

6 Resultados

As informações coletadas e transcritas foram alvo de algumas etapas do processo de análise de conteúdo (Bardin, 1995). Fruto de uma pesquisa clínico-qualitativa, os resultados advindos do material coletado são organizados segundo os dois instrumentos propostos: Ficha Biográfica (FB); o Roteiro de Avaliação da Gestante (RAG) (Anexos I e II).

A ficha biográfica foi avaliada conforme os seus eixos constituintes: (1) dados pessoais, dos quais computamos a idade, localidade da residência, situação conjugal atual e escolaridade; (2) situação profissional, de onde obtivemos a profissão das participantes; (3) situação conjugal atual; (4) constituição familiar, deduzindo a existência de outros filhos, ou não; (5) diagnóstico clínico, com a identificação da natureza do risco gravídico e a idade gestacional.

Os dados obtidos segundo as informações pessoais das gestantes, advindos do primeiro bloco de questões referente à identificação, podem ser visualizados de acordo com os gráficos abaixo:

GRÁFICO 1 – Idade e Situação conjugal

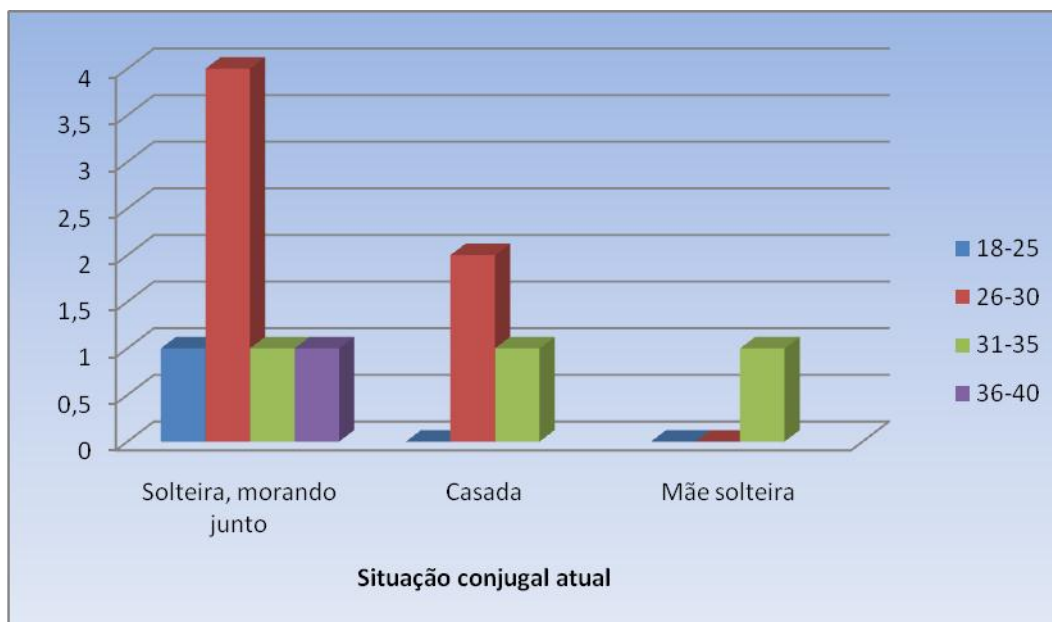


GRÁFICO 2 – Local da residência

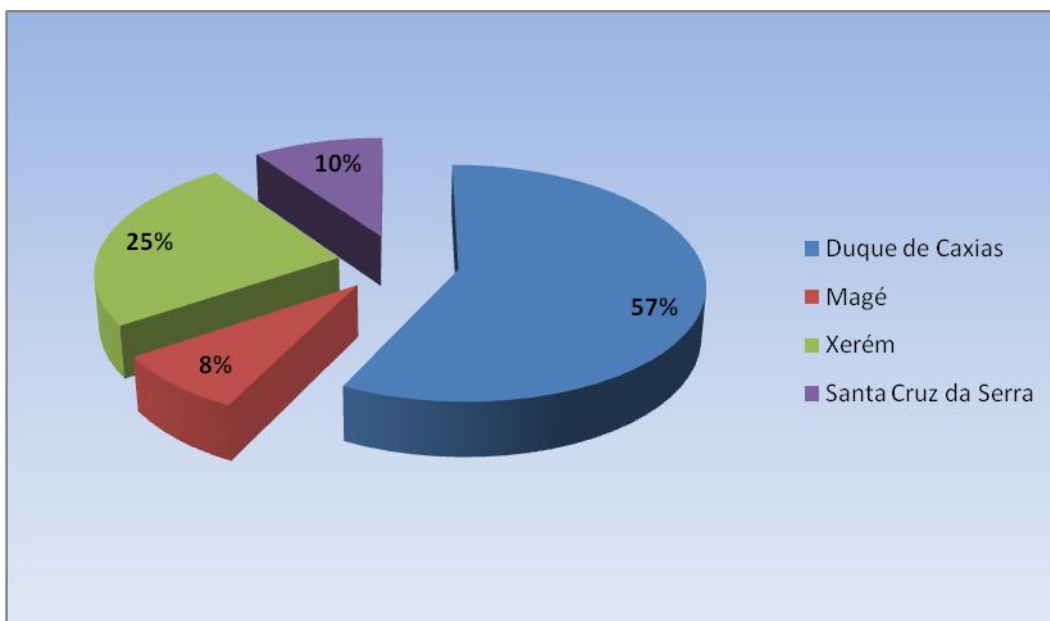
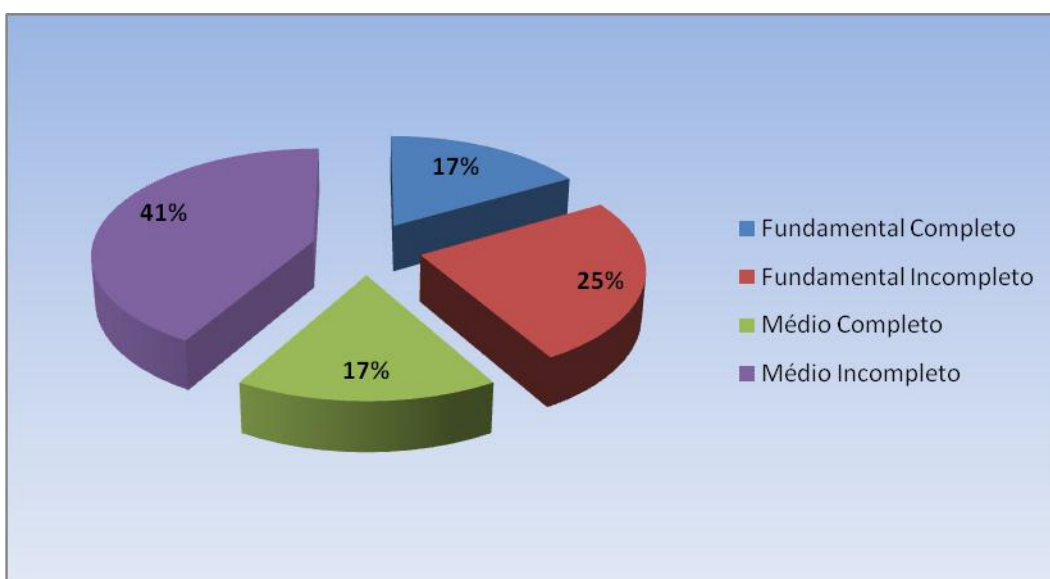


