



Representações sociais de mulheres grávidas sobre a gestação de alto risco: repercussões para assistência pré-natal*

Social representations of pregnant women about high-risk pregnancy: repercussions for prenatal care
Representaciones sociales de gestantes sobre el embarazo de alto riesgo: repercusiones para el prenatal

Como citar este artigo:

Pereira AA, Rodrigues ILA, Nogueira LMV, Palmeira IP, Nunes HHM, Andrade EGR, Silva FO. Social representations of pregnant women about high-risk pregnancy: repercussions for prenatal care. Rev Esc Enferm USP. 2023;57:e20220463. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0463en>

- Alexandre Aguiar Pereira¹
- Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues²
- Laura Maria Vidal Nogueira²
- Iací Proença Palmeira²
- Heliana Helena de Moura Nunes³
- Erlon Gabriel Rego de Andrade¹
- Fabiane Oliveira da Silva¹

* Extraído da dissertação: “Representações sociais de mulheres grávidas sobre a gestação de alto risco”, Universidade do Estado do Pará, 2021.

¹ Universidade do Estado do Pará, Escola de Enfermagem Magalhães Barata, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Belém, PA, Brasil.

² Universidade do Estado do Pará, Escola de Enfermagem Magalhães Barata, Departamento de Enfermagem Comunitária, Belém, PA, Brasil.

³ Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Programa de Pós-Graduação em Gestão e Saúde na Amazônia, Belém, PA, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze the Social Representations of pregnant women about high-risk pregnancy and its repercussions for prenatal care. **Method:** Qualitative study, based on the procedural aspect of the Theory of Social Representations, carried out with 62 high-risk prenatal pregnant women at a High Complexity Maternity, in Belém, PA, Brazil. Data from semi-structured interviews were processed by the *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*. **Results:** Four categories emerged, in which three dimensions of the Theory composing the genesis of Social Representations are considered: the affective dimension, the biological dimension and the sociocultural dimension. **Conclusion:** Affects, negative feelings, and adaptations were revealed, with high-risk pregnancy being represented as an unusual and uncomfortable event, influenced by common sense and science, communication means, and dialogues with health professionals, with family support being considered of paramount importance. and prenatal care a propitious moment for establishing bonds with the health professional, seen as essential for their adherence to the care offered.

DESCRIPTORS

Pregnancy, High-Risk; Prenatal Care; Psychology, Social; Maternal-Child Nursing; Secondary Care.

Autor correspondente:

Alexandre Aguiar Pereira
Avenida José Bonifácio, 1289, São Brás
66063-075 – Belém, PA, Brasil
alexandre_ap22@hotmail.com

Recebido: 05/01/2023
Aprovado: 20/07/2023

INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico, momento de grandes mudanças físicas e emocionais para a mulher. Sua evolução, geralmente, se dá sem intercorrências. Entretanto, cerca de 20% das gestações apresentam probabilidade de evolução desfavorável para o binômio mãe-bebê⁽¹⁾.

Nesse contexto, configura-se a gestação de alto risco (GAR), entendida como uma série de condições clínicas, obstétricas e sociais inesperadas, associadas ao perigo real ou potencial à gravidez, exigindo mudanças no estilo de vida, suporte técnico e/ou hospitalização⁽²⁾, acompanhamento especializado, identificação precoce de problemas relacionados às condições clínicas, socioeconômicas e demográficas e oferta de procedimentos diagnósticos e terapêuticos perinatais satisfatórios⁽¹⁾.

Com a finalização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em 2015, constatou-se o não alcance da redução em 70%, desde 1990, da Razão da Mortalidade Materna (RMM) na maioria dos países, incluindo o Brasil, que a reduziu em torno de 50%. Nesse ano, as cinco regiões brasileiras apresentaram tendência decrescente da RMM, exceto a Região Norte, sendo que o Pará apresentou uma das maiores, 72,9/100 mil nascidos vivos⁽³⁾, reforçando o quanto a mortalidade materna configura-se como um desafio para o Estado.

Em 2021, o país registrou uma taxa de 107,53 mortes a cada 100 mil nascidos vivos, conforme dados preliminares do Ministério da Saúde mapeados pelo Observatório Obstétrico Brasileiro. Em 2019, essa taxa era de 55,31 a cada 100 mil nascidos vivos, enquanto em 2020, este mesmo número saltou para 71,97 mortes, o que já representou um aumento de quase 25% em relação ao ano anterior⁽⁴⁾.

Devido aos altos coeficientes de mortalidade materno-infantil, a assistência pré-natal tem merecido destaque no Brasil, com estabelecimento do plano de cuidados, compartilhamento das ações, trabalho em equipe e efetiva negociação do cuidado com a gestante⁽⁵⁾, preconizando-se o atendimento da gestante de risco no pré-natal de alto risco (PNAR) por equipe multidisciplinar, que inclui o enfermeiro⁽⁶⁾. Contudo, apesar de as políticas públicas, voltadas à gestação de risco, avançarem na prestação de serviço assistencial, esta evolui embasada no modelo biomédico⁽⁷⁾.

Por sua complexidade, a GAR não deve ser compreendida somente nos aspectos biológicos, como a determinação de causas, consequências e tratamento das intercorrências, mas na sua dinâmica social, que envolve a mulher e seus processos de construção do conhecimento, comportamentos, crenças, comunicação e os sentidos que agregam valor aos fenômenos com os quais elas irão se deparar no momento dessa gravidez⁽⁸⁾.

No ciclo vital da mulher, a gravidez é um período que demanda mudanças no papel social, reajustamentos pessoais, adaptações físicas e emocionais, afetando-as profundamente, seus parceiros e familiares⁽⁸⁾, principalmente quando está associada a intercorrências, configurando-se como fenômeno de Representações Sociais (RS).

A Teoria das Representações Sociais (TRS) mostra as RS como conhecimento do senso comum, saber prático construído e compartilhado na sociedade ou grupo, com a finalidade de construção de uma realidade comum a todos os indivíduos a ele pertencentes, intermediando as relações sociais com as esferas

macro (sociedade) e micro (indivíduo), tais como condutas, comunicações e identidade⁽⁹⁾.

O objeto para gerar RS deve apresentar relevância cultural e social, o que significa estar no cotidiano dos indivíduos, como vivência prática do grupo⁽¹⁰⁾. Portanto, entende-se que investigar a GAR, a partir das representações construídas e partilhadas socialmente pelas gestantes, pode subsidiar a compreensão das repercussões dessas RS para adesão ao PNAR. Assim, estabeleceu-se como objetivo analisar as Representações Sociais de mulheres grávidas sobre a gestação de alto risco e suas repercussões para assistência pré-natal.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

Pesquisa qualitativa, fundamentada na vertente processual da TRS, teoria de caráter psicossocial que permitiu desvendar a realidade do outro, acessar seus modos de agir e pensar sobre o fenômeno, entender os sentidos atribuídos e explicações produzidas, possibilitando a apreensão de comportamentos adotados no cotidiano⁽¹⁰⁾. A construção do manuscrito seguiu as recomendações do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*⁽¹¹⁾.

LOCAL

Serviço de Pré-Natal de Alto Risco (PNAR), da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), localizado na cidade Belém, PA, Brasil, referência no Estado, que atende gestantes encaminhadas dos 144 municípios do Pará, oriundas da rede básica e especializada, ofertando atendimento por equipe multiprofissional.

