

PERCEPÇÃO DA GESTAÇÃO DE RISCO POR UM GRUPO DE GESTANTES HIPERTENSAS HOSPITALIZADAS

Valéria Piveta*
Catia Campaner Ferrari Bernardy**
Thelma Malagutti Sodré***

RESUMO

Neste estudo, objetivou-se compreender a percepção da gestação de risco para um grupo de gestantes hipertensas, descrever o significado da gestação de alto risco para elas e identificar suas dificuldades durante o período de internação e suas necessidades de cuidado. Trata-se de um estudo de caráter exploratório, descritivo e qualitativo, realizado em uma maternidade regional do norte do Paraná, com sete gestantes hipertensas de todas as idades, primíparas e multíparas, no 3º trimestre de gestação. Os dados foram coletados de julho a dezembro de 2013, por meio de entrevista semiestruturada, e submetidos à análise de conteúdo. As sete gestantes, com idade entre 25 e 38 anos, eram multíparas, estavam internadas havia mais de sete dias, relataram preocupação com o bem-estar do filho e dificuldade em permanecer hospitalizadas e ausentes do convívio familiar. Demonstraram sentimentos de medo, ansiedade e indignação perante a infraestrutura hospitalar e o atendimento da equipe. Considera-se que as gestantes tiveram dificuldades em verbalizar o significado da gestação, porém expuseram com facilidade suas necessidades de cuidado. À vista disso, é necessário compreender o processo psicológico dessas mulheres para melhorar a assistência oferecida a elas.

Palavras-chave: Gravidez de alto risco. Hipertensão. Emoções.

INTRODUÇÃO

A Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) é uma das principais complicações obstétricas e caracteriza-se pelo aparecimento da tríade sintomática: hipertensão, proteinúria e edema em grávida normotensa, após a vigésima semana de gestação, com a presença de pressão arterial maior ou igual a 140/90mmHg. É uma doença incurável, exceto pela interrupção da gravidez, e pode evoluir para quadros ainda mais complexos, como eclâmpsia, síndrome HELLP (hemólise com níveis elevados de enzimas hepáticas e contagem baixa de plaquetas) ou coagulação intravascular disseminada (CID). Na ausência de proteinúria, suspeita-se da patologia quando a hipertensão arterial vem acompanhada de exames laboratoriais alterados, especificamente creatinina e provas de síndrome HELLP⁽¹⁾.

A DHEG é responsável por uma parcela significativa dos casos de mortalidade materna e perinatal, sendo frequentemente associada a complicações em órgãos vitais, como sistema

nervoso central, sistemas cardiovascular, renal, hematológico, hepático e uteroplacentário, causando agravos como: descolamento da placenta, prematuridade, retardo do crescimento intrauterino, morte materna e fetal, oligúria, crise hipertensiva, edema pulmonar, edema cerebral, trombocitopenia, hemorragia, acidente vascular cerebral, cegueira, intolerância fetal ao trabalho de parto⁽¹⁻²⁾.

As gestações com presença de agravos, como a DHEG, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Nessas condições, a gestação é denominada gestação de alto risco⁽¹⁾.

Comparada às demais, a gestante de risco é mais sensível emocionalmente. Nesta situação, há o medo pelas alterações que ocorrem em seu organismo e a insegurança de que o filho tenha alguma anormalidade⁽³⁾. Essas gestantes, além dos cuidados, tratamentos médicos e farmacológicos, necessitam de atenção aos aspectos emocionais, uma vez que a terapêutica normalmente exige longos períodos de internação. Tornam-se, então, vulneráveis ao cansaço físico e sofrimento emocional, fatores que não são atendidos durante sua internação.

* Enfermeira. Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica. Londrina, Paraná, Brasil. E-mail: valeria.piveta@hotmail.com

** Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, UEL. Londrina, Paraná, Brasil. E-mail: ccfbernardy@gmail.com

*** Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, UEL. Londrina, Paraná, Brasil. E-mail: thelmalagutti@gmail.com

Dessa forma, esse período pode parecer-lhes cada vez mais demorado, repercutindo em sentimentos de medo, saudade, angústia e ansiedade pelo final do tratamento, parto e chegada do bebê.

