deste estudo foram as minhas vivências no âmbito profissional, na administração, na assistência, na docência e na extensão, tanto na área de psiquiatria como na de obstetrícia. Um outro fator que

---

\* Dissertação defendida por Maria de Fátima Mota Zampieri (01/09/98 - UFSC). Título: Vivenciando o processo educativo em enf. com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. Orientadora: Dra. Alcione Leite da Silva

<sup>1</sup> Enfermeira e Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da UFSC. Mestre em Assistência de Enfermagem e Especialista em Obstetrícia Social e Neonatal.

despertou meu interesse foi à experiência de ter vivido o processo de gestação de alto risco, quando fui internada com doença hipertensiva, o que me oportunizou um novo olhar para esta clientela.

Somados aos impulsos pessoais e profissionais, estimularam-me na escolha deste tema: a constatação de um percentual significativo de gestantes de alto risco no Brasil e no mundo, em torno de 10 a 20% (Cunha et al., 1989; Kemp e Hatmaker, 1993); a complexidade do processo da gestação de alto risco e, o número reduzido de estudos na enfermagem no Brasil.

Tais fatores reforçam a relevância deste tema e a importância da enfermagem ampliar novos conhecimentos nesta área e justificam a realização deste estudo, que tem como objetivo geral: desenvolver um processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco hospitalizadas e seus acompanhantes, tendo como base um marco referencial, fundamentado em idéias próprias e de King (1981) e Haguette (1990).

## **2 COMPREENDENDO A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO**

As gestantes de alto risco são mulheres que apresentam fatores de risco na gestação, sejam eles ambientais, biológicos, psicológicos, clínicos, sócio-culturais ou econômicos e que têm maior probabilidade de apresentarem uma evolução desfavorável na gravidez, o que pode levar a um aumento de morbidade e mortalidade materna, fetal e do lactente (Benson, 1991).

A vivência da gestação de alto risco caracteriza-se por um processo extremamente complexo, dinâmico, subjetivo e diversificado, podendo ser individual e social. É uma experiência única, que se estende ao companheiro, família e sociedade. Não é apenas um evento biológico, uma vez que envolve transformações fisiológicas, psicológicas, sociais, econômicas, culturais, espirituais e alterações de papéis, implicando na aceitação ou não da gravidez; aspectos estes, também inerentes ao processo de gestação normal.

É uma experiência estressante em razão dos riscos a que estão submetidos o feto e a mãe, os quais interrompem o curso normal da gravidez e repercutem em todo o contexto familiar. Dentre os aspectos estressantes, relatados pelas gestantes de alto risco e também descritos por especialistas da área (White e Ritchie, 1984;

Loos e Julius, 1989; Clauson, 1996) destacam-se: o temor, decorrente da dúvida em relação à sobrevivência do filho e medo pela própria vida; o distanciamento do bebê e preparativos, relacionados ao nascimento, com o intuito de evitar o sofrimento; o sentimento de culpa por não conduzir a gravidez de forma normal e, a falta de controle da gestação e do corpo.

Em decorrência da hospitalização, podem também ocorrer alterações no ritmo familiar e problemas para as gestantes, entre eles: afastamento da mulher do seu domicílio, dos familiares, das atividades profissionais e domésticas; adaptações da gestante ao novo ambiente e hábitos culturais; solidão, ansiedade, tédio, depressão e medo; sobrecarga de funções para alguns familiares, normalmente, o marido, que passa a assumir o cuidado com os filhos e com a casa (White e Richie, 1984; Loos e Julius, 1989; Maloni e Ponder, 1997).

O repouso parcial ou total, conduta terapêutica normalmente adotada e aceita para tratamento das intercorrências na gravidez de alto risco, pode, por sua vez, gerar nas gestantes problemas psicológicos, decorrentes do isolamento e confinamento, que podem se estender ao pós-parto (solidão, ansiedade, depressão, mudanças de humor e indisposição); problemas musculares; alterações circulatórias; diminuição de energia e da capacidade mental; reações inapropriadas a situações externas, tais como: tensão, exaustão e capacidade de concentração, além de perda de peso (Maloni, 1993a/b, 1996, White e Ritchie, 1984; Schroeder, 1996).

Devido a toda a complexidade que envolve a gestação de alto risco, entendo que esta não deva ser reduzida apenas ao aspecto biológico, ao tratamento das intercorrências, centrando-se apenas nos riscos e na sobrevivência do bebê. A visão deve ser ampliada nunca esquecendo que a mulher e familiares também estão vivenciando o processo da gravidez e as crises ligadas a ele.

### **3 DELINEANDO O REFERENCIAL TEÓRICO**

Entendendo a educação como uma ação fundamental para vivência mais saudável da gravidez, desenvolvi um processo educativo, norteado por um marco teórico, constituído de alguns conceitos e pressupostos, fundamentados em idéias próprias e de King (1981) e Haguette (1990). Os conceitos eleitos no marco teórico foram: ser humano, self, percepção, interação, comunicação,

transação, ambiente, saúde-doença, estresse, enfermagem, educação e ética.

Este referencial constitui-se em um sistema organizado de conhecimento, que permite um olhar específico para a realidade da gestante de alto risco, o que auxilia na compreensão de questões inerentes ao seu processo de ser e viver e, conseqüentemente, no desenvolvimento do processo educativo e, encontra-se descrito na íntegra na minha dissertação de mestrado (Zampieri, 1998). Ele detalha e contextualiza os conceitos e pressupostos, utiliza algumas concepções das autoras citadas e as amplia, considera a realidade da clientela e as minhas vivências pessoais e profissionais.

Constitui-se em um sistema organizado de conhecimento, que permite um olhar específico para a realidade da gestante de alto risco, o que auxilia na compreensão de questões inerentes ao seu processo de ser e viver e, conseqüentemente, no desenvolvimento do processo educativo.

Em síntese, este sistema proposto considera que as gestantes, acompanhantes e enfermeira (autora deste estudo) são seres que apresentam seu próprio *self* e percepção, os quais são influenciados pelos seus valores, crenças, formação educacional, conhecimentos, experiências e estilo de vida. São seres humanos que interagem entre si e com o meio, mediados pelas comunicações, isto é, através do intercâmbio de pensamentos e opiniões, por meio de sinais e símbolos, verbais ou não, que dão ordem e significado as suas ações. Ao interagirem, estabelecem acordos, transações, no qual emergem diferenças qualitativas que levam ao crescimento pessoal e alcance de objetivos. Nestas interações e transações, as gestantes, os acompanhantes e a enfermeira compartilham e refletem sobre as suas experiências e conhecimentos. Aprendem e ensinam, podendo desenvolver suas potencialidades, crescer e transformar-se, tornando-se sujeitos de suas vivências. Educam-se. Assim sendo, podem melhor enfrentar as situações de estresse e crise. Este processo pode favorecer o equilíbrio consigo, com os outros e com o meio em que estão inseridos, significando saúde. Pode ainda, possibilitar um estado de tranquilidade e segurança, permitindo aos envolvidos participarem, criarem, decidirem e agirem, atingindo suas metas, ou seja viverem de forma saudável. Permeando todo o processo e as relações entre os envolvidos, estão presentes alguns componentes éticos: o compromisso, o respeito, a liberdade, a responsabilidade.