GRÁFICO 3 – Escolaridade atual

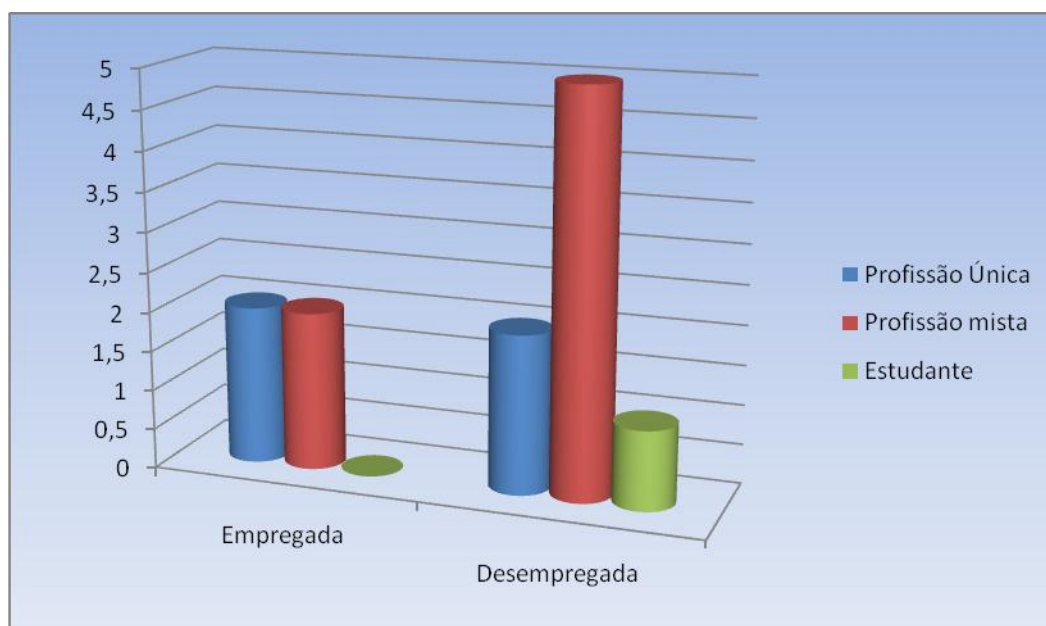


A maior concentração de gestantes por faixa etária encontra-se de 26 a 30 anos na situação de coabitação com parceiro afetivo fixo (Gráfico 1), formal ou informalmente, o que indica a presença de suporte mínimo à gestante no interior da residência. Todas as participantes são moradoras das adjacências da unidade de saúde, ou em municípios bem próximos. Como centro de referência em alto-risco, toda a rede municipal de saúde oferece o mesmo encaminhamento para situações apresentadas supostamente como de risco gestacional (Gráfico 2).

Quanto ao nível de escolaridade apresentado, além da ausência total de gestantes com escolaridade superior, 58% das participantes possuem nível de escolaridade médio — completo ou não —, enquanto 42% têm nível fundamental (Gráfico 3). Esta informação se coaduna com a apresentada pelo segundo eixo constituinte — situação profissional — na medida em que a baixa escolaridade parece interferir na empregabilidade do indivíduo.

Participantes que informaram ter uma única profissão não possuem a garantia de estabilidade do emprego e outras participantes que se definiram como dotadas de duas profissões estão atualmente desempregadas (Gráfico 4). Logicamente, esta situação é destacada de forma independente do risco gravídico, pois muitas gestantes precisaram interromper suas atividades profissionais devido ao diagnóstico.

GRÁFICO 4 – Situação profissional



Quanto ao aspecto avaliado sobre a constituição familiar, deduzindo a existência de outros filhos, ou não, 60% das mulheres multíparas possuíam mais de dois filhos, e 40% somente um filho antes desta gestação (Tabela 2).

TABELA 2 – Constituição familiar por existência de filhos

	MAIS DE 01 FILHO	01 FILHO	TOTAL
MULTÍPARA	3	2	5
PRIMÍPARA	-	-	7

Finalizando os resultados computados a partir da análise da ficha biográfica, as informações quanto ao diagnóstico clínico, com a identificação da natureza do risco gravídico, seguem abaixo (Gráfico 5) e a idade gestacional segundo o critério trimestral (Gráfico 6).

Vale ressaltar que muitas gestantes apresentavam quadros de comorbidade de fatores considerados de risco. Dentre os resultados, 60% correspondem a quadros hipertensivos, tanto hereditários (HAS), quanto adquiridos durante a gravidez (DHEG).

Segundo o recorte por trimestres, a maioria das gestantes pertence ao segundo bimestre, tradicionalmente conhecido como mais estável emocional e fisicamente. No entanto, um número significativo de gestantes primíparas encontrava-se no terceiro trimestre, em preparo para o parto e vivenciando um momento mais tenso da gestação.

Gráfico 5 – Identificação clínica do risco gravídico

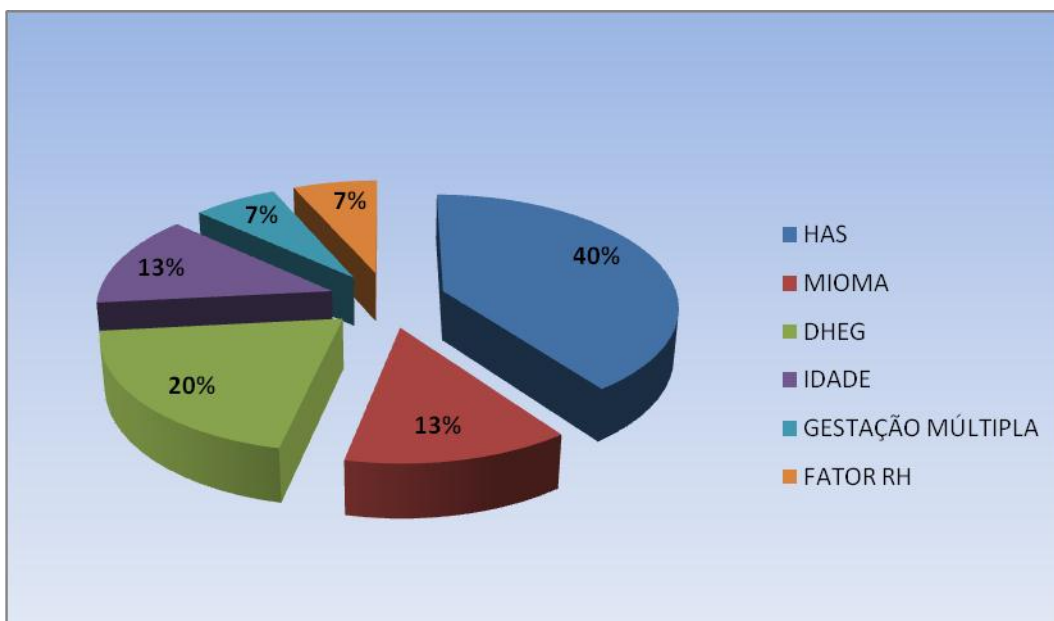
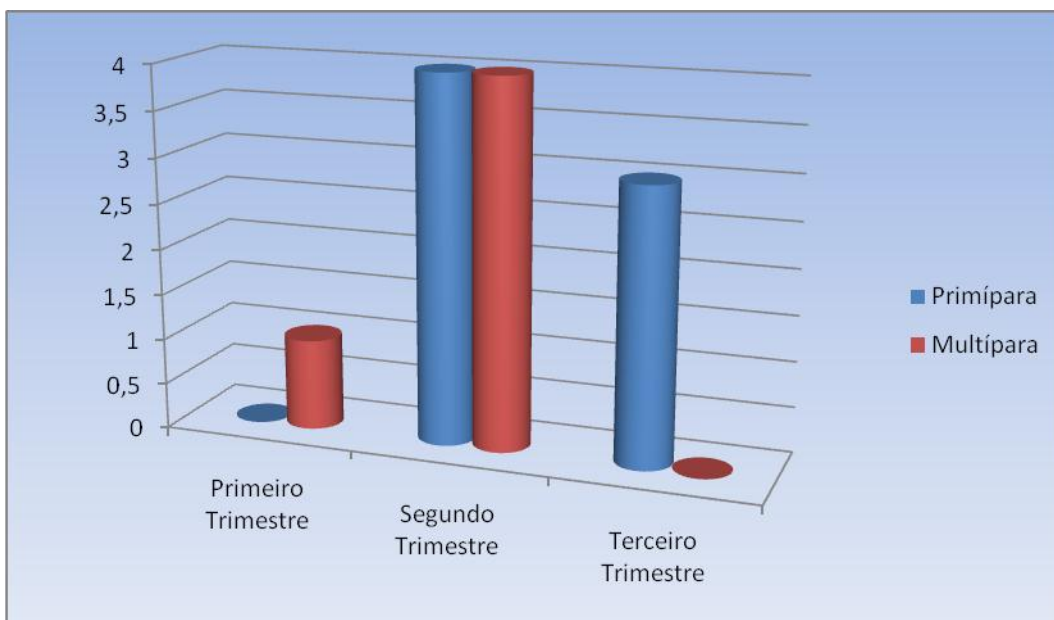


