



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

RAYANE DANTAS DOS SANTOS

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PARTO ENTRE GESTANTES DE ALTO RISCO

CAMPINA GRANDE

2022

RAYANE DANTAS DOS SANTOS

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PARTO ENTRE GESTANTES DE ALTO RISCO

Trabalho de Dissertação apresentado à banca examinadora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde, UEPB, como requisito parcial para obtenção de Título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Linha de pesquisa: Processos Psicossociais em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Sibelle Maria Martins de Barros

CAMPINA GRANDE – PB
2022

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S237r Santos, Rayane Dantas dos.
Representações sociais do parto entre gestantes de alto risco [manuscrito] / Rayane Dantas dos Santos. - 2022.
79 p.
Digitado.
Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2024.
"Orientação : Profa. Dra. Sibelle Maria Martins de Barros, Coordenação do Curso de Psicologia - CCBS. "
1. Representações sociais. 2. Pandemia de Covid-19. 3. Gestação de alto-risco. 4. Parto. I. Título
21. ed. CDD 618.2

RAYANE DANTAS DOS SANTOS

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PARTO ENTRE GESTANTES DE ALTO RISCO

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde, da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Aprovada em: 30/03/2022.

BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Dra. Sibelle Maria Martins de Barros
Universidade Estadual da Paraíba
Orientadora – Presidente da Banca Examinadora



Prof^a. Renata Lira dos Santos Aléssio
Universidade Federal de Pernambuco
Examinadora Externa



Prof^a. Dra. Josevânia da Silva
Universidade Estadual da Paraíba
Examinadora Interna

DEDICATÓRIA

À todas as mulheres que vivem, sobrevivem e renascem diante do parto de alto risco.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente gostaria de agradecer a Deus e entidades supremas que possibilitaram a minha existência a persistência nesse processo. Aos meus pais, Narcizo e Amélia por acreditarem nos meus sonhos e aos meus irmãos Rozy e Rodrigo por me apoiarem ao longo de toda a vida. Agradeço aos demais familiares que me admiram e respeitam. Agradeço às minhas amigas, em especial à Nyele e Milena, por serem pilares sustentadores diante dos desafios que o dia a dia nos impõe, sempre sendo rede de suporte e exemplo de determinação e coragem. Também gostaria de agradecer aos amigos próximos, à Yasmin por cada palavra de força, à Vanessa por cada ligação preocupada e puxão de orelha, à Tamires por cada refeição compartilhada, à todos os amigos não citados por nome obrigada pela companhia ofertada. Vocês fizeram e continuam fazendo diferença em minha existência. Também gostaria de agradecer às amigas que fiz no mestrado, em especial à Francielly, que me apoiou ao longo de toda caminhada e à Letícia, Carla e Iana, por me fazer ir além da psicologia.

Agradeço à minha orientadora Sibelle Barros, pela paciência e compreensão ao longo desses anos. Obrigada por enfrentar comigo esse momento singular em que vive a humanidade e, mesmo assim, persistir em uma pesquisa diante do contexto de pandemia. Aos demais funcionários da PPGPS e professoras da banca que se prontificaram a melhorar esse trabalho. Aos demais professores e profissionais que atravessaram a minha trajetória acadêmica, em especial Roseane Sá-Serafim, que mesmo após a graduação continua ao meu lado me incentivando cotidianamente.

À todos os profissionais que me auxiliaram no campo de pesquisa e possibilitaram a existência desse trabalho, em especial à Maria José, que desde a preceptoria me apoia e é um exemplo de profissional.

À todas as mulheres que participaram desta pesquisa que, ao me possibilitar conhecer suas experiências, me ensinaram muito mais que os textos acadêmicos.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para o encerramento deste ciclo, minha eterna gratidão.

RESUMO

No período gestacional as mulheres criam diferentes expectativas em relação ao parto que são construídas a partir de diferentes contextos, saberes, experiências próprias e compartilhadas por outras mulheres. Ao se depararem com uma gravidez de alto-risco determinados sentimentos relacionados ao processo de parturição se intensificam, haja vista as preocupações relacionadas ao nascimento prematuro, a intercorrências, à malformação fetal ou até mesmo à morte materna e neonatal. Soma-se a tais preocupações, o contexto de pandemia de Covid-19, desde 2020. Considerando que os significados sobre o parto são construídos socialmente, esse estudo buscou investigar as representações sociais do parto entre gestantes de alto risco - nulíparas e múltíparas - que realizam o pré-natal em uma maternidade de Campina Grande, Paraíba, durante o cenário pandêmico de 2021. Foram realizadas entrevistas individuais com 12 gestantes de alto risco, que faziam acompanhamento pré-natal na referida instituição. A coleta de dados foi realizada de forma virtual, por meio da plataforma Google Meet, tendo em vista as recomendações de distanciamento social devido à pandemia de COVID-19. Como instrumento de coleta utilizou-se a entrevista semi-estruturada, cujo material foi analisado a partir da proposta de análise de conteúdo. A análise permitiu a construção de 7 categorias temáticas, organizadas em dois eixos temáticos: I. Os contextos do saber: pandemia da COVID-19; experiências pregressas em serviços de saúde; rede social; e fontes de informação sobre o parto; II. Gestação e Parto: Gestação de alto-risco; Expectativas e sentimentos em relação ao parto; preferências e representações sociais do parto. O primeiro eixo temático discute sobre a emergência dos conteúdos de representação diante do contexto pandêmico atual. Já o segundo eixo traz os resultados sobre as representações anteriormente construídas e carregadas diante de um alto risco gestacional. Compreender as Representações Sociais do parto das gestantes de alto risco contribui para traçar melhores planos de promoção e prevenção à saúde obstétrica no município, subsidiando ações do pré-natal de alto risco voltadas ao tema parto.

Palavras Chave: representações sociais; parto; gestação de alto-risco; pandemia de Covid-19.

ABSTRACT

Women, in the gestational period, create expectations regarding childbirth, based on different contexts, knowledge and experiences lived by them, or even shared by other women. When faced with a high-risk pregnancy, certain feelings related to the parturition process are intensified, given the concerns related to premature birth, complications, fetal malformation or even maternal and neonatal death. Added to these concerns, the context of the Covid-19 pandemic, since 2020. Considering that the meanings about childbirth are socially constructed, this study sought to investigate the social representations of childbirth among high-risk pregnant women - nulliparous and multiparous - who perform prenatal care in a maternity hospital in Campina Grande, Paraíba, during the 2021 pandemic scenario. Individual interviews were carried out with 12 high-risk pregnant women, who were undergoing prenatal care at that institution. Data collection was carried out virtually, through the Google Meet platform, in view of the recommendations for social distancing due to the COVID-19 pandemic. As a collection instrument, the semi-structured interview was used, whose material was analyzed based on the content analysis proposal. The analysis allowed the construction of 7 thematic categories, organized into two thematic axes: I. The contexts of knowledge: COVID-19 pandemic; previous experiences in health services; social network; and sources of information about childbirth; II. Pregnancy and Delivery: High-risk pregnancy; Expectations and feelings about childbirth; preferences and social representations of childbirth. The first thematic axis discusses the emergence of representational content in the face of the current pandemic context. The second axis brings the results about the representations previously constructed and carried in the face of a high gestational risk. Understanding the Social Representations of childbirth of high-risk pregnant women contributes to drawing up better plans for the promotion and prevention of obstetric health in the city, subsidizing high-risk prenatal actions focused on the childbirth issue.

Keywords: social representations; childbirth; high risk pregnancy.

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1. Características sócio demográficas das participantes | 32 |
| Tabela 2. Características clínicas das participantes..... | 34 |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 10 |
| 2 OBJETIVOS | 14 |
| 2.1 Objetivo Geral | 14 |
| 2.2 Objetivos Específicos:..... | 14 |
| 3 A GESTAÇÃO, O ALTO RISCO E VISÕES SOBRE O PARTO..... | 15 |
| 4 A PSICOLOGIA DA SAÚDE E SUAS INTERFACES..... | 19 |
| 5 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS..... | 23 |
| 6 PERCURSO METODOLÓGICO..... | 27 |
| 6.1 Tipo de estudo..... | 27 |
| 6.2 Local da pesquisa..... | 27 |
| 6.3 Participantes..... | 27 |
| 6.4 Critérios de inclusão e exclusão..... | 28 |
| 6.5 Instrumentos de coleta de dados..... | 28 |
| 6.6 Procedimentos de coleta de dados..... | 29 |
| 6.7 Processamento e análise dos dados..... | 30 |
| 6.8 Aspectos éticos..... | 31 |
| 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 32 |
| 7.1 - Aspectos Sociodemográficos..... | 32 |
| 7.2 - Aspectos clínicos das gestantes..... | 34 |
| 7.3 - Dados qualitativos..... | 37 |
| Eixo I - Os Contextos do saber..... | 38 |
| Pandemia de COVID-19..... | 38 |
| Experiências pregressas em serviços de saúde..... | 40 |
| Rede social..... | 43 |
| Fontes de informações sobre parto..... | 46 |
| Eixo II - Gestação e Parto..... | 49 |
| Gestação de alto risco..... | 49 |
| O momento do parto: sentimentos e expectativas..... | 51 |
| Preferências e Representações Sociais do parto..... | 53 |
| 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 57 |
| REFERÊNCIAS..... | 59 |
| APÊNDICES..... | 66 |
| Apêndice A - Entrevista Semiestruturada..... | 66 |
| Apêndice B - Roteiro de Entrevista..... | 67 |
| Apêndice C – Termo De Autorização Institucional..... | 68 |
| Apêndice D – Termo De Consentimento Livre E Esclarecido..... | 69 |

| | |
|---|-----------|
| Apêndice E – Termo De Autorização Para Gravação De Voz..... | 72 |
| ANEXOS..... | 74 |

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um momento de importante reestruturação na vida de algumas mulheres, além de gerar várias mudanças biológicas, psicológicas e nos papéis que elas exercem em sociedade. Pode-se dizer, então, que a maternidade se constitui como uma fase caracterizada por mudanças complexas de reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos (Maldonado, 2002).

As experiências da gestação e do parto são diretamente influenciadas por fatores psicológicos e emocionais, sendo essas vivências construídas e reconstruídas a partir de um *background* cultural onde se inserem as gestantes. Diante disso, os significados dessas experiências apreendidos por essas mulheres impactam diretamente nas expectativas do momento esperado e frequentemente temido de uma gestação: o parto. As expectativas diante do parto giram em torno do temor do desconhecimento do que pode vir a acontecer. O medo e a possibilidade de sentir dor são aspectos que se destacam com relação ao momento da parturição (Tostes e Seidl, 2016).

A dor do parto é um tema muito antigo e vem sendo abordado desde os escritos na Bíblia Sagrada, em que a dor é retratada como castigo inerente a esse evento e é associada a um grande sofrimento. Com a evolução das tecnologias médicas e do parto cirúrgico, compreendeu-se que as mulheres não precisariam mais ser submetidas à dor inerente ao parto, e esse contexto contribuiu para a insegurança no potencial de cada parturiente em parir ou enfrentar a dor do parto. A concepção do parto e até mesmo a escolha da via de parto se dá de formas distintas e essa compreensão é diretamente ligada a elementos culturais, biológicos, socioeconômicos e emocionais (Barros et al., 2019).

Historicamente, em várias culturas e grupos sociais, o parto e o trabalho de parto são associadas a situações como “agonia”, “provação”, “terror”, “medo”, “morte” e “sofrimento”. Essas construções sociais incidem diretamente na ideia de muitas mulheres se acharem incapazes de aguentar a dor do parto normal, tendo efeito direto na escolha da via de parto (Tostes & Seidl, 2016). As expectativas das gestantes quanto à escolha do tipo de parto também estão ligadas às informações recebidas por elas através de seus familiares (Barros & Neves, 2018) e às

explicações disponibilizadas pelos profissionais de saúde durante o pré-natal e na construção do plano de parto (Oliveira et al, 2002).

O estudo de Gomes, Fonseca e Roballo (2011), que teve como objetivo analisar as representações sociais do parto normal entre nulíparas que passaram pela experiência de uma gestação de alto risco, constatou que o parto é amplamente reconhecido como uma ação médica sobre os corpos. Esta representação se ancora na hegemonia do modelo biomédico e tecnocrático e é objetivada pelas alterações fisiológicas e hospitalização. A rotina hospitalar suscita uma discussão sobre a hegemonia da visão biomédica no processo saúde-doença, sobretudo quando o parto é de uma gestante de alto risco.

A gestação de alto risco ocorre quando a mulher enfrenta um adoecimento grave durante o período gestacional. Configura-se como um momento em que a saúde da mãe e/ou do feto tem grandes chances de ser atingida por complicações patológicas (Brasil, 2012). Após ser identificada a gravidez de alto risco, a gestante pode apresentar dificuldades de adaptação, pois o fator de risco faz surgir o medo em relação a sua saúde e a de seu filho, aumentando o temor da hora do parto (Quevedo, 2010). Além disso, o fator de alto risco é um estressor que desencadeia ansiedade e conseqüente necessidade de um apoio maior da equipe de saúde na hora do parto, pois se configura como um grupo de maior vulnerabilidade emocional (Sales, Avelar e Aléssio, 2018). Segundo Oliveira, Madeira e Penna, (2011), essas mulheres aumentam suas expectativas, ao vislumbrarem o parto, e narram este momento com temor do inesperado, além de possuírem várias dúvidas e incertezas, o que torna a espera angustiante, corroborando com o que as demais referências relatam a respeito do parto.

Dessa forma, os significados construídos em torno do parto são multifatoriais e influenciam diretamente na escolha da via de parto de cada gestante. Quando se refere a gestação de alto risco, estudos evidenciam uma forte associação dessa condição com a cesariana, com taxas de até 38,3% no Brasil, com destaque a distúrbios hipertensivos e malformações fetais, indo de encontro com o que a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda (até 15%). Embora a OMS afirme ser benéfica a cesariana na redução de morbimortalidade materna e perinatal nas

gestações de alto risco, uma cesaria sem critérios bem definidos pode se tornar um procedimento de risco (Antunes, Rossi & Pelloso, 2020).

Quanto à via de parto cirúrgico, a literatura aponta que os principais indutores de escolha são os profissionais da saúde (Tostes & Seidl, 2016), sendo esse dado um possível reflexo da abordagem médica interventiva que tem como fundamentação a hegemonia do modelo biomédico vigente nas práticas em saúde no Brasil. Modelo esse que privilegia intervenções que desconsideram a evolução biofisiológica calcada nas formas de pensar a mulher que vão além da doença. Lagdon e Wiik (2010) afirmam que as questões inerentes à saúde-doença devem ser pensadas a partir dos contextos socioculturais específicos nos quais os mesmos ocorrem, pois, a biomedicina também se configura como sistema cultural e a clínica médica deve ser feita a partir da perspectiva transcultural. A cultura que perpassa todos os indivíduos que fazem parte de uma sociedade é aprendida, compartilhada e padronizada.

A gestação e parto de alto risco ganharam outros significados a partir do ano de 2020, quando deu início a pandemia do novo coronavírus. A *coronavirus disease 2019* (COVID-19) fez com que o Ministério da Saúde incluísse todas as gestantes e puérperas no grupo de risco afetado pela doença. Apesar da literatura sugerir que formas graves afetem de 1% a 5% das mulheres, com o aumento dos casos foi detectado maior risco de complicações entre as gestações de alto risco e, conforme dados do Observatório Obstétrico, as taxas de mortalidade materna por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) cresceram no ano de 2021 (Brasil, 2021). Em consequência da emergência de saúde pública, no Brasil, foi publicada a Lei Nº 14.151, que dispõe sobre o afastamento das gestantes do trabalho presencial durante a pandemia, trazendo também outras experiências e significados construídos durante o momento do parto.