Diante da complexidade de uma gestação de risco, objetivou-se, neste estudo, compreender o significado desse tipo de gestação para mulheres com DHEG e identificar as dificuldades que elas enfrentam durante o período de internação e o modo como desejam ser cuidadas, a fim de contribuir com a melhoria da qualidade do cuidado oferecido às gestantes de risco internadas naquela instituição hospitalar.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva busca relatar as características de determinada população, para então estabelecer relações entre elas. A pesquisa exploratória, por sua vez, traz a formulação de hipótese para futuros estudos, permite conhecer fenômenos e formar novas ideias. Esse tipo de pesquisa descreve situações e procura relacionar os elementos que as compõem⁽⁴⁾.

O estudo foi realizado na maternidade de um hospital universitário de grande porte no norte do Paraná, que atende unicamente o Sistema Único de Saúde–SUS. Esse hospital tem como missão prestar assistência à saúde participando no ensino, pesquisa e extensão; possui 316 leitos distribuídos em diversas especialidades, 19 dos quais destinam-se ao atendimento materno. A maternidade atende exclusivamente gestantes de alto risco e conta com a assistência de uma equipe multiprofissional.

Participaram do estudo gestantes de qualquer idade, primíparas e multíparas no 3º trimestre de gestação, internadas na maternidade do hospital universitário. Definiram-se esses critérios porque a DHEG pode ocorrer tanto em gestantes jovens quanto em mais velhas, e é mais comum no 3º trimestre; já a primiparidade constitui fator de risco para essa patologia⁽⁵⁾, enquanto as multíparas, por suas experiências bem sucedidas ou não nas gestações anteriores, podem ter influência sobre sua vivência de internação hospitalar.

A delimitação do número de participantes ocorreu quando os objetivos foram alcançados e

os relatos começaram a se repetir, ou seja, deu-se pela saturação teórica, operacionalmente definida como suspensão de inclusão de participantes, quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, redundância ou repetição.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada usando-se um formulário constituído de três partes. A primeira identificava o perfil das participantes da pesquisa, a segunda abordava os antecedentes obstétricos e a gestação atual, e a terceira contemplava questões abertas sobre o significado da gestação para a gestante e a experiência da internação hospitalar. A coleta ocorreu no segundo semestre de 2013, nas terças e quintas-feiras, no período da tarde, após o pré-teste com duas gestantes, para avaliação do instrumento de coleta de dados.

No primeiro momento, por meio dos registros da unidade hospitalar, selecionaram-se as gestantes que atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos. Após a seleção, realizaram-se as entrevistas na unidade, tendo-se utilizado mecanismos de isolamento de leito para preservar a privacidade da mulher, já que a maternidade não possui quartos individuais. Com a intenção de resguardar o anonimato, as gestantes foram identificadas por nomes de pedras preciosas.

Após esclarecimento e consentimento das participantes, as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, as falas foram transcritas para subsequente análise de conteúdo. Transcritos os dados, as gravações foram destruídas, e os textos serão guardados por três anos, tempo adequado para novas consultas, caso seja necessário realizar algum esclarecimento quanto à pesquisa.

Os dados foram analisados seguindo a temática de análise de conteúdo proposto por Bardin. É uma técnica bastante usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa, pois impõe um corte entre as intuições e as hipóteses da pesquisa e encaminha-a para interpretações mais definidas, chegando a significados manifestos e latentes do material qualitativo⁽⁶⁾.

Esse tipo de análise pode abranger as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos. Na fase da pré-análise, organiza-se o material a ser investigado com o

objetivo de sistematizar as ideias. Nessa fase, realiza-se a escolha do material a ser analisado, formula-se a hipótese e os objetivos. Esses três fatores são interligados, porém podem ocorrer não necessariamente nessa sequência.

