



Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação*

Desiring and planning pregnancy: experience of women who had high risk pregnancy

Embarazo de alto riesgo: el deseo y la programación de una gestación

Viviani Guilherme Dourado¹, Sandra Marisa Pelloso²

RESUMO

Objetivos: Considerando a importância das pesquisas em saúde reprodutiva, realizamos este estudo qualitativo com o objetivo de verificar o acontecimento da gestação, a programação e o desejo de ter um filho entre mulheres que vivenciam uma gestação de alto risco em um serviço de pré-natal de referência. **Métodos:** Optamos pelo método da pesquisa qualitativa de caráter exploratório descritivo. Utilizamos a abordagem metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo para organizar os dados verbais obtidos em entrevista semi estruturada, realizada com 12 gestantes. **Resultados:** As idéias centrais identificadas foram: “Gestação não programada, mas desejada, associada a não utilização ou uso incorreto de método contraceptivo”; “Gestação não programada, mas desejada, associada à questão da crença religiosa”; “Gestação programada e desejada” e “Gestação não programada e não desejada”. **Conclusão:** Diante das idéias centrais identificadas a carência de educação em saúde, em especial com relação à saúde reprodutiva, foi evidenciada.

Descritores: Gravidez de alto risco; Saúde da mulher; Pesquisa qualitativa; Medicina reprodutiva

ABSTRACT

Objectives: To verify the event of pregnancy, and to describe women’s planning and desire of having a child. **Methods:** This study used a descriptive, exploratory qualitative design. The sample consisted of 12 women from a well respect prenatal service who had a high risk pregnancy. Data were collected through semi-structured interviews. **Results:** The main central themes have emerged: Desired but not planned pregnancy and associated to either to non-use or incorrect use of contraceptive methods; Desired but not planned pregnancy associated with religious beliefs; Desired planned pregnancy; and, Not desired nor planned pregnancy. **Conclusions:** Prior to identification of the main central ideas, it was observed the need of health education, specifically related to the reproductive health.

Keywords: Pregnancy high-risk; Woman’s health; Qualitative research; Reproductive medicine

RESUMEN

Objetivos: Considerando la importancia de las investigaciones en salud reproductiva, fue realizado este estudio cualitativo con el objetivo de verificar el acontecimiento de la gestación, la programación y el deseo de tener un hijo de mujeres que vivencian una gestación de alto riesgo en un servicio de atención prenatal de referencia. **Métodos:** Optamos por el método de la investigación cualitativa de carácter exploratorio descriptivo. Utilizamos el abordaje metodológico del Discurso del Sujeto Colectivo para organizar los datos verbales obtenidos en entrevista semi estructurada, realizada con 12 gestantes. **Resultados:** Las ideas centrales identificadas fueron: “Gestación no programada, pero deseada, asociada a la no utilización o uso incorrecto del método anticonceptivo”; “Gestación no programada, pero deseada, asociada a la cuestión de la creencia religiosa”; “Gestación programada y deseada” y “Gestación no programada y no deseada”. **Conclusión:** Frente a las ideas centrales identificadas fue evidenciada la carencia de educación en salud, en especial con relación a la salud reproductiva.

Descriptor: Embarazo de alto riesgo; Salud de la mujer; Investigación cualitativa; Medicina reproductiva

* Extraído da Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual de Maringá em 2005.

¹ Enfermeira, Especialista em Enfermagem Obstétrica, Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá – UEM – Maringá (PR), Brasil.

² Enfermeira, Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá – UEM – Maringá (PR), Brasil.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como primordiais, pesquisas em saúde reprodutiva relativas à sexualidade, contracepção e à concepção, incluindo a gravidez, o parto e o puerpério, propondo que os fatores característicos do contexto sociocultural, ou seja, valores, crenças, condições socioeconômicas, entre outros, sejam considerados como eventos importantes por elas⁽¹⁾.