Este trabalho propõe uma articulação entre a Psicologia da Saúde Crítica e a Psicologia Social, uma vez que os referidos campos de estudo adotam uma perspectiva psicossocial. A Psicologia da Saúde tem entre seus objetivos a prevenção, o tratamento, a identificação de fatores que se relacionam ao desenvolvimento das enfermidades, além da contribuição para a análise e consequente melhoria do sistema de saúde (Alves et al, 2017). Em sua abordagem

crítica, possibilita pensar na influência dos fatores psicossociais sobre o desenvolvimento da gestação e parto, uma vez que considera o sujeito inserido em seu contexto social, cultural e econômico (Teixeira, 2008).

Nesse bojo, partindo de uma visão psicossocial, a Teoria das Representações Sociais pode contribuir com a discussão do processo saúde-doença diante do parto, permitindo o resgate do conhecimento do senso comum e seus desdobramentos. As representações sociais são teorias do senso comum sobre determinado conteúdo, essas representações formam um sistema e dão lugar a teorias espontâneas, versões da realidade que encarnam as imagens ou condensam as palavras, ambas carregadas de significações. É através dessas significações que as representações exprimem aqueles que os forjam e dão ao objeto que representam uma definição específica, as definições partilhadas pelos membros que um mesmo grupo constrói, uma visão consensual da realidade (Jodelet, 2001).

Apreender as representações sociais de parto entre gestantes de alto risco é de fundamental importância para que sejam reconhecidos os posicionamentos e saberes desse grupo de mulheres frente ao momento do parto e de que forma essas teorias construídas influenciam ao longo de sua gestação. A compreensão dessas representações busca também a potencialização do bem-estar, da qualidade de vida e do desenvolvimento da gestação a partir da ótica da integralidade. As representações sociais permitirão ampliar o olhar sobre o parto, resgatando sujeitos inseridos em contexto social e antropológico, afastando assim de uma possível visão biomédica e tecnicista. (Almeida, Alcântara & Araújo, 2018). Espera-se também que esse estudo contribua na qualificação da assistência a esse grupo de mulheres para que elas possam lidar com os desafios da gestação de alto risco.

Essa pesquisa corrobora com as estratégias da Rede Cegonha (2011), que é um modelo de atenção ao parto e ao nascimento, e tem como objetivo proporcionar às mulheres e crianças saúde, qualidade de vida e bem-estar durante a gestação, parto e pós-parto. Além disso, esse estudo visa contribuir com os Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS), concebidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) que propõe a melhora da assistência em saúde e do bem-estar de mulheres e crianças (Every Woman, Every Child, 2015).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar as representações sociais de parto entre gestantes de alto risco, nulíparas e múltiparas.

2.2 Objetivos Específicos:

- Identificar os tipos de partos existentes, segundo as gestantes;
- Descrever as representações sociais dos diferentes tipos de parto mencionados pelo grupo pesquisado entre as participantes;
- Identificar as fontes de informação sobre os tipos de parto, incluindo os familiares;
- Compreender como as diferentes representações sociais articulam-se às expectativas, sentimentos e práticas relacionadas ao momento do parto.

3 A GESTAÇÃO, O ALTO RISCO E VISÕES SOBRE O PARTO

A experiência da parentalidade faz parte de uma modificação social, psicológica e biológica que é permeada por conflitos e sentimentos determinados pela nova situação. Durante o período gestacional e mais ainda após o nascimento do bebê, homens e mulheres deixam de ser filhos para se tornarem pais e mães (Freitas et al, 2007). Vivenciar uma gestação é um processo complexo, subjetivo, dinâmico e diversificado, podendo ser individual e social, já que envolve transformações psicológicas, fisiológicas, culturais, sociais e econômicas (Souza, 2009).

Uma parcela de mulheres gestantes que possui características biológicas específicas ou sofrem de algum agravo em sua saúde, e por isso apresentam probabilidade de uma evolução desfavorável na gestação, constitui o grupo chamado de alto risco materno (Silva, 2013). A gestação de alto risco é aquela cuja vida ou saúde materna, fetal ou do recém-nascido têm maiores chances de serem afetadas que as da maioria da população de gestantes (Brasil, 2012).

Segundo o Manual Técnico da Gestação de Alto risco, desenvolvido pelo Ministério de Saúde (Brasil, 2012), existem marcadores e fatores de risco presentes, anteriores à gestação, que foram enumerados para definição da gravidez ser de alto risco ou não. Esses fatores vão desde as características individuais como idade, baixa estatura, peso pré-gestacional, baixa escolaridade, dependência de drogas lícitas ou ilícitas, situação conjugal insegura e conflitos familiares, até a história reprodutiva anterior e as condições clínicas preexistentes como: hipertensão arterial, cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias), hemopatias, epilepsia, doenças infecciosas ou autoimunes, ginecopatias e neoplasias. Além desses fatores, o mesmo documento também enumera outros marcadores de fatores de risco que podem surgir no decorrer da gravidez transformando-a em uma gestação de alto risco, tais como a exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos, doenças obstétricas na gravidez atual, como ganho ponderal inadequado, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, diabetes gestacional, amniorrexe prematura, hemorragias da gestação, aloimunização, insuficiência

istmo-cervical e óbito fetal. Por fim, ainda fazendo parte do grupo de agravos que podem ocorrer durante a gestação, tem-se as intercorrências clínicas como doenças infectocontagiosas (patologias do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose, etc.) ou doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez na gestação (Brasil, 2012).

Na gravidez de alto risco a mulher se encontra diante de uma situação em que, para além das modificações que a gestação conduz, ocorre a adição da patologia. Dessa forma, a gestante poderá apresentar dificuldades de adaptação (Quevedo, 2010). Durante a gestação de alto risco, a mulher experimenta situações estressoras devido ao risco, ao medo da morte, ao receio de criar expectativas sobre o filho, à falta de controle do próprio corpo e a culpa por não conduzir a gravidez de forma natural (Silva et al, 2013). Outra preocupação das gestantes é a ansiedade em relação à presença de alguma deformidade no bebê e o medo da prematuridade. Essa preocupação é inerente a todas as gestações e se acentua no final da gravidez com a proximidade do momento de grande expectativa que é o parto (Oliveira, Madeira & Pena, 2011).

Os significados sobre parto são construídos de forma dinâmica, através da cultura em que se insere cada gestante e também de acordo com suas experiências de vida. As expectativas em relação ao parto geralmente são baseadas em informações obtidas por meio de conversas com pessoas, referências da mídia e outros materiais informativos. Um outro sentimento relacionado ao parto é o medo, e este não se relaciona somente à dor, mas está associado ao receio da morte durante o trabalho de parto. Outros medos são referentes a algum tipo de dano ou agravo ao bebê e ao próprio corpo. Dessa forma, a dor, o medo, a ansiedade e outros fatores psicológicos podem ter efeitos estressantes e desgastantes sobre a vivência de parturição da mulher (Tostes & Seidl, 2016).

Para as mulheres gestantes de alto risco da pesquisa de Sales, Avelar e Aléssio (2018), o parto é uma ação médica sobre seus corpos. Contudo, o excesso de intervenções médicas na gestação de alto risco não se justifica, uma vez que é um processo biológico natural. As autoras alertam que mesmo em situações em que há alguma ameaça à saúde ou à vida da mãe e do feto, como no alto risco, a via de parto não é necessariamente cirúrgica e deve ser avaliada pela equipe de saúde possibilitando que a gestante e sua família participem da decisão. De acordo com o

Manual Técnico de Gestação de Alto Risco (Brasil, 2012), a decisão sobre a via de parto deve ser tomada de acordo com cada caso, e o esclarecimento da gestante e sua família   fundamental para o processo decisório.

A gesta o de risco não   sin nimo de cesariana, sendo possível a induc o do parto ou aguardar o seu início espontâneo (Fernandes, Campos & Francisco, 2019). Contudo, no Brasil ocorre um grande aumento de partos cesáreos. A taxa está muito superior   recomendada pela Organiza o Mundial de Saúde (OMS), que   de 15% do total de partos. De acordo com dados mais recentes do Sistema de Informa es Sobre Nascidos Vivos (Sinasc) de 2016, 55,4% do total de nascidos vivos no Brasil foram por meio de parto cesárea, sendo o maior  ndice na rede de aten o particular, que chegou a 84%, sendo 40% de partos via cesárea na rede pública de saúde.

Ainda que as discussões sobre humaniza o do parto e da assistência estejam presentes nos serviços de saúde que acolhem as mulheres gestantes de alto risco,   preciso chamar aten o para a importância de se compreender o indivíduo de forma integral, pois o cuidado em saúde ainda está frequentemente alicerçado nos preceitos biomédicos, de forma a negligenciar aspectos emocionais e sociais que permeiam a vida da mulher, fazendo com que estas fiquem vulneráveis a atender às decisões médicas do que a adotar suas decisões em rela o ao próprio parto (Vieira et al, 2019).

A Política Nacional de Aten o Integral   Saúde da Mulher (PNAISM), uma das políticas mais importantes que diz respeito   saúde da mulher foi elaborada e publicada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2004; De acordo com esse documento legal, para que exista uma aten o integral de fato, dois princípios são necessários: a humaniza o e qualidade do atendimento em saúde. Essas são condi es essenciais para que as a es de serviços se traduzam na resolutividade de problemas representados pelas usuárias, além de serem indissociáveis, pois não pode haver qualidade sem humaniza o e vice-versa. (Freitas, Vasconcelos, Moura & Pinheiro, 2009).

As expectativas e decisões das mulheres em rela o   via de parto, especialmente em uma gesta o de alto risco, são influenciados por crenças relacionadas   cultura tecnicista vigente, pelos novos conceitos apresentados pelo

Movimento de Humanização do Parto, como também pelos discursos sobre o tema compartilhados em seu cotidiano (Sales, Avelar & Aléssio, 2018). Isto posto, torna-se importante compreender as representações sociais do parto entre as gestantes. Acredita-se que essas representações definam as atitudes frente à vivência da gestação, seus sentimentos, posicionamentos, e receios diante do parto, dessa forma, objetivou-se a investigação das representações sociais do parto entre gestantes de alto risco que eram acompanhadas em um serviço de pré-natal do Sistema Único de Saúde, a fim de entender como são construídas as expectativas e sentimentos inerentes às experiências das gestantes diante do momento do parto. No intuito de contemplar esse objetivo, buscou-se: identificar os tipos que partos existentes, segundo as gestantes; descrever as representações sociais dos diferentes tipos de parto mencionados pelo grupo pesquisado entre as participantes; identificar as fontes de informação sobre os tipos de parto, incluindo os familiares; e compreender como as diferentes representações sociais articulam-se às expectativas, sentimentos e práticas relacionadas ao momento do parto.

4 A PSICOLOGIA DA SAÚDE E SUAS INTERFACES

Essa pesquisa realizou uma interlocução entre a Psicologia da Saúde Crítica e a Psicologia Social, por meio da utilização da Teoria das Representações Sociais. De acordo com Ribeiro (2011), a primeira definição do termo Psicologia da Saúde se deve a Stone que, em 1979, afirmou tratar-se de qualquer aplicação científica ou profissional de conceitos e métodos psicológicos às situações próprias do campo da saúde, não só em relação aos cuidados em saúde, mas também no que tange à saúde pública, legislação, financiamento, planificação da saúde, educação em saúde, entre outros temas. Essa definição deu origem ao conceito clássico de Matarazzo (1980) que caracteriza a Psicologia da Saúde como um domínio do saber que recorre aos seus diversos conhecimentos para a promoção e proteção à saúde, à prevenção e tratamento das doenças, à identificação da etiologia e diagnósticos relacionados com a saúde, com as doenças e disfunções associadas, à análise e melhoria do sistema de cuidados em saúde e ao aperfeiçoamento das políticas de saúde.

Embora o conceito da Psicologia da Saúde tenha se desenvolvido a partir de uma proposta multi e interdisciplinar, Teixeira (2008) afirma que as raízes anglo-saxônicas dessa disciplina disseminaram uma perspectiva tradicional, com traços positivistas, predomínio de modelos cognitivos na explicação dos determinantes dos comportamentos relacionados à saúde e as doenças. Essa perspectiva falhou na compreensão das experiências psicológicas e dos seus significados, uma vez que se afastou dos paradigmas compreensivos, não focalizou a compreensão das experiências de saúde e das doenças e tampouco nos determinantes macrossociais da saúde e das doenças. A Psicologia da Saúde Crítica (PSC) que emergiu em 1990, surge no intuito de se diferenciar dessa Psicologia da Saúde tradicional, apostando em três aspectos essenciais: a relação diferencial entre a psicologia da saúde tradicional e a crítica; a natureza do movimento crítico em saúde e ainda, o significado da oposição crítica. (Teixeira, 2008).

A Psicologia da Saúde Crítica (PSC) tem se preocupado com a análise das estruturas sociais e dos aspectos econômicos e políticos que produzem a saúde, a doença, a prestação dos cuidados de saúde e a própria Psicologia da Saúde. Teixeira (2008) afirma ser necessário considerar que indivíduos com diferentes estatutos sociais e econômicos, em contextos culturais diferentes, de gêneros diferentes, em diferentes ciclos de vida e com diferentes orientações sexuais, têm experiências de vida que se diferenciam. Isto posto, torna-se importante conhecer como as experiências, os valores e o conhecimento podem variar em diferentes contextos, assim como o significado para os indivíduos, para a sua saúde e para seu acesso ao sistema de cuidados de saúde (Teixeira, 2008).

Diante do pensamento amplo e crítico que a PSC suscita, é indispensável considerar os aspectos sociais e culturais dos comportamentos relacionados ao processo saúde/doença. Os processos individuais devem ser contextualizados às estruturas sociais e às políticas públicas de saúde, envolvendo assim, a participação no desenvolvimento comunitário e nos processos de mudança social. Dessa forma, se consegue intervir através de uma prática profissional enfocada no *empowerment*, na participação dos usuários, enfatizando os valores de colaboração e justiça social. Em outras palavras, na Psicologia da Saúde Crítica se destacam as narrativas e a teoria das representações da saúde e das doenças como oportunidades para criar alternativas na promoção da saúde das comunidades locais e das minorias e grupos sociais frágeis (Teixeira, 2008).

Com isso, destaca-se a importância que essa disciplina ocupa na promoção à saúde e prevenção às enfermidades, podendo contribuir para um debate mais amplo nas políticas públicas em saúde. Matos (2014) afirma que é através da alteração de leis, das mudanças de ambientes e de modificações demográficas que podem ser feitas propostas de promoção à saúde abrangendo grande parte da população. Dessa forma, esta pesquisa reforça a contribuição para a proteção em saúde do grupo de mulheres gestantes de alto risco colaborando com as políticas de assistência e humanização na atenção à saúde já existentes como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher..

Na tentativa de acentuar a proteção e promover o cuidado em saúde das mulheres gestantes e em consonância com a Política Nacional de Humanização

(PNH) (2004), o MS desenvolveu a Rede Cegonha (RC), que foi lançado pelo Governo Federal através da Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011, a fim de proporcionar uma melhor atenção e qualidade de saúde para mulheres e crianças. A Rede Cegonha (RC) incentiva a excelência e inovação na atenção pré-natal, ao parto e ao pós-parto, bem como nas ações em torno do desenvolvimento da criança durante os primeiros dois anos de vida. Os princípios fundamentais da RC põem em relevância os direitos de cidadania previstos no SUS, reforçando a defesa dos direitos humanos, o respeito à diversidade cultural, étnica, racial e de gênero e a busca de equidade no atendimento.

A intenção, portanto, é garantir que o Sistema Único de Saúde (SUS) seja cada vez mais universal, integral, equânime e resolutivo. Entretanto, a hegemonia do modelo biomédico na assistência obstétrica e neonatal e a utilização acrítica do conhecimento técnico podem contribuir com o aumento dos riscos e tornar ineficaz qualquer iniciativa de implementação de ações e tentativas de mudança. Apesar das diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatizarem as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento baseados em evidências científicas, o modelo de atenção ao parto no Brasil tem sido, em sua maioria, o tecnocrático, centrado no médico em instituição de saúde hospitalar (Pereira, Backes, Ferreira & Backes, 2018).