POPULAÇÃO E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Participaram 62 gestantes, selecionadas por conveniência, atendidas nos horários matutino e vespertino, adotando-se amostragem por saturação teórica. Consideraram-se critérios de inclusão: grávidas maiores de 18 anos, cadastradas no PNAR, independentemente da idade gestacional (IG) e número de gestações, que apresentassem condições físicas e mentais para responder à entrevista.

Excluíram-se gestantes em triagem do PNAR, as com diagnóstico de incompatibilidade de vida fetal, pelas implicações emocionais que envolvem essas gestações, e gestantes menores de 18 anos, uma vez que essas são atendidas no programa de atendimento e proteção para crianças e adolescentes (PROPAZ), comumente vítimas de violência sexual, o que acarreta forte impacto emocional.

COLETA DE DADOS

A produção dos dados ocorreu de maio a julho de 2021, executada exclusivamente pelo pesquisador responsável, o qual não mantinha vínculo institucional, trabalhista ou pessoal com a instituição e/ou com profissionais que nela atuavam. O pesquisador foi apresentado à equipe do PNAR pela gerência do Ambulatório, para facilitar a abordagem das gestantes no local e a cessão de espaço para realizar as entrevistas individuais, no intuito de manter o conforto e a privacidade das participantes.

Em dias consecutivos, apresentou-se a pesquisa às gestantes reunidas em pequenos grupos nos ambientes do PNAR e, com aquelas que atenderam aos critérios de elegibilidade, verificados cuidadosamente pelo pesquisador responsável, realizou-se o convite individual para participação, abordando-as antes ou depois das consultas para não interferir em seu atendimento. Mediante o aceite, as entrevistas foram realizadas no mesmo dia ou foram agendadas para ocorrer segundo a disponibilidade das participantes e do pesquisador, em sala previamente reservada.

As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos e foram gravadas em formato MP3, mediante autorização prévia. Utilizou-se formulário semiestruturado, elaborado pelo pesquisador, para caracterizar o perfil sociodemográfico e obstétrico das gestantes, buscando conhecer sua pertença, e para explorar o objeto de estudo, por meio de perguntas abertas.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os depoimentos transcritos constituíram o *corpus*, posteriormente processado por meio do *software* IRaMuTeQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), versão 0.7, *alpha 2*, programa de processamento e análise de dados textuais. Optou-se pela Classificação Hierárquica Descendente (CHD), considerando as palavras que apresentaram qui-quadrado (χ^2) com valores de significância de $p \leq 0,01^{(12)}$. O *software* organizou o dendrograma, relacionando as classes, e forneceu resultados a partir da descrição de cada uma delas, principalmente pelo vocabulário presente nos seguimentos de texto (ST), permitindo posterior organização das classes em categorias temáticas.

A análise e interpretação embasaram-se nos conceitos de Ancoragem, que busca agregar uma ideia, até então desconhecida, em um contexto familiar, e Objetivação, que busca tornar o imaterial em material, ou seja, a “materialização” do abstrato, processos fundamentais de elaboração das RS⁽⁹⁾.

ASPECTOS ÉTICOS

Atendeu-se à Resolução n° 466/2012, com aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Magalhães Barata, da Universidade do Estado do Pará (UEPA), sob parecer n° 4.397.267/2020, e da FSCMPA, parecer n° 4.428.991/2020. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido previamente às entrevistas, declarando seu aceite formal, momento em que o pesquisador esclareceu dúvidas quanto à forma de participação, aos riscos e benefícios da pesquisa. Garantiu-se o sigilo da identidade, por meio do uso de código alfanumérico formado pela letra G, de “gestante”, seguida do número cardinal que indica a ordem das entrevistas.

RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E OBSTÉTRICA DAS PARTICIPANTES

Partindo do entendimento que para estudos que discutem as RS importa conhecer a pertença dos participantes, caracterizaram-se as gestantes que participaram do estudo, para a compreensão de quem eram e de onde falavam, apreendendo

as suas nuances e peculiaridades, bem como o contexto que deu contornos ao que disseram sobre o objeto de estudo⁽¹⁰⁾.

Dentre as 62 participantes, 37 (59,7%) residiam na Região Metropolitana, principalmente na capital Belém (24/38,7%), e 25 (40,3%) em outros municípios paraenses. Predominou a faixa etária de 18 a 28 anos (30/48,4%), 37 (59,7%) em união estável, 38 (61,2%) evangélicas, com ensino médio completo (30/48,4%) e 48 (77,4%) autointitularam-se pardas. A maioria (36/58,1%) era dona de casa, com renda pessoal/familiar mensal de um salário mínimo (26/41,9%).

Quanto às características obstétricas, na IG predominou 20 a 30 semanas (28/45,2%), a maioria multigesta e multipara (46/74,2%). Sobre os diagnósticos associados ao risco gestacional, predominaram as patologias maternas (29/46,8%), especialmente doenças hipertensivas (12/19,3%) e diabetes gestacional (9/14,5%), seguidas, respectivamente, das patologias e malformações fetais (18/29%), como onfalocelo, hidrocefalia, cardiopatia congênita, dentre outros, e dos históricos de mau passado obstétrico (15/24,2%), como abortos, partos prematuros, óbito fetal intraútero e cesarianas de repetição.

APRESENTAÇÃO DAS CLASSES/CATEGORIAS

Do *corpus* organizaram-se 62 textos, que após rodagem no IRaMuTeQ desdobraram-se em 705 ST. Foram analisadas 24.108 ocorrências de palavras, média de 34,19 ocorrências por segmento. A partir da CHD, o *software* gerou cinco classes por meio de dendrograma, com aproveitamento de 75,60% dos depoimentos (Figura 1).

Para melhor apresentação dos resultados e discussão à luz da TRS, as classes foram identificadas de acordo com três dimensões, mediante os contextos que emergiram das palavras com maior significância (qui-quadrado), descritas conforme as concepções da TRS sobre a gênese das diferentes dimensões constituintes do sujeito^(9,10): afetiva (atuação de sentimentos, afetos e valores); biológica (funcionamento cerebral e fisiológico) e sociocultural (influência do contexto social, linguagem, crenças e comunicação), compondo-se as RS sobre a GAR.

Assim, as classes 1 e 4 compuseram a dimensão afetiva, a classe 2 a dimensão biológica e as classes 3 e 5 a dimensão sociocultural, permitindo a formação de quatro categorias: Saberes e significados atribuídos à gestação de alto risco (dimensão afetiva); Medo do futuro e importância do apoio familiar (dimensão afetiva); Mudanças nos hábitos de saúde e cotidiano (dimensão biológica); e Pré-natal de alto risco: desafios e significações da gestação de alto risco (dimensão sociocultural).

CATEGORIA 1: SABERES E SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO (DIMENSÃO AFETIVA)

Esta categoria emergiu da classe 1, formada por 91 ST (17,07%) e 16 palavras representativas (com maior frequência – f) e com maior força (teste qui-quadrado – χ^2). Apresenta a compreensão e imaginário atribuídos a GAR, a partir de seu entendimento sobre ela e experiências adquiridas na gestação, bem como as repercussões biopsicossociais em seu cotidiano, mencionadas como inerentes ao risco gestacional, destacando também a realidade em que viviam, os processos experienciados por elas e os saberes sobre a GAR atrelados a manifestações físicas/emocionais e como interferiam em sua rotina.