A gravidez é um evento biologicamente natural, porém especial na vida da mulher e, como tal, desenvolve-se em um contexto social e cultural que influencia e determina a sua evolução e a sua ocorrência⁽²⁾. Para a investigação das reações humanas e conhecimento melhor dessa influência e complexidade das vivências do ciclo grávido-puerperal, é importante considerar fatores como a história pessoal da gestante e seu passado obstétrico, o contexto da gravidez, sua idade e vínculo com o parceiro⁽³⁾.

Durante muitas décadas, as políticas de saúde da mulher no Brasil enfocaram exclusivamente o atendimento às demandas decorrentes da gestação e do parto, restringindo a atenção ao processo reprodutivo⁽⁴⁾. Baseavam-se na especificidade biológica feminina e no seu papel social de mãe e doméstica⁽⁵⁾. Entretanto, nos anos 80, com o aumento alarmante da Aids e as mudanças no padrão procriativo, os aspectos como sexualidade e contracepção ganharam relevância em relação à contracepção, a gravidez e o parto⁽⁴⁾.

Com essas mudanças, surgiu a dificuldade por parte do Ministério da Saúde em abordar a saúde da mulher de forma integral, sem desconsiderar problemas graves e complexos. Direcionaram-se ações para identificar os maiores problemas e como alterar a realidade constatada - diminuição das taxas de mortalidade por causas evitáveis, condições de decisão sobre o direito reprodutivo e garantia de assistência integral e humanizada - no sentido de fortalecer as ações preventivas e de promoção à saúde⁽⁴⁾.

Apesar dos esforços, 21,3% dos óbitos maternos ocorridos no Brasil nos anos de 1996-1997 foram atribuídos às causas indiretas, que envolvem as doenças pré-existentes complicadas pela gestação. A assistência perinatal adequada e a orientação sobre planejamento familiar pode contribuir para a redução destes óbitos.

Aproximadamente 20% das gestantes apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para ela como para o feto, constituindo o chamado grupo "gestante de alto risco"⁽⁷⁻⁸⁾. Conhecer, sob o enfoque dessas gestantes, o acontecimento da concepção, a programação e o desejo de ter um filho, mesmo tendo conhecimento de que tinham um agravo anterior a gestação, poderia contribuir com os profissionais da saúde para a melhoria do cuidado e assistência às gestantes.

A enfermagem pode atuar de forma significativa para a redução das complicações relacionadas com a função reprodutiva, através de uma adequada assistência ao ciclo gravídico-puerperal⁽⁹⁾, ampliando os horizontes para a equipe assistir melhor as gestantes de alto risco nos serviços de pré-natal e na orientação de planejamento familiar, de acordo com seu contexto socioeconômico-cultural.

O presente estudo foi realizado com o objetivo de verificar o acontecimento da gestação, a programação, o desejo de ter um filho entre mulheres que vivenciavam uma gestação de alto risco, atendidas em um serviço de pré-natal de referência.

MÉTODOS

Atualmente, não existe mais razão para a pesquisa qualitativa sistemática e científica estar separada ou não voltada ao mundo real que investiga⁽¹⁰⁾. Sendo assim, neste estudo, optamos pelo método da pesquisa qualitativa que se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com significados, motivos, valores, atitudes correspondentes às relações, processos e fenômenos que não podem ser trabalhados como variáveis⁽¹¹⁾. Buscou-se, nesta proposta, desenvolver o estudo por meio de pesquisa qualitativa de caráter exploratório descritivo, tendo como substrato os depoimentos das gestantes, obtidos em entrevista semi-estruturada.

O estudo foi realizado no Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário de Maringá (HUM), a unidade de referência na macrorregião para consultas especializadas e acompanhamento de pré-natal para gestação de alto risco.