Embora já existam movimentos políticos semelhantes à Política Nacional de Humanização (2004) que reforçam o protagonismo da mulher, a garantia de direitos e a relevância da multidisciplinaridade na assistência, o parto ainda é reconhecido como um modelo tecnocrático e passível de intervenções médicas. A institucionalização do parto nos hospitais constitui um dos fatores da hegemonia médica sobre os corpos das parturientes. Em consequência do discurso biomédico predominante, a percepção da cesárea como sendo uma via de parto mais segura do que a do parto normal se perpetrou paulatinamente no discurso social e atualmente o Brasil é líder mundial dos índices de cesariana, se tornando assim um problema de saúde pública. Muito embora nas situações de gestação de alto risco estejam presentes algumas ameaças à saúde ou à vida da mãe ou do feto, a via de parto não é rigorosamente cirúrgica (Sales, Avelar & Aléssio, 2018).

A compreensão dos processos de risco, saúde e doença dessas mulheres deve ser feita a partir do seu existir concreto no mundo, uma vez que são processos construídos pelo ser na sua relação dialética com o contexto antropológico e social e não apenas por condições fisiológicas individuais (Teixeira, 2008). Para resgatar esse sujeito inserido em contexto social se utilizará da Teoria das Representações Sociais para a compreensão do conjunto de representações acerca do momento do parto no alto risco.

5 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A Teoria das Representações Sociais (TRS), proposta por Moscovici, surgiu em um momento histórico da Psicologia marcado pela necessidade de mudanças provocadas pela insatisfação e superação de um modelo científico que valorizava os saberes formais em detrimento do senso comum. A TRS vem romper com a ideia do saber popular como um saber menos valorizado, pelo fato de não seguir uma lógica formal científica. A teoria de Moscovici não visualiza o sujeito como um simples processador de informações externas ou como produto de uma realidade exterior a ele; para o autor, o sujeito é ativo no processo de apropriação da realidade objetiva. Essa teoria diz respeito ao conhecimento produzido no senso comum por meio das interações cotidianas. As teorias do senso comum são conjuntos de conceitos articulados que tem sua origem nas práticas sociais e nas diversidades dos grupos, cujas funções consistem em dar sentido à realidade social, produzir identidades, organizar as formas de comunicação e orientar as condutas sociais (Santos, 2005).

Para Moscovici (1988), o senso comum não necessariamente se opõe ao conhecimento científico, pois esse último se configura a partir de passos formalmente delimitados e tem como objetivo conhecer, delimitar, categorizar e dominar a natureza; já o conhecimento do senso comum, é elaborado de forma dinâmica e através das comunicações sociais, sejam elas as ligações institucionais, as redes de comunicação da mídia ou informais. As teorias do senso comum intervêm na elaboração das representações sociais, e estas formam um sistema de teorias espontâneas, versões da realidade que encarnam em imagens ou condensam as palavras, ambas carregadas de significados. Através das diversas significações, as representações exprimem os indivíduos ou grupos que os forjam e dão ao objeto que representam uma definição específica (Jodelet, 2001).

A representação social é um sistema de valores, de noções e de práticas tendo uma dupla tendência; instaurar uma ordem que permite aos indivíduos a possibilidade de se orientar no meio-ambiente social, material e de o dominar; e, de assegurar a comunicação entre os membros de uma comunidade, propondo-lhes um código para as suas trocas e um código para nomear e classificar de maneira

unívoca as partes do seu mundo, de sua história individual ou coletiva (Moscovici, 2003).

De acordo com Moscovici (2003) toda representação é construída na relação do sujeito com o objeto representado, não existe, portanto, representação sem objeto. Desse modo, uma representação social não pode ser compreendida enquanto processo cognitivo individual, já que é produzida no intercâmbio das relações e comunicações sociais. Para tanto, no nível de emergência das representações, o seu processo é baseado em três determinantes sociais: a) a pressão à inferência, fator que considera que o sujeito esteja sempre em busca de consenso com o seu grupo e, nesse sentido, existe uma “pressão” a estimar, comunicar e responder às exigências da situação a cada momento; b) a focalização, que diz respeito ao ponto de vista histórico, linguístico e cultural que os sujeitos se relacionam com o objeto moldando assim o grau de interesse sobre ele; e a c) defasagem e dispersão de informação, que se referem às condições de acesso e exposição às informações sobre o objeto, não só em consequência das informações disponíveis, mas também devido às condições objetivas como falta de tempo e outros obstáculos (Santos, 2005). É através da pressão à inferência, da focalização e da defasagem e dispersão de informações que as pessoas constroem códigos comuns para compartilhar representações a respeito de determinados objetos e, dessa forma, assegurar a comunicação e comportamentos consonantes.

As Representações Sociais são “uma forma de conhecimento, socialmente elaborado e partilhado, tendo uma intenção prática e concorrendo à construção de uma realidade comum a um conjunto social” (Jodelet, 1989. p.36). Sua finalidade é a de tornar familiar algo não-familiar, ou a própria não familiaridade (Moscovici, 2003, p.54). As dimensões das representações sociais podem ser concebidas através de atitudes, que se referem à tomada de posição com relação a um objeto; informações, que tratam da quantidade de conhecimento a respeito do objeto social; e do campo da representação, cuja estrutura organiza e hierarquiza os elementos da informação apreendida (Moscovici 2012; Jodelet, 2001).

No que tange à formação, as representações são elaboradas através de dois processos fundamentais que são caracterizados como objetivação e ancoragem. A objetivação é o processo por meio do qual o abstrato se torna concreto, o

desconhecido em familiar. Trata-se de transformar um conceito em uma imagem ou em núcleo figurativo. A objetivação implica três movimentos: a seleção e descontextualização, processo onde os sujeitos recolhem informações de um objeto fora de contexto a partir de conhecimentos anteriores; a formação de um núcleo figurativo, em que ocorre a construção figurativa do conceito; e a naturalização dos elementos, quando os elementos do objeto construídos socialmente passam a ser identificados como elementos da realidade (Moscovici, 2012).

O conceito de ancoragem implica a inserção de um objeto em um sistema de pensamentos preexistentes, estabelecendo uma rede de significações em torno do mesmo. O objeto novo é reajustado para se enquadrar na categoria já conhecida e assim adquirir características desta. A ancoragem ainda apresenta três movimentos: a atribuição de sentido, momento em que a representação entra em uma rede de significados articulados e hierarquizados a partir de conhecimentos e valores preexistentes; a instrumentalização do saber, que possibilita um valor funcional à representação à medida que se torna uma teoria de referência de compreensão social comum; e o enraizamento no sistema de pensamento, que acontece quando finalmente as novas representações se inscrevem num sistema de representação preexistentes e é a partir de então que o novo se torna familiar ao mesmo tempo que transforma o conhecimento prévio (Moscovici, 2012; Santos, 2005).

Representação social e comunicação são interdependentes, pois não se pode comunicar sem partilhar determinadas representações e uma representação que é compartilhada entra na herança social quando se torna objeto de interesse e de comunicação (Moscovici, 2003). Reconhece-se que as representações sociais sejam sistemas de interpretação que regem a relação do sujeito com o mundo, no entanto, as representações intervêm em vários outros processos quanto à difusão e assimilação de conhecimentos, no desenvolvimento individual e coletivo, na definição de identidades pessoais e individuais, nas transformações sociais e na expressão dos grupos. Desse ponto de vista, as representações são abordadas simultaneamente como o produto e o processo de uma atividade de apropriação da realidade exterior ao pensamento e da elaboração psicológica e social da realidade. Desse modo, a teoria está interessada em uma modalidade de pensamento, sob seu aspecto constituinte, os processos, e constituído, os produtos ou conteúdos.

Modalidade de pensamento que tem sua especificidade em seu caráter social (Jodelet, 2001).

Com a ideia de representação social sendo compreendida enquanto conteúdo e processo, o seu estudo remete aos processos perceptivos e imaginários do sujeito, às forças sociais e conteúdos culturais subjacentes às relações em uma determinada sociedade, assim como também sua função mediadora entre indivíduo e sociedade (Santos 2005). Como afirma Jodelet (2001), as representações devem ser estudadas articulando elementos afetivos, mentais e sociais, integrados. Qualquer análise das representações sociais deve levar em conta esses três componentes.

A dimensão afetiva dispõe sobre o âmbito da subjetividade, fornece os elementos necessários para a construção das relações intersubjetivas entre o Eu, o Outro e o objeto-mundo (Jovchelovitch, 2011). Em se tratando do componente cognitivo é preciso que se considere a representação como sendo de alguém, significando que é uma forma de conhecimento submetida às regras dos processos cognitivos e afetivos do sujeito na qual incide. Contudo, esses processos são diretamente determinados pelas condições sociais através das quais foram elaboradas e transmitidas as representações. O conhecimento do senso comum é regido por uma lógica natural própria e se localiza na interseção da lógica cognitiva e da lógica social. Desse modo, a Teoria das Representações Sociais se sustenta em torno da noção da existência de dois sistemas cognitivos: sistema operatório, que é responsável pelas associações, discriminações e deduções; e o metassistema, que é responsável pela utilização de regras lógicas ou não, e que regula o primeiro (Santos, 2005).

Partindo do pressuposto que as representações sociais guiam as práticas dos sujeitos, e considerando a experiência da gestação e do parto de alto risco como momentos de vulnerabilidade emocional (Sales, Avelar e Aléssio, 2018) mediadas por representações, pretendeu-se apreender as representações sociais sobre parto entre mulheres em gestação de alto risco, com a finalidade de descrever as expectativas e dificuldades diferenciadas, assim como a forma como elas apreendem a realidade em que estão inseridas diante do seu processo saúde-doença.

6 PERCURSO METODOLÓGICO

6.1 Tipo de estudo

Essa é uma pesquisa transversal, descritiva e analítica, de abordagem qualitativa, tendo em vista a necessidade de apreender significados das ações e das relações humanas, questões muito particulares em um nível de realidade que, conforme Minayo (2012) não pode ser quantificada. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de símbolos, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que possibilitam uma melhor compreensão acerca da experiência da vida humana, ela corresponde a uma análise mais profunda das relações, processos e fenômenos que não podem ser operacionalizados como variáveis (Minayo, 2012; 2001).

6.2 Local da pesquisa

O local de pesquisa, a princípio, seria no setor do pré-natal de alto risco localizado na maternidade de referência, um hospital-maternidade localizado na cidade de Campina Grande no estado da Paraíba. Esse local específico foi escolhido para a pesquisa pois, de acordo com a Portaria Nº 75, de 30 de janeiro de 2014 do Ministério da Saúde, é integrante do Sistema Estadual de Referência Hospitalar, para Atendimento à Gestação de Alto Risco com Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) vinculada. Entretanto, em consequência da atual pandemia da COVID-19, a coleta foi realizada em ambiente virtual. As entrevistas foram realizadas entre os meses de agosto e setembro de 2021, momento em que as gestantes já estavam vacinadas, no entanto, o ambiente virtual foi mantido por maior segurança.

6.3 Participantes

A amostra da pesquisa foi de 12 (doze) mulheres gestantes de alto risco, sendo três nulíparas e nove multíparas com idade gestacional entre 10 e 38

semanas, que realizaram o pré-natal na referida maternidade. A definição numérica de participantes foi guiada a partir das recomendações de Guest, Bunce & Johnson (2006). A partir de entrevistas em profundidade realizadas com mulheres em dois países do oeste africano, os autores documentaram sistematicamente o grau de saturação e variabilidade ao longo do curso das análises temáticas dos discursos. Dessa forma, baseados nos dados coletados, puderam operacionalizar e resguardar a saturação de amostras não probabilísticas nas primeiras doze entrevistas.

6.4 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão para participação foram: mulheres nulíparas e múltíparas de alto risco que concordassem em participar da pesquisa, aquelas que realizavam o pré-natal na maternidade de referência, e que tivessem acesso à internet e aplicativo que possibilitasse a entrevista.

Foram excluídas usuárias menores de 18 anos, gestantes de baixo risco e que apresentavam algum transtorno mental. Por se tratar de uma coleta virtual, usuárias que não possuíam equipamentos como *smartphone*, também foram excluídas da amostra pois não teriam condições técnicas para a realização da entrevista.

6.5 Instrumentos de coleta de dados

Tendo em vista o prolongamento do isolamento social devido à pandemia provocada pelo Coronavírus, foi aplicado um formulário clínico e sociodemográfico (apêndice A), de forma online, e realizada uma entrevista com roteiro semiestruturado (apêndice B), também na modalidade virtual. A entrevista foi gravada e posteriormente transcrita, para que se pudesse analisar, através dos relatos e representações sociais do parto. Utilizou-se um roteiro semiestruturado no intuito de compreender os sentidos e conteúdos das narrativas contadas. Foram abordados temas como: pandemia da Covid-19, gestação de alto risco, percepções, expectativas, sentimentos e posicionamentos a respeito do parto normal e do parto

cesáreo, no intuito de apreender as representações sociais desses dois tipos de parto.

6.6 Procedimentos de coleta de dados

Inicialmente foi realizado contato com o núcleo de pesquisa da maternidade em questão e com a Secretaria de Saúde do município, no intuito de solicitar autorização da pesquisa no campo. Após aprovada, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

Após os trâmites institucionais, a pesquisadora contou com o apoio da coordenação do setor de Psicologia do hospital e da coordenação do setor de alto risco para a divulgação da pesquisa e captação das gestantes. Durante a divulgação, que ocorreu na recepção da sala de espera do pré-natal, foi fornecido um panfleto no qual foi apresentado um QR-code que direcionava a um link com o formulário onde as gestantes poderiam manifestar seu interesse em participar da pesquisa. Nesse mesmo link, foi disponibilizado previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde tiveram acesso aos objetivos da pesquisa, e dessa forma puderam deixar seus nomes declarando interesse em participar, assim como e-mail e telefone para contato posterior. Os dados das gestantes foram direcionados para o e-mail da pesquisadora, que realizou o download das informações para equipamento físico e apagou qualquer dado que pudesse ficar na nuvem.

Após manifestado interesse da gestante, a pesquisadora entrou em contato individualmente com cada mulher através dos dados fornecidos (telefone) a fim de marcar data e hora das entrevistas. No horário e data combinados entre a pesquisadora e participante, foi disponibilizado o e-mail para login na plataforma do *Google Meet* criado especificamente para a coleta de dados com senha que foi trocada após a finalização de cada entrevista.

No momento inicial da entrevista, foram esclarecidas para as mulheres todas as informações sobre riscos e benefícios do ambiente virtual de coleta, como

também lido o TCLE e o Termo de Autorização para Gravação de Voz (TAGV), deixando claro que somente o áudio das entrevistas seria gravado e orientando que a câmera permanecesse desligada. Os termos anteriormente citados asseguraram a participação voluntária na pesquisa e possibilidade de desistência a qualquer momento, além da anuência para que a sua voz seja gravada e utilizada somente para a pesquisa em questão. Somente após a anuência verbal do TCLE e do TAGV, as participantes iniciaram a entrevista.

Durante a entrevista foram enviadas cópias do TCLE e do TAGV via e-mail para as gestantes e foi reforçado o pedido do download para que elas guardassem os documentos assinados pela pesquisadora principal. Os áudios das entrevistas foram gravadas e armazenados em ambiente físico, obedecendo assim as orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) e do Comitês de Ética em Pesquisa com relação a procedimentos que envolvam o contato com participantes e/ou coleta de dados em qualquer etapa da pesquisa, em ambiente virtual.