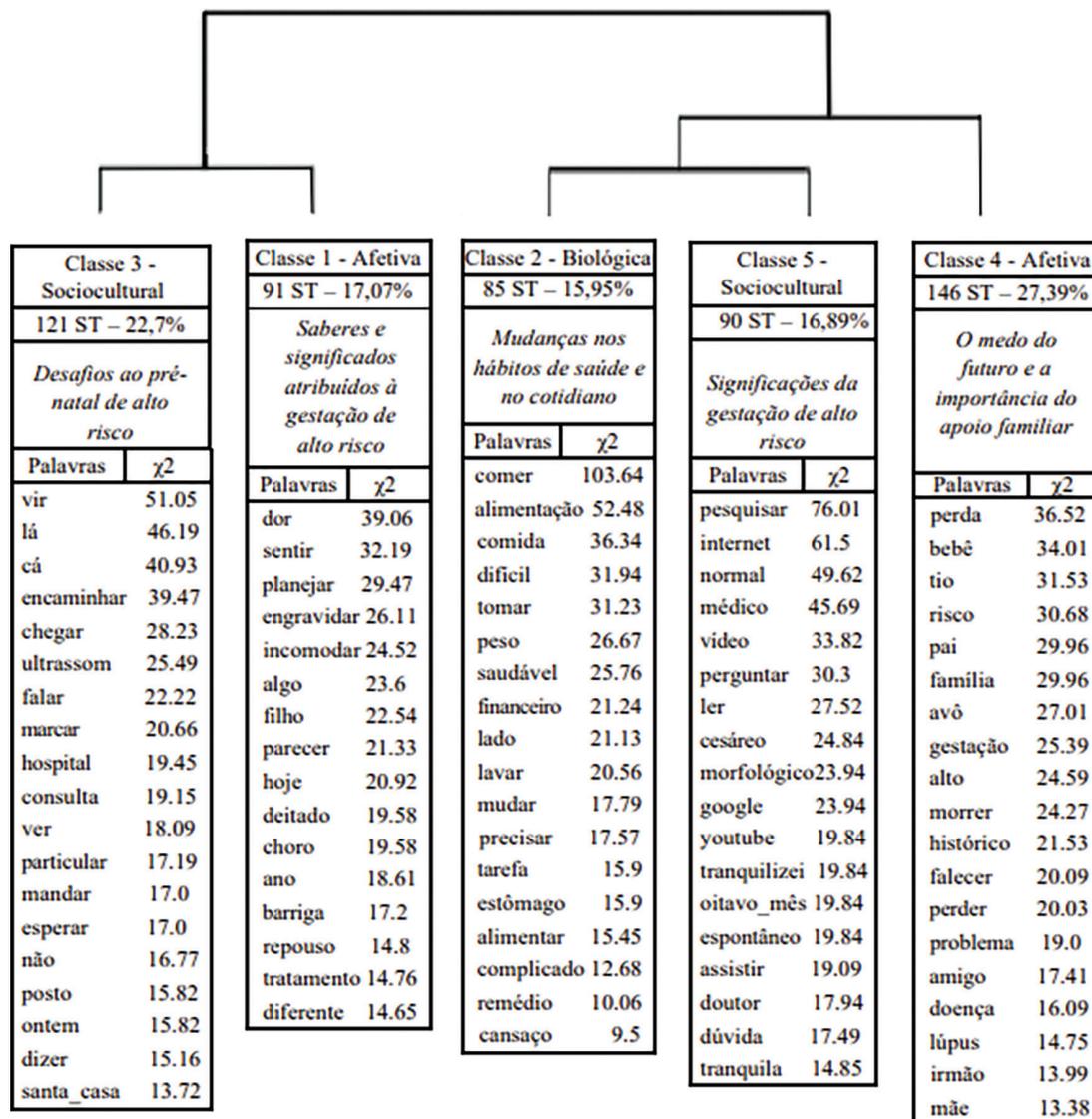


Figura 1 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente do corpus “Representações Sociais de mulheres grávidas sobre a gestação de alto risco”. Belém, Pará, Brasil, 2022.

A força de palavras dor ($\chi^2 = 39,06$), sentir ($\chi^2 = 32,19$), planejar ($\chi^2 = 29,47$), engravidar ($\chi^2 = 26,11$) e incomodar ($\chi^2 = 24,52$) ilustraram os significados dessa gestação, retratada como intimamente ligada ao que sentiam e experienciavam. Relataram a dor física como negativa para o bem-estar e saúde perinatal, gerando incômodos para a gestante e tornando-a menos prazerosa, explicando as complicações geradas e seus múltiplos efeitos:

O que mudou é porque, nessa aqui [referindo-se à gestação atual], eu fico mais parada! Eu sinto dor em todo canto, nas costas, na outra eu andava até de bicicleta depois de engravidar; nessa, não consigo nem andar de pé, fico em pé um pouquinho e começa a dar tontura na cabeça. (G16)

Minha vida, minha rotina, mudou porque eu fico estressada, não tenho muita paciência, choro, começo a sentir dor em todo canto, pelo corpo. Minha vida é ficar sentada ou deitada, até para vir para cá tem que planejar. Me mandaram e eu tenho que vir, mas é cansativo, incomoda, fico toda doída. (G40)

A palavra choro ($\chi^2 = 19,58$) mostrou quão significativo pode ser para elas o diagnóstico de alto risco, gerando sentimentos negativos e de tristeza. Ao vivenciarem esse processo, lidaram com as transformações características da gestação potencializadas diante do risco gestacional:

As meninas [da equipe de enfermagem] conversaram muito comigo no primeiro dia! Eu só vivia chorando, olhava para meus filhos e o choro vinha, e isso estava prejudicando a criança, porque eu sentia muita dor no útero. (G60)

[...] Minha gestação aqui é muito diferente das outras, tudo diferente! Eu já me senti muito doente nessa aqui, sinto mal-estar, sinto vômito, choro, é horrível! (G2)

Frente aos significados da GAR, construíram suas representações perante a ancoragem em afetos e sentimentos negativos, sendo que a dor denotou limitação e desconfortos, e o choro a tristeza, dando significado ao objeto. Nesse entendimento, a

GAR foi representada como um conjunto de sentimentos e sensações, dotado de singularidades e subjetividades distintas daquelas experienciadas anteriormente.

CATEGORIA 2: MEDO DO FUTURO E IMPORTÂNCIA DO APOIO FAMILIAR (DIMENSÃO AFETIVA)

A classe 4, formada por 146 ST (27,39%) e 19 palavras representativas, originou a categoria sobre os medos manifestados por elas em relação a possibilidade de morrer, a perda do bebê e reviver experiências negativas, além do papel da família como suporte para os momentos de dificuldades impostos à situação inusitada.

Os depoimentos mostraram a GAR associada à evolução desfavorável da gravidez, afetando diretamente a saúde da gestante e do feto. Passaram a pensar sobre um futuro incerto, a possibilidade de morte, fazendo com que se sentissem angustiadas e impotentes para salvar o bebê:

Eu tenho que ter cuidado, por causa da pressão alta, posso morrer! Até agora, meu maior medo, sei lá, é de morrer, de acontecer alguma coisa comigo, se minha gestação não for até o final. (G50)

É essa coisa que não sai da minha cabeça, dizendo que eu não vou ter força para ter esse menino, que eu vou morrer na sala de cirurgia, porque eu pretendo me operar, estou sofrendo com isso, [...] falei para o médico que estou sentindo muito aceleração no meu coração, acho que essa ansiedade está me matando. (G11)

Destaca-se que as explicações se ancoraram em memórias traumáticas experienciadas em outras gestações, associadas à morte/perda do bebê e impossibilidade de sustentar a gravidez, representando o medo da perda à possibilidade de reviver experiências negativas, expressado nas palavras perda ($\chi^2 = 36,52$), bebê ($\chi^2 = 34,01$) e histórico ($\chi^2 = 21,53$):