Os critérios para a seleção foram que as gestantes já tivessem uma intercorrência clínica, ou seja, uma doença diagnosticada e com tratamento instituído antes da atual gestação, e que não apresentassem nenhum tipo de complicação que impedisse sua comunicação. A amostra foi constituída de todas as gestantes, 12 mulheres, que apresentavam intercorrência clínica e que realizaram consulta no Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco do HUM durante o mês de abril de 2005.

As entrevistas foram realizadas no dia em que as gestantes compareceram ao HUM para realizar a consulta de pré-natal, através dos seguintes questionamentos: esta gestação foi programada? No momento, esta gestação está sendo desejada? Os discursos foram gravados por meio de um microgravador, para posterior transcrição e análise. Para garantir o anonimato e omitir os nomes verdadeiros das gestantes, as fitas eram identificadas com nomes de elementos e acontecimentos da natureza. Os dados sobre as intercorrências clínicas que justificaram o agendamento no pré-natal de alto risco e principais

intercorrências obstétricas apresentadas na gestação, foram coletados nos prontuários dessas gestantes.

Para caracterizar as gestantes de alto risco entrevistadas, foram coletadas variáveis sociodemográficas, história reprodutiva e intercorrências da gestação atual. Na análise dos dados qualitativos, utilizou-se a abordagem metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), por meio do *Software QualiQuantiSoft*®.

Partindo dos depoimentos das gestantes copiados no software, a análise dos discursos teve início com a identificação das expressões-chave, nas quais estão contidas as idéias centrais de cada discurso que foram escritas de forma breve e objetiva. Vale ressaltar que as idéias centrais não são interpretações, mas descrições do sentido contido nas expressões-chave⁽¹²⁾. Em seguida, as idéias centrais equivalentes, semelhantes ou complementares foram reunidas em uma mesma categoria, representada por uma letra do alfabeto, iniciando pela letra A e seguindo a ordem alfabética até que todas as idéias centrais tivessem sido categorizadas. Na seqüência, iniciou-se a construção do DSC de cada categoria, na primeira pessoa do singular, organizando o discurso de forma seqüencial, do mais geral para o mais particular, utilizando-se de conectivos para conferir coerência entre as partes e eliminando as idéias repetidas, conferindo um efeito didático para o DSC⁽¹²⁾.

A pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (UEM), atendendo à determinação da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Pesquisa, obtendo a aprovação. Foi solicitada, também, a autorização da Diretoria Médica do HUM para a realização da coleta de dados nos prontuários hospitalares e entrevistas com as gestantes. Uma gestante portadora de cardiopatia, quando abordada pela pesquisadora, não aceitou fazer parte da pesquisa e conceder a entrevista. A participação das 12 gestantes foi voluntária e, no momento em que receberam esclarecimento sobre a finalidade e objetivo da pesquisa, concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado previamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UEM.

RESULTADOS

A idade das gestantes entrevistadas variou entre 21 e 42 anos, 58,3% (7) relataram ter chegado ao segundo grau e uma gestante (8,3%) declarou-se como solteira; 58,3% (7) não exerciam qualquer atividade econômica remunerada e se declararam como do lar. Dentre as gestantes participantes, 66,6% (8) tinham renda familiar entre um salário e meio e dois salários e 58,3% (7) estavam vivenciando a gestação, no mínimo, pela terceira vez.

Apesar do uso de anticoncepcionais ser alto e crescente no Brasil⁽⁶⁾, dentre as mulheres entrevistadas, com relação à utilização de métodos contraceptivos antes da gestação, nenhuma delas estava em uso correto de algum método quando engravidou. Entretanto, 75,0% (9) delas afirmaram que já haviam utilizado, em algum momento da vida, o anticoncepcional hormonal oral (ACHO), dentre essas, 33,3% (3) já usaram o preservativo masculino anteriormente. Somente uma gestante expôs que não estava em uso de método contraceptivo, pois estava programando engravidar. Apesar de referir conhecimento, 33,3% (4) delas não estavam em uso de qualquer método quando engravidaram da atual gestação e 16,6% (2) afirmaram que nunca utilizaram qualquer método contraceptivo.