6.7 Processamento e análise dos dados

As respostas registradas foram analisadas por meio da análise de conteúdo temática. Oliveira (2008) considera que, em sua aplicação, a análise de conteúdo permite o acesso de diversos conteúdos, estando estes explícitos ou não no texto, como o contexto político ao qual o discurso está implicado, a moralidade de determinada época, a análise das representações sociais sobre determinado objeto, entre outros. Bardin (2011) define a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que buscam inferir conhecimentos relativos às condições de produção e de recepção do conteúdo das mensagens, através de indicadores quantitativos ou qualitativos. Dessa forma: “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (Bardin, 2011, p.135). De acordo com Bardin (2011), a análise de conteúdo passa pelas seguintes fases: a) leitura flutuante; b) recorte do texto ou

criação das unidades de registro, conforme os temas abordados na mensagem; c) codificação do tema na unidade de registro; d) e referência dos índices. Nesse estudo, utilizou-se como unidade de registro o tema, e a frequência como índice.

6.8 Aspectos éticos

Esse projeto de pesquisa foi cadastrado e submetido à Base Nacional e Unificada de Registros de Pesquisa envolvendo seres humanos, a Plataforma Brasil, e foi conduzido após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob parecer de número 4.749.331, respeitando todas as etapas relativas aos aspectos éticos em pesquisa que envolvem seres humanos da Resolução 466, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Todas as participantes concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), permitindo que as informações relatadas em suas respostas fossem utilizadas para produzir esta pesquisa. O termo garantiu a manutenção do sigilo das identidades das participantes e também assegurou a desistência de participação a qualquer momento, sem ônus.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados em três etapas: aspectos sociodemográficos, que caracterizam o perfil sociodemográfico das entrevistadas; aspectos clínicos das gestantes, que trata sobre as caracterizações clínicas e diagnósticos das participantes; e dados qualitativos provenientes da análise de conteúdo das entrevistas.

7.1 - Aspectos Sociodemográficos

Participaram da pesquisa 12 gestantes com média de idade de 28 anos, sendo a maior idade registrada de 36 anos e a menor de 20, conforme pode se observar na tabela 1. Entre as participantes, a maioria se declarou parda e casada. Nove delas tinham outros filhos e, quanto à escolaridade, pôde-se constatar que grande parte das mulheres (N=07) havia cursado o ensino médio. Se tratando do nível socioeconômico, 7 delas tem, em média, de um a dois salários mínimos como renda per capita, podendo ser reflexo da taxa de ocupação laboral referida nos dados anteriores, uma vez que 2 gestantes possuíam renda de dois a três salários e 3 teriam menos de um salário. A situação de vulnerabilidade econômica nas gestantes de alto risco é um fator importante a ser considerado, uma vez que está associada à dificuldade de acesso a serviços de saúde e condições de saúde desfavoráveis, influenciando diretamente na experiência ao longo da gestação e o risco reprodutivo a que estão submetidas. (Xavier et al., 2013).

Tabela 1. Características sócio demográficas das participantes

| Variável | Categorias | Frequência |
|-----------------|-------------------|-------------------|
| Idade | De 18 a 25 | 03 |
| | De 25 a 35 | 08 |

| | | |
|---------------------------------|------------------------------------|----|
| | Mais de 36 | 01 |
| Etnia | Parda | 08 |
| | Branca | 03 |
| | Preta | 01 |
| Estado Civil | Solteira | 01 |
| | Casada | 08 |
| | União Estável | 03 |
| Quantidade de Filhos | Nenhum | 03 |
| | De 1 a 3 | 08 |
| | 4 ou mais | 01 |
| Escolaridade | Fundamental Incompleto | 01 |
| | Ensino Médio Incompleto | 01 |
| | Ensino Médio Completo | 07 |
| | Ensino Superior Incompleto | 02 |
| | Pós-graduação Completa | 01 |
| Renda | Menor que um salário mínimo | 03 |
| | De um a dois salários mínimos | 07 |
| | De dois a três salários mínimos | 02 |

Dentre as ocupações das 12 mulheres entrevistadas, 4 eram donas de casa, 2 possuíam ocupações autônomas como maquiadora e agricultora e ainda pode-se detectar 6 que tinham vínculos empregatícios formais como vendedora, tecelã, atendente, assistente administrativo, assistente social e professora. Todas as gestantes em atividade laboral formal ativa relataram o afastamento de suas ocupações devido à pandemia causada pelo *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2). No Brasil, conforme orientações do Ministério da Saúde, através da Lei Nº 14.151, de 12 de maio de 2021, todas as gestantes e puérperas até o 14º dia de pós-parto foram consideradas grupo de risco para COVID-19 e portanto, afastadas de suas atividades presenciais durante a emergência de saúde pública sem prejuízo financeiro (Rossetto, et al, 2021).

7.2 - Aspectos clínicos das gestantes

Os diagnósticos e dados clínicos das entrevistadas foram coletados e obtidos os seguintes resultados descritos na tabela 2 a seguir:

Tabela 2. Características clínicas das participantes

| Variável | Categorias | Frequência |
|---|--|------------|
| Condição patológica característica do alto risco | Diabetes gestacional | 07 |
| | Hipertensão Arterial | 03 |
| | Insuficiência Renal | 01 |
| | AVC | 01 |
| | Malformação arteriovenosa parietal direita | 01 |
| | Líquido Amniótico reduzido/ suspeita de bebê gigante | 01 |

| | | |
|----------------|------------|----|
| Aborto (AE) | Espontâneo | 05 |
|----------------|------------|----|

Dentre as 12 entrevistadas, eram 3 primigestas e 9 multigestas. A maioria dos diagnósticos clínicos das gestantes foi Diabetes gestacional e Hipertensão Arterial, corroborando com os dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2010). Essas condições clínicas são as mais presentes quando se configura uma gestação de alto risco, tendo a diabetes acometido 7 participantes e a hipertensão arterial 3 delas. É importante ressaltar que uma das mulheres participantes apresentou as doenças anteriormente descritas de forma sobreposta, ou seja, era diabética e hipertensa simultaneamente. Além dessa participante, outra gestante já tinha a diabetes gestacional quando lhe ocorreu um Acidente Vascular Cerebral (AVC) durante a gravidez.

Langaro e Santos (2014) afirmam que o aumento gradativo da diabetes gestacional deve-se ao fato do crescimento na média da idade e peso das gestantes. Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), é um quadro clínico de intolerância à glicose, com seu primeiro diagnóstico na gestação, detectado através do exame de tolerância à glicose e pode persistir depois do parto e evoluir para o Diabetes Mellitus tipo 2. As complicações do DMG se dão tanto no organismo materno quanto no do bebê e está relacionado a comorbidades, como a macrossomia, hiperbilirrubinemia, hipocalcemia, hipoglicemia, além de estar associado à incidência de malformações de primeiro trimestre (Nicolosi, 2019). Tendo em vista que 7 entrevistadas apresentaram esse diagnóstico destaca-se a importância do pré-natal de alto risco no controle rígido da glicemia e acompanhamento das gestantes diabéticas a fim de evitar maiores prejuízos durante a gestação e no parto.

Outro dado coletado a ser considerado importante foi o fato de cinco participantes apresentarem histórico recente de Aborto Espontâneo (AE). Segundo Antunes, Rossi e Pelloso (2020) existe um risco maior de aborto espontâneo em gestantes de alto risco com idade avançada (maior ou igual a 40 anos), e apesar do que foi descrito na literatura, as gestantes supracitadas que apresentaram esse histórico tinham entre 23 e 36 anos de idade. O aborto espontâneo (AE) é uma

situação preocupante, principalmente quando se trata de gestação de alto risco. Alguns estudos indicaram que um quarto de toda gestação no mundo, entre os anos de 2010 e 2014, finalizou em AE com aumentos significativos no continente da América Latina e na região do Caribe de 23% para 32%. Nos dados brasileiros a prevalência de aborto espontâneo é de 14%, e de induzido, de 2,4%. As causas mais comuns relacionadas ao aborto são fatores relacionados ao feto, como anomalias cromossômicas e congênitas ou fatores pertinentes à gestante, no que tange a problemas no útero, doenças ou infecções da mãe, doenças imunológicas, história de aborto, idade materna, abuso de drogas e ainda doenças preexistentes, como o diabetes (Antunes, Rossi & Pelloso, 2020).

A Hipertensão Arterial é considerada uma das doenças que mais causam mortalidade materna na obstetrícia (Sousa et al, 2020). Junto com as infecções e hemorragias, encontram-se entre as três maiores causas de morte materna no Brasil. Os distúrbios hipertensivos da gravidez afetam cerca de 10% de todas as mulheres grávidas no mundo, no Brasil, e em países subdesenvolvidos, eles chegam a afetar mais de 10% das gestações (Jacob et al, 2020). Dessa forma, e em se tratando de uma patologia grave, foi imprescindível que as 3 gestantes que apresentaram a Síndrome de Hipertensão Arterial tivessem acompanhamento regular no pré-natal especializado do serviços de saúde.

Além das condições citadas anteriormente, outros diagnósticos menos comuns foram identificados como, por exemplo, doença renal crônica (N=1), malformação arteriovenosa parietal direita (N=1) e redução do líquido amniótico (N=1) que também colocam a vida da mãe ou do bebê em risco. Apesar dos diagnósticos, todas as mães entrevistadas apresentavam quadros estáveis, regulados e monitorados pela equipe de saúde do setor de Alto Risco da maternidade.

A presença do alto risco gestacional (ARG) está diretamente ligado ao quadro clínico, e esse apresenta relação com a renda e classe social ocupada pela mulher. Garcia et al (2019) aponta em pesquisa realizada no estado do Espírito Santo a associação de desigualdades sociais com o risco gestacional: as mulheres que residiam em áreas em processo de favelização apresentaram maior chance de

serem classificadas como de alto risco. O processo de favelização na região geográfica habitada pelas gestantes pressupõe maior risco tendo em vista as barreiras sociais existentes características dessas áreas, entendidas como assentamentos precários e composto por famílias de baixa renda. Assim como as gestantes anteriores, as beneficiárias do Bolsa Família também estavam incluídas no grupo de alto risco gestacional. Apesar do Bolsa Família promover desenvolvimento econômico e social das famílias e reduzir a vulnerabilidade social, o acompanhamento das condicionalidades na saúde não alcançou o efeito esperado.

Diante dos dados clínicos apresentados anteriormente, pode-se analisar a relação entre a renda e condições de saúde presentes, uma vez que os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) incluem fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam nos fatores de risco na população (Buss & Pellegrini Filho, 2007). A desigualdade social se mostra um fator de risco para o desenvolvimento da gestação e na saúde das mulheres. O lugar social tem papel constituinte na construção da saúde, visto que suas condições de moradia e renda dizem do acesso aos serviços de saúde, lazer, formas de alimentação, entre outros fatores que influenciam na qualidade de vida do indivíduo.

7.3 - Dados qualitativos

O processo de análise de conteúdo das entrevistas permitiu a construção de 7 categorias temáticas, organizadas em dois eixos temáticos: I. Os contextos do saber: pandemia da COVID-19; experiências pregressas em serviços de saúde; rede social; e fontes de informação sobre o parto; II. Gestação e Parto: Gestação de alto-risco; expectativas e sentimentos em relação ao parto; preferências e representações sociais do parto.

Para resguardar o sigilo da identidade das participantes, as Gestantes de Alto Risco Nulíparas foram identificadas com o código GARN e as Gestantes de Alto Risco Multíparas como GARM, sequenciadas em números de 1 a 12.

Eixo I - Os Contextos do saber

No intuito de contextualizar os relatos e experiências relatadas pelas mulheres, bem como compreender as fontes e cenários de construção das representações sociais, este estudo buscou abordar temas como a epidemia de Covid-19, vivências pregressas nos serviços de saúde, redes de apoio e fontes de informação buscadas pelas gestantes sobre o parto.

Pandemia de COVID-19

A partir da Lei 14.151 de 12 de maio de 2021, todas as gestantes foram afastadas de seus ambientes de trabalho, uma vez que, independente do estado clínico, compunham um grupo de risco. Nesse cenário, as participantes enfrentaram uma gestação caracterizada por risco iminente para elas ou para o bebê, além dos riscos inerentes a uma gravidez de alto risco. Ao falarem sobre a pandemia, as participantes referiram, com frequência, o medo da contaminação (7), e suas implicações, como a morte materna; as dificuldades diante do momento (3), como a limitação do acesso aos serviços de saúde, uma vez que medidas preventivas de distanciamento social impunham limite de pessoas nos locais de atendimento; a ansiedade (2) relacionada ao que poderia acontecer no momento da internação e parto; preocupação com o bebê (1); e o isolamento de sua rede de apoio social (1).

A pandemia já é um momento muito difícil pra gente como cidadão comum, como estudante, como dona de casa, como trabalhador e com gestação ainda constantemente indo ao hospital tudo se complica, a gente sempre tem aquele medo, aquele medinho a mais. (GARM06, 34 anos).

Me preocupa muito os casos de covid, porque tem período que os casos de covid tá lá em cima... e você vê relatos de.. uma pessoa passou mal por causa de covid no ISEA... (GARN03, 34 anos).

Bem difícil, né? Porque a gente tem que correr atrás das coisas, e a pandemia, aí ficou tudo mais complicado (GARM10, 27 anos).

Engravidei no início de dezembro, no final de novembro pro início de dezembro... contraí COVID e perdi novamente, tive outro aborto... (GARM02, 31 anos).

Constatou-se, pelas falas das entrevistadas, que a maioria estava ciente das precauções que teriam de manter diante da prevenção ao adoecimento. Os relatos também demonstram o evidente medo e preocupação que tiveram ao descobrir a gestação durante a pandemia. Além disso, o relato de aborto, em decorrência da doença, exemplifica um dos maiores medos que foi descrito nas entrevistas: o medo de que algo aconteça ao seu bebê.

Apesar de estarem vacinadas no momento da entrevista, e isso ser um fator de alívio para algumas delas, ainda podem ser identificados sentimentos como insegurança e incerteza do futuro. Os relatos de insegurança, medo e ansiedade, durante a pandemia, são característicos das gestantes. Esse grupo se tornou mais vulnerável, fisicamente e psicologicamente, demandando uma rede de proteção à saúde por parte dos profissionais, de tal forma a proporcionar bem-estar e acolhimento durante o período gravídico-puerperal ao longo da pandemia (Estrela, et al. 2021).

Com o surgimento da pandemia da COVID-19 todas as gestantes foram afastadas de seus ambientes de trabalho, favorecendo o isolamento social. De acordo com Rosseto et al (2021), a adesão ao isolamento tornou-se um preditor de risco para as condições psicológicas, podendo desencadear angústia, raiva, estresse e sensação de isolamento do resto do mundo. O afastamento social provocado pela emergência de saúde fez surgir sentimentos de isolamento, afastando essas mulheres da sua rede de apoio principal (familiares e amigos), como também surgiram dificuldades no acesso aos serviços de saúde.

A COVID-19 se tornou uma doença perigosa para mulheres gestantes, de acordo com dados do Observatório Obstétrico Brasileiro Covid-19, gestantes infectadas têm maior chance de ter pré-eclâmpsia, infecções graves, parto prematuro, admissões em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), mortalidade materna e maior índice de morbidade perinatal grave e mortalidade perinatal. No caso de mulheres em gestação de alto risco, torna-se mais preocupante, uma vez que a

presença de comorbidades aumenta consideravelmente o risco de evolução desfavorável para óbito. Durante a pandemia, os profissionais de saúde precisaram reinventar os seus sistemas de atendimento e intervenção, abrindo possibilidades para consultas remotas e atendimentos por agendamento no setor de alto risco.

A pandemia fez emergir o medo de contaminação, que poderia acontecer nos momentos das consultas ou mesmo no parto, quando as gestantes precisariam ir para a instituição hospitalar. O fato de ter que ir ao serviço de saúde acarretava ansiedade nessas mulheres. Com isso, questões relacionadas à assistência hospitalar entram em cena, contribuindo para a emergência ou fortalecimento do medo e ansiedade no processo de parturição. Sabe-se que o medo e a ansiedade estão presentes nas representações de mulheres sobre o parto, sendo vividos de forma mais intensa na condição de alto risco. A vivência da gestação na situação pandêmica faz com que as experiências das mulheres sejam diferenciadas e novas representações de parto possam surgir, incluindo fatores como consciência sobre riscos biológicos através do acesso à informação especializada, adoção de comportamentos profiláticos, e maior vulnerabilidade afetiva em decorrência do distanciamento social e conseqüente afastamento da rede de apoio..