É uma experiência diferente da outra, que foi só um bebê! Tenho medo porque é novo, na hora de ter, até hoje eu tenho medo de ganhar eles [referindo-se aos bebês], a gente não sabe como vai ser. (G12)

Porque eu fiquei muito preocupada de acontecer novamente, só que está sendo bem diferente. Do meu primeiro [bebê], eu perdi, a minha barriga não cresceu. Agora eu preciso de um tratamento mais específico do que nas outras [gestações], porque já tenho um histórico de perda. (G7)

Ao vislumbrarem o futuro da gestação e do parto, destacaram o medo do bebê nascer com problemas de saúde, expressos nas palavras bebê ($\chi^2 = 34,01$), problema ($\chi^2 = 19,0$) e doença ($\chi^2 = 16,09$). Elaboraram um imaginário de bebê saudável e perfeito durante a gravidez, representados por fantasias e desejos, imagem bruscamente quebrada com o diagnóstico de alto risco, fazendo com que ressignificassem a gestação como um todo e a construção imagética do bebê:

[...] Fiquei preocupada com o bebê! Fiquei preocupada, assim, não é uma gravidez que planejei, não queria que fosse desse jeito, mas também não recusei, mesmo quando descobri os riscos, eu estou amando a criança, então não quero fazer mal algum a ela e também não quero que ela tenha nenhum problema. (G24)

Fiquei com muito medo! Porque esperava que fosse tudo normal, agora não sei como é que vai ser, de vir uma criança com doença, porque já tenho um filho e ele é muito novo também. (G59)

Diante da preocupação e receios, destacaram a importância da família, vista como alicerce para enfrentamento das dificuldades. Palavras como tio ($\chi^2 = 31,53$), pai ($\chi^2 = 29,96$), família ($\chi^2 = 29,96$), avô ($\chi^2 = 27,01$), irmão ($\chi^2 = 13,99$) e mãe ($\chi^2 = 13,38$) apresentaram sua rede de apoio familiar, reiterando que esta trazia a sensação de segurança e tranquilidade. Ficaram evidentes os efeitos dessa gestação sobre elas e sua teia social, especialmente dos mais próximos à sua pertença, mostrando a família como suporte para enfrentamento das adaptações, dificuldades e ressignificação dessa realidade:

Minha mãe é tudo para mim, ela que está fazendo a minha comida, ela é cozinheira, então ela está fazendo comida mais saudável, salada, frutas e mudou minha alimentação. A minha família sabe, meu esposo está lá fora, todo mundo me dá suporte. (G48)

No começo, eu não queria falar com pai, avô, tio, primo, irmão, ninguém, mas depois todo mundo já estava me apoiando, me ligam, mandam mensagem para mim, perguntando como é que estou, como é que o bebê está, assim é muito bom! No começo eu estava com medo, agora estou tranquila. (G61)

CATEGORIA 3: MUDANÇAS NOS HÁBITOS DE SAÚDE E COTIDIANO (DIMENSÃO BIOLÓGICA)

Esta categoria emergiu da classe 2, formada por 85 ST (15,95%) e 18 palavras representativas. Apresenta as mudanças nos hábitos de saúde e cotidiano a partir das transformações ocorridas na alimentação, corpo, atividades domésticas e necessidade de medicamentos. As palavras comer ($\chi^2 = 103,64$), alimentação ($\chi^2 = 52,48$), difícil ($\chi^2 = 34,01$), peso ($\chi^2 = 26,67$) e saudável ($\chi^2 = 25,76$) representaram a necessidade de readequar hábitos alimentares e controle do peso para a manutenção de cuidados rigorosos:

[...] A gente se estressa, ainda mais eu que não posso comer tudo, tem que estar de dieta, tem que estar tomando insulina, estressa, fico toda roxa nos braços, é complicado, é difícil! (G47)

[...] Então, eu tive que mudar tudo, cortar gordura, nenhum tipo de besteira, comecei a comer mais fruta, verdura e ter uma alimentação mais saudável, perdi muito peso, agora que estou ganhando por conta do crescimento da neném. (G17)

Identificou-se a predominância do discurso reificado para construir as representações do objeto, uma vez que os conhecimentos apresentados relacionaram-se ao campo das ciências biológicas e da saúde, com a evocação de normas prescritivas a exemplo de tomar remédio, alimentação saudável, dentre outros.

Também destacaram mudanças na rotina para realização das tarefas domésticas, expressas nas palavras difícil ($\chi^2 = 34,01$), lavar ($\chi^2 = 20,56$), mudar ($\chi^2 = 17,79$), tarefa ($\chi^2 = 15,9$) e cansaço ($\chi^2 = 9,5$). Ancorada no papel feminino, a possibilidade de realizar as tarefas domésticas, mesmo com a gestação, foi associada à manutenção do atributo feminino de cuidado com o lar.

Já a impossibilidade de realizá-las, diante da GAR, foi associada a algo que fugia da normalidade e trazia perda da identidade:

Tive que mudar completamente! A primeira coisa que o médico passa é o repouso, que, as vezes, é moderado ou é absoluto, dependendo do descolamento [da placenta], então isso muda completamente, porque não posso auxiliar meus filhos, não posso auxiliar tanto nas tarefas de casa, preciso contar com outras pessoas, no caso, conto com minha mãe, já fica bem mais complicado! (G26)

Quando eu faço alguma coisa, já fico cansada! Se eu varrer uma casa, lavar uma louça, uma roupa, já me deu cansaço, eu não consigo fazer quase nada em casa. Meu marido briga comigo, diz para eu me deitar, mas eu não paro não, porque, na minha cabeça, é difícil entender, eu que devo fazer, não ele! (G41)

CATEGORIA 4: PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO: DESAFIOS E SIGNIFICAÇÕES DA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO (DIMENSÃO SOCIOCULTURAL)

A classe 3, formada por 121 ST (22,7%) e 19 palavras representativas, e a classe 5, formada por 90 ST (16,89%) e 18 palavras representativas, originaram a categoria 4, sobre as percepções em relação ao PNAR, busca por informações, sanar dúvidas nas consultas e importância do profissional de saúde.

Abordou os desafios impostos para acompanhamento da gestação, demonstrado pelas palavras vir ($\chi^2 = 51,05$), lá ($\chi^2 = 46,19$), cá (22,7%), chegar ($\chi^2 = 28,23$), marcar ($\chi^2 = 20,66$) e consulta ($\chi^2 = 19,15$), que representaram os caminhos percorridos para o seguimento do PNAR. Frequentemente, elas ultrapassavam dificuldades para realizar as consultas, deslocando-se de outros municípios, comumente longínquos, para chegar a tempo no atendimento agendado:

A gente tem dificuldade muito grande de transportes, financeira, para viajar para cá! Porque a despesa para Belém é alta, a questão do horário, porque tem que chegar cedo para fazer os exames e nunca consegue sair cedo de lá, nem todo mundo consegue transporte. (G16)

A gente vem de lá meia noite, vem no ônibus, não consegue dormir, que é buraco, com medo de acontecer alguma coisa na estrada. Chega aqui, a consulta é rápida, mas tem que esperar até duas ou três horas da tarde, depois tem que marcar retorno, quando chega em casa já é quase dez horas da noite. Isso que é puxado para mim, mas tem que vir! (G4)

Nesse contexto, evidenciou-se que o social se sobressaiu às questões biológicas e emocionais que envolvem o acompanhamento da GAR, pois apesar das dificuldades e transformações, elas entendiam a importância das consultas para o binômio. Os conteúdos das classes 5 e 3 complementaram-se, descrevendo as dificuldades e entendimento da necessidade de acompanhamento especializado, sendo o PNAR visto como gerador de informações e inquietações sobre temas em torno da gestação.