Os motivos de agendamento no pré-natal de alto risco foram variados, entretanto, houve a predominância da hipertensão arterial crônica presente em 66,6% (8) dos casos, intercorrência que pode sofrer positiva influência da educação em saúde⁽¹³⁾. Uma gestante foi encaminhada ao PNAR por ter engravidado durante um tratamento por consequência de uma neoplasia de mama diagnosticada aos 21 anos.

Situações que influenciam a decisão de ter um filho não dispensam a programação e o desejo de uma gestação. Desejar e programar um filho são aspectos importantes que permeiam os sentimentos de aceitação em tornar-se mãe. Esses aspectos estiveram pouco presentes nos discursos das mulheres estudadas e nas idéias centrais apresentadas a seguir:

Idéia Central A – Gestação não programada, mas desejada, associada à não utilização ou uso incorreto de método contraceptivo. DSC (Sol, Terra, Fogo, Estrela, Mar, Ventania e Eclipse)

Na verdade não. Sabendo do problema que eu tinha, eu não devia ter engravidado nunca. Não foi programada, mas está sendo desejada. Achei que não ficaria grávida, pois, mesmo eu tendo dificuldade para engravidar, estava tomando comprimido há algum tempo e tinha parado naquele mês em que engravidei. Eu estava tomando anticoncepcional um mês sim e outro mês não e também antibiótico, anti-hipertensivo e anticonvulsivante, até o médico proibir o anticoncepcional. Nós optamos pelo método do preservativo, mas só que o esquecimento foi dele. Como o marido é muito ignorante, disse que não iria comer banana com casca. Também estava me cuidando do meu jeito, evitava na hora de terminar o serviço. Nós fomos naquela de fazer o sexo interrompido e não deu certo. Foi um acidente, mas dava pra se cuidar mais. Quando o teste afirmou positivo, a gente ficou super feliz e ainda mais depois que eu fiz a ultrassom e soube que a criança está tudo normalzinha.

Idéia Central B – Gestação não programada, mas desejada, associada à questão da crença religiosa. DSC (Brisa, Céu e Lua)

Não esperava engravidar, nem queria também, mas não cuidei. Achei que não ia ter problema nenhum. Eu tomava anticoncepcional, parei de tomar o remédio, descuidei um pouquinho e até que engravidei bem rapidinho. Eu estava usando preservativo e evitando com coito interrompido. Imaginava que não ia engravidar. Agora está sendo muito desejada, demais, já estou calma, conformada, não vejo a hora que nasce. Depois que eu fiz o ultrassom e que deu tudo normal, tudo formadinho, fiquei mais aliviada, pois antes, sem fazer nenhum exame, morria de medo. Eu estou feliz porque, se veio, a gente tem que cuidar. Se Deus mandou, a gente tem que aceitar. Espero que Deus abençoe, e que venha com saúde, perfeito, está na mão de Deus.

Idéia Central C – Gestação programada e desejada. DSC (Luz)

Foi programada e está sendo desejada. Já usei o anticoncepcional e não estava usando porque eu estava tentando engravidar faz um ano. Tem hora que a gente fica com aquele medo, mas está tudo bem graças a Deus.

Idéia Central D – Gestação não programada e não desejada. DSC (Chuva)

Não, eu não queria não. Eu tomava um remédio e o doutor trocou por outro. Ele explicou, mas por causa dos meus problemas eu não guardo nada na minha cabeça me atrapalhei e engravidei.

DISCUSSÃO

A decisão de ter um filho é resultado de vários motivos conscientes e inconscientes, como aprofundar uma relação homem-mulher, concretizar o desejo de continuidade e esperança da imortalidade, manter um vínculo desfeito, competir com familiares, preencher um vazio interno⁽³⁾. Contudo, o discurso de não programação da gestação associado ao uso incorreto de método contraceptivo (Idéia Central A) foi bastante representativo, uma vez que foi o mais freqüente entre as gestantes pesquisadas. As mulheres relatam o uso incorreto dos métodos, reconhecem que falharam, mas não desresponsabilizam o companheiro pela gestação e demonstram a dificuldade em negociar a escolha do método.