#### **4 CAMINHOS PARA A CONSTRUÇÃO DO PROCESSO EDUCATIVO**

O Processo Educativo, construído a partir da interação e transação com gestantes e acompanhantes, ocorreu no período de primeiro de maio ao final de junho de 1997. Constituiu-se de 13 encontros, sendo que quatro destes ocorreram no âmbito individual. Nenhum encontro foi igual ao anterior, mesmo porque mudavam os temas, as pessoas, o tempo e o lugar, as necessidades, as perspectivas e os interesses.

Utilizei como metodologia de trabalho, o método da observação participante, proposto por Pearsall (1965) e Haguette (1990). Haguette (1990) define a observação participante como um processo, no qual o observador está em relação face a face com os observados e, participando com eles em seu ambiente natural de vida. Para Pearsall (1965), o papel do observador participante deve seguir um “*continuun*”: a) observador total; b) observador como participante; c) participante como observador; e d) participante total.

As observações foram registradas em diário de campo e alguns diálogos gravados, mediante consentimento prévio dos participantes. O nome dos participantes foi substituído por nome de flores para manter o anonimato. O perfil da clientela foi levantado, através de um questionário sucinto, na ocasião em que foi feito o convite para as gestantes e seus acompanhantes participarem do grupo.

Os dados coletados em cada encontro foram sistematicamente organizados, a partir de uma abordagem descritiva e reflexiva. A categorização dos dados permitiu a emergência de temas, cuja análise se consubstanciou na construção de um conhecimento novo em relação à experiência vivenciada por gestantes de alto risco e seus acompanhantes.

#### **5 CONTEXTUALIZANDO A POPULAÇÃO ALVO E AMBIENTE**

O processo educativo foi desenvolvido com 17 gestantes de alto risco e 9 acompanhantes, na Unidade de internação da maternidade do Hospital Universitário (HU), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), após prévio consentimento da referida instituição. As gestantes, na sua maioria, provinham de bairros de

Florianópolis (70%), exerciam as funções de doméstica (41,2%) e do lar (29,4%) Suas idades se concentravam na faixa dos 30 aos 44 anos, com percentual de 64,7%. Dentre as gestantes, 58,8% tinham o 1º grau incompleto, 58,8% delas eram casadas e 88,2% realizavam o pré-natal. 29,5% delas eram primigestas, com idade gestacional em torno de trinta e quarenta semanas, representando um total de 59,7%. O tempo de internação variou de cinco dias a um mês e meio. Os motivos da internação das gestantes incluíam os diagnósticos de doença hipertensiva da gravidez e oligodrâmnio, com o percentual de 21% cada, seguidas da infecção urinária com 15,8%, diabete com 10,5% e placenta prévia, cólica renal, ameaça de aborto e trabalho de parto prematuro com 5,3% cada. Os acompanhantes, na maioria, eram os companheiros das gestantes, representando 66,6% do total, sendo garçons, representantes comerciais, pedreiros e engenheiro ou, suas mães ou filhos com um percentual de 33,4%.

## 6DESCREVENDO AS ETAPAS DO PROCESSO EDUCATIVO

O processo educativo deu-se de forma dinâmica, flexível, criativa e reflexiva, procurando facilitar a vivência da gravidez de alto risco de forma mais saudável. Compreendeu quatro etapas, intimamente relacionadas, as quais ocorreram, muitas vezes, de forma simultânea e contínua, que se interpenetraram e se mesclaram durante o processo, as quais foram denominadas: Descobrimo-se; Desvelando a situação; Propondo e Agindo; e, Revendo e Redirecionando. Estas foram construídas observando-se algumas etapas do processo de enfermagem instituído por King (1981) e embasados em minhas experiências com trabalhos em grupo, adaptando-as a realidade da clientela, dinamicidade de ações, estratégias, tecnologias e, de acordo com os objetivos estabelecidos, caracterizando-se como uma nova abordagem. Tais etapas ocorreram da seguinte maneira:

**Descobrimo-se** – Entre os participantes do grupo, foi o momento no qual se deram as primeiras percepções, as primeiras interações, mediadas pelas comunicações. Estabelecíamos os primeiros contatos e apresentávamo-nos. Expunha de forma sucinta os objetivos do estudo e como seria desenvolvido o trabalho, de acordo com o referencial estabelecido. Esta etapa ocorria, comumente, no início dos encontros, porém, não raramente, com a entrada de novos elementos reiniciávamos este processo, para que estes pudessem se inteirar da dinâmica e continuar participando. Para

que esta etapa se efetivasse ocorreram algumas ações anteriores ou paralelas que facilitaram o interagir, minha comunicação e abordagem com a clientela: o contato prévio com a equipe de enfermagem, a respeito do quadro clínico e obstétrico das gestantes internadas; a pesquisa em prontuário de alguns dados pessoais, clínicos e obstétricos; o convite para a participação do grupo e, a participação em reuniões semanais com a equipe de saúde.

**Desvelando a situação** – Nesta etapa, foram relatadas e identificadas as preocupações, interesses, expectativas, percepções, dificuldades, potencialidades e necessidades dos participantes do processo, em relação ao momento vivenciado, à gestação, aos riscos, à hospitalização e aos efeitos do repouso. Isto se deu de maneira espontânea, através da comunicação verbal e não verbal, dando origem a alguns temas. Tais dados emergiram, também, em outras etapas do processo educativo. Os temas afluíram à medida que o processo ia sendo construindo e adotávamos algumas tecnologias de grupo e estratégias de ações, transacionadas pelo próprio grupo, implícita ou explicitamente, como veremos na próxima etapa.

**Propondo e agindo** – A partir das expectativas, dos interesses, das preocupações e das informações compartilhadas, conjuntamente, estabelecemos os temas, os quais foram trabalhados, posteriormente, no grupo. Esta etapa seria, então, o trabalhar a situação desvelada, o ato de aprender e ensinar, de ensinar aprendendo, o educar. Os temas definidos pelo grupo, podiam emergir em encontros individuais e depois validados em grupo ou então emergir no próprio encontro. Os temas foram trabalhados a partir dos conhecimentos e vivências das gestantes e acompanhantes, acrescidos de meus conhecimentos e experiências, no âmbito pessoal e profissional, com vistas a um objetivo comum. Em todo o processo educativo foram estabelecidas estratégias, transacionadas entre os envolvidos, que facilitaram o andamento dos trabalhos. Consistiam de ações propostas pelo grupo. Compreendiam o apresentar-se, o ouvir, o partilhar, o refletir, o questionar, o trabalhar temas e avaliar o processo. Para o desenvolvimento dos temas, foram transacionadas algumas tecnologias do cuidado que favoreceram a expressão das vivências, entre elas: confecção de cartazes; oficinas de colagens; desenhos representativos, esculturas com argila; depoimentos e relaxamentos.