Pode-se dizer, portanto, que a vivência da pandemia de Covid-19 intensificou o medo do parto, introduzindo um novo risco, a contaminação pelo vírus e os possíveis desfechos e desdobramento da infecção no processo de de parturição. Se o parto era um evento já temido pelas gestantes, passa a ser ainda mais preocupante no âmbito do alto-risco e no cenário pandêmico.

Experiências progressas em serviços de saúde

O contexto hospitalar, configurado como um contexto ameaçador, tendo em vista a possibilidade de contaminação pelo coronavírus, pode ser tornar, para algumas gestantes, ainda mais aversivo, a depender de suas experiências progressas nos serviços de saúde. Dessa forma, acredita-se que a investigação de experiências anteriores das gestantes também permite a compreensão de seus

estados emocionais relacionados às instituições de saúde e, conseqüentemente, ao momento do parto.

Ao relatarem experiências pregressas nos serviços, cinco gestantes relembrou vivências negativas de parto (5), aborto (2), má-comunicação dos profissionais de saúde, má-assistência (1), percepção negativa da maternidade (1). A percepção negativa de parto das entrevistadas multíparas veio sob formas de relatos de experiências pregressas, de partos anteriores onde viveram situações ruins como a falta de atenção dos profissionais de saúde em momento de dor ou necessidade. Um dos relatos de aborto veio diante de situação vivenciada por uma das gestantes onde julga ter recebido assistência deficitária dentro de seu contexto anterior também de alto risco gestacional, o que corrobora com a falta de acolhimento e com o significado de má comunicação dos profissionais da saúde. A comunicação realizada de forma ineficiente ou inadequada potencializa experiências de ansiedade, insegurança e medo junto da equipe médica e pode colaborar para a construção de uma percepção negativa da maternidade de referência.

Aí o médico do **** disse que a minha gravidez não ia pra frente, é... eu fiquei muito triste pela forma como ele falou comigo (GARN01, 20 anos).

No início eu tive um pouquinho de raiva da maternidade porque eu ia pra lá com sangramento e eles mandavam eu pra casa e ficava de repouso e eu já tinha certo medo de perder, porque eu já tinha perdido um e nada deles passarem medicamento (GARM11, 28 anos).

A gente já passa a gestação toda por tantas transformações no nosso corpo, na nossa mente, no nosso emocional, assim... é muita coisa para a mulher. Então, naquele momento eu acho que ela precisaria de uma cobertura, de uma atenção maior. Se os médicos fossem mais carinhosos, mais atenciosos, ajudassem elas naquele momento... E na maioria das vezes a gente não vê isso. Infelizmente existem muitos médicos que deixam muito a desejar. Vão pra ali, vão fazer o seu trabalho, mas fazem de uma forma muito brutal, muito grotesca, né? (GARM08, 30 anos).

Por outro lado, foram relatadas experiências positivas como a desconstrução da ideia negativa sobre a maternidade de referência (2) e boa assistência no momento do parto. Também foram relatadas vivências positivas em assistência à

saúde (4) descritas como momentos de orientações médicas que amenizaram sofrimentos, preocupações e tiveram função acolhedora durante parto já vivenciados ou consultas anteriores.

Na maternidade o atendimento é muito bom. Eu não imaginava que um hospital público pudesse atender a pessoa bem, apesar que o povo fala muito mal de lá, diz que lá é um matadouro... Povo diz que é matadouro (GARN03, 34 anos).

O atendimento lá é muito bom, eu sou muito bem assistida por toda a equipe de médicos, tanto lá na maternidade como aqui no posto de saúde, eles são muito bons são ótimos (GARM06, 34 anos).

Eu, como uma gestante de alto risco, que dependo muito do uso, [...] eu não tenho absolutamente nada do que reclamar. (GARM04, 24 anos).

As experiências passadas de algumas gestantes e o compartilhamento de episódios relacionados à má-assistência, nessa instituição específica, provavelmente contribuíram para a construção de uma representação social dessa maternidade (instituição hospitalar), objetivada na figura do “matadouro”. Todavia, a assistência pré-natal atual, ou seja, a experiência atual de algumas mulheres no serviço de pré-natal, nessa mesma maternidade, tem contribuído para a transformação dessa representação social da referida instituição hospitalar.

As representações negativas construídas através de experiências anteriores foram preponderantes nos relatos e essa percepção implica a construção coletiva de um serviço de saúde deficiente e com déficit no acolhimento das demandas das gestantes em questão. Dessa forma, não se pode descartar da noção de representação social as referências intergrupais e ideológicas que interagem com as individuais (Jodelet, 2001), levando à construção de conceitos representados pelo grupo que faz uso do serviço de saúde.

Apesar das experiências negativas serem maioria, constatou-se a quebra de ideias e expectativas ruins. As vivências positivas podem ser reflexo das mudanças na formação dos profissionais e das políticas de humanização em saúde reforçadas e construídas nas últimas décadas. Essas caminham para o fortalecimento do protagonismo das usuárias de alto risco diante do seu processo saúde-doença e

contribuem positivamente na construção de representações de um serviço humanizado e de qualidade na atenção gravídico-puerperal.

Rede social

Assim como o compartilhamento de experiências ruins relacionadas ao parto, a sua rede social participa efetivamente da construção das representações sociais do parto. Essa categoria buscou caracterizar: a) a reação dos familiares ao receberem a notícia do diagnóstico de alto risco da gestante; b) o apoio oferecido à gestante; e c) os discursos e experiências de familiares sobre o parto.

As principais reações dos familiares das participantes ao receberem a notícia foram de preocupação com o estado de saúde das gestantes (7) e medo da morte da mulher ou do bebê (2) e choque (1). Diante disso, três gestantes citaram que os cuidados (3) foram redobrados por parte de alguns familiares como reação da notícia do ARG.

Ele [o marido] é muito preocupado. É uma preocupação, não aquela exagerada, mas uma preocupação de sempre estar dizendo “você tá fazendo isso, tenha cuidado nisso, tome cuidado nisso... Ele é assim” (GARP05, 23 anos).

Quando eu contei [do diagnóstico] para ele [marido], quase que chorava porque ele já imaginou que ia perder a mulher e o filho numa tacada só... A minha mãe passou mal, a glicemia dela subiu e tudo... (GARP03, 33 anos).

Minha mãe é quem tem mais aquela preocupação, como eu faço seis testes diários, três insulina diárias, ela fica achando que eu tô no sofrimento constante, mas tá tudo tranquilo apesar das correrias, porque também é muita ida ao médico, é muito exame, é muita ultrassom... mas tá tranquilo graças a Deus (GARM06, 34 anos).

A gente sabia que, assim, quando eu me visse grávida não seria tão simples, mas a gente não imaginaria que seria tão complexo... Quando eu descobri a gravidez e junto eu descobri a diabetes e a pressão alta, que eu disse a ele... Ele se viu um pouco mais assustado do que ele estava antes (GARM04, 24 anos).

Os familiares foram os principais atores da rede de apoio das gestantes, sendo identificados: o companheiro/marido (7) e familiares mulheres (7), como mãe, irmãs, primas e tias. Cabe informar que, além da família, outras pessoas também também ofereceram apoio como amigos (1), profissionais da saúde (1) e outras gestantes (1) também de alto risco.

Meu esposo, minha família, conversa muito comigo, escuta meu lado que tem dias que a gente cansa porque tem que ficar furando o dedo, e olha aquilo e toma insulina” (GARN01, 20 anos).

Ele [o marido] está sendo meu apoio porque mesmo sem trabalhar, mas ele estando do meu lado sempre me dá uma força, sabe? Eu me sinto mais segura com ele. (GARM07, 28 anos).

Minha mãe, meu marido e principalmente meu filho... tem uma colega minha aqui também... que ela dá o maior apoio (GARM09, 29 anos).

Tenho uma atenção muito grande da minha obstetra, ela demonstra uma preocupação muito grande comigo porque... ela mesmo disse “olha, diante de todas as gestantes que eu tenho, você é uma que tem o quadro mais complexo, mas que graças a deus a gente tá caminhando tão bem que não tem quem diga que você tem esses problemas de saúde (GARM04, 24 anos).

A família exerce um papel fundamental na rede de apoio para que essas mulheres possam enfrentar o momento de adoecimento. Além dos companheiros e esposos, foi identificada a presença do cuidado de familiares mulheres na rede de apoio das participantes. Essa constatação reforça o papel frequentemente referido como feminino na sociedade moderna, o papel de cuidadora.

O apoio familiar é considerado um fator de proteção que permite às gestantes a superação de problemas emergentes como a gestação de alto risco (Lima, Silva, Tavares, et al, 2015). Os grupos de apoio contribuem de maneira positiva para o enfrentamento do parto pela formação de vínculos solidários que contribuem para a produção de subjetividades mais ativas e críticas diante de situações difíceis. O enfrentamento dessas situações envolve aspectos pessoais, relacionais e sociais (Barros, Monteiro, Neves & Maciel, 2017).

As experiências e construções simbólicas das pessoas que convivem com as gestantes também atuam no processo de construção das representações sociais do parto entre as gestantes. Isto posto, buscou-se investigar histórias familiares sobre o parto que circulam nas famílias das gestantes. Chamou atenção o histórico de complicações durante o parto (3) e experiências negativas de parto (3). Além disso, também surgiram códigos como recuperação difícil (1), complicação pós parto (1), aborto induzido (1) e depressão pós-parto (1):

Tenho, minha irmã. minha irmã teve pré eclâmpsia e teve hemorragia na hora do parto, foi um parto muito complicado (GARN01, 20 anos)

Se você for analisar as [histórias] na minha família são assustadoras (GARN03, 34 anos)

Minha cunhada [...] teve uma cesárea [pós cirúrgico] muito complicada porque ela não teve repouso, e ela acabou criando uma hérnia, teve que fazer uma cirurgia, colocar uma placa na barriga, é... inflamou bastante... então assim foi um momento bem complicado pra ela (GARM06, 24 anos).

Eu tenho uma tia, inclusive que até a minha mãe acompanhou e o parto foi até lá na maternidade também. Ela.. a pressão dela subiu já na hora dela ter, sabe? Ela teve a pressão boa durante toda a gestação, mas aí quando foi pra ter, a pressão subiu então foi muito complicado. A minha mãe estava acompanhando o parto e ficou desesperada porque ela disse que viu a minha tia quase morrer... (GARM08, 30 anos).

Teve uma cunhada minha também que falou da experiência dela, com o filho dela, que o médico subiu na barriga e tudo pra a criança descer (GARM09, 29 anos).

Pode-se avaliar que, decorrente dos discursos familiares, os significados relacionados ao parto construídos pelas entrevistadas expressaram sentimentos como medo (8), dor (1), insegurança (1) e trauma (1). As histórias familiares escolhidas pelas gestantes, para serem relatadas no momento da entrevista, giram em torno das intercorrências dos partos de familiares, o que pode expressar a insegurança que estavam sentindo naquele momento. O parto caracteriza-se,

portanto, como um fenômeno imprevisível que causa temor em várias gestantes. Dessa forma, constata-se que os sentimentos existentes no processo de gestação articulam-se não apenas às condições clínicas das gestantes, mas sobretudo ao campo simbólico construído de forma compartilhada por meio das interações cotidianas com diferentes atores, inclusive a família. Ressalta-se também a necessidade de identificarmos como a família pode atuar de forma negativa, no sentido de reforçar a preocupação e o medo das gestantes.

A presença de comorbidades e riscos para a saúde quando somadas à ideia de imprevisibilidade do parto, construídas por meio do compartilhamento de experiências negativas, elevam os níveis de ansiedade e temores relacionados ao parto. As histórias e representações advindas dos familiares também servem de ancoradouro para a experiência do parto, uma vez que aspectos negativos tendem a produzir inquietações e inseguranças (Gomes Fonseca & Roballo, 2011).

Fontes de informações sobre parto

Haja vista que as representações sociais são elaboradas por meio das interações sociais e fontes de informações diversas, pretendeu-se também identificar as principais fontes acessadas pelas gestantes. As fontes de informações mais utilizadas pelas gestantes entrevistadas foram: amigos (5), familiares (5) e redes sociais/internet (5), através da busca por vídeos informativos, assim como a procura de conhecimentos gerados por especialistas a respeito dos assuntos relacionados à gestação, alto risco e maternidade. Outras fontes identificadas foram os profissionais da saúde (1), outras mulheres com gestação de alto risco (1) e grupos de extensão universitária (1).

Eu gosto muito de ler... e ver vídeos no YouTube, eu vejo muito vídeo no YouTube de psicólogo. [...] alguma informação que eu ainda tive a respeito disso foi de um grupo da universidade, porque no posto tem umas universitárias que elas perguntam quem quer participar de vídeo chamada pra saber aí eles me colocaram. Aí eles falam a respeito do parto, de problemas de circulação, é... como que pode acontecer de um peito ficar muito inchado porque tem leite demais em um e no outro não

tem. Acho que como eu aprendi mais, foi com eles... porque com outras pessoas assim, não (GARN03, 34 anos).

Eu tenho uma irmã mais jovem do que eu que tem uma bebê agora, então a gente acaba conversando bastante sobre maternidade, sobre partos (GARM06, , 34 anos).

Eu sempre vejo vídeos no YouTube, assim... a gente também tem um grupo no Facebook que é de grávidas e sempre eu vejo questões de grávidas com diabetes gestacional, e sempre eu entro pra comentar o que aconteceu comigo (GARM07, 28 anos).

Eu to no grupo do Baby center que de vez em quando as meninas estão interagindo, a gente que já sabe como é a gente fica trocando ideia, elas ficam contando como foram os partos delas (GARM11, 28 anos).

A partir dos relatos pode-se perceber que a família e os amigos aparecem como uma das principais fontes de informação entre as entrevistadas. Além disso, o recebimento e busca de informações através das redes sociais e internet ganhou destaque, se mostrando tão importante quanto as informações trazidas por pessoas próximas. O uso da internet se popularizou nas últimas décadas e foi ferramenta primordial durante o contexto da pandemia vivido pelas participantes.

A internet também contribui para o acesso de informações confiáveis, como grupos de extensão universitários que ocorreram de forma online, sendo uma fonte importante de informação, uma vez que são passadas por pessoas capacitadas, tal como os especialistas que surgem nos vídeos citados pelas gestantes. Além disso, os grupos educativos podem ser realizados de maneira on-line, sendo uma ferramenta de baixo custo e amplo para ações de prevenção e promoção em saúde (Rossetto et al, 2021).

O acesso à conteúdos através das redes sociais pode ser positivo, tendo em vista a facilidade com a qual se pode ter acesso à informação, entretanto, a facilidade de difusão de informações através da *web* pode se tornar negativa. Os dados acessados podem não condizer com a realidade dos fatos científicos, promovendo medo e desserviço à população. Uma das informações falsas divulgadas entre as participantes foi a de que a vacina contra a COVID-19 de

determinado laboratório causou aborto espontâneo em 82,6% das mulheres que receberam o imunizante. A informação falsa foi divulgada por um site norte americano e disseminada por grupos políticos anti-vacina no Brasil. A notícia falsa, ou *Fake News* foi atestada pelo *International Fact-checking Network*. Apesar de democratizar a informação, as TIC's podem contribuir com a ansiedade descrita pelas gestantes e ser fator negativo através da propagação de notícias falsas. O lugar social e político das mulheres é fator influenciador na adesão de tratamentos médicos e está ligado a fatores ideológicos. As representações sociais guiam as práticas dos indivíduos e a posição social que estes ocupam determinam os conteúdos representacionais.

Diferente do aspecto negativo, o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC 's) faz emergir um formato diferente na comunicação entre as pessoas. Junto com as outras fontes de informação, ocupa papel fundamental nas trocas e interações que contribuem para a instituição de um universo consensual onde se produzem as representações sociais. As diversas fontes de informação aparecem como condição de possibilidade e determinação das representações e pensamentos sociais acerca de um objeto. As teorias do senso comum são conjuntos de conceitos articulados que tem sua origem nas práticas sociais e nas diversidades dos grupos, cujas funções consistem em dar sentido à realidade social, produzir identidades, organizar as formas de comunicação e orientar as condutas sociais (Santos, 2005). Explorar as informações recebidas por todos os grupos significa compreender o enraizamento na cultura e os elementos que o tornam inteligível, construindo-se assim, referências para as práticas e criação de expectativas do parto (Sales, Avelar & Aléssio, 2018).

A construção do saber sobre o parto ocorreu através de alguns aspectos aqui elencados como o contexto da pandemia, as experiências nos serviços de saúde vividas pelas gestantes e as informações e meios de comunicação buscados entre elas. Constatou-se que a representação de parto foi ancorada, em sua maioria, pelo medo, paralelamente à preocupação de seus familiares em decorrência do alto risco gestacional e reforçado pelas experiências próprias e das pessoas que constituem a rede de suporte social. O medo da contaminação com a COVID-19 teve como efeito uma mudança de comportamentos e o aumento dos sentimentos de medo durante o

internamento no momento do parto. As relações sociais foram modificadas, tendo as Tecnologias de Informação papel protagonista para a manutenção das redes de apoio, cuidado em saúde e influência na busca por informações.

Eixo II - Gestação e Parto

No segundo eixo temático procurou-se discorrer sobre os significados construídos em relação ao parto e à gestação de alto risco, incluindo sentimentos, expectativas e preferências por vias de parto.

Gestação de alto risco

Essa categoria buscou compreender sentimentos, reações e ações das gestantes frente à comunicação da condição de alto-risco na gestação. De acordo com os relatos das participantes, a comunicação do diagnóstico e a classificação na condição de alto risco causou sentimentos negativos como medo (8), preocupação (5), desespero (3), ansiedade (2), frustração (1), impotência (1), tristeza (1) e aflição (1):

Foi assustador. Essa foi a coisa que mais me causou medo. [...] Quando eu soube eu fiquei um pouco assustada [...] no começo eu fugi porque eu entrei em pânico... estava com diabetes, estava alto, eu não sabia o que fazer, foi por isso que eu fugi. (GARN03, 34 anos)

[...] a gente fica já, acho que a gravidez em si já deixa a mulher bem apreensiva, e mais quando se trata de um alto risco [...] você fica com bastante medo, eu estou com bastante medo... (GARM02, 31 anos)

Às vezes me dá uma agonia, me bate um desespero, uma agonia na cabeça... Tem dias que eu to bem, tem dias que eu não tô, aí às vezes.. pronto... (GARM07, 34 anos)

Mulher, eu senti fraqueza, porque aquilo tava acontecendo comigo de novo? E você almejar tanto por uma coisa e de repente, não ser da forma como você quer ...e eu me senti inútil, me senti fraca, como eu venho me

sentindo a gestação todinha... como se eu não conseguisse... [...] depois que veio o diagnóstico que ia ser de alto risco, aí pronto... aí o mundo caiu de vez. (GARM02, 31 anos)

As vezes tem dia de eu não querer me levantar.. Agora não, esses dias eu to bem melhor, mas tem dia que assim.. quando bate o desespero em mim eu não quero sair de dentro do quarto, dá vontade até de se matar, como já chegou a vontade de se matar... (GARM07, 28 anos)

A preponderância de sentimentos negativos relatados pelas gestantes reflete o medo do adoecimento, a preocupação com o bebê e a frustração de não poder conduzir a gestação de maneira menos arriscada. O comportamento de fuga do hospital relatado por uma gestante expressa o impacto emocional do diagnóstico. Outro sentimento que surgiu nos relatos foi o de frustração, esse sentimento está relacionado com o sentimento de impotência trazido por elas por não conseguir conduzir a gestação de maneira regular, sem riscos. É a quebra de expectativa diante do papel de mãe que lhes foi instituído e idealizado.

Também foram detectados em alguns relatos as insatisfações com procedimentos clínicos inerentes a uma gestação de alto risco, como manuseio corporal excessivo (1) por parte da equipe médica e o sentimento de vigilância (1) pela condição de saúde.

E ficar esse tempo todinho sendo furada um dia outro não, quase... Porque um dia, outro não era um exame. Aí foi bem... pegado, eu já não tava mais aguentando visse... Ser furada direto, mas passei pra casa e fui furada do mesmo jeito porque eu fiquei tomando insulina e fiquei tomando injeção por causa do AVC (GARM10, 27 anos).

Como eu disse, que antes eu não me importava achando que era tudo normal, e agora não, eu to tendo mais cuidado pra quando às vezes altera assim a glicose um pouco, fica mais alta, fora do normal eu já fico nervosa, eu já fico com medo achando que tá atingindo a bebê, entendeu? Aí eu já começo a ficar nervosa. (GARM07, 28 anos).

A gestação de alto risco promove a quebra da expectativa do que deveria ser um momento de felicidade e cuidado, como é socialmente constituído no ideal da gravidez. Essa gestação de alto risco representa muitas renúncias e mudanças de

hábitos da vida diária, inclusive a introdução de uma rotina onde o manuseio de seus corpos e submissão a intervenções médicas excessivas podem estar presentes.

Os sentimentos relatados pelas participantes diante da nova condição clínica de saúde, e ainda em um contexto de pandemia, alertam para a necessidade de cuidado por parte da equipe de saúde. Segundo Sales, Avelar e Aléssio (2018), as demandas afetivas das gestantes de alto risco exigem mais atenção tendo em vista a vivência de vários estressores. A partir do momento que essas mulheres se deparam com o diagnóstico há uma mudança em sua percepção: acontece a quebra da gestação ideal para emergir o medo diante do adoecimento e a preocupação com o momento do parto (Souza, Araújo & Costa, 2013).

O momento do parto: sentimentos e expectativas

Essa categoria procurou apreender as expectativas e sentimentos das gestantes frente ao momento do parto. No que tange aos sentimentos, as mulheres destacam o medo (7), a ansiedade (6) e a preocupação (4). Algumas gestantes descrevem sentimentos de otimismo (2) diante do parto.

Isso é o que realmente me preocupa, o medo de ficar lá sofrendo, recebendo indução de comprimidos... (GARM06, 34 anos)

Ansiosa... To ansiosa pra o parto, não sei... não sei nem dizer. To com medo e ao mesmo tempo com ansiedade” (GARM12, 36 anos)

Fico preocupada... principalmente pensando no bebê...a médica mandou eu ir agora dia 12 quinta feira pra fazer o parto ou então deixar pras 37 semanas. Aí, to bem ansiosa (GARN01, 20 anos)

Às vezes seja assim, seja uma questão de alto risco, mas... é algo, coisa que... é... não atinge o meu eu. Eu, graças a deus, eu descanso, descanso em Deus. Não... às vezes tem uma certa preocupação, mas não atinge o meu emocional assim... aquelas coisa que tem na mente da gente, coisas negativas, não vem não (GARN05, 23 anos).

O medo do momento do parto e a ansiedade são os mesmos descritos durante os relatos das gestantes ao saberem de seu alto risco gestacional. Por meio das falas percebe-se que o momento do parto é preocupante e temido pelo perigo de intercorrências, e da dor durante o momento do nascimento de seus filhos, a ansiedade, em saber como seus corpos irão responder.

[...] Se Deus quiser vou parir normal, agora... mesmo tendo esse pensamento, essa tranquilidade, eu também tenho o pensamento de que é.. se tiver alguma intercorrência eu posso não finalizar o processo gestacional, eu posso ter ele antes do tempo (GARM04).

Em relação às expectativas do parto, as gestantes sinalizaram o desejo de conseguir finalizar a gestação (3), do bebê nascer saudável (3) e a espera de um parto rápido (2). Também emergiram expectativas de que o parto ocorrerá de forma tranquila (3), de receber um bom suporte dos profissionais da saúde (1), assim como suporte familiar (1) durante o momento do parto.

Eu penso assim, que saísse tudo bem, que ocorresse tudo bem. Que a menina nascesse, a bebê nascesse saudável, sem precisar ser internada, não ter problemas de saúde, tanto eu quanto ela não ter problema no parto. Eu fico apreensiva assim, porque eu nunca passei por uma cesárea. (GARM07, 28 anos)

Eu acho que é o que toda mãe deseja, chegar na reta final, conseguir chegar na reta final primeiramente porque vai ser melhor pra mim e pro meu bebê. (GARM04)

[...] não deu tanto trabalho pra nascer, foi rapidinho.. Desse daqui eu penso que vai ser do mesmo jeito. Porque eu já tenho passagem, já sei mais ou menos como vai ser... eu penso que vai ser rápido. (GARM11, 28 anos)

Mas assim.. o que eu espero e o que eu desejo é um parto rápido, um parto normal, e um parto que chegue só no finalzinho da gestação. (GARM05, 24 anos)

Então o que eu sinto e o que eu imagino pra esse momento é ter ele [marido] do meu lado, assim.. uma equipe boa e preparada pra poder me dar um suporte bom e, assim... ter meu filho nos meus braços vindo ao mundo de uma forma saudável, sem pressão, sem aquela pressão psicológica, entendeu? (GARM04, 24 anos)

Destacam-se como os sentimentos mais frequentes relacionados ao momento do parto: o medo e a ansiedade, decorrentes da imprevisibilidade. Em contrapartida, e possivelmente, no intuito de lidar com suas preocupações, as gestantes vislumbram partos rápidos, sem intercorrências e com um bom suporte dos profissionais da saúde. Interessante destacar que ao comentarem sobre suas expectativas, algumas delas ressaltam a chegada de um bebê saudável, o parto rápido, a possibilidade de levar a gravidez até “o final”, de forma a demonstrar as preocupações relacionadas ao parto.

As expectativas geradas em relação ao momento do parto são baseadas em diálogos com profissionais de saúde mediante diagnóstico clínico, em experiências anteriores, em informações obtidas através de conversas com familiares, da mídia e tecnologias de informação, como também através do seu meio cultural. Em outras palavras, pode-se dizer que nessas interações e processos sociais, criam-se e recriam-se representações sociais do parto. Contudo, embora ainda construam cenas de desfechos positivos, o parto ainda é visto como um momento crítico e amedrontador que precisa ser enfrentado com a ajuda dos profissionais de saúde (Carderelli, Tanizaka, Benincasa & Frugoli, 2018).

Preferências e Representações Sociais do parto

A maioria das gestantes tem preferência pelo parto normal (8), enquanto as demais (4), todas multíparas, preferem o parto cesárea. As que manifestaram preferência pelo parto normal focalizaram em determinados aspectos do parto, em sua maioria, positivos: recuperação rápida (6), mais saudável (4), mais benéfico para o bebê (3), proporcionando melhor condição de saúde para a mulher (1). Por outro lado, a dor também foi citada (3), mas, relatada pelas gestantes, como um fenômeno que faz parte do processo de parturição e que acontece apenas por um momento específico

O parto normal é a questão da dor somente na hora que você tem que colocar força, né? Mas eu sempre ouvi falar que o parto normal é... uma melhor escolha (GARN05, 23 anos).

A questão da recuperação que é mais rápido, geralmente eu escuto de mulher que assim... falando “ah, é muito bom..” você só sente a dor ali no momento, mas a recuperação é logo, e tal (GARN05, 23 anos).

O normal vem através de um parto que de certa forma foi mais saudável, não especificamente, estritamente, uma gravidez saudável, uma gravidez de alto risco também pode parir normal. É, de certa forma eu vejo que o bebê vindo ao mundo por um parto normal é melhor pra ele e pra mãe (GARM04, 24 anos).

Pra mim um parto normal seria... é... uma melhor recuperação para a mãe, como também é bem mais saudável pro filho em questão de anticorpos, de produção de defesa do próprio organismo do bebê, como um risco a menos pra mãe por ser um questão de uma cirurgia, cirurgia é sempre um risco a mais e eu diferenciaria nessa parte basicamente, questão de segurança, um parto normal seria tanto pra mãe quanto pro bebê (GARM06, 34 anos).

O parto cesáreo foi escolhido por quatro gestantes, que versaram sobre a ausência de dor (3) e tranquilidade (1) proporcionada durante o parto cirúrgico em decorrência da anestesia. Apesar disso, esse tipo de parto foi caracterizado pelas demais entrevistadas como de recuperação lenta e difícil (4), com a presença de dor (4) após o parto, com maior risco de complicações (3), e dependência (2) no puerpério.

O cesáreo tem aquela complicação... tem aquele risco ali de ter uma hemorragia, de ter algum negócio né? É um cuidado mais... mais atencioso do que o normal (GARM10, 27 anos)

O cesáreo [...] é um pouco dolorido, incomoda, eu passei acho que uns quarenta dias andando assim meia dura, meia entevada assim... precisando nos primeiros dias realmente precisando de ajuda porque eu não podia fazer muito movimento, e a gente sabe dos risco que pode de uma possível infecção (GARM06, 34 anos)

Os dados coletados demonstraram que a via de parto normal teve uma maior adesão das gestantes. A justificativa da preferência foi a recuperação rápida e, de forma geral, relatado como mais saudável para o bebê e a mulher. Algumas falas demonstram o domínio de informações técnicas como o fato de que a via de parto

normal daria melhores condições de imunidade ao bebê e informações acerca do aleitamento materno.

A questão da dor do parto normal também foi suscitada, um fator histórico temido pelas mulheres, mas que não teve poder de mudança da opção para o parto cirúrgico. O parto normal geralmente está associado à dor e sofrimento pelo seu caráter fisiológico, no entanto, o medo relacionado ao parto vaginal está mais relacionado aos problemas vividos por mulheres de várias classes sociais no que diz respeito à qualidade da assistência prestada pelo profissional de saúde, junto, ao excesso de intervenções desnecessárias (Medeiros et al., 2017). O sofrimento fisiológico teve pouco espaço na construção da representação do parto normal entre as entrevistadas, entretanto, a dor esteve presente quando foi caracterizada a via de parto cesáreo. Essa dor foi associada ao momento do pós parto, quando ocorreria o processo doloroso da recuperação cirúrgica.

Pode-se inferir que a opção pela via de parto normal como prevalente entre as gestantes, fortalece o movimento das campanhas do Ministério da Saúde (MS) e Agência Nacional de Saúde (ANS) de combate à epidemia de cesáreas (Souza e Faro, 2018), uma vez que os dados obtidos por Domingues et al. (2014), indicam que os nascimentos por cesarianas no Brasil apresentavam altas taxas: 52% em usuárias do SUS e 88% em usuárias de plano de saúde ou rede particular, estando muito acima dos 15% recomendados pela OMS.

Apesar dos esforços para diminuição do quantitativo de partos cirúrgicos, existe a concepção entre as gestantes de que no cesáreo existe menos sofrimento e a ausência das dores do trabalho de parto pela via normal. Essas concepções refletem o que muitas mulheres pensam sobre o parto cesáreo e desembocam na crescente taxa de cesáreas combatida pelas políticas públicas de saúde. Nos últimos quarenta anos a proporção de cirurgias cesarianas no país quadruplicou, passando de 14,5% dos partos em 1970 para mais de 50% em 2010 (Vasconcellos et al., 2014). A opção pela via de parto cesárea foi justificada pela ausência da dor do parto e tranquilidade. Uma das gestantes relatou uma boa experiência de parto cesáreo e por isso a preferência. As outras justificativas se deram no sentido da fuga

da dor proporcionada pelo parto normal. Em alguns discursos foi detectado o sentimento de incapacidade em atravessar esse momento doloroso.

A dor do pós-parto na via cirúrgica é relatada pelas entrevistadas como o momento posterior à anestesia, quando o processo doloroso da recuperação surge. O parto cesáreo implica para algumas mulheres a dependência durante a recuperação por necessitar da ajuda de outras pessoas até que estejam totalmente ou parcialmente recuperadas e possam retomar suas atividades. Em contraponto, a recuperação rápida associada ao parto normal foi associada à justificativa pela opção da via de parto, já que muitas mulheres não gostariam de viver esse momento de dependência em seu cotidiano.

É importante ressaltar a consciência das entrevistadas sobre o alto risco gestacional não ser sinônimo para parto cirúrgico, e essa percepção está ligada ao maior acesso a informações do meio científico, aos esforços das políticas de humanização do parto e dos profissionais em combater a epidemia de cesáreas. O protagonismo das mulheres e acesso à informação sobre os tipos de parto são reforçados pelas discussões de humanização, no entanto, é importante considerar que a maior parte das gestantes entrevistadas não tiveram acesso a informações sobre as vias de parto através dos profissionais de saúde presentes nas consultas, e sim dos familiares, amigos e TIC's. A inacessibilidade das informações influencia na representação social do parto, uma vez que as atitudes diante desse processo não são uma simples reprodução por reações a estímulos exteriores, elas são moldadas a partir do saber adquirido onde é feita a interpretação e elaboração da realidade a ser vivenciada (Vieira et al, 2020).

O que se observa na realidade das usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) é a prevalência dos interesses dos profissionais, caracterizado por um modelo biomédico mercantilizado permeado por iatrogenia. Dessa forma, ainda que a escolha do parto tenha partido da vontade da mulher, o seu "direito à escolha" é violado pela conseqüente mudança representacional. A pressão à inferência ocorre durante momento de tensão no parto, onde a mulher é orientada a mudar sua idealização, resultando na mudança da decisão e, assim, movimentando suas representações sociais (Carvalho, Ribeiro & Antunes-Rocha, 2017).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa objetivou analisar as representações sociais de parto entre gestantes de alto-risco, nulíparas e múltiparas. Identificando os tipos de parto existentes segundo as gestantes, que foram o parto normal e o parto cesáreo. O parto normal foi caracterizado como sendo mais saudável para o bebê e para a mulher, de recuperação mais rápida, e por isso, a maioria das gestantes optou pelo parto vaginal. O parto cesáreo foi caracterizado como a via de parto mais propensa a intercorrências e com presença de dor pós parto, além de gerar dependência social para a continuidade das atividades das mulheres, sejam elas domésticas ou laborais.

As expectativas para o momento do parto foram construídas em um contexto de emergência em saúde pública. Com isso, surgiram algumas expectativas além do medo do parto e do alto risco gestacional, surgiu o medo da contaminação e a preocupação com seu bebê, sendo adotadas práticas de profilaxia e outras mudanças comportamentais como o distanciamento social.

A construção do saber sobre o parto ocorreu através de alguns aspectos aqui elencados como o contexto da pandemia, as experiências nos serviços de saúde vividas pelas gestantes e as informações e meios de comunicação buscados. Constatou-se que a representação de parto foi ancorada, em sua maioria, pelo medo, paralelamente à preocupação de seus familiares em decorrência do alto risco gestacional e reforçado pelas experiências próprias e das pessoas que constituem a rede de suporte social. O medo da contaminação com a COVID-19 teve como efeito uma mudança de comportamentos e o aumento dos sentimentos de medo e ansiedade durante o internamento no momento do parto. As relações sociais foram modificadas, tendo as Tecnologias de Informação papel protagonista para a manutenção das redes de apoio, cuidado em saúde e influência na busca por informações.

As representações sociais de parto construídas entre as gestantes de alto risco é de fundamental importância para que sejam reconhecidos os

posicionamentos e saberes desse grupo de mulheres no momento do parto e de que forma essas teorias construídas influenciam ao longo de sua gestação. A compreensão dessas representações buscou potencializar o bem-estar, a qualidade de vida e o desenvolvimento da gestação a partir da ótica da integralidade. Espera-se que esse estudo contribua na qualificação da assistência a esse grupo de mulheres para que elas possam lidar com os desafios da gestação de alto risco.

REFERÊNCIAS

- Almeida, A. R. V; Alcântara, D. S. de; Araújo, T. T de. (2018). Expectativas da gestante em relação ao parto. *Revista Interdisciplinar* 11(1), 12-19.
- Alves, R. F., Eulálio, M. C. (2011). Abrangência e níveis de aplicação da Psicologia da Saúde. In R. F. Alves. *Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa*. (pp. 65-88). Campina Grande: EDUEPB.
- Antunes, M. B., Rossi, R. M., & Pelloso, S. M. (2020). Relationship between gestational risk and type of delivery in high risk pregnancy. Extraído da tese: “Fatores associados aos desfechos maternos, fetais e neonatais em gestações de alto risco”, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, 2018. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. v. 54 [acessado em 15 de dezembro de 2021] Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018042603526>>.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Traduzido por Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70. Tradução de: *L'Analyse de Contenu*.
- Barros, S. M. M. d., Aléssio, R. L. d. S., Silva, R. V. d., & Neves, M. B. (2019). A experiência do parto: aproximações entre a psicologia do desenvolvimento e a psicologia social In. *Interação Social E Desenvolvimento Humano* (1st ed.). Ed. UFPE.
- Barros, S. M. M. D., Monteiro, P. A. L., Neves, M. B., & Maciel, G. T. D. S. (2017). Fortalecendo A Rede De Apoio De Mães No Contexto Da Síndrome Congênita Do Vírus Zika: Relatos De Uma Intervenção Psicossocial E Sistêmica. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 26(58), 38–59. Recuperado de <https://revistanps.com.br/nps/article/view/296>.
- Brasil (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico* (5a ed). Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil. (2012b). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 466, 12 de dezembro. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de

pesquisas envolvendo seres humanos. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

- Brasil. (2021) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de Covid-19 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – 2. ed. – Brasília-DF.
- Buss, P. M. e Pellegrini Filho, A.(2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. v. 17, n. 1 [Acessado 3 Março 2022] , pp. 77-93. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>>. Epub 21 Ago 2007. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.
- Carderelli, L. Tanizaka, H. Benincasa, M. Frugoli, R. (2018) Representações Sociais das Mulheres em relação ao Parto Normal. In *Revista InFormação*, ano 21-22, n. 21-22, Jan-dez.
- Carvalho, C. A. S., Ribeiro, L. P., Antunes-Rocha, M. I. (2017). Representações sociais em movimento: uma análise de duas pesquisas no âmbito da educação do campo da FaE-UFMG. *Revista Educação e Cultura Contemporânea*. 14(37):343-366. <http://periodicos.estacio.br/index.php/reeduc/article/view/3627/1997>
- Chaves, A. M.; Silva. P. de L. (2013) Representações Sociais, cap 7 In *Psicologia Social: temas e teorias*. Camino, L. et al. 2 ed. Technopolitik, (pp. 413-464) Brasília, DF.
- Domingues, R. M. S. M., Dias, M. A. B., Nakamura-Pereira, M., Torres, J. A., d'Orsi, E., Pereira, A. P. E., ..., & Leal, M. D. C. (2014). Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: Da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Caderno de Saúde Pública*, 30 (Supl.), 101-116. doi: 10.1590/0102-311X00105113.
- Estrela, F. M; Silva, K. K. A.; Cruz, M. A. & Gomes, N. P. (2020). Gestantes na pandemia da Covid-19: reflexões e desafios. *Physis: Revista de saúde Coletiva*, 30(2), e300215, 1-5.
- Every Women, Every Child (2015). *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el adolescente*. Italy, pp.5-6.
- Freitas et al. (2007). Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. *Cad. Saúde Pública*, (v. 23, n.1, p. 137-145, jan.). Rio de Janeiro.

- Freitas G. L., Vasconcelos C. T. M., Moura E. R. F., Pinheiro A.K.B. (2009). Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. *Rev. Eletr. Enf.* 11(2):424-8. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>.
- Garcia, E. M. et al. Risco gestacional e desigualdades sociais: uma relação possível?(2019). *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 24, n. 12 [Acessado 28 Fevereiro 2022] , pp. 4633-4642. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.31422017>>. Epub 25 Nov 2019. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.31422017>.
- Gomes, V. L. de O., Fonseca, A. D. da, & Roballo, E. de C. (2011). Representações sociais de adolescentes mães acerca do momento do parto. *Escola Anna Nery*, 15(2), 300-305. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000200012>
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, 18(1), 59–82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
- Haberkorn & Bruscato (2008). Assistência aos Pacientes Graves. In *Psicologia e Humanização: assistência aos pacientes graves*. Ed. Atheneu, São Paulo
- Jacob, L. M. da S. et al. (2020) Socioeconomic, demographic and obstetric profile of pregnant women with Hypertensive Syndrome in a public maternity. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [online]. v. 41 [Acesso em 15 de dezembro de 2021] , Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190180>>
- Jodelet, D.(2001) Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet, D. *As representações sociais*. Ed. UERJ, Rio de Janeiro. 17-44.
- Jodelet, D. (2005) *Loucuras e representações sociais*. Editora Vozes. Petrópolis, RJ.
- Jovchelovitch, S. (2011). *Os contextos do saber: representações, comunidade e cultura*. 2ed. Petrópolis, RJ: Vozes
- Langaro, F., & Santos, A. H. D. (2014). Adesão ao tratamento em gestação de alto risco. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34, 625-642.
- Langdon, E. J. Wiik, F. B. (2010) Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(3), 173-181.
- Leite, M. G. et al. (2014) Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. *Psicol. estud.* [online]. vol.19, n.1, pp.115-124.

- Maldonado, M. T. (2002) *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. 16. Ed. São Paulo: Saraiva.
- Martins, M.; Monticelli, M. e Diehl, E. (2014) Significados culturais atribuídos por gestantes à vivência da hipertensão arterial na gravidez. *Texto contexto - enferm.* [online]. 23(4), 1004-1012.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Matos, M.G. (2004). *Psicologia da saúde e saúde pública. Análise Psicológica*, 3 (XXII), 449-462.
- Medeiros, R. M. K., Davi, L. A., Cardos, S. R. M., Maier, S. R. O., Gimenes, C. V., Sudré, G. A. (2017). Aspectos relacionados à preferência da gestante pela via de parto. *Rev. Gestão & Saúde*. 8(1), 603-621. <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/10400/9168>.
- Minayo, M. C. de S. (2001) *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes.
- Minayo, M. C. de S. (2012). *Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 621-626. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>
- Ministério da Saúde (2004). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Editora MS.
- Ministério da Saúde. (2011). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. DF: Brasil.
- Ministério da Saúde (2013) *Política Nacional de Humanização – PNH 1ª impressão*. Brasília – DF.
- Moré, C. L. O. O., & Crepaldi, M. A. (2012). O mapa de rede social significativa como instrumento de investigação no contexto da pesquisa qualitativa. *Nova Perspectiva Sistêmica*, (43), 84-98.
- Moscovici, Serge (1988). Notes towards a description of social representation. *European Journal of Social Psychology*, 18: 211-250.
- Moscovici, S. (2003). *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Moscovici, S. (2012). *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis: Vozes.
- Nicolosi, B. F. et al. (2019) Prenatal care satisfaction: perception of caregivers with diabetes mellitus. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. v. 72, suppl 3

[Acesso em 15 de dezembro de 2021] , pp. 305-311. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0978>>

Oliveira, D. C. (2008). Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. *Rev. enferm. UERJ*. Rio de Janeiro.

Oliveira, S. M. J. V. de, Gonzalez Riesco, M. L., Rosas Miya, C. F., & Vidotto, P. (2002). Tipo de parto: expectativas das mulheres. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(5), 667-674. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000500007>

Pais Ribeiro, J. L. (2007). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra, Portugal: Editora Quarteto.

Pereira, S. B., Diaz, C. M. G., Backes, M. T. S., Ferreira, C. L. de L., & Backes, D. S. (2018). Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(Suppl. 3), 1313-1319

Portaria nº 75 de Ministério da Saúde de 30 de janeiro de 2014. Habilita o Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), com sede em Campina Grande (PB), como integrante do Sistema Estadual de Referência Hospitalar, para Atendimento à Gestação de Alto Risco com Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) vinculada. Recuperado de http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0075_30_01_2014.html

Pregolato & Agostinho (2010) O psicólogo na Unidade de Terapia Intensiva – Adulto, In. *Psicologia Hospitalar. Teoria, aplicações e casos clínicos*. 2 ed.– Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Quevedo, M. P. (2010). *Experiências, percepções e significados da maternidade para mulheres com gestação de alto risco*. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. doi:10.11606/T.6.2010.tde-14052010-082745. Recuperado em 2019-06-11, de www.teses.usp.br.

Ribeiro, J. L. P. (2011). A psicologia da saúde. In R. F. Alves. *Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa*. (pp. 23-64). Campina Grande: EDUEPB.

Rossetto M, Souza J.B., Fonsêca G.S., Kerkhoff V.V., Moura J.R.A. (2021) Flores e espinhos na gestação: experiências durante a pandemia de COVID-19. *Rev Gaúcha Enferm.* 2021;42:e20200468. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200468>. (Acesso em 15 de dezembro de 2021).

- Santos, M. F. S. (2005) A teoria das representações sociais. In: Maria de Fátima de Souza Santos e Leda Maria de Almeida. (Org.). Diálogos com a teoria das representações sociais. 1 ed. Recife: Ed. Universitária da UFPE/Ed. Universitária da UFAL, v. 1, p. 13-38.
- Sales, C. G. de; Avelar, T. C.de; Aléssio, R. L. dos S. Parto normal na gravidez de alto risco: representações sociais de primíparas. (2018) *Estud. pesquis. psicol.* (Impr.). Rio de Janeiro- RJ; 18(1): 303-320,
- Silva M.R.C., et. al. (2013) Percepção de gestantes de alto risco acerca do processo de hospitalização. *Rev. enferm. UERJ.* 11(2) esp: 792-7. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v21esp2/v21e2a16.pdf>> (acesso em 10/06/2019).
- Sousa, M. G. et al. Epidemiology of artherial hypertension in pregnants. *Einstein (São Paulo)* [online]. 2020, v. 18 [Acessado 10 Novembro 2021] , eAO4682. Disponível em: <https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO4682>. Epub 28 Out 2019. ISSN 2317-6385. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO4682.
- Souza, Y.; Faro, A. (2018). Predileção, expectativa e experiência de parto: o que pensam grávidas e primíparas?. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 19(2), 243-254. <https://doi.org/10.15309/18psd190207>.
- Souza, E. D. C (2009) Representações Sociais de Gestantes que frequentam pré-natal de alto risco. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Mato Grosso, Campo Grande. Recuperado em 24-11-2020, de <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp088656.pdf>
- Tedesco, J.J. (1998). Aspectos emocionais da gravidez de alto risco. In: Tedesco, J. J.: Zugaib, M.: Quayle, J. (editores). *Obstetrícia psicossomática*. (p. 99-108). São Paulo: Atheneu.
- Teixeira, E.T.N. (1999). Adiamento da maternidade: ser mãe depois dos 35 anos. 77p. Dissertação (Mestrado em ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Teixeira, José A. Carvalho. (2008). Psicologia da Saúde Crítica: Breve revisão e perspectiva existencialista. *Análise Psicológica*, 26(2), 335-345. Recuperado em 05 de novembro de 2019, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-8231200800200013&lng=pt&tIng=pt.
- Tostes, N. A, & Seidl, E. M. F. (2016). Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. *Temas em Psicologia*, 24(2), 681-693. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2016.2-15>

- Vasconcellos, M. T. L., Silva, P. L. N., Pereira, A. . E., Schilithz, A. O. C., Junior, P. R. B. S., & Szwarcwald, C. L. (2014) Desenho da amostra Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre parto e nascimento. *Caderno de Saúde Pública*, 30,S49-S58. doi: 10.1590/0102-311X00176013.
- Vieira, C. de L. V., Barreto, M. da S. B., Marquete, V. F., Souza, R. R de S., Ficher, M. M. J. B. (2019). Vulnerabilidade da gravidez de alto risco na percepção de gestantes e familiares. *Rev Rene*, Vol 20. DOI: 10.15253/2175-6783.20192040207
- Xavier, R. B. et al. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2013, v. 18, n. 4 [Acessado 23 Novembro 2021] , pp. 1161-1171. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000400029>>. Epub 07 Maio 2013. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000400029>.

APÊNDICES**Apêndice A - Entrevista Semiestruturada****Questionário Sociodemográfico:****Nome:** _____

Idade: 18-30 anos () 31-40 anos () 41-50 anos () 51-60 anos () 61 anos ou mais ()

Cor/Etnia: (assinale com um x a opção correspondente)

() Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena () Não declarada

Estado Civil: (assinale com um x a opção correspondente)

() Solteira () Casada () Divorciada/Separada () Viúva () Outros

Filhos: (assinale com um x a opção correspondente)

Primeiro filho () Dois () Três () Quatro () Cinco ou mais ()

Escolaridade: (assinale com um x a opção correspondente)

Sem grau de instrução () Ens. Fund. Incompleto () Ens. Fund. Completo ()

Ens. Médio incompleto () Ens. Médio Completo () Graduação ()

Graduação incompleta () Pós-graduação ()

Profissão ou ocupação: _____**Nível socioeconômico:** (assinale com um x a opção correspondente)

Renda em salários mínimos:

Menos de um () De um a dois () De dois a três () De três a quatro ()

De quatro a cinco () Mais que cinco () Sem renda () Dependente familiar ()

Diagnóstico médico: _____**Tempo de gestação:** _____

Apêndice B - Roteiro de Entrevista

- Eu queria saber um pouquinho sobre a história da sua gestação. Poderias me contar?
- Como é estar grávida na pandemia de covid?
- Como está sendo seu pré-natal? O que você acha dos cuidados que tem recebido no pré-natal? poderia ter alguma coisa diferente?
- Como você tem enfrentado esse momento de gestação na pandemia?
- Como você está emocionalmente?
- Quem tem te dado suporte?
- Quando você recebeu o diagnóstico de alto risco? Como você se sentiu? E hoje, como está? E seu companheiro, o que ele falou ou sentiu quando soube? E sua família?
- Você tem pensado sobre o parto? (ou já pensou?) O que vem à tua cabeça? Tem alguma preocupação?
- Quem vai estar contigo?
- Como você imagina seu parto? (como você gostaria que fosse).
- Qual é a sua expectativa para o momento do parto?
- Você conversa com sua família sobre o parto? com quem? o que eles falam?
- Você tem alguma história de parto complicada em sua família?
- quem mais fala de parto para você? sobre o que fala?
- Como você acha que é o parto normal? Me conta tudo o que você sabe.
- E o parto cesárea?
- Alguém que você conhece já teve gravidez de risco?
- Alguém que você conhece já teve bebê em algum hospital em Campina Grande? Como foi a experiência?
- Você fez algum plano de parto no pré-natal?
- Você tem alguma preferência por via de parto? Qual? Por que?
- O que te levou a escolher essa via de parto?
- Qual local você escolheu para ter neném? Você tem alguma preocupação em relação ao parto?

Apêndice C – Termo De Autorização Institucional



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
CNPJ: 24.513.574/0001-21

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da realização do projeto intitulado: **Representações sociais do parto na gravidez de alto risco**, desenvolvido por: **Rayane Dantas Dos Santos**, discente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde - PPGPS do Centro De Ciências Biológicas E Da Saúde – CCBS da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, sob a orientação e responsabilidade da docente: **Profa. Dra. Sibelle Maria Martins de Barros**. O projeto será realizado na modalidade remota pelo Google Meet, **com as gestantes usuárias do pré-natal de alto risco do ISEA.**

Destaco que é de responsabilidade dos pesquisadores a realização de qualquer procedimento metodológico, bem como o cumprimento da Resolução 466/12. Após a realização apresentar o resultado final ao local da pesquisa ou a esta diretoria.

Informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Campina Grande – PB, fica condicionada a **apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa**, devidamente credenciada junto a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP ao serviço que receberá a pesquisa antes do início da mesma.

Campina Grande, 29 de Abril de 2021.

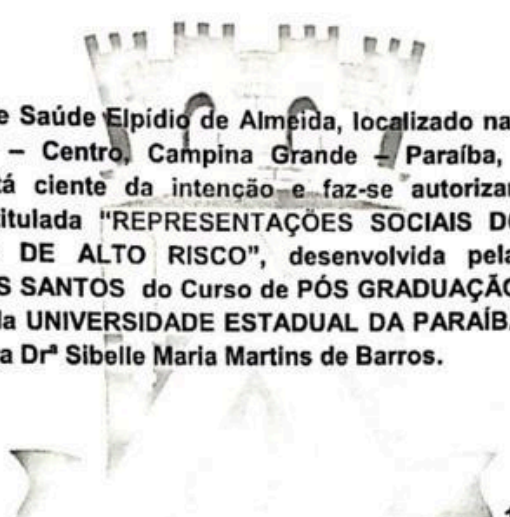
Atenciosamente,

Raquel Brito de F. Melo Lula
COORDENAÇÃO DE EDUCAÇÃO

Raquel B. F. Melo Lula
Raquel Brito de Figueiredo Melo Lula
(Coordenação de Educação na Saúde)

Sibelle Maria Martins de Barros
Sibelle Maria Martins
Assessoria Técnica -
Coordenação NUPEP -
ISEA.

(Direção do ISEA)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL (TAI)

O Instituto de Saúde Elpidio de Almeida, localizado na Rua Vila Nova da Rainha, 147 – Centro, Campina Grande – Paraíba, 58400-220, CNES 2362287, está ciente da intenção e faz-se autorizar a realização da pesquisa intitulada "REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PARTO ENTRE GESTANTES DE ALTO RISCO", desenvolvida pela aluna RAYANE DANTAS DOS SANTOS do Curso de PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE da UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA, sob orientação da Professora Dr^a Sibelle Maria Martins de Barros.

10 de maio de 2021



ANA LUIZA DE OLIVEIRA MARTINS
Assessoria Técnica
Coordenação NUPEP
- ISEA -

Ana Luiza de Oliveira Martins**Coordenação – NUPEPE/ISEA**

Apêndice D – Termo De Consentimento Livre E Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PARTO ENTRE GESTANTES DE ALTO RISCO”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PARTO ENTRE GESTANTES DE ALTO RISCO terá como objetivo geral “Analisar as representações sociais de parto entre gestantes de alto-risco, nulíparas e múltiparas”.

- Ao voluntário só caberá a autorização para responder a um questionário misto e a uma entrevista.
- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa

incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

- Sendo essa uma pesquisa que pretende analisar as representações sociais do parto entre gestantes de alto risco, não realizará qualquer intervenção que modifique variáveis fisiológicas, sociais e psicológicas, avalia-se, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que os riscos desse estudo são mínimos. Como benefício da pesquisa destaca-se a contribuição para a produção científica nos campos da Psicologia da Saúde, Representações Sociais e Saúde Coletiva no que diz respeito às demandas das mulheres gestantes de alto risco e à qualidade da assistência nos serviços obstétricos. Essa pesquisa também pretende contribuir no campo da Saúde Pública a respeito da escolha da via de parto, uma vez que a taxa de cesáreas no Brasil já é considerada problemática e as representações sociais do parto incidem diretamente nessa decisão. A pesquisa pretende suscitar discussões sobre as práticas de promoção, prevenção e proteção às gestantes de alto risco, fazendo com que estas tenham um atendimento humanizado.


- Diante do contexto de pandemia e riscos inerentes ao contato social, foi desenvolvida uma metodologia via internet para a coleta de dados, com o intuito de contemplar os objetivos da pesquisa e manter o isolamento social do grupo de risco que são as gestantes de alto risco. A metodologia funcionará através de entrevista online e, tendo em vista sua extensão, não acarretará cansaço às gestantes. No momento da entrevista a pesquisadora deixará claro que, caso haja algum desconforto emocional, a participante poderá solicitar escuta psicológica.

- Será aplicado um formulário e realizada uma entrevista, na modalidade virtual. No formulário online serão coletados dados clínicos e sociodemográficos e a entrevista será gravada e posteriormente transcrita, para que se possa analisar, através dos discursos, a representação social do parto. Utilizar-se-á entrevista

semiestruturada que será guiada por um roteiro que permitirá a compreensão dos sentidos e posicionamentos a respeito das expectativas do parto, experiências anteriores e a gestação no alto risco.

- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 996080581 com RAYANE DANTAS DOS SANTOS.
- Ao final da pesquisa, se for de interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.


Rayane Dantas dos Santos
Psicóloga
CRP 13/8276

Assinatura da pesquisadora responsável

Assinatura do Participante

Assinatura dactiloscópica do participante da pesquisa

(OBS: utilizado apenas nos casos em que não seja possível a coleta da assinatura do participante da pesquisa).

Apêndice E – Termo De Autorização Para Gravação De Voz

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ - TAGV

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PARTO ENTRE GESTANTES DE ALTO RISCO poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, AUTORIZO, por meio deste termo, a pesquisadora RAYANE DANTAS DOS SANTOS a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso da pesquisadora acima citada em garantir-me os seguintes direitos:


1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988.
5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade da pesquisadora coordenadora da pesquisa RAYANE DANTAS DOS SANTOS, e após esse período, serão destruídos e,
6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da

Saúde/Comissão 135 Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande, ___/___/_____.

Assinatura do participante da pesquisa


Rayane Dantas dos Santos
Psicóloga
CRP 13/8276

Assinatura e carimbo do pesquisador responsável

ANEXOS

Anexo A – Parecer Do Comitê De Ética E Pesquisa Da Uepb

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PARTO ENTRE GESTANTES DE ALTO RISCO

Pesquisador: RAYANE DANTAS DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 46665321.8.0000.5187

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.749.331

Apresentação do Projeto:

Lê-se: página 03 e 20

A experiência do parto na gestação de alto risco é uma vivência que abrange questões psicológicas, biológicas e sociais. O momento do parto gera grandes expectativas, principalmente em se tratando de mulheres na gestação de alto risco. Considerando que os significados são construídos socialmente, esse estudo pretende apreender as representações sociais do parto entre as gestantes de alto risco - primíparas e multiparas - que realizam o pré-natal no Instituto de Saúde Elpidio de Almeida – ISEA. O delineamento da pesquisa será transversal, descritiva, analítica e sua abordagem será de cunho qualitativo. Tendo em vista as recomendações de distanciamento social provenientes da pandemia da COVID-19, a coleta será feita de forma virtual através de entrevista online. Os dados coletados nas respostas registradas serão analisados por meio da análise de conteúdo temática proposta por Bardin. Com os resultados da pesquisa pretende-se contribuir para traçar planos de promoção e prevenção à saúde obstétrica no município, subsidiando ações do pré-natal de alto risco voltadas ao tema parto. As respostas registradas serão analisadas por meio da análise de conteúdo temática. Oliveira (2008) considera que, em sua aplicação, a análise de conteúdo permite o acesso de diversos conteúdos, estando estes explícitos ou não no texto, como o contexto político ao qual o discurso está implicado, a moralidade de determinada época, a análise das representações sociais sobre determinado objeto, entre outros. De acordo com Bardin (2011), a análise de conteúdo passa pelas seguintes fases: a) leitura

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
 Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753
 UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
 Telefone: (83)33 15-3373 Fax: (83)33 15-3373 E-mail: cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 4749331

flutuante; b) recorte do texto; c) codificação das unidades de registro; d) e referenciação dos índices e elaboração dos indicadores. A partir disso, a autora define a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que buscam inferir conhecimentos relativos às condições de produção e de recepção do conteúdo das mensagens, através de indicadores quantitativos ou qualitativos. Dessa forma: "fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido" (Bardin, 2011, p.135).

Objetivo da Pesquisa:

Lê-se: página 08

OBJETIVO GERAL

Analisar as representações sociais de parto entre gestantes de alto-risco, primíparas e múltiparas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os tipos que partos existentes, segundo as gestantes;
- Descrever as representações sociais dos diferentes tipos de parto mencionados pelo grupo pesquisado entre as participantes;
- Identificar as fontes de informação sobre os tipos de parto, incluindo os familiares;
- Compreender como as diferentes representações sociais articulam-se às expectativas, sentimentos e práticas relacionadas ao momento do parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Lê-se: página 08 e 09

RISCOS

Sendo essa uma pesquisa que pretende analisar as representações sociais do parto entre gestantes de alto risco, não realizará qualquer intervenção que modifique variáveis fisiológicas, sociais e psicológicas, avalia-se, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que os riscos desse estudo são mínimos. No entanto, diante do contexto de pandemia e riscos inerentes ao contato social, foi desenvolvida uma metodologia via internet para a coleta de dados, com o intuito de contemplar os objetivos da pesquisa e manter o isolamento social do grupo de

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
 Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753
 UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
 Telefone: (83)33 15-3373 Fax: (83)33 15-3373 E-mail: cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 4.749.331

risco que são as gestantes de alto risco. A metodologia funcionará através de entrevista online e, tendo em vista sua extensão, não acarretará cansaço às gestantes. No momento da entrevista a pesquisadora deixará claro que, caso haja algum desconforto emocional, a participante poderá solicitar escuta psicológica.

BENEFÍCIOS

Como benefício da pesquisa destaca-se a contribuição para a produção científica nos campos da Psicologia da Saúde, Representações Sociais e Saúde Coletiva no que diz respeito às demandas das mulheres gestantes de alto risco e à qualidade da assistência nos serviços obstétricos. Essa pesquisa também pretende contribuir no campo da Saúde Pública a respeito da escolha da via de parto, uma vez que a taxa de cesáreas no Brasil já é considerada problemática e as representações sociais do parto incidem diretamente nessa decisão. A pesquisa pretende suscitar discussões sobre as práticas de promoção, prevenção e proteção às gestantes de alto risco, fazendo com que estas tenham um atendimento humanizado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância científica e social e, portanto, todas as exigências do CEP acerca da documentação a ser apresentada foram contempladas. O cumprimento das exigências atenua possíveis atrasos no desenvolvimento da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto: anexada e adequada;
- TAI: Termos de Autorização Institucional: anexados e adequados;
- Declaração de concordância com projeto de pesquisa: anexada e adequada;
- TCPR: Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável: anexado e adequado;
- TAGV: Termo de Autorização para Gravação de Voz: anexado e adequado;
- TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: anexado e adequado;
- Instrumentos de coleta de dados: anexados e adequados.

Recomendações:

- Após o término da pesquisa, o pesquisador deverá apresentar o relatório final.

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
 Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753
 UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
 Telefone: (83)33 15-3373 Fax: (83)33 15-3373 E-mail: cep@setor.uspb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 4.749331

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise do protocolo do projeto e dos documentos encaminhados e corrigidos, observou-se que foram apresentadas as informações necessárias, portanto somos de parecer favorável para aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|--------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1471391.pdf | 26/05/2021 21:49:59 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_FINAL_Rayane.pdf | 26/05/2021 21:48:50 | RAYANE DANTAS DOS SANTOS | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf | 26/05/2021 19:49:30 | RAYANE DANTAS DOS SANTOS | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaDeRostoRAYANE.pdf | 11/05/2021 09:51:21 | RAYANE DANTAS DOS SANTOS | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Termo_de_compromisso_Rayane.pdf | 10/05/2021 22:16:31 | RAYANE DANTAS DOS SANTOS | Aceito |
| Declaração de concordância | Termo_de_concordancia.pdf | 10/05/2021 22:13:17 | RAYANE DANTAS DOS SANTOS | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | TAI.pdf | 10/05/2021 21:48:15 | RAYANE DANTAS DOS SANTOS | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 01 de Junho de 2021

Assinado por:
Dóris Nóbrega de Andrade Laurentino
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Barúnas, 351- Campus Universitário
 Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753
 UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
 Telefone: (83)33 15-3373 Fax: (83)33 15-3373 E-mail: cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 4.749331

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)33 15-3373 Fax: (83)33 15-3373 E-mail: cep@setor.uepb.edu.br