Para uma gestante, a tentativa de responsabilizar a ocorrência da gestação como exclusivamente do companheiro fica evidente no relato: “[...] nós optamos pelo método do preservativo, mas só que o esquecimento foi dele.” Talvez, a tentativa de isenção de parcela da culpa pela gravidez por parte da mulher, minimizasse a sua responsabilidade pelos problemas vivenciados na gestação em decorrência de sua patologia. Fica evidente, no discurso, a utilização de forma incorreta de métodos contraceptivos e também, de métodos não anticoncepcionais, como o coito interrompido. É possível afirmar que a gravidez para

algumas mulheres foi acidental, entretanto previsível e intencional, pelo uso negligenciado do método contraceptivo.

O uso incorreto dos contraceptivos orais e do preservativo em todas as relações sexuais ficou claro: “Eu estava tomando anticoncepcional um mês sim e outro mês não [...]”; “Nós optamos pelo método do preservativo, mas só que o esquecimento foi dele [...]”, expondo o pouco conhecimento dos casais com relação aos métodos que utilizavam e dos demais disponíveis no mercado.

Sabemos que o conhecimento e a orientação sobre o planejamento familiar têm importante impacto na saúde da mulher e da criança, beneficiando a prevenção seletiva das gestações de alto risco e de morte materna por causas obstétricas indiretas, além de oportunizar o bem-estar físico, psíquico e social para as pessoas já que possibilita ter filhos no número e momento definidos pela mulher e seu companheiro⁽⁶⁾.

Um aspecto importante a ser considerado é a resistência não só por parte dos companheiros, mas também por parte das mulheres quanto ao uso do preservativo masculino, apesar da grande divulgação nos meios de comunicação sobre a sua importância com relação à prevenção de doenças e da gestação⁽¹⁴⁾. Algumas mulheres tentam encontrar desculpas para o não uso. A baixa escolaridade e a classe social são diretamente proporcionais à possibilidade de negociação com o parceiro sobre o uso do preservativo como método contraceptivo; contudo, mesmo as mulheres com maior grau de escolaridade e poder aquisitivo ainda encontram dificuldades em negociar suas relações com os companheiros⁽⁵⁾.

Não se pode considerar, no aspecto da educação e assistência à anticoncepção, só a gestação, mas abordar um quadro mais geral da saúde reprodutiva que é a vulnerabilidade feminina diante do contexto das infecções sexualmente transmissíveis (IST) em especial a Aids. A educação não somente tem reflexos diretos na ocorrência de gestações não programadas, como em novos casos das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids, em especial para as mulheres⁽⁵⁾.

É perceptível, a pouca ou nenhuma participação dos homens relatada pelas mulheres no processo de planejamento familiar. Isso pode ser interpretado com base na perspectiva de gênero, na medida em que práticas médicas, sobretudo a da reprodução, são consideradas pela sociedade como sendo papel da mulher, contrariando aspectos previstos inclusive pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em que o homem também é sujeito no processo sexual e na contracepção⁽¹⁵⁾.

Com relação a Idéia Central B, uma reação inicial não positiva, ao saber que estava grávida, é justificada pois a gestação implica em grandes mudanças, ganhos e perdas

e isso, por si só, confere justificativa aos sentimentos ambivalentes⁽¹⁶⁾.

O acontecimento de gestação não planejada é freqüente entre mulheres de diferentes faixas etárias e escolaridade, todavia o fato de a gravidez não ter sido programada não significa que o filho não seja desejado⁽¹⁷⁾. Essa aceitação ganha um significado especial quando a ocorrência da gestação é atribuída a um desejo divino, a religião não impede que problemas aconteçam na vida das pessoas, mas constitui-se em um recurso nos momentos de dificuldades, atribuindo significado aos acontecimentos e fornecendo recursos para enfrentar o sofrimento⁽¹⁸⁾.

Além disso, o apelo religioso no caso das gestantes de alto risco provavelmente está exacerbado pela existência da doença prévia que pode comprometer a integridade física do filho e até a vida dele e da mulher, neste caso a crença religiosa confere fator de encorajamento diante do risco gravídico.

Uma única gestante dentre todas as entrevistadas planejou cuidadosamente a sua gestação assumindo os riscos a que estava se expondo para ter um filho (Idéia Central C). Quando a mulher decide engravidar e viver uma gestação de alto risco, ela admite que seu tempo de vida possa ser encurtado ou até transmitir ao filho problemas recorrentes ao uso de medicações e a intercorrência clínica⁽⁸⁾.

Na gravidez desejada e planejada, o sentimento predominante é de felicidade, sentimento considerado como aquele que representa o que é ser mãe. Acredita-se que, neste caso, as pessoas fizeram valer a prática social de forma consciente⁽¹⁹⁾. Contrariamente aos discursos das gestantes anteriores, essa gestante e seu companheiro assumiram o risco expressando o sentimento de medo superado pelo desejo de ter um filho.

Opostamente às idéias apresentadas anteriormente, uma gestante afirmou que não havia programado e não desejava a gestação em curso (Idéia Central D). Dentre todas, essa foi a gestante que mais intensamente relatou a sua rejeição à gravidez durante toda a entrevista. Chorava muito e demonstrava um grande mal-estar por ter tido que suspender os remédios que usava devido o problema de saúde em decorrência da gestação. O comportamento da mulher que não programava e não desejava a gestação, reforça a idéia de que as condições sociais em que a mulher se encontra inserida, o número de filhos, a idade, a situação financeira e o estado conjugal são aspectos determinantes para a aceitação da gravidez⁽¹⁴⁾.

Outro aspecto a ser considerado, são as ações de planejamento familiar que fazem parte da atenção básica de saúde em relação à saúde da mulher, de responsabilidade dos municípios⁽⁵⁾. Contudo, muitos deles, ao que parece, não estão conseguindo implantar e implementar estratégias adequadas para aconselhar a escolha livre e informada de um método, assim como

para acompanhar essas mulheres.

Há, claramente exposta no discurso, a idéia de que a orientação prestada pelo profissional de saúde com relação ao novo método contraceptivo não foi eficiente para impedir que outra gestação acontecesse, repercutindo em prejuízos para a sua integridade física e emocional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reações iniciais negativas com relação à descoberta da gravidez, quando não havia programação da gestação foram manifestadas pelas gestantes deste estudo, contudo, as mulheres, em sua maioria, encontram formas positivas de enfrentar e lidar com a doença e as dificuldades impostas por uma gestação de risco.

Diante da descrição da população entrevistada e da análise e discussão dos discursos pode-se afirmar que os profissionais que compõem uma equipe multidisciplinar, em especial o enfermeiro, podem adequar e ampliar a sua assistência a essa realidade e intensificar a educação em saúde para esse grupo, especialmente com relação ao planejamento familiar. A enfermagem pode atuar no sentido de reduzir complicações relacionadas à função reprodutiva através de orientações no pré-natal e puerpério, ampliando os horizontes para a equipe assistir melhor as gestantes de alto risco nos serviços de pré-natal, e orientação de planejamento familiar de acordo com seu contexto socioeconômico-cultural.