As palavras pesquisar ($\chi^2 = 76,01$), internet ($\chi^2 = 61,5$), vídeo ($\chi^2 = 33,82$), ler ($\chi^2 = 27,52$), google ($\chi^2 = 23,94$), youtube ($\chi^2 = 19,84$) e assistir ($\chi^2 = 19,09$) mostraram os outros meios que

buscavam para obter informações sobre a gestação. Observou-se o quanto as fontes digitais se fazem presentes no seu cotidiano, permitindo rápido acesso a informações, além de influenciarem na formação de saberes, afetos e atitudes. Todavia, elas também entendiam a necessidade de filtrar o que acessavam, já que o meio digital poderia trazer informações equivocadas:

Às vezes, eu acompanho pelos vídeos, pela internet, pelo YouTube! Eu não tenho medo, gosto de ler e assistir para saber mais sobre a minha gestação. (G32)

Eu gosto de pesquisar muito na internet, no Google mesmo! Às vezes, estou em dúvida em certas coisas, vou na internet, começo ler, assisto vídeo, daí, quando venho nas consultas, já sei se está tudo bem, se está normal, se está alterado, gosto muito de me informar por isso! (G55)

Nessa mudança de concepção, o interesse pelas informações sobre a gestação afastou-se do universo consensual, presente nos meios de comunicação de massa, e migrou para o conhecimento reificado, do cuidado prescritivo, orientado pelos profissionais, sendo que as práticas de cuidado foram influenciadas tanto pelos conhecimentos do senso comum como os da ciência.

Assim, as palavras perguntar ($\chi^2 = 30,3$), tranquilizei ($\chi^2 = 19,84$) e dúvida ($\chi^2 = 17,49$) sinalizaram que o pré-natal permite sanar ansiosos, trazendo tranquilidade, como fonte segura de informações. Nesse cenário, os profissionais de saúde destacaram-se como importantes para atender as demandas das pacientes. Diante das necessidades de saúde, objetivaram a figura do profissional que oferta acolhimento, orienta e aborda assuntos de seu interesse durante as consultas:

Na internet! Agora é maternidade, tudo relacionado à minha maternidade, mas, às vezes, eu nem leio tanto, porque tem estudos que dizem uma coisa, estudos que dizem outra, a gente fica com mais dúvida ainda. Prefiro perguntar aqui mesmo [no PNAR], porque sei que é mais certo e fico mais tranquila! (G10)

Logo que eu descobri, o Google me matou! [Força de expressão para se referir a informações equivocadas, com as quais teve contato na internet]. Fiquei nervosa, depois pensei com mais calma, vou para a Santa Casa perguntar. Vim depois de dois dias para cá, consegui rápido, e eu fui bem orientada, fui conversando com o médico aqui, o médico ali, fui procurando saber de outras pessoas que já tiveram esse mesmo problema. Assim, foi que entendi mais, tive coragem novamente de ir no Google, mas aí eu já fui nas fontes certas direitinho, como me ensinaram, e entreguei para Deus, sei que está na frente de tudo! (G27)

Destacaram-se o diálogo e a escuta sensível como funções essenciais dos profissionais, considerando que tais atitudes desempenham papel fundamental no enfrentamento das dificuldades, resultando positivamente no cuidado pré-natal e possibilitando a criação de vínculos efetivos entre equipe e usuárias, aflorando sentimento de segurança e confiança nas condutas profissionais, com consequente estímulo ao seguimento de prescrições e recomendações terapêuticas e/ou profiláticas.

DISCUSSÃO

CATEGORIA 1: SABERES E SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO (DIMENSÃO AFETIVA)

No intuito de explicar as complicações geradas e múltiplos efeitos da GAR, as participantes a ancoraram em afetos e sentimentos negativos, destacando o quão significativo pode ser para elas o diagnóstico de alto risco, gerando sensações negativas e tristeza.

Estudo realizado com gestantes do Paraná também evidenciou que mulheres com GAR são vulneráveis à instabilidade emocional e sentimentos negativos, ocasionando sensação de mal-estar e dificuldades de aceitação desse diagnóstico, afetando diretamente sua saúde⁽¹³⁾. Já em pesquisa feita em maternidade do Reino Unido⁽¹⁴⁾, a maioria das gestantes expressou medo sobre o parto e o bem-estar do bebê, mas o risco geralmente era aceito como parte das estratégias psicológicas da gravidez que elas utilizavam para lidar com suas apreensões, estratégias que, provavelmente, as ajudavam a suportar o risco, projetando melhores resultados para si e seus bebês. Esse achado diverge deste estudo, pois sentimentos de medo, tristeza e preocupação foram destacados, fazendo-as não se conformarem com a gestação.

Ressalta-se que a história, a posição do sujeito no grupo e os afetos corroboram para a (con)formação do objeto social e, para tal, ele deve ser importante para o grupo que o representa⁽⁹⁾. Os sentimentos e afetos são a base da construção das RS, estando apoiados na memória e experiência, pois sempre que se fala sobre algum fenômeno, fala-se a partir da individualidade, da pertença grupal e dos sentimentos gerados, suscitando as práticas frente a ele, entrelaçando conhecimentos, sentimentos e afetos mutuamente, reinventando-se o sujeito e reelaborando-se o objeto⁽¹⁵⁾.

Os aspectos psicológicos na GAR exigem grande investimento e trabalho de processamento psíquico. A experiência materna torna-se mais desafiadora pela fragilidade emocional em que ela se encontra naquele momento, pelo acréscimo do risco, além de outras emoções que são conectadas à sua condição clínica⁽¹⁶⁾.

Estudo⁽¹⁷⁾ realizado com GAR em hospitais de ensino no Irã mostrou que essas gestações são acompanhadas por muitas sensações e profundas modificações na estrutura mental, influenciadas por percepções, expectativas e experiências anteriores, requerendo estratégias de adaptação no contexto em que ocorre o risco.

Pesquisa⁽¹⁸⁾ realizada na região Metropolitana de Porto Alegre destacou que muitas mães utilizaram aspectos da personalidade dos filhos anteriores como essência para pensar as características do feto e relataram essas experiências como base para o cuidar após o nascimento, salientando que, mesmo cada gestação sendo única, a experiência ligada às sensações já sentidas fazia com que elas tivessem maior tranquilidade para ultrapassarem esse momento.

No entanto, diante do diagnóstico de risco, a gestação passa a ser um acontecimento inusitado e conflitante. Ao abordar vivências dessa gravidez, elas sentem-se desestabilizadas ao saber que estão gerando um filho em situação de risco. O impacto que a notícia promove, a necessidade de (re)organização da

vida e a privação de certos recursos associam-se à insegurança e ao medo⁽¹⁹⁾.

CATEGORIA 2: MEDO DO FUTURO E IMPORTÂNCIA DO APOIO FAMILIAR (DIMENSÃO AFETIVA)

A gestação é um processo fisiológico e espera-se que tudo transcorra de forma natural. Assim, a GAR foge ao dito “normal”, é algo não familiar, necessitando ser incorporado na vida e saber das gestantes, o que caracteriza uma das funções das RS, elaborando a GAR e tornando-a compreensível no seu mundo, significando uma experiência envolvida em complicações, cuja morte e perda apresentavam-se como possibilidades reais e temidas⁽⁸⁾.

