

5 Metodologia

A escolha metodológica deste estudo levou em consideração a literatura de pesquisa da área da saúde, tanto para os cuidados metodológicos, coleta e tratamento dos dados (Britten, 2005; Pope & Mays, 2005). Segundo Pereira (2004), o dado qualitativo é representado de forma intensa na área das ciências da saúde e consiste em uma modalidade ou estratégia de classificação do fenômeno.

Assim, a opção por uma avaliação qualitativa não desconsidera o valor intrínseco de abordagens quantitativas de análise, mas sim, compreende uma escolha de maior potência, ou alcance, quanto ao objeto específico deste estudo.

Optamos pela proposta de análise de conteúdo (Bardin, 1995; Pasquali, 1996; Laville & Dionne, 1999; Rocha & Deusdará, 2005), pois oferece uma possibilidade consistente de avaliação no interior das pesquisas qualitativas. O interesse deste estudo sustenta-se em uma modalidade de análise categorial.

O foco desta modalidade de trabalho com o dado qualitativo divide-se em três estratégias centrais: (1) observação e tradução do dado, de acordo com um sistema de tradução do mesmo em um modelo de categorias; (2) investigação sobre as inter-relações entre as categorias observadas a fim de estabelecermos tendências comportamentais e de conduta; e (3) operacionalização das análises através do emprego de frequências (Bardin, 1995).

Contudo, devido às características específicas da amostra — diagnóstico de risco e ambiente da coleta — além da avaliação frequencial, optamos, de forma complementar, pelo tratamento das relações de significação entre os conteúdos identificados de modo que a aproximação com o fenômeno investigado fosse intensificada e relatada segundo a vivência própria dos indivíduos participantes do estudo.

Desta forma, a metodologia clínico-qualitativa (Turato, 2003) parece oferecer subsídios consistentes para uma avaliação ampliada do objeto de estudo, pois tem como fundamento o interesse pela aproximação entre sujeito e objeto, voltando-se para as intenções dos atores, configuradas pelas ações cotidianas e relações com outros atores sociais (Minayo & Sanches, 1993).

De acordo com Pope & Mays (2005), a pesquisa qualitativa está relacionada aos significados atribuídos pelas pessoas, em suas experiências, aos significados

do mundo social e ao modo como as pessoas compreendem este mundo. Conforme Turato (2003) aponta, uma das características do método clínico-qualitativo é a interpretação dos sentidos e significações dos fenômenos da saúde-doença.

Retomando a questão da busca do querer-dizer dos fenômenos, característica interna ao método qualitativo, vamos trazê-la à aplicação no campo da saúde, considerando que alguém, ao ter uma vivência pessoal qualquer, como em particular a de ser ou estar doente, podemos, através de nossa consciência, conhecer-lhe os sentidos e as significações de tantos fenômenos ligados ao binômio saúde-doença e em especial aos processos do adoecimento que se lhe associam (p. 248).

Nosso interesse repousa sobre a comunicação da percepção das participantes a respeito dos sentidos e das significações atribuídas à realidade da gestação de risco. Através da forma específica dos temas ressaltados, as participantes podem traduzir em fala representações acerca da maternidade, da situação de risco, do apoio percebido, das características pessoais, dentre outras.

Este estudo possui como cenário uma instituição de saúde na cidade de Duque de Caxias, no Estado do Rio de Janeiro. Apesar de ser configurado pelo perfil de hospital de emergência, a Unidade de Saúde em questão possui alguns serviços de ambulatório e *follow up*, dos quais destaca-se o Programa de Pré-Natal de Alto-Risco.

Formado por uma equipe composta por médicos obstetras, enfermeiros obstetras, odontólogos e psicólogos, este Programa de Pré-Natal segue as normas previstas pelo Ministério da Saúde, veiculadas primordialmente pela Secretaria de Políticas de Saúde, na Área Técnica da Saúde da Mulher. No interior da instituição, o referido Programa está ligado a três setores de continuidade, a saber: centro obstétrico, alojamento conjunto e unidade de terapia intensiva neonatal. Em geral, as usuárias regularmente inscritas no programa possuem prontuário clínico e têm à disposição os recursos da unidade de saúde em caso de intercorrências que demandem internação imediata, seja para acompanhamento da gestação ou para os procedimentos de parto prematuro.

A escolha do pré-natal como ambiente deste estudo deve-se, sobretudo, à importância deste serviço de saúde pública para o trabalho de promoção de saúde na área de atenção materno-infantil. Além deste fator, o pré-natal possui

determinadas características de destaque para o conjunto da atenção básica (SUS), de forma que integra a utilização de meios artificiais (tecnológicos) e humanos (equipe de saúde), além de constar como serviço em saúde pública historicamente legitimado (Ribeiro et al, 2004; Brasil, 2000a, 2001b).

5.1 Participantes

Fizeram parte do estudo 12 mulheres, com idades de 18 a 40 anos, usuárias regularmente matriculadas no Programa de Pré-natal de Alto-Risco da referida Unidade de Saúde. O critério de escolha da gestante consistiu na pesquisa de prontuário clínico aberto no nome da usuária, a partir de consulta de triagem realizada pelo profissional em enfermagem obstétrica, e a realização da primeira consulta médica. Com isso, esperamos ter a certeza da comunicação formal do diagnóstico de alto-risco, por parte da figura do médico e o encaminhamento para a realização de exames de rotina, de acordo com o período gestacional em curso.

O recorte etário evidencia a necessidade de exclusão de um grupo específico caracterizado por gestantes com idade inferiores a 18 anos, ainda adolescentes. Este grupo é identificado como portador de diagnóstico de risco, no entanto, inclui elementos de risco psicossocial, que demandam uma análise mais complexa, de saúde e assistência em termos de atuação político-ideológica, o que não é objetivo deste estudo.

A partir de um referencial clínico-qualitativo realizamos convite formal para a participação no estudo junto às usuárias. Neste serviço, o profissional de psicologia possui uma agenda de atendimentos regulares com as usuárias, de acordo com o planejamento das consultas regularmente agendadas pela equipe (médico e enfermeiro obstetra, psicólogo e odontólogo).

Estas consultas acontecem mensalmente e são compostas por entrevistas junto à enfermagem, ao médico obstetra e ao psicólogo. A gestante dispõe também de odontólogo e a consulta com este profissional é marcada, em geral, juntamente com os exames laboratoriais e de imagem. A figura do assistente social não faz parte oficial da equipe e é acionada somente em casos de risco social e gravidez na adolescência, problemáticas de violência doméstica e temas afins.

No que tange à escolha da amostra, não oferecemos limitação quanto a características de credo, complicações físicas e/ou tipologia do risco gravídico apresentado. Da mesma forma, não houve nenhum tipo de corte a respeito da gestante estar em sua primeira gestação de risco, ou já haver um histórico clínico que apontasse para esta situação. Estas condições eram avaliadas posteriormente, a partir do aceite ou não da gestante em participar da pesquisa. As condições para a seleção da amostra consistiram em um corte etário e a partir do diagnóstico de alto-risco.

Consideramos a amostra como do tipo intencional/proposital, e homogênea, já que a escolha é deliberada e conjuga um pequeno número de pessoas (gestantes de risco), pressupondo, assim, representatividade social. Esta modalidade de amostragem opõe-se à amostragem estatística, em relação à população total (Turato, 2003; Pope & Mays, 2005).

De acordo com Turato (2003), alguns critérios devem ser observados para a inclusão de indivíduos em grupos para estudo clínico-psicológico na condição de pacientes, a saber: diagnóstico clínico confirmado (portador da entidade nosológica em estudo); informação clara do diagnóstico (comunicação do diagnóstico ao paciente); vinculação ao sistema de saúde (usuário formal do serviço de saúde); concordância em participar; tempo livre; desejo de partilha; e condições intelectuais, emocionais e físicas (p. 358).

Além das adolescentes, foram descartadas gestantes consideradas idosas, com mais de 40 anos de idade. Desta forma, a intenção do recorte foi a de desenhar, com maior propriedade, a existência de um risco gravídico real e sem situações extremas. O critério clínico opera com a possibilidade de perda da vida da gestante e/ou do feto, mas dentro de uma margem de segurança clínica aceitável, de maneira a não influenciar intensamente a percepção do risco por parte da gestante, alvo do estudo.

Eventualmente, algumas gestantes eram encaminhadas ao serviço de pré-natal de risco por serem funcionárias da unidade de saúde grávidas, de forma situacional, e não classificadas conforme o critério de risco, mas sim pela comodidade do atendimento da unidade na qual trabalham.

A respeito do sigilo quanto à sua identidade, cada participante recebeu um código de identificação. Este código foi inspirado em figuras femininas da

Mitologia Grega, primordialmente pelos atributos de personalidade de maior destaque apresentadas durante as entrevistas, a saber: Atena, Artemis, Hestia, Hera, Perséfone, Afrodite, Cassandra, Febe, Circe, Deméter, Penélope e Lítia.

A apresentação das gestantes participantes segundo este formato preserva suas identidades, atendendo as prerrogativas da Resolução 196/96 – CNS, sobre pesquisa com seres humanos, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

5.2 Instrumentos

A opção pela pesquisa qualitativa (Turato, 2003), operacionalizada através de entrevistas clínicas, ocorreu devido à vantagem deste instrumento como precioso veículo para o contato interpessoal, possibilitando a apreensão de uma série de fenômenos referentes à experiência de maternidade de risco das usuárias, articulados em uma constelação de fatores, psíquicos, sociais e de ordem física.

Assim, tais entrevistas visam avaliar o uso de formas de comportamento que caracterizem o enfrentamento ótimo da situação de alto-risco, a utilização ou não de uma rede de apoio social efetiva e consistente, além da identificação de quais estratégias cognitivas e emocionais de enfrentamento da situação de gestação de alto-risco são mais utilizadas.

As entrevistas seguiram um roteiro semiestruturado previamente construído — Roteiro de Avaliação da Gestação (RAG) — dividido em cinco eixos temáticos, a saber: (a) dados sociodemográficos da gestante; (b) caracterização do diagnóstico de gestação de alto-risco; (c) ambientação quanto ao contexto familiar e a concepção de maternidade; (d) avaliação da rede de apoio social; e (e) identificação de características associadas à resiliência psicológica (Anexo I).

TABELA 1 – Distribuição de questões por conjuntos - RAG

BLOCO DE QUESTÕES	NÚMERO DA QUESTÃO
Informações sociodemográficas	1 a 6
Diagnóstico de gestação de alto-risco	7 a 9
Contexto familiar e maternidade	10 a 12
Avaliação da rede de apoio social	13 a 16
Resiliência psicológica	17 a 19

Os dados pessoais da participante foram coletados a partir de instrumento próprio — denominado de Ficha Biográfica (FB). As informações coletadas foram avaliadas segundo informações pessoais, níveis de escolaridade, situação profissional atual, vida conjugal, constituição familiar e diagnóstico médico-gestacional de risco (Anexo II).

Para a verificação da viabilidade dos instrumentos propostos, foi realizado um estudo-piloto para a devida ambientação do pesquisador às perguntas e à forma ótima de realizá-las. Constatamos a clareza de entendimento, ou não, das questões e o encadeamento dos blocos de questões do RAG e da Ficha Biográfica.

Após a aplicação, foi perguntado à participante se a mesma teve alguma dificuldade para responder às questões. De acordo com os comentários realizados, juntamente com as próprias observações feitas pelo autor, chegamos aos modelos finais dos dois instrumentos, otimizando o formato final dos roteiros para a melhor compreensão das questões pelas participantes.

5.3 Procedimentos de coleta

A partir da inserção do autor na equipe multidisciplinar que atua no programa de pré-natal de alto-risco, o contato com a amostra de participantes do estudo foi facilitada. O atendimento do profissional de psicologia no pré-natal se dá a partir da inscrição formal da usuária gestante devido ao diagnóstico identificado e comprovado de gestação de alto risco, em geral encaminhadas pela rede municipal de saúde de Duque de Caxias e demais municípios da Baixada Fluminense. A função do psicólogo como profissional de saúde visa à avaliação do risco psicossocial, das condições afetivo-emocionais para o exercício da gravidez com segurança, tanto para a gestante como para o feto.

A frequência das consultas marcadas com o profissional de psicologia segue a regularidade das consultas médicas, por uma questão de comodidade para as usuárias que, em geral, são de baixa renda ou possuem dificuldades financeiras. Devido a tal característica, o critério de renda não serviu como ponto de corte para a confecção da amostra.

A partir do agendamento padrão da consulta com o profissional de psicologia, a gestante tinha sua primeira avaliação realizada em uma entrevista clínica orientada para avaliação da situação de gestação e aconselhamento. O primeiro contato era realizado e o convite implementado. Em caso de recusa, a entrevista seguia normalmente, com orientações sobre o serviço, avaliações sobre problemáticas afetivas relacionadas ao período gestacional e/ou situação de risco.

O formato das entrevistas foi semiestruturado e os instrumentos utilizados eram preenchidos ao longo do contato, de forma livre. Todas as entrevistas foram gravadas a partir da apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias (Anexo III). As entrevistas gravadas foram transcritas e receberam um código de identificação para análise de conteúdo (Bardin, 1995). Em geral, as entrevistas duraram em torno de 30 minutos.