Vale ressaltar o aspecto relacionado à qualidade da saúde sexual e reprodutiva a que as mulheres estão tendo acesso, considerando as dificuldades de atendimento nos serviços de saúde e a ocorrência das gestações não planejadas, relatadas pelas mulheres que fazem parte de uma parcela da população que tem baixo nível sócio econômico. Os DSCs evidenciaram uma realidade do Brasil que é vivida em grande parte do mundo, isto é, as diferenças com relação à saúde reprodutiva entre ricos e pobres, estes fatores são maiores que qualquer outro aspecto de atenção a saúde. Isso demonstra que a saúde depende do nível de igualdade de gênero, envolvendo questões como justiça social, ética e equidade.

Diante disso, é preciso salientar a importância do cuidado com qualidade destinado à saúde sexual e reprodutiva, incluindo a orientação sobre planejamento familiar, em especial nos serviços de atendimento de pré-natal de alto risco. Este ganha relevância pelo impacto que exerce sobre o bem-estar pessoal, familiar e socioeconômico de mulheres e homens, em virtude de possíveis gestações não planejadas e de alto risco, mortes maternas e perinatais.

REFERÊNCIAS

1. Osís MJD. Abordagens qualitativas em saúde reprodutiva.

- In: Barros NF, Cecatti JG, Turato ER, organizadores. Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares. Campinas: Komedi; 2005. p. 121-33.
2. Tsunehiro MA, Bonadio IC. A família na rede de apoio da gestante. *Fam Saúde Desenvol.* 1999; 1(1/2):103-6.
 3. Maldonado MT. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. 14. ed. São Paulo: Saraiva; 1997.
 4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Promoção da saúde: saúde da mulher brasileira. *Rev Promoção da Saúde.* 2002; 6:53-6.
 5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
 6. Victora CG. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2001; 4(1):3-69.
 7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Gestação de alto risco. 4a ed. Brasília: Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil; 2000. [Série A : Normas e Manuais Técnicos].
 8. Tedesco JJA. Gravidez de alto risco – fatores psicossociais. In: Tedesco JJA. A grávida: suas indaga es e as d vidas do obstetra. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 29-41.
 9. Lacava RMVB, Barros SMO. Diagnósticos de enfermagem na assistência às gestantes. *Acta Paul Enfermagem.* 2004; 17(1): 9-17.
 10. Lef vre F, Lef vre AMC. Princípios básicos e conceitos fundamentais do discurso do sujeito coletivo. In: Lef vre F, Lef vre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa; desdobramentos. Porto Alegre: EDUCS; 2003. p. 13-35.
 11. Minayo MCS. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R, organizadoras. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 22a ed. Petrópolis: Vozes; 2003. p. 9-29.
 12. Lef vre F, Lef vre AMC. Como fazer o discurso do sujeito coletivo passo a passo. In: Lef vre F, Lef vre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa; desdobramentos. Porto Alegre: EDUCS; 2003. p. 37-57.
 13. Gregório ZFP, et al. Gravidez de alto risco: o papel da enfermagem num ambulatório especializado de assistência pré-natal [resumo CD-ROM]. In: 15  International Congress on Women's Health Issues, 4  Congress on Obstetric and Neonatal Nursing; 2004 Nov 07-10; São Pedro; 2004.
 14. Baruffi LM. O cuidado cultural   mulher na gesta o. Passo Fundo: Ed. da UPF; 2004.
 15. Minella LS. G nero e contracep o: uma perspectiva sociológica. Florianópolis: Editora da UFSC; 2005.
 16. Quevedo MP. Entre o sonho e o risco: os significados da maternidade para mulheres cardiopatas e diabéticas com gravidez de risco [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2001.
 17. Silva L, Santos RC, Parada CMGL. Compreendendo o significado da gesta o para grávidas diabéticas. *Rev Latinoam Enfermagem.* 2004; 12(6):899-904.
 18. Figueira SMA. Jesus, o médico dos médicos, a cura no pentecostalismo segundo usuários de um serviço local de saúde [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1996.
 19. Bonadio IC, Tsunehiro MA. A experiência vivenciada por mulheres grávidas no contexto de um serviço de pré-natal. In: Merighi MAB, Praça NS. Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 81-91.