Por isso, as explicações e temores ancoraram-se em memórias de experiências traumáticas em gestações anteriores, associadas a morte/perda do bebê e impossibilidade de sustentar a gravidez, achados que vão ao encontro de metassíntese realizada com estudos qualitativos⁽²⁰⁾, que identificou as experiências da gravidez, parto e nascimento das mulheres como angustiantes, contrárias às expectativas, construindo significados ancorados no medo e na morte.

Destaca-se que o diagnóstico da GAR, assim como a vivência de uma situação limite entre vida e morte, traz sensação de medo e solidão causada pelo estresse, sendo que a percepção de risco é eficaz na atitude em relação ao tratamento, decisões maternas na gravidez e adesão aos procedimentos e recomendações médicas⁽¹⁷⁾.

Estudo com primíparas em hospital do interior do Rio Grande do Sul⁽¹⁶⁾ destacou que, pelo fato de as gestações serem de alto risco, elas relataram que o parto era gerador de medo e ansiedade, pois além da dor, seria o momento em que saberiam se os bebês nasceriam saudáveis, pois todas demonstravam medo de doenças e má formação, resultados que se aproximam dos achados deste estudo. Configurou-se a objetivação do bebê saudável, esperado naturalmente, cuja concepção origina-se na mente materna e pode ser representada pelo bebê imaginário, construído ao longo da gestação, carregando desejos e projeções dos pais, atribuindo aspectos desejados como o sexo, cor dos olhos, tipo de cabelo, entre outros⁽¹⁸⁾.

Nesse raciocínio, salienta-se que a modificação do abstrato, ideia-conceito, para o modelo figurativo, é parte do processo de objetivação e tal modelo tem como função apresentar um ponto comum entre os diferentes saberes, traduzir a representação real do objeto e associar os elementos em uma dinâmica própria desse objeto⁽⁹⁾. Mas, partindo-se da premissa de que as RS podem sofrer modificações, entende-se porque a materialização do bebê imaginado como saudável, diante da GAR, passou a ser de um bebê com problemas de saúde, gerando angústias.

Diante desses medos e anseios, o apoio familiar colaborou para a formação de conceitos e práticas de cuidado em saúde para as gestantes, pois faziam parte de seu contexto histórico e sociocultural, sentindo-se amparadas emocionalmente, estimuladas a realizar as consultas de pré-natal e buscar os cuidados adequados. Reforça-se, assim, a ideia de que esse apoio tem efeitos benéficos nos resultados da gravidez e do parto, sendo fundamental para que vivenciem o novo processo com tranquilidade⁽²¹⁾, já que pessoas significativas/afetivas podem ajudá-las

a enfrentar esse momento que envolve sentimentos constantemente contraditórios⁽¹⁶⁾.

Fazer essa explicação à luz da TRS impõe lembrar que as RS estão inseridas em um contexto pré-existente, repleto de tradições, valores e crenças que são ancorados ao objeto que se representa, que pode ser reincorporado às explicações familiares ao indivíduo e ao seu grupo, sendo esta composição/troca imprescindível para a construção de pensamentos consensuais e compartilhamento com o grupo, que possibilitarão pertencimento social⁽⁹⁾.

CATEGORIA 3: MUDANÇAS NOS HÁBITOS DE SAÚDE E COTIDIANO (DIMENSÃO BIOLÓGICA)

Compreendem-se as RS como conhecimento com objetivo prático na construção da realidade social⁽¹⁰⁾, envolvendo práticas, crenças, comportamentos e tabus, relacionando-se aos aspectos antropológicos, culturais, socioeconômicos e psicológicos no ambiente de cada pessoa. O comportamento alimentar, por sua vez, é compreendido nas atitudes de práticas alimentares conjuntamente a atributos socioculturais relacionados ao alimento ou com o ato de se alimentar⁽²²⁾, gerando forte impacto no cotidiano quando precisa ser modificado.

Por isso, além de as alterações fisiológicas refletirem nas escolhas alimentares, a gestante está sujeita a novos saberes ou crenças, sejam eles familiares, culturais, biomédicos ou de outra fonte, mas que são incluídos no comportamento e hábitos alimentares nesse período⁽²²⁾.

No Brasil, a assistência pré-natal contempla em suas ações os hábitos alimentares, monitoramento do ganho de peso na gestação e orientações nutricionais e/ou medicamentosas até a amamentação, demandando maior atenção e cuidados rigorosos na GAR⁽¹⁾. Portanto, o conhecimento reificado foi mobilizado pelas gestantes para construir suas representações, mediante as orientações/explicações feitas pelos profissionais de saúde e incorporados por elas.

A percepção das alterações no cotidiano e necessidades de cuidado, que afetavam a capacidade de realizar atividades diárias, exigindo repouso e maior acompanhamento, vão ao encontro da Revisão Sistemática⁽¹⁹⁾ sobre as experiências emocionais e psicológicas das mulheres em gestações de alto risco, que mostrou a gestação e internamento como uma nova condição, que as distanciava do seu cotidiano e as aproximava da condição de risco, ao requerer adaptações emocionais e estruturais, afastando-as de sua casa, trabalho e família.

Historicamente, a ancoragem das tarefas domésticas como papel feminino reporta-se ao estereótipo da mulher e ideologia de gênero que a coloca como cuidadora do lar, vinculado à esfera familiar e ao ambiente doméstico, onde estão compromissos e tarefas específicos desse cotidiano, como limpar a casa, cozinhar e cuidar dos filhos e do esposo⁽²³⁾, que parece determinar as tarefas consideradas tradicionalmente femininas, gerando um significado diferencial sobre as tarefas domésticas para homens e mulheres. Assim, a impossibilidade de realizar o papel doméstico colocou as gestantes em conflito, passando a objetivar a figura de alguém incapaz, pois a novidade dessa gravidez obrigava a profundas mudanças.

Assim, para operacionalização de práticas assistenciais, nessa perspectiva, é preciso instaurar outro olhar e contextos

assistenciais regidos por práticas de saúde ampliadas, que permitam aos serviços de saúde aproximar-se do conjunto diverso de questões nas quais se situam as necessidades de saúde das mulheres. A sua qualidade de vida não é apenas reflexo de escolhas, sentimentos e percepções, mas também resultado de políticas e constructos sociais a elas impostos⁽¹⁹⁾.

CATEGORIA 4: PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO: DESAFIOS E SIGNIFICAÇÕES DA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO (DIMENSÃO SOCIOCULTURAL)

A atenção pré-natal é um espaço de construção singular, influenciado pelo conjunto sociofamiliar da gestante e atuação dos profissionais de saúde. Por isso, suas referências e relações devem ser consideradas, pois refletem diretamente na adesão ao pré-natal, na compreensão da atenção e nos cuidados realizados⁽²⁴⁾.

Outros aspectos também são indispensáveis na busca de atendimento humanizado na atenção pré-natal, ressaltando-se a importância da busca por estratégias para facilitar o acesso aos serviços de saúde e redução de tempo de espera⁽²⁵⁾.

A perspectiva da gestante sobre essa assistência pode propiciar adequações, posto que as necessidades percebidas por elas refletem diretamente no modo como aderem a ações preventivas e terapêuticas⁽²⁶⁾. Barreiras comuns para obtenção de assistência pré-natal oportuna incluem falta de acesso a transporte, dificuldades financeiras para se locomover aos serviços de saúde e custear os cuidados⁽²⁷⁾. Essas barreiras, juntamente com as crenças culturais, também foram apontadas neste estudo.