A fase da exploração do material consiste, sobretudo, na operação de codificação e caracteriza-se pela sistematização das decisões tomadas na fase anterior. Nesse momento, definem-se as categorias que nortearão a especificação do tema proposto.

O estudo seguiu as normas regulamentadoras para pesquisa em seres humanos, segundo a Resolução 466/2012⁽⁷⁾. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade, sob parecer nº 011/2012, CAAE 0348.0.268.000-12.

O consentimento final veio das próprias gestantes, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi entregue a cada entrevistada. Ao aceitar participar da pesquisa, foram informadas dos objetivos e do direito de recusa, bem como da garantia de não sofrerem qualquer ônus ou gratificação pela participação ou não no estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Identificou-se uma fragilidade do estudo no que diz respeito à paridade das mulheres. Verificou-se que todas eram múltiparas, divergindo das literaturas, que trazem, como maior risco para a DHEG, as primíparas^(3,5,8). Neste estudo, não se teve informação sobre o companheiro da gestante ser o mesmo nas outras gestações, pois se sabe que, em situações de mudança de parceiro, o risco permanece tão presente quanto nas primíparas^(5,8). Justifica-se esse dado divergente da pesquisa em razão de a quantidade da amostra ser estreita.

Foram entrevistadas sete mulheres, na faixa etária entre 25 e 38 anos; a raça/cor prevalente foi a caucasiana (71%). Essas mulheres eram alfabetizadas, com mais de oito anos de estudo, duas das quais tinham ensino superior completo. A situação trabalhista era formal em 100% daquelas que trabalhavam (5); apenas uma gestante recebia menos de um salário mínimo vigente na época da coleta dos dados (R\$622,00), sendo o marido o gerador da renda. Quanto à situação conjugal, todas tinham companheiro fixo e somente uma mulher

planejou a gestação, entretanto todas a desejaram.

Todas as gestantes eram múltiparas, e o início do pré-natal deu-se, predominantemente, no 1º trimestre, feito nas Unidades Básicas de Saúde, de onde foram encaminhadas para o Hospital das Clínicas da Universidade, para o acompanhamento de alto risco.

A quantidade de hospitalizações na gestação em questão foi maior que duas em 42,8% das entrevistadas, no entanto todas estavam hospitalizadas havia mais de uma semana.

A análise das respostas sobre a compreensão da gestação de risco foi agrupada em três categorias: compreendendo a gestação de risco e sua internação hospitalar; enfrentando as dificuldades durante a internação hospitalar; identificando as necessidades de cuidado.

Compreendendo a gestação de risco e sua internação hospitalar

Apenas três gestantes verbalizaram compreender a gestação de risco; as demais não conseguiram elaborar uma resposta. Para duas mulheres, a preocupação maior era o bem-estar do filho, e uma destas referiu também a necessidade de superação daquele momento, e a terceira demonstrou dificuldade em aceitar a patologia.

Pra mim, eu acho que o que vem primeiro é o meu filho, né?, não eu tá internada; internada eu vou levar numa boa [...] Mas a gente tem que passar por cima das dificuldades da vida da gente, fazer o que, né? (Esmeralda, 38 anos)

É preocupante... Eu fico bastante preocupada com o bem-estar da minha filha, como que ela está, né?, se essa hipertensão, essa diabetes, vai causar algum dano a ela. (Diamante, 28 anos)

Horrível, a minha pressão não tá baixando, por causa disso tô desesperada. Ela não abaixa, tô nervosa por causa disso, por isso que a minha pressão não tá baixando, tá altíssima. Porque eu fico pensando: por que aconteceu isso comigo? Por que que eu tenho isso? Por que logo comigo? O tempo todo. (Rubi, 33 anos)

Em relação às percepções sobre a gravidez de risco para as gestantes e as implicações familiares, sabe-se que as mulheres consideram muito prejudiciais as complicações da gestação de risco, causadoras de medo e angústia. O

sentimento de incômodo está presente, principalmente pelo fato de a mulher ter de ficar em repouso no leito em razão das internações hospitalares e da própria instabilidade patológica⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Em situações de risco, muitas gestantes demonstram preocupação com seus bebês, medo de nascerem mortos ou prematuros, com menos chances de sobreviver, o que leva a crer que as gestantes imaginam como serão seus filhos e pensam que poderão tê-los, mas não da forma como sonhavam⁽¹¹⁻¹²⁾.

O medo vivenciado por esse grupo de gestante é um sentimento marcante, que adentra em suas vidas de forma negativa, trazendo-lhes a falta de paz, sossego e tranquilidade. As gestantes vivem na dúvida e não sabem o desfecho da gestação nessa situação de risco⁽¹¹⁾.

Em relação à internação hospitalar, cinco consideraram ruim a experiência, expressa pelos adjetivos: péssima, terrível, difícil, chata, complicada e frustrante. Uma gestante considerou como uma experiência tanto boa quanto ruim.

Eu tô gostando de tá internada aqui, porque eles são atenciosos com a gente, e eles fazem exames na gente o dia inteiro. Se aparecer alguma coisinha, eles já vêm e já falam. Então, assim é bom e ruim, sabe? {risos}. (Rubi, 33 anos)

Acredita-se que o conhecimento sobre a doença auxilia no autocuidado. Por outro lado, o próprio conhecimento de fazer parte de um grupo de risco torna a mulher mais propensa ao desgaste ou estresse psicológico. Considera-se, então, importante que os profissionais de saúde atuantes em toda a atenção à mulher no período gravídico transmitam o conhecimento de forma a favorecer o cuidado e o autocuidado⁽¹²⁾.

Os relatos que revelaram os sentimentos negativos da internação hospitalar demonstram a dificuldade de permanecer em lugar separado do convívio social e familiar:

Péssima, meu Deus, misericórdia! É péssima! Não é boa, não. (Esmeralda, 38 anos)

Ficar internado é terrível! (Safira, 25 anos)

Foi difícil, bem chato, eu nunca tinha ficado internada, né?, agora tem que ficar assim, bem difícil! (Ametista, 35 anos)

Bem frustrante! Nada com ninguém, não é? O atendimento é ótimo, todo mundo é muito

atencioso, é que é difícil ficar num lugar trancada, aqui, né? tudo restrito. (Diamante, 28 anos)

Saber que tá grávida é felicidade, né?, agora, ter que ficar aqui no hospital é meio difícil, ter que ficar longe da família, ter que ficar o tempo todo aqui é complicado. A gente sente falta de casa, e fica mais sensível. (Ágata, 35 anos)

As gestantes relataram dificuldades nesse processo, como a falta da família, inerente à rotina de hospitalização, comumente necessária na gestação de risco e que consiste em um fator estressante adicional, pois conscientiza a grávida de sua patologia ou agravamento. Ocorre o afastamento do contexto familiar e uma suposta perda da autonomia sobre a gravidez⁽¹³⁾. Entretanto uma gestante demonstrou ter-se adaptado ao ambiente hospitalar, valorizando o cuidado prestado pela equipe. Possivelmente esta tenha sido mais resiliente, adaptando-se com mais facilidade.

Pela primeira vez que eu estou aqui, eu estou gostando, até falo pras meninas que eu vou ficar mais um pouquinho aqui no spa {risos}, porque eu entrei aqui, eu estava com 110 quilos, eu estou com... acho que estou com 97 e fez bem pra mim. Eu estava toda inchada, desinchei, estou melhor. Estou conseguindo respirar melhor, andar melhor, se eu tivesse ficado em casa eu não sei o que teria acontecido. (Cristal, 37 anos)

Para adequar-se ao ambiente hospitalar, a mulher precisa exercitar sua resiliência, um processo dinâmico que resulta na adaptação positiva em contextos de grande diversidade. Esse contexto distingue três componentes essenciais presentes na resiliência: a noção de adversidade, a superação da adversidade e o processo que considera a dinâmica entre mecanismos emocionais, cognitivos e socioculturais, que influem no desenvolvimento humano⁽¹⁴⁾.

Pode-se dizer que os problemas patológicos dessas mulheres, somados a medo, tensões, falta de informações sobre a própria saúde e outros sentimentos, agregam-se às limitações da vida das mulheres: o cuidado da casa, da família e de si, condições culturais e socioeconômicas, falta de apoio dos serviços sociais e de saúde. Analisar esses pontos pela perspectiva das vulnerabilidades e ultrapassar o senso de risco leva a identificar as condições que podem comprometer a saúde das mulheres e, ainda, a

reconhecer o entrelaçamento que há entre eles e assim discernir que ambos tanto lesionam sua saúde física e emocional quanto limitam sua autonomia⁽⁹⁾.

ENFRENTANDO AS DIFICULDADES DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR

A maior dificuldade relatada pelas mulheres foi a ausência do convívio familiar. Chama atenção o relato de uma das gestantes, em que expressa tristeza e grande desânimo pela ausência dos familiares:

Eu não moro aqui em Londrina, fico longe da minha família, eu me sinto sozinha, né? Triste. Eu estava chorando agora. Hoje em especial, eu estou bem deprê, estou bem para baixo. (Diamante, 28 anos)

A falta do convívio familiar e a vivência da gestação de alto risco tornam-se uma experiência única, que se estende ao companheiro, à família e à sociedade. É importante lembrar que, durante o enfrentamento de uma gestação de alto risco e suas internações, a falta de suporte de pessoas significativas, como do esposo ou outro familiar, também predispõe a gestante à depressão⁽¹⁵⁾.

Outro fator de tristeza enfrentado pelas gestantes durante a internação hospitalar é a distância dos demais filhos. A existência de filhos deixados em casa, às vezes sem ninguém para cuidar, cria na mulher uma preocupação a mais, sobretudo por sentir-se incapaz de desempenhar seu papel de mãe, o que aumenta suas ansiedades e preocupações com as responsabilidades maternas⁽¹¹⁾.

Vale destacar também o relato de uma gestante que, declarando-se nervosa e desesperada, considerou horrível o ambiente hospitalar; outra relatou a necessidade de convivência com os problemas das demais mulheres. Relataram-se dificuldades adicionais, como a preocupação se o futuro filho terá as mesmas patologias (DHEG e diabetes) que ela, a distância dos outros filhos e a dificuldade de adaptação com a comida do hospital.

Horrível, a minha pressão não tá baixando [...] estou desesperada. Ela não abaixa, tô nervosa. (Rubi, 33 anos)

A gente tem que aprender a conviver com pessoas diferentes, né?, com humores diferentes, então,

assim, a gente tem que ter muito jogo de cintura. (Pérola, 38 anos)

Péssima, meu Deus, misericórdia! É péssimo! Não é boa, não. Péssima, porque você fica aqui, você vê cada coisa, cada pessoa que entra aqui tem um problema, cada pessoa, cada parto tem uma complicação. (Esmeralda, 38 anos)

Tenho medo da minha filha nascer com diabetes, não poder comer doce, criança ama doce. Ai, tô desesperada! [...] O ruim é ficar aqui, longe da família, com essa comida sem sal, tudo que tem nessa comida eu não gosto, eu sou super enjoada pra comer. (Rubi, 33 anos)

É difícil por causa do meu filho que está em casa, ele é muito apegado comigo e ele só tem 8 aninhos, daí ele chorava tanto falando: minha mãe vai morrer, minha mãe vai morrer. (Cristal, 37 anos)

Em matéria de tratamento, eu fui bem tratada, eles tratam muito bem. Só que o negócio é a comida só que eu não gostei, muito sem sal. (Ametista, 35 anos)

A internação hospitalar é um momento que pode gerar duplicidade de sentimentos, por exemplo: há felicidade porque chegou a hora do nascimento do filho e, ao mesmo tempo, surgem insegurança, medo e angústia, porque não houve previsão e, às vezes, nem tempo para se preparar para sair de casa, de perto dos familiares e adentrar no ambiente hospitalar⁽¹¹⁾.

A expressão de sentimentos na gestação de alto risco retrata a instabilidade emocional da gestante pela falta do apoio familiar, por conta da rotina de hospitalização, e pela dependência e limitações decorrentes da situação de risco – entretanto tais fatores não impedem de vivenciar a gravidez com alegria e satisfação⁽¹³⁾.

Identificando as necessidades de cuidado

Com relação às necessidades de cuidado, surgiu a proposta de disponibilizar acesso à biblioteca, para suprimir o tempo ocioso. Elas também relataram a necessidade de melhorar a qualidade da relação interpessoal e estrutural da maternidade, pois, quanto ao atendimento médico, verbalizou-se a imprescindibilidade de informação sobre sua patologia; em relação aos profissionais da enfermagem, disseram que apenas alguns eram educados e as cumprimentavam. Também se manifestaram

sobre a falta de estrutura física, considerando-a prejudicial ao conforto, havendo carência até mesmo de banheiros. A insatisfação com a alimentação também foi evidenciada na fala de algumas mulheres.

Sinto falta, assim, de uma biblioteca, para poder ir, ou assim, não sei, de repente um momento que a gente possa estar saindo mais, conversando mais com outras pessoas, que acho que distrai mais... Não ficar tão presa aqui dentro do quarto, ficar muito aqui dentro, sair um pouquinho deste ambiente, que eu ia adorar. (Diamante, 28 anos)

Só que é complicado, a gente pergunta as coisas, ninguém sabe responder [...] Se os médicos falassem a verdade pra gente, já ajudava. Porque a gente tá aqui faz tempo e a gente não sabe o que tá acontecendo. Ninguém fala, só fala que a gente tá colhendo os exames, colhendo exames, mas a gente não sabe o porquê que a gente tem que ficar trancada aqui. (Safira, 25 anos)

Só algumas enfermeiras chegam aqui e falam “bom dia, meninas” e tal tal tal, e tem outras que chegam aqui e não falam com ninguém, não olham na cara de ninguém, não conversam com ninguém. Isso vai de pessoa pra pessoa, não sei como é que é isso. Acho que é legal quando você tem um contato assim com o paciente, né? (Rubi, 33 anos)

Eu acho que aqui, o que tá faltando, por serem tantas mulheres, é a questão um pouco da limpeza, principalmente do banheiro, porque assim é muito difícil, eu mesma entro naquele banheiro e passo muito mal, e ainda tem um banheiro que tá interditado e o outro... Só tem um funcionando pra muitas mulheres, e tá muito difícil assim, pra conseguir tá usando esse banheiro. (Ágata, 38 anos)

Eu acho que a nutricionista tinha que passar em cada leito pra perguntar, igual no meu caso, que eu sou diabética e tenho pressão alta, pra ver o que eu gosto de comer e o que eu não gosto de comer, pra poder mandar na minha marmita, aquilo lá que eu não gosto, se eu não gosto de comer jiló não manda jiló, entendeu?, eu não gosto de comer acelga, não vai mandar acelga. Substitui essa refeição por outra coisa. (Esmeralda, 38 anos)

Um agravante durante esse período é a insatisfação quanto ao cuidado – geralmente mais enfatizado nos aspectos expressivos da enfermagem –, relacionado com a falta de apoio emocional e diálogo, desinteresse pela mulher,

até mesmo quanto aos cuidados mais específicos para a humanização da assistência, uma vez que o enfermeiro deve proporcionar-lhe melhor qualidade no cuidado através de sua assistência⁽¹⁶⁾.

Faz parte do acolhimento informar a mulher sobre sua patologia. Conforme a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, elaborada pelo Ministério da Saúde, toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde. É direito também receber informações sobre o seu estado de saúde, de maneira clara, objetiva, respeitosa e compreensível⁽¹⁷⁾. Estabelecer laços de confiança é imprescindível para a eficácia da terapêutica; dessa forma, a mulher mostra-se mais à vontade para expressar sentimentos e queixas⁽¹⁶⁾.

A hospitalização pode ser considerada o principal dos cuidados obstétricos dispensados à gestante de alto risco, mas, em razão de seu caráter intrinsecamente estressante, representa verdadeiro desafio adaptativo à grávida e à sua família, pois significa a conscientização da doença e de suas consequências^(13,18). Portanto é indispensável uma equipe multiprofissional treinada e capacitada, com disponibilidade de equipamentos e infraestrutura adequados aos casos de gestações de alto risco. Assim a oferta de atenção qualificada torna-se um componente essencial para a redução da mortalidade materna.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As gestantes tiveram dificuldades em verbalizar o significado da gestação, porém relataram com facilidade suas necessidades de cuidado. A ausência da família fez parte do sofrimento dessas mulheres, que apresentaram sentimentos de medo, ansiedade, nervosismo, desespero e indignação diante da infraestrutura do hospital, tempo de internação e atendimento da equipe. À vista disso, a equipe multiprofissional precisa compreender o processo psicológico dessas mulheres para contribuir na melhora do cuidado oferecido a elas, no auxílio à superação dos obstáculos impostos pela gravidez de alto risco, na adesão ao tratamento e proporcionar melhor qualidade de vida a esse grupo de gestantes, visando à redução da morbimortalidade materna.

PERCEPTION OF PREGNANCY RISK BY A GROUP OF PREGNANT WOMEN HYPERTENSIVE HOSPITALIZED

ABSTRACT

This study aimed to understand the perception of the risk of pregnancy to a group of hypertensive pregnant women, describe the meaning of high-risk pregnancy for them and identify their difficulties during the hospital stay and their care needs. This is an exploratory, descriptive and qualitative, held in a regional maternity northern Paraná, with seven hypertensive pregnant women of all ages, primiparous and multiparous, in the 3rd trimester. Data were collected from July to December 2013, through semi-structured interviews and submitted to content analysis. The seven pregnant women, aged 25 and 38, were multiparous, were interned for more than seven days, reporting concern with the child welfare and difficulty staying hospitalized and away from family. They showed feelings of fear, anxiety and anger at the hospital infrastructure and the service of the medical care team. It is considered that pregnant women had difficulty verbalizing the meaning of pregnancy, but exposed to ease their care needs. In view of this, it is necessary to understand the psychological process of these women to improve the care provided to them.

Keywords: High risk pregnancy. Hypertension. Emotions.

PERCEPCIÓN DE RIESGO DE EMBARAZO POR UN GRUPO DE MUJERES HOSPITALIZADAS EMBARAZADAS CON HIPERTENSIÓN

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo comprender la percepción del riesgo de embarazo a un grupo de mujeres embarazadas hipertensas, describir el significado de embarazo de alto riesgo para ellos e identificar sus dificultades durante la estancia en el hospital y sus necesidades de atención. Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo y cualitativo, que tuvo lugar en una maternidad regional norte de Paraná, con siete mujeres embarazadas hipertensas de todas las edades, primíparas y múltiparas, en el 3er trimestre. Los datos fueron recolectados entre julio y diciembre de 2013, por medio de entrevistas semiestructuradas y se sometieron a análisis de contenido. Las siete mujeres embarazadas, 25 y 38, de edades comprendidas eran múltiparas, fueron internados había más de siete días, se informó de la preocupación por el bienestar de los niños y la dificultad para permanecer hospitalizados y lejos de la familia. Ellos mostraron sentimientos de miedo, la ansiedad y la ira en la infraestructura hospitalaria y el equipo de servicio. Se considera que las mujeres embarazadas tenían dificultades para verbalizar el significado del embarazo, pero expuestos a aliviar sus necesidades de atención. En vista de esto, es necesario entender el proceso psicológico de estas mujeres para mejorar la atención que se les brinda

Palabras clave: Embarazo de alto riesgo. Hipertensión. Emociones.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5ª ed. Brasília (DF); 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestantes.pdf>
2. Magee LA, Pels A, Helewa M, Rey E, von Dadeszen P. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. *Pregnancy Hypertens*. 2014; 4(2):105-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n10/0100-7203-rbgo-0100-7203-2014-0005029.pdf>
3. Caldas DB, Silva ALR, Böing E, Crepaldi MA, Custódio ZAO. Atendimento psicológico no pré-natal de alto-risco: a construção de um serviço. *Psicol Hosp*. 2013; 11(1):66-87. Disponível em: <http://labsfac.ufsc.br/publicacoes/>
4. Prodanov CC, Emani CF. Metodologia do trabalho científico [online]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2ª ed. Novo Hamburgo: Feevale; 2013. Disponível em: <http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília (DF): MS; 2012;179-180.
6. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
7. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
8. Rezende J, Montenegro CAB. *Obstetrícia Fundamental*. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
9. Oliveira DC, Mandu ENT. Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado. *Esc Anna Nery*. 2015; 1: 93-101. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0093.pdf>
10. Rubarth LB, Schoening AM, Cosimano A, Sandhurst H. Women's Experience of Hospitalized Bed Rest During

High-Risk Pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2012; 41(3):398–407. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2012.01349.x/full>

11. Oliveira VJ, Madeira AMF, Penna CMM. Vivenciando a gravidez de alto risco entre a luz e a escuridão. *Rev Rene*. 2011; 12(1):45-51. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_pdf/a07v12n1.pdf

12. Silva EF, Cordova FP, Chachamovich JLR, Zachia SA. Percepções de um grupo de mulheres sobre a doença hipertensiva específica da gestação. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011; 32 (2):316-322. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a15v32n2.pdf>

13. Silva MRCS, Vieira BDG, Alves VH, Rodrigues DP, Vargas GSA, Sá AMP. A percepção de gestantes de alto risco acerca do processo de hospitalização. *Rev enferm. UERJ*. 2013; 21(2):792-7. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21esp2/v21e2a16.pdf>

14. Felgueiras MCMA, Graça LCC. Resiliência e ajustamento à maternidade no pós- parto. *Rev Enf Ref*.

2013; 3(11):77-84. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn11/serIIIIn11a09.pdf>

15. Petroni LM, Silva TC, Santos AL, Marco SS, Mathias TAF. Convivendo com a gestante de alto risco: a percepção do familiar. *Ciênc cuid saúde*. 2012;11(3):535-41.

16. Aguiar LRS, Silva MGP, Feitosa WF, Cunha KJB. Análise de estudos sobre as condutas de enfermagem no cuidado a gestante com doença hipertensiva. *Rev Interdisciplinar*. 2014; 7(1):204-15. Disponível em: http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/252/pdf_111

17. Ministério da Saúde (BR). Carta dos direitos dos usuários da saúde. 3ª ed. Brasília (DF); 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf

18. Xavier RB, Bonan CJ, Martins AC, Silva KS. Reproductive risks and comprehensive care of pregnant women with hypertensive syndromes: a transversal study. *Online Braz J Nurs*. 2013; 12(4):823-33. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4249>

Endereço para correspondência: Valéria Piveta. Endereço: Rua Arthur Thomas, 423. Vila Operária. Rolândia, Paraná, Brasil. Telefones: (43) 3256-3690/ (43) 9963-0256. E-mail: valeria.piveta@hotmail.com

Data de recebimento: 18/10/2015

Data de aprovação: 05/03/2016