**Revedo e redirecionando** – Didaticamente, foi considerada como a última etapa. No entanto, esta apareceu nas outras etapas, favorecendo a viabilização das mesmas. Deu-se de duas

formas distintas. A primeira aconteceu durante os encontros, quando os temas, tecnologias e estratégias eram redirecionados de forma espontânea pelo grupo, com vistas a aprofundar um outro tópico que, inicialmente, não havia acordado. Neste caso, não havia interrupção do processo para validar o novo tema. Contudo, quando percebia que o tema inicial ainda continuava sendo do interesse do grupo, após desenvolvermos o tema emergido, retomava a questão anterior. Esta dinamicidade permitiu o compartilhamento de idéias e conhecimentos de forma autêntica, permitindo a expressão de questões pessoais e grupais que condiziam com as reais necessidades da clientela. A segunda forma ocorreu ao final de cada encontro. Consistiu da avaliação do processo vivido das tecnologias e estratégias adotadas.

## **7 TEMATIZANDO AS SITUAÇÕES DO CUIDADO**

No processo educativo vivenciado pelas gestantes, acompanhantes e enfermeira que desenvolveu este estudo, emergiu os seguintes temas: Vivenciando as expectativas e preocupações com o processo de ser e viver do bebê; vivenciando o processo de ser e viver da gravidez, do parto e do puerpério; refletindo sobre o seu viver e, vislumbrando o futuro e, vivenciando o processo de hospitalização. Os temas foram analisados à luz de diversos autores, ampliando o conhecimento a respeito do processo de ser e viver da gestante de alto risco e acompanhante.

Para viabilizar a compreensão e apresentação eu subdividi os temas em subtemas, que aparecem de forma interligada na dissertação.

O primeiro tema, vivenciando as expectativas e preocupações com o processo de ser e de viver do bebê, gerou os subtemas: expressando o medo em relação à saúde e possibilidade de perda do bebê; esperando que tudo dê certo no amanhã; revivendo as experiências tristes de gravidezes anteriores; vivenciando as esperanças e desesperanças; remando contra o tempo; preparando-se para a prematuridade; o medo de anormalidades com o bebê; o medo de super proteger o filho prematuro; buscando habilitar-se para o cuidado do bebê.

O sentimento de medo pela sobrevivência do seu filho, representou uma das maiores preocupações para as gestantes e acompanhantes, o que também foi constatado nos estudos de White e Ritchie (1984), Clauson (1996), Maloni e Ponder (1997),



Schoroeder (1996), entre outros. As gestantes, na sua grande maioria, expressavam temor pela vida de seus filhos, uma vez que tinham consciência de que as intercorrências na gravidez poderiam gerar agravos ao bebê. Maloni e Ponder (1997) afirmaram que os companheiros das gestantes também demonstravam profunda preocupação com o estado do bebê e sua sobrevivência.

Contudo, apesar da internação e tratamento, observei que a gestante de alto risco e acompanhante expressavam durante todo o processo educativo, suas esperanças e, aguardavam com ansiedade que tudo acontecesse conforme seus sonhos, a fim de logo terem seu bebê em seus braços. Era esta esperança que os fazia enfrentar o presente cheio de dúvidas, medos e ansiedades e os levava a acreditar em um futuro promissor. Acreditar num amanhã que concretizasse o sonho de ver seu filho vivo e saudável.

*“Estou preocupada que tudo dê certo com o bebê” (Rosa).*

*“Estou preocupada com a saúde de meu filho. Eu mereço este bebê e ele merece viver” (Boca de Leão).*

Este medo pela perda do bebê era ainda maior quando a gestante ou casal já tinha vivenciado perdas em uma outra gestação, o que é reforçado por Schoroeder (1996), quando diz que o medo do filho não sobreviver era algo real, principalmente, para aquelas gestantes que já haviam tido a experiência de fracassos em outras gestações.

*“Me disseram que eu posso ficar aqui até meu filho nascer. Estou no 7º mês. Posso ganhar no 7º, 8º ou 9º mês, mas está tudo bem. Tenho medo de não agüentar e perder novamente” (Rosa).*

Maldonado, Nahoun e Dickstein (1990) explicam que a tendência da gestante de alto risco em se preocupar com a sobrevivência de seu filho deve-se, principalmente, ao sentimento de culpa que ela carrega, por não poder conduzir a gravidez de forma normal, surgido do medo de provocar danos ou morte a seu filho.

As gestantes de alto risco e acompanhantes demonstravam um comportamento ambivalente frente à situação vivenciada, ora acreditando que tudo daria certo, ora perdendo as esperanças, não tendo forças para prosseguir. Da mesma forma, tinham dificuldades em decidir como deveriam agir, lutando para manter a gesta-

ção ou acatando a orientação de interrompê-la, possibilidades que colocavam em risco a vida do bebê. Um estresse violento, levando a gestante a buscar alternativas para se afastar desta situação, para evitar o sofrimento, deixando de falar do bebê, não preparando seu enxoval, centrando-se em outros problemas familiares, deixando tudo na mão de Deus ou nas mãos de um profissional. Schoroeder (1996) chama estas alternativas para enfrentar o medo, que no seu entender são atitudes que podem fazer com que a gestante se distancie do bebê, de mecanismos de defesa.

O tempo para as gestantes representava mais chances de sobrevivência do filho, menor possibilidade de comprometimentos, mais chances de vida. Contudo, significava mais tempo de hospitalização, de repouso absoluto, de afastamento dos familiares. As gestantes e acompanhantes aguardavam ansiosamente as 28 semanas, período a partir do qual o bebê teria mais chances de vida, podendo fazer uso de medicamentos que amadurecessem os pulmões.

*“Se eu agüentasse mais uma semana dava 28, tinha mais chance de sobreviver. O médico falou. Hoje não deu infecção. O bebê tem chance” (Violeta).*

Em relação ao tempo, Schoroeder (1996) ressalta que as mulheres que vivenciam a gestação de alto risco e repouso no hospital, vislumbram apenas o futuro, tendo dificuldade em discutir o presente e a situação que estão vivendo, exceto em relação ao objetivo a ser alcançado, um bebê saudável. O tempo é muito significativo para estas mulheres, sendo que cada semana de manutenção da gravidez pode representar um melhor prognóstico ao bebê.

Mccain e Deatrck (1994), através de um estudo retrospectivo, com pais e mães que vivenciaram a gestação de alto risco, observaram as respostas emocionais destes frente à gravidez de alto risco e detectaram que as mesmas estavam relacionadas com a progressão da gravidez e que incluía três estados: a vulnerabilidade, percebida através da compreensão de que a gravidez era de risco; a altíssima ansiedade, decorrente da restrição de atividades; e a inevitabilidade, percebida através da compreensão de que o parto prematuro era eminente.

Acerca da iminência do parto prematuro, observei que as gestantes e acompanhantes sempre vislumbravam esta possibili-

dade. Ao mesmo tempo em que as gestantes e acompanhantes “remavam” contra o tempo para manter a gravidez, tinham consciência de que a qualquer momento o bebê poderia nascer e, então, teriam que estar preparadas (os) para cuidar daquele novo ser, diferente de seus sonhos, pequeno e frágil. Tudo isto era difícil para elas (es) compreenderem e aceitarem. Tinham necessidade de conhecer o desenvolvimento fetal, de visualizar fotos e conhecer a unidade de internação neonatal. Esta situação era, portanto, muito nova, assustadora e imprevisível, o que é evidenciado por Leff (1997), ao considerar o parto inesperado para a mulher como um momento extremamente alarmante, visto que a trajetória emocional da gravidez é encerrada abruptamente. O nascimento prematuro, segundo ele, por vezes, configura-se como um dos principais temores para a mulher, pois reforça a idéia que esta constrói de não ser uma boa mãe para o bebê.

No entanto, as gestantes em determinados momentos, apesar da iminência do parto prematuro, ao olharem para as outras mulheres, lamentavam a não vivência da gestação normal e resgatavam, por um lapso de tempo, o sonho do nascimento de um bebê a termo. Chegavam a expressar a vontade de estar no lugar das puérperas que caminhavam nos corredores com seu filho no colo.

*“Eu preciso me preparar. Na semana que vem quero conhecer o berçário. Acho que ainda não é o momento. Não posso caminhar” (Violeta).*

*“Eu, às vezes invejo as pacientes que estão com o bebê. Não é mesquinhez. É que a gente sonha em ter um parto normal e ver um bebê bonito” (Violeta).*

A ansiedade em relação à presença de alguma anormalidade física ou mental com o bebê, preocupação inerente a qualquer gestação, também emergiu durante o processo educativo. Em algumas situações, elas(es) relacionavam a necessidade de tratamento e problemas na gestação com a possibilidade do recém-nascido apresentar alguma anormalidade ou defeito. Deste modo, as informações da equipe representavam muito para a gestantes, podendo reforçar seus medos, bem como levá-las a pensar na interrupção da gravidez. As informações sobre o desenvolvimento

fetal e as intercorrências apresentadas, favoreciam a diminuição destes temores, tranquilizando-as e dando-lhes maior segurança.

*“Hortênsia está preocupada com o defeito no bebê. O acadêmico falou a ela que tinha pernas e braços curtos. Ela queria tirar o filho. Não deviam ter falado para ela sozinha. Deviam ter pedido para alguém da família estar junto”* (Rosa).

O estresse das gestantes e acompanhantes extrapolava as questões ligadas ao nascimento e aos cuidados para a sobrevivência dos recém-nascidos, estendendo-se a maneira como deveriam tratá-los e educá-los após a alta da unidade de internação neonatal.

*“Será que eu vou proteger muito o bebê. Coitadinho, sempre acho que ele vai ser fraquinho. Será que vou saber dar limites?”* (Violeta)

Em contrapartida, as gestantes, que estavam quase a termo, preocupavam-se com os cuidados com o bebê, sobretudo, no que tange ao banho e o curativo umbilical. Compartilhavam entre os participantes do grupo os tabus e valores transmitidos culturalmente por suas famílias, ao mesmo tempo em que tentavam compreender as novas rotinas em relação ao banho e o curativo do coto umbilical, preconizadas pela instituição. Este momento propiciava mudanças de comportamento e aprendizagem de novos conhecimentos. Isto é reforçado por Zieguel e Cranley (1985) quando afirmam que é a partir do segundo trimestre da gestação que a gestante mais se preocupa com a aprendizagem dos cuidados com o bebê, período este em que tem uma melhor percepção do seu filho, passando a vê-lo como uma pessoa autônoma.

*“Eu me preocupo com os cuidado do bebê. Não sei como cuidar dele. Não sei se dou banho ou não”* (Flor do Campo).

O segundo tema, vivenciando o processo de ser e viver da gravidez, parto e puerpério originou os seguintes subtemas: demonstrando estresse em relação às transformações físicas, emocionais e sociais da gravidez, alterações de papéis e distúrbios gravídicos; vivenciando os medos e ansiedade em relação ao trabalho de parto; preparando-se para a aceitação da gravidez; preo-

cupando-se com os riscos advindos da gravidez; buscando subsídios para compreender as vivências após o nascer e procurando caminhos para evitar a gravidez.

As gestantes de alto risco, no que se refere à gravidez, demonstraram estresse em relação às transformações físicas, emocionais e sociais, bem como em relação às alterações de papéis e distúrbios gravídicos, tendo dificuldade em lidar e adaptar-se a este novo estado. Neste sentido, Lopes e Montgomery (1993) ressaltam que o processo gestacional é extremamente dinâmico. Exige uma elaboração constante de novas formas de comportamento, uma proliferação de novos vínculos e aprofundamento de seus significados, alcançados através de informação e formação daqueles que vivenciam o processo.

Neste sentido, na medida que estes momentos de estresse foram refletidos e compartilhados nos encontros, as gestantes e acompanhantes diminuíram as suas angústias e adquiriram maior segurança. Perceberam que a situação que estavam vivendo também era vivenciada por outros casais, reduzindo seus sentimentos de impotência.

*“Não é só contigo que isto acontece Isto é normal, eu também já senti. A gente também se sente feia e gorda. Agora, já estou numa fase melhor. Gente quando está grávida fica emotiva, chora. Não sabe porque. Não sabe o que quer. A gente fica alegre e triste” (Violeta).*

A preocupação delas não se restringiu à gravidez, envolveu o trabalho de parto e parto. Os mitos, em relação ao parto normal, citados por Berriot-Salvadore (1990), relacionando-o com a dor, morte e sofrimento, fortalecidos pelos relatos históricos e culturais, transmitidos de geração em geração, refletiam-se nas falas das gestantes. Além disso, influenciavam as gestantes na escolha do tipo de parto, quando a elas era dada esta oportunidade. Os medos decorrentes de sua condição e a crença de que o parto cesáreo causava menos riscos ao bebê as induziam a realizar e solicitar este tipo de parto, mesmo que não fosse a indicação. Por outro lado, o desconhecimento dos sinais e dos sintomas do trabalho de parto deixava algumas gestantes extremamente estressadas, levando-as, por vezes, a um desequilíbrio emocional. A grande maioria das gestantes esboçava a vontade de conhecer as

unidades de sala de parto e visualizar um parto ou cesárea, através do vídeo ou foto.

*“Começou a dor. Não sabia o que fazer. Estava apavorada. A barriga ficava dura, dava dor nas costas e dava vontade de fazer força. Não sabia o que ia fazer. Agora parou”* (Girassol).

*“A mãe sente emoção, alegria, curiosidade quando o bebê vai nascer. Contrações, rompe a bolsa, pode sangrar”* (síntese do relato sobre o trabalho de parto, realizada por Rosa, Margarida e Hortênsia).

A aceitação da gravidez foi outro tópico salientado pelos envolvidos no processo. As gestantes e acompanhantes, através da reflexão, buscavam meios para enfrentar as transformações, mudanças de papéis e alterações do ritmo de vida, oriundos da gravidez, bem como, os preconceitos relativos à idade e ao estado civil, impostos pela família e sociedade, que geravam sentimentos ambivalentes frente à gravidez. A aceitação do filho pela gestante estava diretamente relacionada com a maneira com que a família considerava a gravidez, aceitando-a ou não. Isto é ressaltado por Rubim, citado por White e Ritchie (1984), ao dizer que, a separação e conseqüente falta de significação da gravidez pelos familiares e amigos, pode ser uma ameaça à mulher, que em virtude disto poderá ter dificuldade de aceitar o bebê.

O dilema entre o querer e o não querer, que acompanhou algumas gestantes, gerando grande ansiedade para elas, repercutiu diretamente sobre a vivência da internação. Neste sentido, algumas gestantes que rejeitaram o bebê no início da gravidez, relacionaram este fato com a necessidade da internação, sentindo-se culpadas por não conduzirem a gravidez de forma normal, e responsáveis pelos agravos ou morte, que pudessem acontecer ao bebê.

*“Eu não queria esta gravidez. Eu já tinha 2 filhos. Trabalhava como doméstica. Meu marido estava desempregado há 2 anos. Ele bebia e bebe. Queria me separar dele. Eu fiquei desesperada. Não fazia nada. Não dormia. Não comia. Não queria mesmo. Eu passei algumas noites andando pelas ruas. Fiquei mal. Sinto culpa do bebê estar com problemas. Acho que eu causei isto. No começo eu rejeitei muito meu bebê, mas agora eu o quero demais”* (Cravina).

As gestantes e acompanhantes, além de enfocarem os aspectos inerentes à gravidez, preocupavam-se também com as patologias devido as quais haviam sido internadas, centrando-se, principalmente, nas causas da patologia e nos riscos que esta poderia causar ao bebê. Tal fato vem confirmar as afirmações de Clauson (1996) de que a maior incerteza na admissão da gestante dizia respeito à causa da condição de risco e necessidade da mulher determinar o significado de sua situação e mudanças da trajetória da gravidez.

*“O médico me falou que tenho diabete, mas eu nunca tive problemas nas outras gestações. Porque aconteceu isto?”*  
(Margarida).

As gestantes e acompanhantes não ficaram restritas/os aos temas relativos à gravidez e ao parto. Demonstraram interesse em relação ao pós-parto, enfocando temas como o aleitamento, a contracepção e a depressão no pós-parto. Acerca do aleitamento, compartilharam idéias relativas ao preparo da mama, as vantagens do leite materno e complicações oriundas do aleitamento. Expuseram as condutas usuais e populares, relacionando-as com os conhecimentos científicos trocados durante o processo.

*“Seio empedrado? O que fazemos?”* (Mãe de Flocos).

*“Outra coisa que pode ser feita para ajudar a mulher é chamar o marido. Logo ele resolve. Dá uma mamadinha”*  
(Mãe de Dália).

*“Precisa usar soutien? Vai arrear o seio”* (Girassol).

A contracepção foi um dos temas que mobilizou todo o grupo. Foram gerados questionamentos em relação ao uso de métodos contraceptivos e seus riscos. Tal tema trouxe novamente à tona a questão da sexualidade, seus mitos e preconceitos.

*“Eu quero mesmo a laqueadura. Viste a assistente social? Não posso ter outro filho. A gente não pode”* (Papoula).

*“A minha dúvida é com o DIU. Minha cunhada engravidou 2 vezes. Na 1ª vez abortou. Eu pensei em colocar o DIU, mas fiquei com medo”* (Papoula).

Com referência à depressão pós-parto, as gestantes de alto risco, ao observarem suas antigas colegas de quarto, que já tinham ganhado o bebê, perceberam que as mesmas apresentavam tristeza e depressão, tendo inclusive dificuldades de cuidar do recém-nascido.

*“A Camélia depois que teve o bebê sempre chora. A Girassol teve dificuldades de cuidar do filho. Eu não sou diferente. Será que vou ficar assim deprimida? Quero saber a respeito”* (Violeta).

Neme (1995) afirma que estas alterações de comportamento, de natureza mental, podem ocorrer nas diversas fases do ciclo grávido puerperal. Entretanto, segundo ele, em sua manifestação primária são, quase sempre, inerentes ao puerpério e mais incidentes em primíparas. Joelsons e Gentil (1991) citam como principais transtornos emocionais associados ao puerpério, a disforia puerperal, a depressão puerperal e as psicoses puerperais.

O terceiro tema, refletindo sobre o seu viver e vislumbrando o futuro, originou os seguintes subtemas: expressando os sentimentos em relação a sua auto-estima e com o seu corpo; enfocando questões ligadas à sexualidade; buscando meios para enfrentar a morte; vivenciando outras culturas, visões de mundo e de saúde; vivenciando as preocupações e expectativas em relação à situação familiar.

Algumas gestantes afirmaram, que durante o processo, haviam-se centrado na gravidez, na sobrevivência de seus filhos, que não se olhavam como mulheres e nem se sentiam como tais. Não se cuidavam. Sentiam-se apenas mães. Expressavam ansiedades em relação às alterações do seu corpo, preocupando-se com a sua imagem e o reflexo disto em suas vidas. Isto vem ao encontro das idéias de Maldonado, Nahoun, Dickstein (1990), que dizem que a gestante forma uma nova imagem de si e de seu corpo; fazendo emergir sentimentos contraditórios, de alegria, de orgulho, de *status* pela gravidez e ao mesmo tempo de vergonha, de tristeza, por se sentir pouco atraente.

*“Agora eu não me cuido mais. Ele reclama: Vai se cuidar. Minha filha disse que eu era toda jeitosa, arrumada e agora ... Eu tinha 58 quilos. Agora estou com 96 quilos. É, não dá para ficar assim. Estou pensando em quando sair daqui cortar os*



*cabelos, arrumar as unhas. Só não vou pintar o cabelo porque não dá” (Papoula).*

A atitude diante do corpo tem grandes repercussões no relacionamento homem-mulher, dependendo muito da imagem formada por aquelas pessoas, com as quais a mulher interage. A estrutura da auto-imagem determina, dia após dia, o comportamento da pessoa (Santos, 1982). À medida que a gestante se sinta valorizada e satisfeita consigo, tem possibilidades de mobilizar suas potencialidades e gerar mudanças, possibilitando assim, vivenciar a realidade de forma mais satisfatória e feliz.

A preocupação com a auto-estima e com a auto-imagem aflorou um tema que estava oculto, porém era uma necessidade real para as gestantes e acompanhantes, a questão da sexualidade. Algumas gestantes afirmaram que houve diminuição da libido após a gravidez, tendo ficado ainda mais reduzida quando detectaram o risco para com o bebê. Em contrapartida, outras se sentiam mais excitadas naquele período. Compartilhando suas experiências concluíram que tudo dependia da maneira como cada uma encarava a gestação e a sexualidade e dos valores e crenças, transmitidos pelos familiares e sociedade.

*“Esta coisa de tesão é engraçada na gravidez. Não tinha vontade. Não que eu não goste. Me direcionei para a maternidade. Deixei de ser mulher. Me senti uma incubadora. Sempre me achava maravilhosa. Me vestia como uma “pe-rua”. Depois da gravidez ... Ainda bem que ele entende” (Violeta referindo-se ao marido).*

*“Eu já me achava linda. Deixava a minha barriga de fora para todas verem. Tive relações até vir para cá. É a cabeça da gente. Algumas engravidam e não tem vontade como a Violeta” (Girassol).*

A sexualidade também foi referida pelos companheiros. Alguns deles não compreendiam a mudança de comportamento por parte das mulheres em relação a esta questão e, sentiam-se rejeitados. No que tange à sexualidade, Lopes e Montgomery (1993) salientam que não existe uma sexualidade estática. Ela é dinâmica por sua própria natureza, sofrendo variações de acordo com os aspectos culturais e educacionais, sedimentados desde as

primeiras relações afetivas e, de acordo com a interação do casal e trimestres da gestação.

A visão de sexualidade pode ser ampliada, estendendo-se as relações afetivas, ao toque e as carícias, o que certamente fortalecerá o relacionamento dos cônjuges. A gravidez não impede o exercício da sexualidade pelo casal. As idéias e crenças das diferentes sociedades, bem como os aspectos sócio-econômicos e culturais são fatores que influenciam esta questão, contudo, o relacionamento com o companheiro tem importância primordial.

A preocupação consigo mesma envolveu também a preocupação com a morte e o medo de enfrentá-la. A morte e a consciência de sua finitude, coexistindo lado a lado com o nascimento e a continuidade da vida.

*“Esta é uma passagem que talvez não volte a passar”*  
(bilhete de Girassol deixado para todo o grupo em um encontro. A gestante corria risco de vida).

Na medida em que as gestantes refletiam sobre seu *self*, sobre o seu corpo e sua sexualidade, outros sentimentos emergiam. Era muito forte a necessidade que tinham em afirmar que se sentiam saudáveis e devido a esta percepção, algumas vezes, não seguiam o tratamento. Sutilmente demonstravam que podiam decidir sobre suas vidas, que precisavam viver, sentir-se mais úteis, e que nós profissionais teríamos que lhes dar esta oportunidade, propiciando momentos e ambientes saudáveis, que pudessem superar esta fase que vivenciavam. Buscavam, algumas vezes, colocar-se à parte do processo, analisando as vivências das outras gestantes e seus comportamentos, aproveitando esta reflexão para entender sua própria experiência.

*“Não gosto de me sentir doente e ser tratada como tal”*  
(Violeta).

*“Quando eu sair daqui vou escrever sobre os diversos comportamentos que vi aqui. É muito rico. Observando isto tudo parece que estou observando de fora e me sinto mais saudável”* (Flor de Campo).

A gravidez, ainda mais a de risco, favorece a reflexão das gestantes sobre os aspectos existenciais, sobre a própria vida,

sobre os preconceitos, que às vezes a impedem de progredir e evoluir, bem como, sobre o futuro. Isto ficou evidente no processo educativo, quando, em certas ocasiões passaram a refletir sobre o seu futuro profissional e sobre as alterações de comportamento, fazendo planos para o futuro.

*“Eu sempre fui “perua”. Me arrumava toda. Agora só me sinto mãe. Mas as coisas vão mudar quando eu voltar. Eu aprendi muito. Aqui tenho tempo para pensar na vida. Acho que aí vou me arrumar. Vou trabalhar, talvez voltar à Universidade” (Violeta).*

Esta preocupação não se restringiu a sua pessoa, extrapolou a todos os familiares e também a situação sócio-econômica, a que a família estava submetida. Todas as dificuldades que as gestantes tinham em seu lar não deixavam de existir com o seu afastamento, ao contrário, podiam piorar o quadro existente, uma vez que a sua ausência poderia significar redução de recursos financeiros e desestruturação familiar.

*“Vim de Lages ontem. Só tenho um colchão. A televisão já ganhei. Deus ajuda a gente. Não tenho roupas para o bebê” (Amor Perfeito).*

O quarto tema, vivenciando o processo da hospitalização originou os subtemas: expressando percepções e preocupações frente ao afastamento de familiares e confinamento no hospital; constatando a morosidade do tempo e ociosidade; evidenciando a preocupação do acompanhante com todo o processo; estando alerta ao dizer e fazer da equipe de saúde; percebendo as rotinas e as filosofias existentes; interagindo e sofrendo com as companheiras.

Observa-se que a hospitalização e repouso, prescritos às gestantes de alto risco, podem gerar transtornos, efeitos ou distúrbios, no âmbito pessoal e familiar. Destacam-se, segundo White e Ritchie (1984), o afastamento da família e do domicílio, os distúrbios emocionais, as mudanças nas circunstâncias familiares, as preocupações com o estado de saúde e com a auto-imagem, acrescidos, de acordo com Heaman (1992), do aumento de ansiedade, dos distúrbios de humor e depressão. Os depoimentos evi-

denciam que as gestantes ao mesmo tempo em que diziam estar seguras e bem atendidas, sem exceção, queixavam-se de saudades e preocupações com os familiares. Ansiavam por voltar ao seu lar, conviver com seus filhos e companheiro, voltar a sua rotina e costumes, assumir seu espaço, o controle de seu corpo, de seu tempo e, de sua vida. O sentimento era de tristeza, de angústia, de resignação frente a uma situação que não podiam mudar. Sentiam-se prisioneiras. Tal quadro foi observado e ressaltado por Loos e Julius (1989) e Schoroeder (1996) em seus estudos e, constatado através da evolução histórica, após a medicalização da gestação, segundo Knibiehler (1990).

*“Da vontade de ir embora, saudade dos filhos, mais segura, bem”* (Cravina).

*“Mais ou menos. Louca para ir embora”* (Petúnia).

*“Doente de ficar aqui sem ver minha filha”* (Tulipa).

*“Chorei um monte de saudade de meu filho. A Camélia também. Conversa com ela”* (Miosótis).

*“Aqui é bom, mas eu queria minhas coisas, minha comida, meus costumes, minha casa”* (Boca de Leão).

Percebi, em diversos momentos, a preocupação dos companheiros com a saúde do bebê e da esposa e com os transtornos no ritmo familiar. Alguns permaneciam ao lado da companheira, auxiliando-a nas pequenas atividades; conversavam ou ficavam em silêncio, compartilhando das dificuldades; ou, questionavam a equipe sobre a evolução e os riscos.

*“Eu trabalho de garçom, mas venho ficar com ela. Ela tem muita dor”* (marido de Miosótis).

Segundo Maloni e Ponder (1997), os companheiros que tinham tido a experiência da gestação de alto risco, tinham como maiores preocupações a sobrevivência do bebê e o estado físico e psicológico de sua mulher, seguido de preocupação a respeito de seu próprio estado físico e psicológico, já que tinham que assumir

as tarefas das companheiras. Além disso, preocupavam-se com a questão financeira, uma vez que o tempo de internação implicava em grandes custos, caso se tratasse de um hospital privado.

O tempo significava muito para as gestantes e acompanhantes. Cada minuto representava uma eternidade, custando muito a passar. Os ponteiros caminhavam lentamente, o que tornava a espera mais angustiante. Sentiam-se à mercê de uma situação, que poderia ter ou não um final feliz, o que gerava muitas incertezas e estresse.

*“Não posso fazer nada. Estou preocupado”* (marido de Girassol).

*“Bem angustiada, por uma espera incerta”* (Violeta).

Neste estudo, as gestantes de alto risco mostravam-se irritadas, entediadas, deprimidas e ociosas. Por este motivo, o tempo tornava-se mais longo para elas. Relatavam que tinham poucas atividades que lhes dessem prazer, sendo que na maioria das vezes, sentiam-se inúteis. Entendiam que havia pouco a fazer para alterar a situação vivenciada e colocavam-se nas mãos da equipe de saúde. Permaneciam em repouso e sujeitavam-se as condutas médicas e de enfermagem, porque entendiam serem estas as únicas possibilidades para manter a gravidez e a sobrevivência de seu filho. Gupton e Heaman (1997) confirmam estes sentimentos vividos pelas gestantes, destacando, entre eles, o papel de doente imposto à gestante; as incertezas em relação à duração de tempo de repouso e utilidade do mesmo, a falta de controle do seu corpo e da gravidez, preocupações com o bem-estar fetal e fadiga pela espera infundável.

*“Preocupada, cansada, angustiada. Doida para correr. A gente trancada não consegue resolver nada, mas mesmo assim quero me cuidar”* (Miosótis).

*“É bom a gente se sentir útil. Eu gosto de fazer alguma coisa. Aqui a gente não faz nada. Me sinto melhor”* (Violeta).

*“Me sinto muito parada aqui”* (Papoula).

*“Estou com muita vontade de ir embora, fazer minhas coisas, viver minha vida”* (Flor do Campo).

Neste sentido, Schoroeder (1996) enfatiza que para as gestantes não é dada outra alternativa ou possibilidade de escolha, além da hospitalização e repouso, uma vez que a restrição do movimento é considerada a única solução para a sobrevivência de seu filho, fazendo-as se sentirem culpadas quando não conseguem seguir a conduta proposta. Maloni (1993a,b), relacionando a gestação de alto risco, hospitalização e repouso, encontrou como efeitos desta situação problemas psicológicos, oriundos do confinamento e isolamento (tédio, ansiedade, hostilidade e irritação); incapacidade de concentração; exaustão e; tensão. Maloni (1994) aponta como uma das alternativas, o atendimento domiciliar, através do qual se pode fornecer um cuidado compreensivo, holístico e centrado na cliente.

Neste estudo, as gestantes estavam muito atentas ao ambiente que as rodeava e com o dizer e fazer daqueles com quem se relacionavam. O colocar-se à disposição da equipe não significava estar alheia ao momento vivenciado e as ações dos cuidadores. Estavam atentas a todas as falas e comportamentos dos profissionais da unidade e dos acadêmicos. Sabiam exatamente que condutas estes iriam tomar e quando isto aconteceria. Tinham conhecimento de todos acontecimentos da unidade. Sabiam quais as pacientes que haviam recebido alta, aquelas que tinham interrompido a gravidez ou ainda a gestante que havia perdido o bebê. Muitas vezes até sabiam o motivo destes acontecimentos.

*“Tenho duas novidades. A gente aqui escuta tudo. A gente sabe tudo. A gente aguça os ouvidos. Eu ouvi a doutora conversando com os alunos. Ela disse que se fosse menina teria chance de nascer, com a idade do meu bebê. Falou ainda que o nenê estressado, que é o caso do meu, amadurece mais rápido. Tem chance. A gente escuta tudo que interessa”* (Violeta).

Refletiam sobre os comportamentos dos profissionais, sua filosofia de trabalho e atendimento. Estavam atentas à filosofia da própria maternidade. Neste sentido, faziam elogios, reclamações e questionamentos. Os elogios eram referentes à filosofia da instituição, que preconiza a humanização no atendimento, contrapondo-se à conduta adotada por alguns profissionais, questionada e criticada pelas gestantes. Lamentavam que alguns profissionais colocassem por terra todo um trabalho de equipe. As gestantes de

alto risco, afastadas do convívio familiar, necessitavam compreender as rotinas de enfermagem e fluxo do serviço que lhes era imposto, para desta forma se sentirem mais seguras e tranqüilas.

*“Meu Deus como age a natureza. Se procura mais e mais tecnologia e se retorna aqui ao que tem de mais antigo e mais humano. Estar perto da mãe, ser aquecido por ela. É coisa de primeiro mundo, já tinham me falado, mas não tinha idéia”* (Violeta, referindo-se à técnica de Mãe Canguru, realizada na instituição).

As gestantes interagiam entre si e, deste modo, preocupavam-se também com as companheiras de quarto. Sofriam se os acontecimentos fossem ruins e ao contrário, alegravam-se caso os acontecimentos fossem bons. Refletiam, ao mesmo tempo, sobre suas próprias vivências, revendo suas possibilidades.

*“Nós vamos procurá-la, assim que vier para a unidade. A gente aprendeu a gostar dela. Ela era muito alegre e dava força. Tadinha”* (Violeta).

*“A gente sente por ela”* (Miosótis). (As pacientes fizeram este comentário quando uma das companheiras do quarto teve que interromper a gravidez, devido a uma crise hipertensiva grave. Seu bebê tinha pouca chance de sobreviver. Foi a óbito dois dias após nascer).

A vida continua e percebemos que fatos ruins também nos fortalecem e nos dão esperanças. As gestantes conscientes também daquela realidade, confortavam-se mutuamente, parecendo munir-se de forças e pensamentos positivos, para poderem desenvolver seus potenciais e enfrentar as dificuldades, realizando o sonho de ter nos braços um bebê saudável.

## **8 TECENDO CONSIDERAÇÕES EM RELAÇÃO AO PROCESSO EDUCATIVO**

O processo educativo construído, de acordo com as falas, possibilitou às gestantes e acompanhantes viverem de forma mais saudável a gravidez, uma vez que as mesmas tiveram a oportunidade de expressarem seus medos, angústias, ansiedades e senti-

mentos; possibilitou a reflexão, o compartilhamento de experiências, conhecimentos e vivências, favorecendo aos envolvidos perceberem o seu verdadeiro potencial e através do fortalecimento deste, enfrentarem as dificuldades encontradas; facilitou às gestantes e acompanhantes, assumirem seu real papel de protagonistas do processo de gestação e preencheu um tempo ocioso.

O processo educativo favoreceu a reflexão dos envolvidos, não apenas em relação aos riscos, mas também em relação à gestação e aspectos existenciais. Favoreceu enfocar o ser humano e suas relações, diante de uma situação transitória e complexa, a gestação de alto risco, o que poderá servir de subsídio para que os profissionais cuidem de forma mais ampla desta clientela.

Este estudo contribuiu para aprofundar conhecimentos na área de obstetrícia, haja vista o reduzido número de bibliografias, enfocando a mulher grávida na sua totalidade e as práticas educativas com gestantes de alto risco. Os levantamentos bibliográficos, resultados e análise poderão contribuir para que se faça uma reflexão criteriosa e efetiva sobre os critérios adotados, efeitos e benefícios da hospitalização e repouso e se reveja o cuidado direcionado a esta clientela. Neste sentido, abre a possibilidade das gestantes de alto risco serem cuidadas em seu domicílio, propiciando a diminuição de estresse destas, atendendo-as de forma mais humanizada, holística e personalizada, de acordo com sua realidade, com a sua participação ativa e com suporte familiar, além de gerar novo campo de trabalho para a enfermagem atuar, oportunizando maior autonomia destes profissionais.

O estudo também buscou ressaltar a necessidade de se procurar meios para que o ambiente hospitalar torne-se o mais agradável possível, através da construção de um programa de atividades em conjunto com gestantes, acompanhantes e familiares, respeitando seus aspectos culturais, diminuindo sua ociosidade e fortalecendo suas potencialidades. Um programa que favoreça atividades grupais, um espaço, no qual seja possível expressar sentimentos, ansiedades, expectativas e onde haja contato com a arte (música, desenho), propiciando o aprender e ensinar contínuo e mútuo, caracterizando o educar-se.

Finalizando, entendo que a educação é essencial na condução da gestação de alto risco, sendo que a enfermagem, profissão do cuidar, deveria explorar muito mais a dimensão do educar, na perspectiva de auxiliar a gestante e seu acompanhante no resgate



de seus papéis principais, como protagonistas do processo de gestação e do nascimento. Desta forma propiciará que estes vivam este processo tão complexo, de uma forma mais tranqüila, menos traumática e mais satisfatória.

### **ABSTRACT**

*The present study is a picture of the educational process lived by hospitalized high-risk pregnant women and also by their companions, conducted at the University Hospital of the Federal University of Santa Catarina. It has been developed as a joint process with the clients, through dynamic interaction, as a set of actions in an effort to socialize knowledge and experiences. The goal is to offer greater autonomy to the clients, allowing the high risk pregnancy to be a peaceful, safe and joyful experience, beyond the fact of contributing with the construction of new knowledge about the being-and-living process of these women.*

**KEY WORDS:** *educative process high risk pregnancy, companions*

### **RESUMEN**

*Ese estudio retrata el proceso educativo vivido con embarazadas de alto riesgo y sus acompañantes, desarrollado en el Hospital Universitario de la Universidad de Santa Catarina. Se trata de un proceso construido en coparticipación con la clientela, por medio de la interacción dinámica entre los partícipes. Se constituyó de un conjunto de acciones, que visan la socialización de conocimientos y experiencias, con objetivo de propiciar una mayor autonomía para la clientela y favorecer vivir la gestación de alto riesgo de manera más tranquila y segura, además contribuir para la construcción de nuevos conocimientos sobre el proceso de ser y vivir de esta clientela.*

**DESCRIPTORES:** *proceso educativo, embarazadas de alto riesgo, acompañantes.*

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1 BENSON, R. C. *Manual de obstetrícia e ginecologia*. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. 678p.
- 2 BERRIOT-SALVADORE, É. O discurso da medicina e da ciência. In: PERROT, M.; DUBY, G. *História das mulheres no Ocidente - Renascimento à Idade Média*. Porto: Afrontamento, 1990. v.3.
- 3 CLAUSON, M.I. Uncertainty and stress in women hospitalized with high risk pregnancy. *Clinical Nursing Research*, v.5, n.3, p.309-325, Aug., 1996.
- 4 CUNHA, A. de A. et al. Gravidez de alto risco: Avaliação de incidência no ambulatório de pré-natal. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, v.99, n.4, p.165-166, 1989.
- 5 GUPTON, A.; HEAMAN, M. Bed rest from the perspective of high risk pregnant woman. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, v.26, n.4, p.423-429, Jul./Ago., 1997.
- 6 HAGUETTE, T. M. F. *Metodologias qualitativas na sociologia*. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1990. 63p.
- 7 HEAMAN, M. Stressful life events, social support, and mood disturbance. In: Hospitalized and non-hospitalized women with pregnancy-induced hypertension. *The Canadian Journal of Nursing Research*, v.24, n.1, p.3-37, Spring, 1992.
- 8 JOELSONS, M.C.; GENTIL, V. Transtornos emocionais no puerpério. *Revista Ginecológica e Obstétrica*, v.2, n.4, p.180-184, 1991.
- 9 KEMP, V. H.; HATMAKER, D. D. Health practices and anxiety in low- income, high and low-risk pregnant women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, v.22, n.3, p.266-272, May/June, 1993.
- 10 KING, M. *Imogene. A theory for nursing: Systems, concepts e process*. United States of América: Wiley Medical Publication, 1981.
- 11 KNIBIEHLER, I. *Corpos e Corações*. In: PERROT, M.; DUBY, G. *História de mulheres no Ocidente-O século XIX*. Porto: Afrontamento, 1990. v.4, p.351-393.
- 12 LEFF, J.R. *Gravidez, a história interior*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 212p.
- 13 LOOS, C.; JULIUS, L. The client's view of hospitalization during pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, v.18, n.1, p.52-56, Jan./Fev., 1989.
- 14 LOPES, G. P.; MONTGOMERY, M. O comportamento sexual do casal grávido. In: NORONHA, D.T.; LOPES, G.P.; MONTGOMERY, M. *Tocoginecologia psicossomática*. São Paulo: ALMED, 1993. p.49-52.
- 15 MALDONADO, M.T.P.; NAHOUN, J.C.; DICKSTEIN, J. *Nós estamos grávidos*. 8.ed. Rio de Janeiro: Bloch Educação, 1990.
- 16 MALONI, J.A.; PONDER, B. Fathers' experience of their partners' antepartum bed rest. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, v.29, n.2, p.183-187, 1997.
- 17 \_\_\_\_\_ et al. Physical and psychosocial effects of antepartum hospital bed rest. *Nursing Research*, v.42, n.4, p.197-203, Jul./Ago. 1993b.
- 18 \_\_\_\_\_. Home care of the high- risk pregnant woman requiring bed rest. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, v.23, n.8, p.696-706, Oct., 1994.
- 19 \_\_\_\_\_. Bed rest pregnancy: Implications for nursing. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, v.22, n.5, p.422-426, Sep./Oct., 1993a.
- 20 MCCAIN, G.C.; DEATRICK, J. A. The experience of high-risk pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, v.23, n.5, p.421-427, Jun. 1994.
- 21 NEME, B. *Obstetrícia básica*. São Paulo: Sarvier, 1995.

- 22 PEARSALL, M. Participant observation as role and method in behavioral research. *Nursing Research*, v.14, n.1, p.37-42, 1965.
- 23 SANTOS, O. B. *Aconselhamento psicológico e psicoterapia*. São Paulo: Pioneira, 1982.
- 24 SCHROEDER, C.A. Women's experience of bed rest in high risk pregnancy. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, v. 28, n. 3, p.253-258, Fall, 1996.
- 25 WHITE, M.; RITCHIE, J. Psychological stressors antepartum hospitalization: reports from pregnant women. *Maternal Child Nursing Journal*, v.13, n.1, p.47-56, 1984.
- 26 ZAMPIERI, M. de F. M. *Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes*. Florianópolis, UFSC, 1998. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem)-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.
- 27 ZIEGUEL, E. E.; CRANLEY, S. M. *Enfermagem obstétrica*. 8 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985.

Data de entrada: 14/08/00

Início do período de reformulações: 29/09/00

Aprovação final: 22/06/01

---

Endereço da autora: Maria de Fátima Mota Zampieri  
Author's address: Rua Gaspar Dutra 440, apto. 404 - A. Estreito.  
88075-100 - Florianópolis - SC.  
E-mail: mfatima@nfr.ufsc.br