No entanto, apesar das barreiras e dificuldades, foi notório que as RS acerca do PNAR se construíram baseadas em aspectos positivos quanto ao atendimento, visto como essencial para desfechos favoráveis no parto e pós-parto. Assim, entende-se a necessidade de esse pré-natal ser desenvolvido em ambiente harmonioso e de confiança, possibilitando a expressão e verbalização de apreensões e dúvidas, garantindo segurança no atendimento recebido⁽²³⁾.

É nesse acompanhamento que são esclarecidas as dúvidas e prestadas as ações para prevenir agravos, sendo importante que os profissionais reconheçam a dimensão do cuidado que realizam, buscando cada vez mais trabalhar de forma humanizada e acolhedora⁽²⁷⁾.

Por esse ser um momento de muita vulnerabilidade, inúmeras questões nesse período, diante da preocupação e a insegurança, não podem ser respondidas no ato do diagnóstico, requerendo um tempo, certas vezes infundável, gerando receios por, frequentemente, não terem informações e conhecimentos adequados sobre sua situação de saúde⁽²⁸⁾, sendo o PNAR gerador de informações, despertando curiosidades e interesse sobre os assuntos da gestação.

É nesse momento que as fontes digitais se fazem presentes em seu meio, tornando-se meios de informações sobre saúde e um novo fenômeno a ser incorporado no cotidiano e no senso comum. A pesquisa na internet era realizada em larga escala, mas um dos desafios para as usuárias foi a incapacidade para julgar a precisão dos dados e imagens divulgadas. Embora elas considerassem confiáveis algumas informações, muito do que era veiculado poderia estar desatualizado ou equivocado, levando

à crenças incorretas, movidas pela inexperiência ou desejo de compartilhar suas vivências com outras pessoas⁽²⁹⁾.

As proposições da TRS convidam a refletir sobre a importância das RS e sua inerência à comunicação de massa, pois os saberes sociais permitem à coletividade processar conhecimentos veiculados pela mídia, transformando-os em propriedade pessoal/pública, que permite a cada indivíduo utilizá-lo de forma coerente com os valores e motivações da coletividade⁽⁹⁾.

Nesse processo, procuravam, nas consultas de saúde, reafirmar as informações obtidas nas ferramentas tecnológicas⁽³⁰⁾. Nessa busca por conhecimentos científicos, aproximaram-se do conhecimento reificado, orientado pelos profissionais de saúde. A transição de campos de saberes acontece por meio das crenças, mitos e saberes populares, que não apresentam hierarquia, sinalizam conhecimentos, finalidades, indicam pluralidades na forma de pensar e atendem ao contexto em que são produzidos, mesmo pertencentes a campos distintos⁽¹⁰⁾.

Nesse sentido, o pré-natal revelou-se momento adequado para desenvolver ações protetoras e educativas, utilizando diálogo, vínculo e escuta das gestantes e seus acompanhantes, objetivando aproximação, fortalecendo o conhecimento e o esclarecimento de dúvidas, sendo necessário considerar que os resultados alcançados pela equipe multiprofissional pode oferecer, além de atendimento clínico, suporte emocional e educativo nos momentos de cuidado⁽⁷⁾.

Por isso, esse cuidado não deve ser realizado de forma técnica, mas mediante escuta sensível na perspectiva da humanização. Os enfermeiros devem exercer papel marcante para que as gestantes, efetivamente, os reconheçam na equipe de saúde, já que, por estarem direta e integralmente assistindo-as, tornam-se fundamentais no favorecimento do seu bem-estar, alicerçado no diálogo e na confiança, possibilitando vienciarem esse processo de forma mais tranquila e confiante⁽²³⁾.

As limitações do estudo configuram-se na baixa possibilidade de generalização das representações aqui discutidas, considerando que foi desenvolvido com gestantes de uma região específica, onde imaginários e saberes recebem forte influência de fatores socioculturais. Em virtude das peculiaridades e repercussões biopsicossociais da GAR no cotidiano das gestantes

e de suas famílias, declara-se a possibilidade de as entrevistas individuais, como técnica de coleta dos dados, não terem propiciado a compreensão global das RS, motivo pelo qual diferentes estudos devem ser realizados com esse público, no intuito de conhecer, interpretar e discutir outros aspectos sobre o fenômeno. Além disso, apesar do aprimoramento dos dados, entende-se que a análise lexical com o IRaMuTeQ pode ter limitado, em certa medida, a apreensão das nuances e subjetividades dos depoimentos.

Entretanto, os resultados apresentados podem contribuir para melhor compreender a gênese das representações nesse grupo e subsidiar estudos similares, uma vez que a TRS possibilita captar a interpretação dos sujeitos e a compreensão de atitudes e comportamentos de grupos sociais, podendo, assim, levar a uma assistência de saúde e enfermagem que supere o modelo biomédico.

CONCLUSÃO

As RS das gestantes sobre a GAR desvelaram afetos e sentimentos negativos, evento considerado inusitado, gerador de limitações e desconfortos, requerendo adaptações. O suporte familiar configurou-se de suma importância para elas e o PNAR momento propício para estabelecimento de vínculos com o profissional de saúde, visto como fundamental para sua adesão aos cuidados ofertados.

A TRS foi relevante para acessar este modo singular de compreensão das gestantes, pois, a partir de suas dimensões, observou-se que a GAR é um evento complexo, singular, dinâmico e multidimensional, configurando-se as RS a partir dos saberes e experiências compartilhados no cotidiano desse grupo, repletos de modificações e medos, influenciados pelo conhecimento do senso comum, inclusive veiculados pela mídia, e reificados.

Acessar esse conhecimento poderá suscitar reflexões dos profissionais de saúde para uma assistência humanizada e integral, voltada não apenas para condições clínicas, mas também para os aspectos psicossociais, trazendo contribuições para assistência à GAR, tendo o enfermeiro papel primordial como membro da equipe de saúde, para identificar as demandas das gestantes e oferecer um cuidado individualizado.

RESUMO

Objetivo: Analisar as Representações Sociais de mulheres grávidas sobre a gestação de alto risco e suas repercussões para assistência pré-natal. **Método:** Estudo qualitativo, pautado na vertente processual da Teoria das Representações Sociais, realizado com 62 gestantes do pré-natal de alto risco de uma Maternidade de Alta Complexidade, em Belém, PA, Brasil. Os dados das entrevistas semiestruturadas foram processados pelo *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*. **Resultados:** Emergiram quatro categorias, nas quais consideram-se três dimensões da Teoria que compuseram a gênese das Representações Sociais, quais sejam: a dimensão afetiva, a dimensão biológica e a dimensão sociocultural. **Conclusão:** Desvelaram-se afetos, sentimentos negativos e adaptações, representando-se a gestação de alto risco como evento inusitado e desconfortável, influenciado pelo senso comum e ciência, meios de comunicação e diálogos com os profissionais de saúde, sendo o suporte familiar considerado de suma importância e o pré-natal um momento propício para estabelecimento de vínculos com o profissional de saúde, visto como fundamental para sua adesão aos cuidados ofertados.

DESCRITORES

Gravidez de Alto Risco; Cuidado Pré-Natal; Psicologia Social; Enfermagem Materno-Infantil; Atenção Secundária à Saúde.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las Representaciones Sociales de gestantes sobre el embarazo de alto riesgo y sus repercusiones para el prenatal. **Método:** Estudio cualitativo, basado en el aspecto procedimental de la Teoría de las Representaciones Sociales, realizado con 62 gestantes en la atención prenatal de alto riesgo en una Maternidad de Alta Complejidad, en Belém, PA, Brasil. Los datos de las entrevistas semiestruturadas fueron procesados por el *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*. **Resultados:** Surgieron cuatro categorías, en las que se consideraron tres dimensiones de la Teoría que compusieron la génesis de las Representaciones Sociales, a saber: la

dimensão afectiva, la dimensión biológica y la dimensión sociocultural. **Conclusión:** Se revelaron afectos, sentimientos negativos y adaptaciones, representando el embarazo de alto riesgo como un evento insólito e incómodo, influenciado por el sentido común y la ciencia, los medios de comunicación y diálogos con profesionales de la salud, considerándose de suma importancia el apoyo familiar y el control prenatal, un momento propicio para establecer vínculos con el profesional de la salud, visto como fundamental para su adhesión a los cuidados ofrecidos.