Gráfico 6 – Idade Gestacional e Experiência de maternidade



O Roteiro de Avaliação da Gestante (RAG) possui cinco dimensões de análise, sendo a primeira condizente com o primeiro eixo constituinte da ficha biográfica, no que se refere aos dados pessoais e situação conjugal atual. O item acrescido no RAG (item 6) diz respeito ao aspecto ecológico apresentado pela gestante quanto aos componentes que convivem com a mesma em sua residência.

A segunda dimensão de análise reside na investigação da situação de diagnóstico, avaliação (ou não) do risco gestacional pela participante e atitudes concretas acerca do assunto. O tema da maternidade e o contexto familiar são o assunto central da terceira dimensão analítica e busca o entendimento a respeito da transmissão de expectativas de desempenho a respeito da gestação e parto, além de informações e crenças sobre parentalidade.

A contextualização sobre a existência de uma rede de apoio social, sua estrutura e funcionalidade, além da utilidade específica da equipe de saúde foram alvos da quarta dimensão de análise. A última dimensão do instrumento diz respeito à investigação sobre o conceito de resiliência, isto é, a partir da avaliação sobre o problema do risco gestacional, esperamos reconhecer e avaliar atitudes de personalidade mais eficazes e contingentes às necessidades da situação.

Como a avaliação do constructo teórico de resiliência psicológica não afirma que existam pessoas consideradas resilientes de forma absoluta, isto é, para todos os assuntos e temas vividos, tratamos de considerar pontos fracos, ou desvantagens, citadas por cada participante, para discussão posterior acerca de condutas paradoxais, contraditórias e/ou contraproducentes de cada gestante.

A partir da administração do instrumento obtivemos três grandes eixos analíticos, a partir das entrevistas com as participantes, a saber: Diagnóstico de risco; Redes de suporte social; e Enfrentamento da gestação de risco. O primeiro eixo — *diagnóstico de risco* — comporta duas categorias de análise: (1) *diagnóstico*; e (2) *saúde materna/saúde fetal*.

O eixo denominado de *redes de suporte social* diz respeito às categorias: (1) *maternidade/heranças familiares*; (2) *rede social disponível*: (a) rede disponibilizada; (b) rede em uso (aspecto estrutural); (c) suporte afetivo; (d) suporte instrumental; (e) suporte informacional; e (3) *equipe como promoção de saúde*.

O terceiro eixo analítico — *enfrentamento da gestação de risco* — abarca três categorias temáticas, a saber: (1) *crenças sobre trabalho*; (2) *mudança comportamental*; (3) *expectativas/enfrentamento da gestação*. Um quarto eixo — *elementos transversais* — foi construído para abarcar as características de personalidade citadas pelas participantes como potenciais e fraquezas para um indivíduo, consideradas elementos sugestivos para a relação com o conceito de resiliência psicológica.

A partir do processo de análise de conteúdo, as categorias temáticas foram organizadas, portanto, conforme a centralidade do tema ao longo de cada entrevista e tais categorias podem ser visualizadas de acordo com o quadro abaixo (Quadro 5).

QUADRO 5 - Eixos analíticos e Categorias temáticas

EIXOS ANALÍTICOS	Diagnóstico de risco	Redes de suporte social	Enfrentamento da gestação de risco
	Diagnóstico	Maternidade/ Heranças Familiares	Crenças sobre trabalho
	Saúde materna/ saúde fetal	Rede social disponível - Afetivo - Instrumental - Informacional	Mudança comportamental
CATEGORIAS			Expectativas/ Enfrentamento da gestação
		Equipe como promoção de saúde	
	Elementos Transversais		
	Características de Personalidade (Resiliência)		

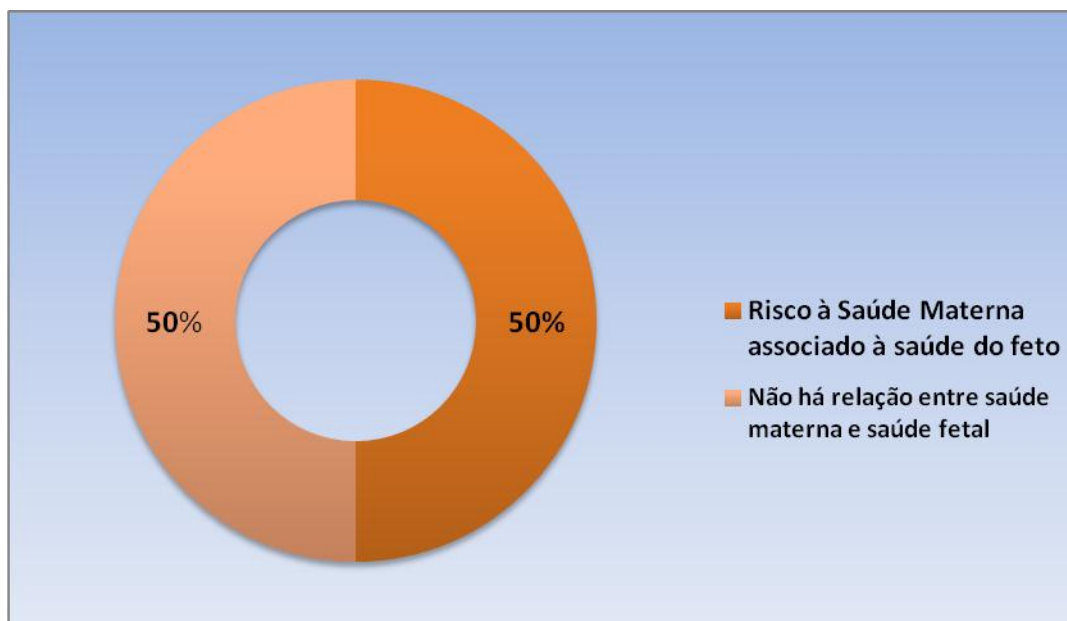
No interior do primeiro eixo analítico — *diagnóstico de risco* — situamos duas categorias temáticas: a referente à concepção de risco gravídico atribuída pela gestante e a associação entre saúde materna e saúde fetal. A concepção de risco apresentada pelas gestantes é demonstrada segundo as frequências de ocorrência (Tabela 3).

No que tange à categoria *saúde materna/saúde fetal*, definida pela associação clara entre o bem-estar físico da gestante e o do feto, foi considerada uma categoria forte, já que 50% das participantes a citaram (Gráfico 7). As demais não consideraram esta relação, ou não avaliaram claramente a existência de uma ligação direta entre suas próprias atitudes, como causa ou agravante da situação de risco materno, e consecutivamente, o incremento do risco fetal.

Tabela 3 – Categorias temáticas por concepção de risco

CATEGORIAS TEMÁTICAS	FREQUÊNCIAS
SENTIMENTOS DE SURPRESA, MEDO OU APREENSÃO	9
IMPEDIMENTO PARA O TRABALHO OCUPACIONAL	3
EXPECTATIVAS QUANTO À SAÚDE DA MÃE/BEBÊ	6
REFERÊNCIA AO PARTO/ INTERNAÇÃO	5
SAÚDE PERTURBADA E POSSIBILIDADE DE NÃO TER MAIS FILHOS	4
CUIDADOS COM A SAÚDE E CONTROLE SOBRE O CORPO	7

GRÁFICO 7 – Categoria temática Saúde materna/saúde fetal



QUADRO 6 – Heranças familiares/Maternidade

ASPECTOS CONSIDERADOS	TEMÁTICAS ENCONTRADAS
MODELO DE PARTO/MATERNIDADE	Diversidade de modalidades de parto
	Consideração de parto normal quanto não há intervenção médica
	Ampliação da relação com a maternidade
	Desejo por parto normal
HERANÇAS FAMILIARES	Mulheres são mães quando adolescentes
	Parto em casa e receitas caseiras
	Heranças genéticas (hipertensão, gemelares)
MODELO DE PARENTALIDADE	Investimento parental na educação com disciplina e carinho
	Necessidade dos pais presentes durante a criação

De acordo com o segundo eixo analítico — relativo a *redes de suporte social* —, três categorias temáticas puderam ser decantadas, como citado anteriormente, a saber: *maternidade/heranças familiares*; *rede social de apoio*; e *equipe como promoção de saúde*.

Quanto ao primeiro tema, relativo à concepção de maternidade observada pelas participantes e as possíveis referências a heranças familiares, condutas incentivadas pelo grupo familiar próximo, expectativas quanto ao cuidado com filhos, dentre outros, as falas das participantes geraram alguns aspectos de destaque (Quadro 6).

Não houve diferença significativa quanto à existência de parto normal ou cesárea por parte das gestantes no que tange aos partos de suas famílias. No entanto, a participante Deméter¹, grávida de trigêmeos esclarece um detalhe importante quanto à definição de parto normal e do ato de parir:

“Ninguém teve risco de perder o neném até agora. Bem! A minha mãe quando teve nós... pode falar sobre a minha mãe? Então, a minha mãe quando teve a gente, eu e minha irmã, que somos as duas mais velhas, ela não tinha nem passagem para ter a gente, ela foi rasgada por parteira em casa. Foi muito difícil o parto da minha mãe, tadinha, porque ela morava na roça, situação muito precária e foi por aí. Agora eu, no caso o meu, o primeiro filho meu foi normal, veio uns quinze pontos para lá, mas foi normal, que eu não considero isso parto normal, entendeu? Eu considero um parto normal, aquele que não leva nenhum ponto, mas já que eles consideram, então foi normal, eu levei uns quinze, dezesseis para lá...”

Observamos claramente uma dissonância entre o que a família e a gestante considera como normalidade de um parto e o que a ciência, representada pela figura do obstetra, observa enquanto normalidade.

Outra temática inventariada corresponde à percepção de uma íntima relação entre a figura materna da gestante — e o contato entre ambas — e o modelo de

¹ Na mitologia grega, Deméter, Deusa nutridora e mãe, gosta de estar grávida, da amamentação e de cuidar de crianças.

maternagem projetado para a nova relação entre gestante e feto, e mais tarde, entre mãe e bebê, como Febe² nos aponta, a respeito da relação com a própria mãe:

“Eu não lembro [sobre os partos na família] porque minha família nunca fala, nunca falou de parto pra mim, nem minha mãe porque, quando eu era mais nova, os meus pais se separaram, eu tinha 7 anos de idade, Então, fiquei morando com meu pai e a minha mãe foi embora. Então a gente, mesmo quando eu era mais nova, assim, até os 7 anos de idade, que ela morou comigo, ela não conversava sobre nada. Então, eu sei que os partos dela foram normal e foram em casa... Aborto ela também teve, não sei quantos, mas ela teve. (...) eu morei com meu pai até os 16 anos, depois que fiz 17 eu fui morar com a minha mãe. Mas minha mãe era assim reservada, não falava de sexo comigo, não falava de namoro, não falava de filhos, essas coisas, entendeu? Tive que aprender sozinha. (...) minha mãe é aquele tipo de pessoa, que, assim, ela não é muito assim de falar.”

Para a gestante, era fundamental a presença da figura materna como responsável pela transmissão das crenças sobre maternidade e para o aprendizado a respeito de como se portar diante de alguns assuntos relativos ao universo feminino.

“Então, eu pergunto as coisas a ela e ela não é muito de responder... entende? Assim, por exemplo, eu não tenho aquela relação de mãe e filha com ela, só: “-Oi mãe, dou a benção a ela, tudo bem? Eu amo a senhora” Mas aquela coisa de conversar assim, a gente nunca foi de conversar de sexo, ela nunca foi de conversar de sexo comigo, nunca foi de conversar de gravidez, de nada disso. (...) Mas eu senti muita falta da minha mãe. Eu passei um tempo assim revoltada com ela porque, quando ela foi embora, que separou do meu pai, eu queria que ela me levasse e ela não me levou porque ela falou que não tinha condições. (...) [após considerações sobre a relação com o esposo]: Você tocou num assunto que eu tava falando com ela essa semana, né? Porque o meu esposo tá falando que a gente tá brigando muito. Ele falou: “- Se a gente se separar, você vai embora pra

² Febe é considerada a Deusa da lua e dos mistérios humanos.

Paraíba sozinha porque a minha filha fica comigo”. Aí eu falei pra ele: “- Jamais! Pra onde eu for, a minha filha vai comigo. Não interessa se você tá aqui no Rio de Janeiro e eu tô lá na Paraíba, não interessa. A minha filha vai comigo, eu não vou abandonar a minha filha de jeito nenhum”.

Apesar da existência de algumas tensões entre mãe e filha, podemos identificar alguma tentativa de resgate e/ou construção de uma relação nova com a própria gravidez, e a situação de risco parece não influenciar marcadamente neste processo. O desejo por parto normal de Cassandra³ exemplifica a tentativa real da gestante pela retomada de uma situação de naturalidade perante a gravidez dita de risco, valorizando e buscando o parto normal:

“A minha irmã foi cesarea dos três filhos e ela passou um sufoco, no primeiro então! Agora no segundo... As melhores partes foram o segundo e o terceiro, mais o terceiro, por que o segundo também deu trabalho, o médico disse que ela nem poderia ter mais filhos, e se tivesse podia até morrer e tudo. Ela veio aqui e a médica perguntou se ela queria ligar, ela ligou, mas passou um sufoco. (...) O que eu mais quero é ter um parto normal. O que eu mais quero é que seja normal.

O segundo aspecto — *heranças familiares* — sugere uma série de legados familiares envolvendo as mulheres da família, como uma tradição das mulheres serem mães quando ainda adolescentes, no caso da família de Penélope⁴ e uma curiosidade quanto a receitas caseiras para a família de Lítia⁵:

“Eu tenho uma irmã que tem duas filhas e tenho uma que tem um filho. Nós não somos de engravidar assim com muita facilidade não. A minha irmã teve filho com 14 anos, a outra teve com 17 e eu tive com 15- nossos primeiros filhos. Mas assim, só eu que tive essa complicação mesmo” (Penélope).

³ Sacerdotisa do Deus Apolo, possui o dom da profecia, mas foi punida por resistir às investidas carnavais. Cassandra foi amaldiçoada, vendo suas profecias serem desacreditadas pelo povo de Tróia.

⁴ Penélope, na mitologia grega, foi esposa de Ulisses, príncipe de Tróia. Diante da distância do marido durante a guerra, para adiar um novo casamento, tecia uma colcha de tricô durante o dia e a desfazia durante a noite.

⁵ Deusa grega que presidia os partos.

“(...) minha mãe nunca fez uma cessaria, inclusive eu nasci em casa, em Minas Gerais... eu nasci em casa. Hoje eu fico pensando, eu gostaria de ter um filho em casa, mas a gente fica com um pouquinho de medo, mas, naquela época ela me teve em casa tranquilamente. As pessoas, hoje em dia, têm mais receio.” (Lítia)

O diagnóstico de risco encerra em seu interior determinadas cargas genéticas latentes e outras já manifestas, como no caso da hipertensão arterial e para a tendência de nascimentos gemelares.

“ (...) a hipertensão já vem... já tem história na família, mas assim, fora isso, graças a Deus, os partos são tranquilos”. (Artemis⁶)

“É uma carga genética. O meu pai era gêmeo. (...) o meu pai foi gêmeo, eu tenho três primos, e todos eles têm um gêmeo, e na família de mamãe tinha gêmeos também, por que eu lembro que eu nem conheci” (Demeter).

Quanto ao terceiro aspecto — *modelo de parentalidade* —, no que tange ao investimento parental na educação dos filhos, com disciplina e carinho, a gestante Circe⁷ exemplifica esta tendência de valorização do cuidado com as crianças:

Educação, essas coisas assim, né? Bem importante... né?, criar uma criança, assim, tendo limite, né?, mas, pelo menos meus priminhos, porque eu que tenho primo pequeno de 5 anos e tudo, são bem criados, né?, bem educados e tudo. Obedientes, são levados, mas coisa de criança mesmo, né? Mas bem educado, bem cuidado. Tem uns que é mais rigorosos, mas tem uns que, assim, educa, mas não é tão... a ferro e a fogo assim. Porque também depende da criança também, né?

A participante Atena⁸ enfatiza a presença e a importância da autoridade parental. Embora seja seu primeiro filho, a fala da participante aponta para a

⁶ Deusa grega da caça, do parto. Virgem, representa as capacidades bem direcionadas, rumo ao objetivo.

⁷ Circe é considerada a Deusa da Lua nova, e enfeitiçava os homens em seu palácio encantado, através de poções e encantamentos, transformando-os em animais.

⁸ Atena ou Atenas: considerada a deusa da sabedoria, do equilíbrio e da educação.

existência de um conhecimento anterior quanto ao convívio com crianças (sobrinhos).

Lá em casa a gente é muito organizado. Eu tenho, sabe, uma família, graças a Deus, assim... um pessoal organizado. Não são pessoas que as crianças fazem o que querem, na hora que querem não. Então é isso. Lá em casa nós fomos criados com regras, com horários, entendeu? E eu pretendo criar meu filho assim também, dentro deste sistema. Não acho tudo normal não... acho que criança tem que ter limite. Tem que ter hora, horário para tudo. Tem que ter uma vida organizada. Se não vira bagunça, né?

Dando continuidade às categorias temáticas do segundo eixo analítico, sobre as redes sociais disponíveis, além da preocupação com a identificação das principais fontes de apoio citadas pelas gestantes (critério estrutural), dispomos de algumas modalidades de apoio social, organizadas em torno do tipo de função do apoio — afetivo, instrumental ou informacional (critério funcional).

O apoio social considerado informacional consiste em todo o tipo de conhecimento disponibilizado pela rede de suporte à gestante. Tal conhecimento gira em torno de temáticas variadas, como a situação do diagnóstico de alto-risco, cuidados clínicos, mudança de hábitos alimentares e informações sobre alimentos favoráveis e desfavoráveis, vida sexual na gestação, importância de exames de imagem e exames clínicos, vacinação, dentre outros. Diferentes fontes de informação podem ser acessadas e de forma simultânea.

Destacamos o tipo de informação através do conteúdo ministrado e da funcionalidade do conhecimento adquirido pela gestante. Assim, foram consideradas fontes informacionais de suporte técnico todos os elementos da rede que promovessem aquisição de informação a respeito da gestação e sobre risco gravídico.

Dentre as fontes citadas, destacamos a presença do médico obstetra como o principal agente informacional, seguido por outras fontes advindas de meios de comunicação, como livros, revistas e televisão e fontes consideradas mais pessoais ou mais próximas, mas que sejam capazes de veicular conhecimento técnico, científico, acerca do quadro gestacional (Tabela 4).

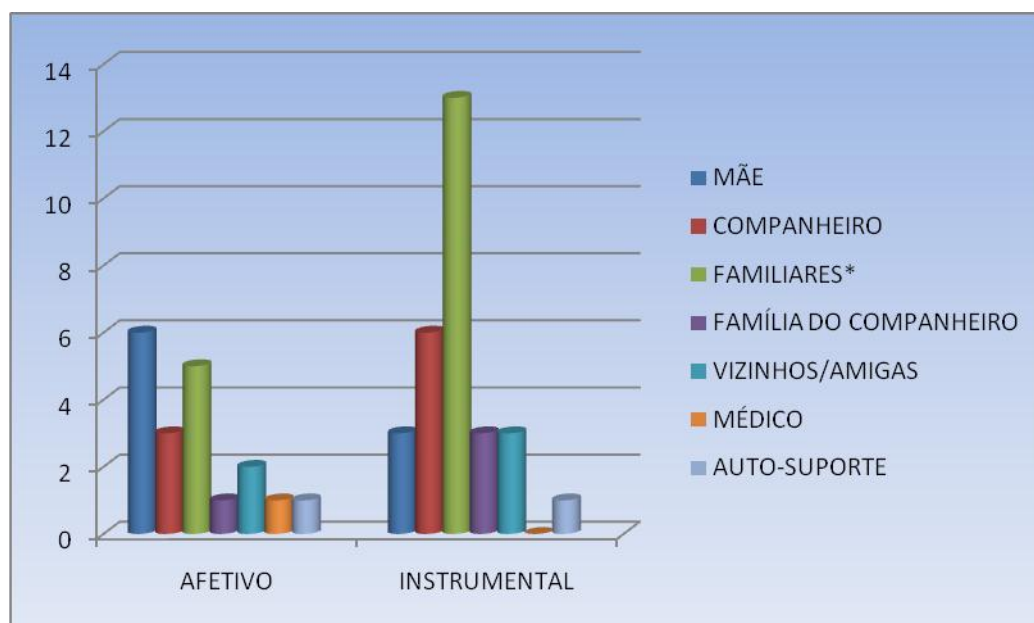
A percepção do suporte disponibilizado parece estar relacionada ao valor dado à fonte, enquanto alvo confiável, como no caso da própria mãe da gestante e de outras figuras femininas, como amigas próximas, com o intuito de transmissão de experiências próprias no que tange à maternagem e/ou à maternidade.

Este suporte, considerado externo, pode assumir um caráter secundário em comparação com a experiência pessoal e interna da participante em relação a sua gestação, e o sentimento de autoeficácia pode estar bastante destacado.

TABELA 4 – Modalidade de apoio informacional

FUNÇÃO DO APOIO	FONTE	FREQUÊNCIAS
SUPORTE TÉCNICO	MÍDIA (REVISTAS, LIVROS, TELEVISÃO)	3
	MÉDICO	5
	EQUIPE DE SAÚDE	3
	FONTES PRÓXIMAS COM CONHECIMENTO FORMAL DA ÁREA DA SAÚDE	3
SUPORTE PESSOAL	AUTO-SUPORTE	3
SUPORTE VIVENCIAL FEMININO	MÃE	1
	AMIGAS	2
SUPORTE CIRCUNSTANCIAL	USUÁRIAS DO SERVIÇO DE PRÉ-NATAL	1

GRÁFICO 8 – Modalidades de apoio afetivo e instrumental



No que tange às modalidades de suporte, observamos um maior destaque das figuras da mãe da gestante e aos familiares quanto ao apoio afetivo. No interior do grupo dos familiares, foram listados irmãos (de forma genérica), irmãs, primas, tias/tios, filhos mais velhos e componentes referentes à família do companheiro da gestante, como no caso de cunhadas, e o próprio companheiro, por ser uma fonte amiúde citada. A mãe da gestante é citada como a fonte mais significativa de suporte afetivo (Gráfico 8).

Quanto ao apoio instrumental, a presença do companheiro é acrescida de importância em relação ao apoio afetivo, juntamente com a família de origem do companheiro e componentes de fora do circuito familiar, como os vizinhos próximos e as amigas da gestante. Em especial, houve um aumento destacado do suporte instrumental oferecido por familiares próximos à gestante, enfatizando, assim, a maior importância destes componentes enquanto agentes de auxílio instrumental para tarefas diversas do cotidiano.

Houve um decréscimo do suporte citado pelas gestantes da importância da mãe para o apoio instrumental, em comparação com o apoio afetivo. Este fato pode indicar a exclusividade do suporte de afeto materno em relação às

participantes, em contraste com o suporte instrumental, menos específico, e capaz de ser executado por mais componentes da rede.

Diante do questionamento a respeito da relação com a equipe de saúde do serviço de pré-natal, 83% das gestantes avaliaram o contato como positivo (Gráfico 9), e a partir das suas justificativas para o fato inventariamos as respostas em blocos, de modo a verificarmos suas ocorrências (Tabela 5).

Considerando os quatro blocos de justificativa citados pelas gestantes — rapidez dos exames, solução de dúvidas e disponibilidade de informações, maior controle da saúde e atenção/cuidados — exceto o segundo bloco, responsável pela solução dada pela equipe clínica para as dúvidas propostas pelas usuárias, todos os blocos restantes dizem respeito diretamente à situação clínica da gestante e à manipulação das condições adversas presentes, de modo que se restaure um panorama mais seguro e saudável para a gestação como um todo.

De toda forma, no que concerne ao valor dado à equipe de saúde, o relato de Atena sobre a qualidade do serviço e a confiança depositada nos profissionais exemplifica o teor da relação entre as gestantes e os profissionais:

“Olha, doutor, a equipe, no caso, é fundamental! Igual no seu caso, estaria me aconselhando a esperar mais um pouco, a tomar a decisão se eu quero fazer parto normal ou se eu quero fazer uma cesárea... Então, eu acho que é fundamental, porque eu confio nos profissionais. Hoje eu confio, e pelo fato de gostar, a gente acaba confiando, né? (...) Quando a gente gosta e se sente segura, vem a confiança... então, eu estou me sentindo segura aqui”.

GRÁFICO 9 – Referência à equipe de saúde

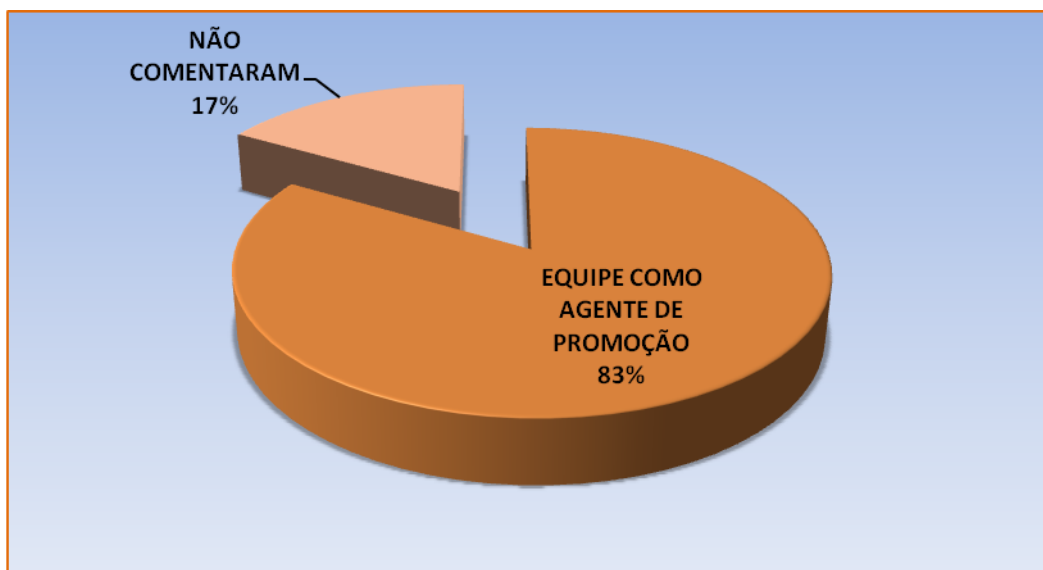


TABELA 5 – Justificativas quanto à função da equipe de saúde

JUSTIFICATIVAS	FREQUÊNCIAS
RAPIDEZ DOS EXAMES	6
SOLUÇÃO DE DÚVIDAS E DISPONIBILIDADE DE INFORMAÇÕES	8
MAIOR CONTROLE DA SAÚDE	4
ATENÇÃO E CUIDADOS ESPECIAIS	5

A expressão do terceiro eixo analítico — *Enfrentamento da gestação de risco* — ocorre através de três categorias temáticas organizadas em torno das estratégias utilizadas e limitações atribuídas pelas gestantes para o enfrentamento da situação de risco gravídico. A grande maioria das participantes concorda que a situação de risco oferece um desconforto, em algum grau, para a manutenção de

suas tarefas cotidianas ou para a sua vida ocupacional (Gráfico 10). Segundo a participante Afrodite:

“Ah, as coisas que eu sei que não posso fazer eu não faço... Não varro casa, lavar roupa, eles me ajudam... eu jogo na máquina, eles torcem (minha máquina não torce), eu vou só estendendo. Boto tudo assim no alto pra não ficar abaixando; comida, não faz mal, né?, porque não é peso. Lavo louça e o que eu posso fazer assim que eu vejo que dá pra mim fazer, eu faço. O que não dá eu não faço, deixo pra minha filha fazer. Eu falo: "- Minha filha, eu não posso fazer isso, você faz isso pra mim, apesar de que alguma coisa que é ruim a gente ficar pedindo porque, assim, às vezes a gente quer aquilo e fala: "-Faz isso aqui". Aí ela vai fazer a hora que ela quer. E isso aborrece e, às vezes, quando você tá nessa situação, sempre chega alguém na sua casa, aí pega assim as coisas desarrumadas, aí já começa a falar. Aí é chato, né? Porque eu não posso fazer, eu não vou me arriscar a fazer pra depois passar mal”.

A categoria denominada *mudança comportamental* abarca todas as estratégias utilizadas pela gestante como formas de resgatar um comportamento saudável ou retomar um bem-estar perdido a partir da vivência do quadro clínico de risco. A maioria das participantes apontou para a necessidade de uma mudança comportamental em seus relatos, sinalizando, assim, a criação de algum tipo de estratégia comportamental inovadora — perda de peso, cuidado com a alimentação, novos hábitos de saúde —, em uma clara preocupação consigo e com o curso ótimo da gestação (Gráfico 11). As participantes Perséfone⁹ e Cassandra ilustram esta preocupação, respectivamente:

Estou tomando cuidado com a minha alimentação. Estou tentando perder um pouco de peso e cuidando para comer alimentos saudáveis para que vá para a criança as vitaminas. E para que eu não engorde porque, o fato de engordar, só piora a minha pressão.

⁹ Filha da deusa Deméter, foi raptada por Hades para o mundo subterrâneo. Seu mito é simbolizado pelo binômio mulher-criança.

“Estou me cuidando bastante... me esquecendo dos problemas, me cuidando. Pensando em mim e no neném, só. Eu não penso em mais nada! O tempo todo só penso em mim e nele. Eu estou tentando repousar o máximo. Igual ao que eu falei: eu tomo conta do meu sobrinho, mas só dois dias, então os dias que eu estou com ele é o máximo que eu posso fazer, mais eu não estou extrapolando muito as coisas não. Quando eu começo a ver que eu ando muito cansada, eu sento e esqueço o resto”.

Enquanto a categoria *mudança comportamental* diz respeito ao conjunto de estratégias postas em ação para o enfrentamento da situação de risco, a categoria denominada *expectativas/enfrentamento da gestação* sugere a intenção de que a adversidade seja superada, mas não indica nenhuma atitude prática a respeito. Todas as participantes ofereceram relatos sobre o tema. Muitos traduziram a esperança de sucesso e outros, sentimentos de preocupação e ansiedade pelo fim da gestação e possíveis complicações clínicas, como é o caso da participante Cassandra:

“Eu morro de medo do parto! Igual eu falei: queria chegar no hospital, dormir e quando acordar, o meu filho tá do meu lado. (...) A única coisa que eu temo mais é a infecção urinária, minha pressão até que está bem controlada. O meu maior problema é a infecção urinária, pois eu vim parar na emergência por causa da infecção urinária.

Até antes de engravidar eu já estava fazendo tratamento, mas não foi descoberto nada. Depois que eu engravidei que piorou mais ainda. (...) Até mesmo porque na família eu tenho gente com esse problema e faz hemodiálise. Eu tenho na família a minha tia que tem problema de infecção urinária, ela faz hemodiálise”.

GRÁFICO 10 – O risco como limitação para o trabalho

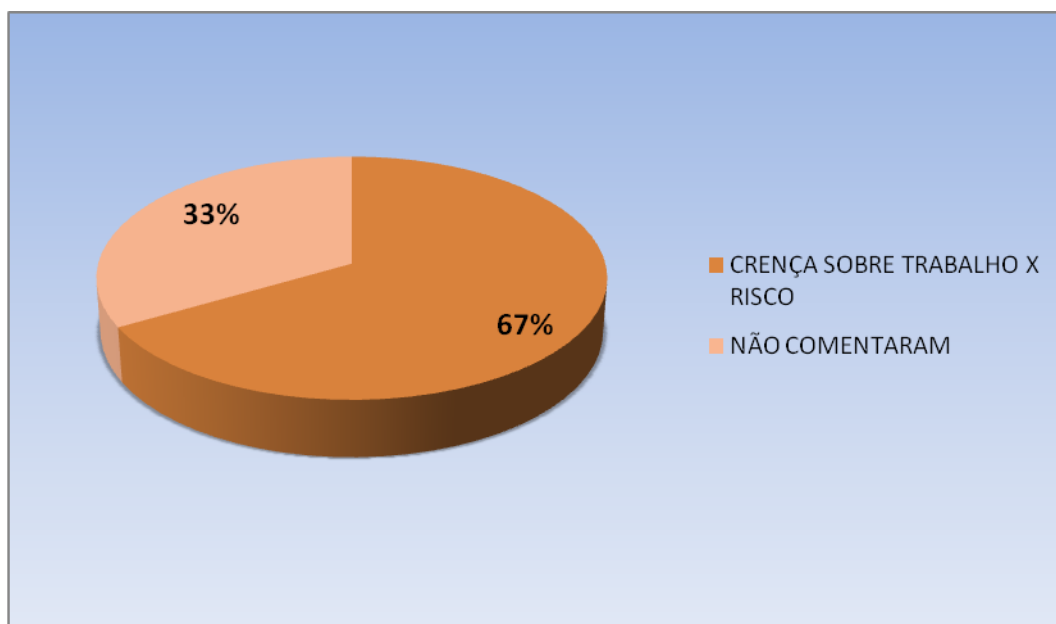
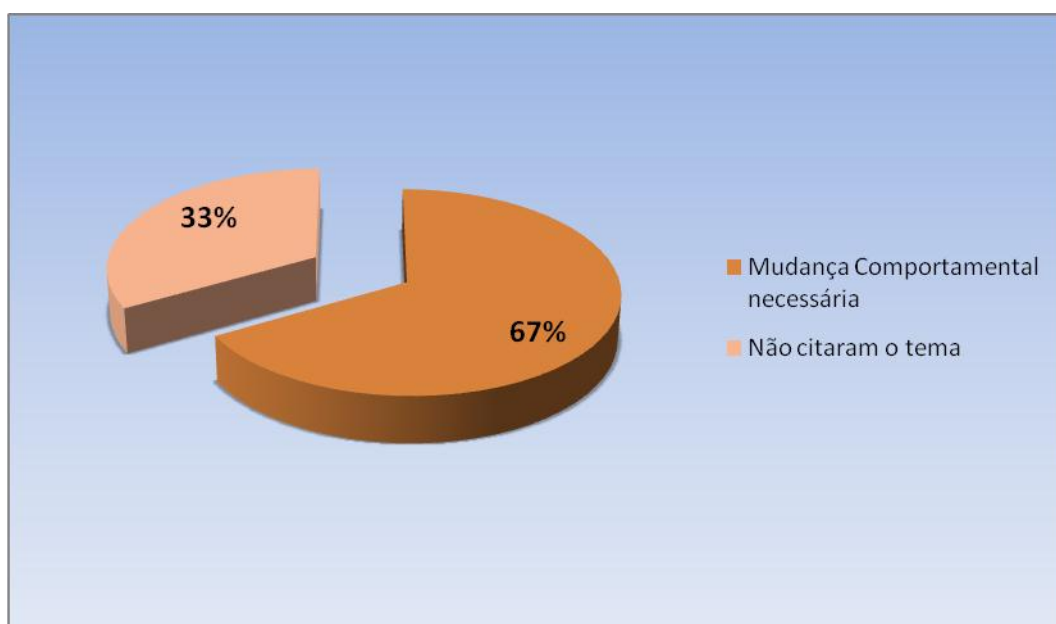


GRÁFICO 11 – Necessidade de mudança comportamental diante do diagnóstico



O quarto e último eixo analítico trata dos elementos considerados *transversais* em relação a todos os demais, como aspectos de personalidade

citados e particularidades da biografia das participantes. Partimos do entendimento de que tais elementos estão presentes em todos os relatos, dando sentido e contextualizando cada fala e reação. Contudo, mereceu também o mesmo tratamento analítico dos demais e é constituído da categoria temática denominada de *características de personalidade* (resiliência).

A associação entre as características de personalidade e o constructo de resiliência psicológica oferece subsídios consistentes para o debate e traduz-se através dos recursos e potencialidades disponíveis pela gestante para o enfrentamento da situação de gestação de risco. Os relatos das participantes foram tabulados em algumas categorias temáticas de acordo com a avaliação da gestante enquanto elementos positivos de personalidade— especificamente seus ou pelo menos desejáveis em uma pessoa — ou elementos negativos de personalidade — vistos como defeitos próprios ou indesejáveis socialmente.

TABELA 6 – Aspectos positivos da personalidade

CATEGORIAS TEMÁTICAS	FREQUÊNCIAS
DETERMINAÇÃO/INDEPENDÊNCIA	5
CARÁTER/ SINCERIDADE	10
DISPONIBILIDADE PARA O OUTRO	7
PARTICULARIDADES DE PERSONALIDADE	4

No que tange aos aspectos de personalidade considerados positivos pelas participantes, observamos as categorias temáticas *caráter/sinceridade* e *disponibilidade para o outro* com frequências expressivas em relação às demais (Tabela 6). Apesar deste fato, destacamos alguns relatos bastante significativos quanto à relevância da categoria *determinação/independência* para o enfrentamento da situação de risco gravídico com um estilo ativo, de busca pelos objetivos traçados, apesar das adversidades:

“(...) Então eu acho isso muito fundamental! Eu, assim... poxa, eu batalhei, né? (...) Então, eu batalhei muito, sabe? A gente corre muito atrás do que a gente quer. Então eu acho isso fundamental: não adianta você querer uma coisa e ficar de braço cruzado esperando cair do céu porque...é um pouco complicado” (Atena).

“Eu acho que eu vou atrás dos meus objetivos, né? Eu quero e eu vou lá, eu não tenho medo de encarar. Às vezes, eu sei que eu vou quebrar a minha cara, mas eu tenho que pagar pra ver. Se eu não pagar, eu passo o resto da vida: “- Poxa, eu não tentei, eu podia ter conseguido”. Eu me enfrento, a realidade, eu tenho muita coragem de enfrentar a realidade” (Penélope).

“Ai, sei lá! Eu acho que eu posso dizer que eu sou guerreira, né? Por tudo que eu passei. Então... eu sempre lutei pelos meus objetivos, mesmo que, às vezes , eu tenha tido aquela recaída assim de querer desistir, mas eu não desisti, graças a Deus. Então, guerreira, eu acho que coragem também, né? Coragem. Porque ter vindo de lá pra cá sozinha, todo mundo fala: “- Ah... como que tu teve coragem de largar a tua família toda lá no Nordeste, vir pra cá pro Rio de Janeiro?”. Bem complicado.Aí eu falei: “- Ah, mas eu tive que fazer isso”. Porque eu tive um certo medo, né, de vir de lá pra cá. Quando eu entrei dentro do ônibus, minha vontade era de pular do ônibus, desistir, mas eu falei: “- Vou até o fim, eu não vou desistir” (Febe).

A categoria *disponibilidade para os outros* foi citada de forma significativa pelas participantes e parece exemplificar um contato ativo entre a gestante e sua rede social de apoio a partir do momento em que disponibiliza o acesso aos elementos da rede, e comunica a possibilidade de receber auxílio, de igual forma.

“Eu valorizo muito a amizade, eu tenho poucos amigos, poucas pessoas que eu posso dizer assim que são minha amigas – são poucas- porque eu não confio em todo mundo, mas os poucos amigos que eu tenho, eu dou minha vida por eles; são verdadeiros. Quem tem a minha amizade, tem assim, eu sou capaz de dar a minha vida por um amigo” (Penélope).

“Assim, uma coisa muito boa, eu acho, em mim, é que, ao mesmo tempo eu vejo um defeito, é o lutar pelas pessoas. Acreditar nas pessoas. Eu... assim, se eu vejo a pessoa, eu luto pela pessoa, pelo um amigo, pelo um parente” (Artemis).

No que tange aos aspectos elencados pelas participantes como negativos em seus relatos, foram organizados de acordo com quatro categorias temáticas — *ansiedade/impulsividade, autoexigência, preocupação com o outro e particularidades de personalidade* (Tabela 7).

TABELA 7 – Aspectos negativos da personalidade

CATEGORIAS TEMÁTICAS	FREQUÊNCIAS
ANSIEDADE/IMPULSIVIDADE	6
AUTO-EXIGÊNCIA	4
PREOCUPAÇÃO COM O OUTRO	4
PARTICULARIDADES DE PERSONALIDADE ASSOCIADAS A DEFEITOS	7

Traços de personalidade tidos como defeitos pelas gestantes, e considerados como problemáticas a ser transformadas definem a categoria como a mais expressiva entre as gestantes. No entanto, o critério de interpretação deve ser relativizado, pois os defeitos apontados pelas participantes são diversos, tais como: teimosia, ciúme, ingenuidade, indiscrição, dentre outros. De toda forma, tais traços são apontados como empecilhos ao relacionamento interpessoal:

“Agora, eu sou assim, mesmo eu estando errada e a pessoa tando certa, eu não admito que eu tô errada e eu não vou lá e peço desculpa. A pessoa tem que vir até mim, e pedir porque, se depender de mim... Ou então, porque às

vezes é assim: digamos que a pessoa esteja errada e eu, certa. Eu posso muito bem ir lá, tentar conversar com a pessoa, né? É, mas eu não faço isso. Nem que eu passe dois, três anos. Tem uma colega, que já faz quase um ano que a gente não se fala. Ela tava errada, nessa parte ela tava errada, entendeu? Mas ela não veio falar comigo e eu falei: “- Eu também não vou falar com ela”. Até hoje a gente não se fala, a gente se esbarra na rua, mas a gente não se fala. E eu não dou o braço a torcer” (Febe).

“Meu ponto fraco é que sou muito ingênua. Às vezes eu sou muito boba. Às vezes eu falo demais. Às vezes não é uma fofoca, às vezes você me conta um negócio e eu fico quieta, na minha. Mas quando aquela pessoa vem falar mal de você, aí, eu vou e “- você para de mentira porque ele não é assim!”. E no fundo, eu fico mal e as duas pessoas ficam bem. E isso, também, é uma coisa horrível que eu tenho. De querer defender os outros” (Hestia).

Outra categoria citada de forma recorrente corresponde ao reconhecimento de algumas gestantes a respeito de um temperamento mais nervoso, ansioso e/ou impulsivo, o que o que significa maior tensão durante a gravidez:

“Olha, eu tenho procurado, assim, ficar tranquila no dia-a-dia e não me aborrecer, porque eu sou um pouco estressada com as coisas. Às vezes eu me aborreço. Ah... Às vezes, assim, eu me aborreço até por pouca coisa. E sou muito ansiosa, doutor... Então, às vezes até uma bobagem do dia-a-dia, uma toalha que o marido deixe em cima da cama molhada já é motivo para mim falar alguma coisa. Então, eu estou procurando fechar os olhos para certas coisas que é bobagem, entendeu?” (Atena).

“O que eu posso assim, fazer, né? Eu sou muito ansiosa. Eu sou o tipo de pessoa, assim, se tem que fazer, então vamos fazer logo agora, não vamos deixar pra amanhã. E isso, eu agora eu estou conseguindo me policiar nesta parte, entendeu? Já que, eu vou ver, de repente não vale a pena fazer agora, eu vou fazer amanhã, que, de repente, o amanhã, eu já faço de outro jeito e eu tenho ajuda de alguém. Eu acho que, assim, o que tá me fazendo é

esperar ajuda, que eu não esperava ajuda. Eu achava que tinha de ser na minha hora e agora não” (Artemis).

As categorias *autoexigência* e *preocupação com o outro*, durante o relato de algumas gestantes, parecem traduzir, muitas vezes, uma única preocupação — o bem-estar do feto e, mais tarde, do recém-nascido:

Eu acho que vai ser bem diferente da experiência que eu tive com ela [filha mais velha]. Talvez o parto seja mais longo... O parto vai ser mais longo, a recuperação das nenéns também, porque eu acho que eu não vou chegar aos nove, então eu vou precisar ter um cuidado específico, porque elas vão ficar, eu não queria que isso acontecesse, que eu fosse para casa e elas ficassem” (Deméter).

O tema da *personalidade*, como vimos, perpassa todos os eixos analíticos propostos neste estudo, de forma que configura um importante aspecto para o debate da gestação de risco, desde a reação ao diagnóstico clínico até a abertura ao auxílio externo, da rede de suporte, para o enfrentamento do problema do risco gestacional. Diante da situação adversa, e do entendimento particular a respeito das repercussões e limitações do diagnóstico de risco gravídico, cada gestante pôde dispor de alguns recursos para organizar sua conduta de enfrentamento e de organização pessoal diante do diagnóstico.