DESCRIPTORES

Embarazo de Alto Riesgo; Atención Prenatal; Psicología Social; Enfermería Maternoinfantil; Atención Secundaria de Salud.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota Técnica para organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério [Internet]. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, Ministério da Saúde; 2019 [citado 2022 Nov 19]. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>
2. Rajbanshi S, Norhayati MN, Nik Hazlina NH. High-risk pregnancies and their association with severe maternal morbidity in Nepal: a prospective cohort study. *PLoS One*. 2020;15(12):e0244072. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0244072>. PubMed PMID: 33370361.
3. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado 2022 Nov 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf
4. Fundo de População das Nações Unidas. UNFPA: mortalidade materna no Brasil aumentou 94,4% durante a pandemia [Internet]. Brasília: UNFPA; 2022 [citado 2022 Nov 22]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/203964-unfpa-mortalidade-materna-no-brasil-aumentou-944-durante-pandemia>
5. Souza DRS, Morais TNB, Costa KTDS, Andrade FB. Maternal health indicators in Brazil: a time series study. *Medicine (Baltimore)*. 2021;100(44):e27118. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000027118>. PubMed PMID: 34871202.
6. Singh S, Doyle P, Campbell OMR, Murthy GVS. Management and referral for high-risk conditions and complications during the antenatal period: knowledge, practice and attitude survey of providers in rural public healthcare in two states of India. *Reprod Health*. 2019;16(1):100. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-019-0765-y>. PubMed PMID: 31291968.
7. Amorim TV, Souza ÍEO, Salimena AMO, Queiroz ABA, Moura MAV, Melo MCSC. Reproductive risk in pregnant women with heart diseases: the living world guiding health care. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(2):e3860016. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180003860016>
8. Rodrigues ARM, Rodrigues DP, Silveira MAM, Paiva AMG, Fialho AVM, Queiroz ABA. Hospital admission in high-risk pregnancies: the social representations of pregnant women. *Rev Enf Ref*. 2020;5(3):e20040. doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RV20040>
9. Moscovici SA. *Psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis (RJ): Vozes; 2012.
10. Jodelet D. O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. *Soc Estado*. 2009;24(3):679–712. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922009000300004>
11. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE02631. doi: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
12. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) [Internet]. Florianópolis: Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição; 2018 [citado 2022 Nov 02]. Disponível em: <http://iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-portugais-22-11-2018>
13. Costa LD, Hoesel TC, Teixeira GT, Trevisan MG, Backes MTS, Santos EKA. Perceptions of pregnant women admitted to a high-risk reference service. *REME – Rev Min Enferm*. 2019;23:e1199. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190047>
14. Lee S, Holden D, Webb R, Ayers S. Pregnancy related risk perception in pregnant women, midwives and doctors: a cross-sectional survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):335. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-019-2467-4>. PubMed PMID: 31558157.
15. Arruda A. Teoria das representações sociais e ciências sociais: trânsito e atravessamentos. *Soc Estado*. 2009;24(3):739–66. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922009000300006>
16. Antoniazzi MP, Siqueira AC, Farias CP. Aspectos psicológicos de uma gestação de alto risco em primigestas antes e depois do parto. *Pensando fam* [Internet]. 2019 [citado 2022 Nov 12];23(2):191–207. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2019000200015&lng=pt&nrm=iso
17. Shojaeian Z, Khadivzadeh T, Sahebi A, Kareshki H, Tara F. Perceived risk in women with high risk pregnancy: a qualitative study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2021;26(2):168–74. doi: http://dx.doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_32_20. PubMed PMID: 34036066.
18. Azevedo KF, Vivian AG. Representações maternas acerca do bebê imaginário no contexto da gestação de alto risco. *Diaphora*. 2020;9(1):33–40. doi: <http://dx.doi.org/10.29327/217869.9.2-5>
19. Isaacs NZ, Andipatin MG. A systematic review regarding women’s emotional and psychological experiences of high-risk pregnancies. *BMC Psychol*. 2020;8(1):45. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s40359-020-00410-8>. PubMed PMID: 32362285.
20. Wigert H, Nilsson C, Dencker A, Begley C, Jangsten E, Sparud-Lundin C, et al. Women’s experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2020;15(1):1704484. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/17482631.2019.1704484>. PubMed PMID: 31858891.
21. Sámano R, Martínez-Rojano H, Chico-Barba G, Sánchez-Jiménez B, Illescas-Zarate D, Rodríguez-Ventura AL. Characteristics of the family support network of pregnant adolescents and its association with gestational weight gain and birth weight of newborns. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(7):1222. doi: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16071222>. PubMed PMID: 30959770.
22. Gomes CB, Vasconcelos LG, Cintra RMGC, Dias LCGD, Carvalhaes MABL. Hábitos alimentares das gestantes brasileiras: revisão integrativa da literatura. *Cien Saude Colet*. 2019;24(6):2293–306. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018246.14702017>

23. Silva IFS, Rodrigues ILA, Nogueira LMV, Pereira SH, Palmeira IP. Social representations of health care by quilombola women. *Esc Anna Nery*. 2022;26:e20210289. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0289>
24. Warri D, George A. Perceptions of pregnant women of reasons for late initiation of antenatal care: a qualitative interview study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):70. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-020-2746-0>. PubMed PMID: 32013894.
25. Kassaw A, Debie A, Geberu DM. Quality of prenatal care and associated factors among pregnant women at public health facilities of Wogera District, Northwest Ethiopia. *J Pregnancy*. 2020;2020:9592124. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2020/9592124>. PubMed PMID: 32411469
26. Melo DEB, Silva SPC, Matos KKC, Martins VHS. Prenatal nursing consultation: social representations of pregnant women. *J Nurs UFSM*. 2020;10(e18):1–18. doi: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769237235>
27. Dahab R, Sakellariou D. Barriers to accessing maternal care in low income countries in africa: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(12):4292. doi: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17124292>. PubMed PMID: 32560132.
28. Ferreira SN, Lemos MP, Santos WJ. Social Representations of pregnant women attending specialized service in high-risk pregnancies. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*. 2020;10:e3625. doi: <https://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3625>
29. Moon RY, Mathews A, Oden R, Carlin R. Mothers' perceptions of the internet and social media as sources of parenting and health information: qualitative study. *J Med Internet Res*. 2019;21(7):e14289. doi: <http://dx.doi.org/10.2196/14289>. PubMed PMID: 31290403.
30. Wu JY, Ahmad N, Samuel M, Logan S, Mattar CNZ. The influence of web-based tools on maternal and neonatal outcomes in pregnant adolescents or adolescent mothers: mixed methods systematic review. *J Med Internet Res*. 2021;23(8):e26786. doi: <http://dx.doi.org/10.2196/26786>. PubMed PMID: 34435961.

EDITOR ASSOCIADO

Cristina Lavareda Baixinho

Apoio financeiro

O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas (FAPESPA) – Termo de Cooperação Técnica e Financeira nº 005/2019 - FAPESPA/UEPA.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons.