



## Vulnerabilidade da gravidez de alto risco na percepção de gestantes e familiares

Vulnerability of high-risk pregnancy in the perception of pregnant women and their families

Viviane Cazetta de Lima Vieira<sup>1</sup>, Mayckel da Silva Barreto<sup>1</sup>, Verônica Francisqueti Marquete<sup>2</sup>, Rebeca Rosa de Souza<sup>2</sup>, Mayara Maria Johann Batista Fischer<sup>2</sup>, Sonia Silva Marcon<sup>2</sup>

**Objetivo:** descrever a percepção de gestantes e familiares sobre a condição de vulnerabilidade de uma gravidez de alto risco. **Métodos:** pesquisa qualitativa realizada com oito gestantes e dez familiares. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, audiogravadas, que após transcritas, foram submetidas à análise de conteúdo, modalidade temática proposta por Bardin. **Resultados:** emergiram três categorias: Vivências do familiar e da gestante frente ao diagnóstico de uma gravidez de risco; A família como eixo estruturante do cuidado em uma gestação de alto risco; e a Invisibilidade do familiar no acompanhamento pré-natal. **Conclusão:** tanto familiares como gestantes vivenciam preocupação, ansiedade, medo e estresse frente à condição de vulnerabilidade, porém, as gestantes se percebem mais amparadas e seguras com o apoio da família, que embora não se perceba valorizada/considerada pelos profissionais de saúde durante as consultas de pré-natal, tem papel importante no incentivo e fiscalização dos cuidados durante a gestação.

**Descritores:** Gestantes; Cuidado Pré-Natal; Gravidez de Alto Risco; Família; Vulnerabilidade em Saúde.

**Objective:** to describe the perception of pregnant women and their relatives about the vulnerability of a high-risk pregnancy. **Methods:** qualitative research with eight pregnant women and ten relatives. Data were collected through semi-structured, audio-taped interviews, which, after transcription, were submitted to content analysis in the thematic modality proposed by Bardin. **Results:** three categories emerged: Experiences of relatives and pregnant women in relation to the diagnosis of a risky pregnancy; The family as the structuring axis of care in a high-risk pregnancy; and Invisibility of relatives in prenatal care. **Conclusion:** both the relatives and the pregnant women experienced worry, anxiety, fear and stress in the face of vulnerability, but the pregnant women perceived themselves to be more protected and safer with the support of the family, which although did not perceived to be valued by health professionals during prenatal consultations, plays an important role in encouraging and supervising care during pregnancy.

**Descriptors:** Pregnant Women; Prenatal Care; Pregnancy, High-Risk; Family; Health Vulnerability.

<sup>1</sup>Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Mandaguari. Mandaguari, PR, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil.

Autor correspondente: Viviane Cazetta de Lima Vieira  
Rua Romário Martins, 80, Centro. CEP: 86.975-000. Mandaguari, PR, Brasil. E-mail: viviczazetta@hotmail.com

## Introdução

A gestação é um fenômeno fisiológico e sua evolução ocorre, em grande parte dos casos, sem intercorrências. No entanto, aproximadamente 10,0% das gestações apresentam situações de risco, relacionadas à vida reprodutiva prévia e/ou fatores associados à gestação atual, que necessitam de acompanhamento especializado<sup>(1)</sup>. Entre essas mulheres, destaca-se a prevalência de óbitos nos períodos intraparto e pós-parto<sup>(2)</sup>, sendo que a possibilidade de desenvolver complicações, por si só, já imprime a necessidade de maior atenção à saúde materno-fetal ao longo de todo o ciclo gravídico puerperal para todas as mulheres, especialmente àquelas com maior risco.

No Brasil, as políticas de atenção à saúde da mulher estão entre as que mais receberam investimentos financeiros nas últimas décadas. Desde 1984, com a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, discute-se estratégias para melhorar a qualidade da assistência ofertada. Em 2000, implantou-se o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, e desde então, foi observada queda de 51,0% no número de mortes maternas. Em 2011, com o objetivo de ampliar a qualidade da atenção materno infantil, implantou-se a Rede Cegonha, com destaque para as gestações de risco<sup>(3)</sup>. No estado do Paraná, a partir de 2012, com a implantação da Rede Mãe Paranaense, as gestações passaram a ser estratificadas de acordo com a presença ou não de fatores de risco, em baixo, intermediário e alto risco<sup>(4)</sup>. Segundo este Programa, as gestantes estratificadas como de alto risco e risco intermediário precisam ser acompanhadas simultaneamente pela equipe de atenção básica e também no serviço de referência<sup>(3-4)</sup>.

Entretanto, embora a implementação destas políticas resultem em condutas e protocolos médicos bem estabelecidos e resguardem uma assistência qualificada por vezes, a mulher ainda se sente insegura, temerosa e impotente, denotando o velamento da ciência à dimensão subjetiva<sup>(5)</sup>, o que pode causar prejuízos à saúde materna e, conseqüentemente, maior

vulnerabilidade. A noção de vulnerabilidade aqui entendida busca considerar, para além dos riscos, efeitos do entrelaçamento entre condições individuais e contextuais na exposição de grávidas não só às doenças, mas, também ao sofrimento e à limitação de potenciais de enfrentamento de situações desfavoráveis<sup>(6)</sup>.

Vários estudos já abordaram as vivências e percepções de gestação de alto risco<sup>(5-9)</sup>, porém, a maior parte as correlaciona a percepção da gestação a um problema obstétrico específico. Poucos estudos atuais tratam do tema aqui exposto, entre eles destaca-se o cotidiano de uma gravidez de alto risco na perspectiva das gestantes<sup>(5)</sup>, o itinerário terapêutico da gestante de alto risco<sup>(7)</sup>, suporte emocional às gestantes<sup>(10)</sup> e a adolescência como fator de risco<sup>(11)</sup>. Neles, as suscetibilidades das gestantes não foram abordadas na perspectiva das vulnerabilidades, embora alguns considerassem fatores além dos biológicos. Deste modo, considerando a relevância de um cuidado em saúde que transcende os aspectos biológicos e individuais e valorizando a integralidade como princípio norteador da assistência, definiu-se como objetivo deste estudo: descrever a percepção de gestantes e familiares sobre a condição de vulnerabilidade de uma gravidez de alto risco.

## Métodos

Trata-se de um estudo qualitativo realizado em um município do noroeste do Paraná, Brasil. A rede de atenção à gestante no município conta com seis Unidades Básicas de Saúde, duas policlínicas referência para gestação de alto risco e risco intermediário (local em que as gestantes foram inicialmente abordadas), um pronto atendimento e um hospital.

Os informantes do estudo foram gestantes e familiares. Os critérios para inclusão das gestantes previamente definidos foram: mulheres no terceiro trimestre de gestação de alto risco, de acordo com o estabelecido pela Rede Mãe Paranaense, especialmente aos relacionados à presença de algumas doenças prévias à gestação e intercorrências

clínicas durante a gestação atual<sup>(4)</sup> e que já tivessem passado por pelo menos duas consultas em serviço de referência. Para os familiares, foi ter sido indicado pela gestante como presença/atução significativa durante a gestação. O tempo de acompanhamento pré-natal é importante por permitir o relato de cuidado no serviço de referência. Previu-se a exclusão de mulheres com agravos que dificultassem a participação no estudo e de familiares com menos de 18 anos – condições estas não observadas.

O acesso aos familiares ocorreu após contato da pesquisadora principal com as gestantes na sala de espera das duas policlínicas. Treze gestantes foram convidadas a participarem do estudo, ocasião em que foi apresentado o objetivo da pesquisa e questionado qual(is) o(s) familiar(es) mais presente(s) no período gestacional. Após o aceite, o diagnóstico clínico foi confirmado nos prontuários das Policlínicas e foram agendados o dia e horário mais oportunos à gestante e seu(s) familiar(es) para a realização da entrevista no domicílio pela pesquisadora principal.

Das 13 convidadas, duas se recusaram alegando indisponibilidade de horário do familiar, duas não atendiam aos critérios de inclusão (uma estava no segundo trimestre e uma se consultou apenas uma vez no ambulatório de alto risco) e uma, no momento da visita para realização da entrevista, encontrava-se hospitalizada para o parto. Novos participantes foram incluídos até a exaustividade das informações de interesse, ou seja, conforme se observava que o conteúdo das entrevistas tornavam-se repetitivos e que os novos dados coletados não acrescentavam informações ao entendimento do fenômeno, cessou-se a busca por novos informantes<sup>(12)</sup>. Deste modo, participaram efetivamente do estudo 18 pessoas (oito gestantes, cinco esposos, três avós e dois avós maternos).

Os dados foram coletados em julho de 2018 por meio de entrevistas semiestruturadas áudio-gravadas após autorização. Estiveram presentes durante as entrevistas a gestante e seu(s) familiar(es), pois considerou-se, neste estudo, que o entendimento sobre vulnerabilidade da gestante era produto de uma construção e vivência familiar. Todas as entrevistas foram realizadas pela mesma pesquisadora. Elas tiveram duração entre 30 a 45 minutos e du-

rante este momento foi utilizado um instrumento, elaborado pela primeira autora, o qual foi inicialmente aplicado a duas gestantes de risco habitual, apenas para identificação da compreensão das questões e, em seguida, reformulado após apresentação e discussão no grupo de pesquisa da orientadora.

O instrumento utilizado nas entrevistas é constituído de duas partes: uma com questões objetivas referentes à caracterização dos participantes e a outra com as seguintes questões norteadoras: vocês foram informados sobre o porquê o pré-natal deveria ser realizado na Policlínica e não na Unidade Básica de Saúde? Falem sobre isto. Como tem sido para vocês conviver com a condição de risco na gestação?

As entrevistas foram transcritas na íntegra por quatro dos autores e submetidas à análise de conteúdo, modalidade temática<sup>(13)</sup>, respeitando as etapas preestabelecidas pelo referencial metodológico abrangendo a pré-análise, seguida pela exploração do material e tratamento dos dados<sup>(12)</sup>. Deste processo emergiram três categorias: Vivências da gestante e de sua família frente ao diagnóstico de uma gravidez de risco; A família como eixo estruturante do cuidado em uma gestação de alto risco; e A invisibilidade do familiar no acompanhamento pré-natal.

Ressalta-se que, a fim de se obter maior rigor metodológico, durante a análise dos dados, os resultados emergentes foram revistos por pares e as concepções prévias dos pesquisadores foram deixadas em suspensão para não impactarem diretamente sobre a análise.

Respeitou-se os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, sob parecer nº 2.797.554. Todos os participantes assinaram o Termo de consentimento Livre e Esclarecido em duas vias e para garantir-lhes o anonimato, gestantes e familiares foram identificados segundo a ordem de realização das entrevistas, grau de parentesco e condição de risco da gestante, ex: F1, Avó materna da gestante com diabetes gestacional - para identificação do familiar; e G1, diabetes gestacional - para identificação da gestante.

## Resultados

Foram entrevistados 18 participantes, sendo oito gestantes e 10 familiares. A Figura 1 apresenta

informações das gestantes, confirmadas nos prontuários das Policlínicas, e o grau de parentesco dos familiares participantes.

Ordem de entrevista	Condição de risco da gestante	Idade gestacional (semanas)	Idade da gestante (anos)	Nº de gestação	Familiar(es) participantes
F1	Hipertensão arterial e diabetes mellitus	32	18	1ª	Marido, avô e avó maternos
F2	Cardiopata e hipertensão	35	35	3ª	Avó materna
F3	Aborto anterior e depressão	30	20	2ª	Avô materno
F4	Diabetes, sífilis, histórico de gestação com recém-nascido de baixo peso, trabalho de parto prematuro e obesidade	36	32	6ª	Marido
F5	Endometriose, ovários policísticos, deformidade nas trompas e problemas hormonais	32	34	1ª	Avó materna
F6	Diabetes gestacional	36	38	2ª	Marido
F7	Aborto anterior e asma	31	22	4ª	Marido
F8	Hipotireoidismo	37	20	2ª	Marido

**Figura 1** – Características das gestantes segundo condição de risco, idade, número de gestação e familiares entrevistados

### Vivências do familiar e da gestante frente ao diagnóstico de uma gravidez de risco

Ao relatarem suas percepções sobre a vulnerabilidade, os familiares e as gestantes com agravo clínico pré-existente demonstraram dificuldade em aceitar a gestação, considerando os possíveis percalços/dificuldades que esta condição prévia poderia acarretar durante a evolução do processo gravídico-puerperal: *A gente sempre chamava a atenção dela: cuidado para não arrumar família, porque esse seu problema já deu muito trabalho. Ela sempre estava internada, a gente que acompanhava nesse tempo todo e sempre alertava, pedia. Ela ia fazer a bariátrica, mas quando saiu a cirurgia, ela estava tendo enjoo aí descobrimos a gestação* (F2, Avó materna da gestante com hipertensão, cardiopatia e obesidade). *Não foi planejado, mas aconteceu, fiquei assustada por causa daquele problema da minha menina, isso porque na dela eu era mais nova, mas agora fazer o que, tem que cuidar* (G4, Diabetes, sífilis, histórico de gestação com recém-nascido de baixo peso, trabalho de parto prematuro e obesidade).

Em dissonância, as gestantes e os familiares que descobriram a condição de risco na gestação atual tiveram uma atitude mais acolhedora em relação à gestação. Entretanto, vivenciaram preocupação, ansiedade, medo e estresse ante o desconhecimento do que e quanto o novo quadro poderia repercutir na vida da gestante e do recém-nascido: *Ele pegou e falou assim para você [se reportou à esposa], deu 127 lá o grau da diabetes, disse que o bebê poderia estar sofrendo na barriga, porque ela estava com diabetes, que estava muito alterado, ela saiu chorando e eu entrei em choque, porque o bebê podia ser um super bebê, que podia entrar em óbito* (F4, Marido da gestante com diabetes, sífilis, histórico de gestação com RN baixo peso, obesidade e aborto anterior). *A gestação estava indo muito bem, até que eu fui fazer o ultrassonografia e a médica falou um monte de coisas, nessa hora eu já estava quase chorando, nós ficamos desesperados, aí fomos ao médico e ele falou que ia tentar controlar com a alimentação, se não desse certo eu teria que usar o remédio* (G6, diabetes gestacional).

Vale considerar que, independente se a condição de risco era pré-existente ou diagnosticada durante a gestação,

todos os familiares se mostraram cooperativos no cuidado à gestante, mostrando-se presentes e oferecendo apoio neste momento de fragilidade física e emocional, minimizando seu contexto de vulnerabilidade, o que deu origem a segunda categoria.

### **A família como eixo estruturante do cuidado em uma gestação de alto risco**

Os familiares demonstraram preocupação com a condição de risco e se apresentaram sempre dispostos a estar juntos com as gestantes, acompanhando, sempre que possível, em consultas ou exames e também orientando o cuidado cotidiano com a gestação: *Eu quero estar junto, quero saber o que está acontecendo. Nesta sexta-feira mesmo ela tem consulta e já avisei que vou junto com ela. O dia que ganhar o neném eu também já avisei, eu tenho cinco dias de folga, eu vou estar lá todos os dias* (F6, Marido da gestante com diabetes). *Eu fui algumas vezes com ela, quando não posso ir, o marido dela que vai. Às vezes, se o marido não pode, vai uma amiga, ela nunca vai sozinha, a gente gosta de estar sabendo das coisas* (F5, Avó materna da gestante com endometriose, ovários policísticos e problemas hormonais).

A presença da família no cuidado à mulher durante a gestação, sobretudo quando existe uma condição de risco, foi percebida pelas gestantes como positiva, auxiliando nas atividades diárias e dando suporte nos momentos de necessidade: *Ontem mesmo eu não estava me sentindo muito bem, aí ele [marido] fez a janta e me ajudou com meu menino* (G8, hipotireoidismo). *Ela [se referindo à mãe] pega no meu pé, a comida ela que faz e é quase sem sal por causa de mim* (G2, cardiopatia e hipertensão).

O apoio da família no cuidado às situações cotidianas apresenta-se como essencial, especialmente nas circunstâncias em que as gestantes não valorizam o risco e a necessidade de cuidados. Isto pode torná-las mais propensas às complicações de sua condição, podendo acarretar danos à vida da gestante e da criança. Alguns familiares manifestaram-se em relação a essas circunstâncias: *Igual ontem que ela pegou o botijão de gás, eu falei para ela... ela disse que isso não era peso, mais é, tem que se cuidar* (F1, Avó materna da gestante com hipertensão e diabetes). *Estes dias eu fui na consulta com ela e ela estava andando de moto, aí eu peguei e falei para o doutor: 'Ela pode andar de moto?' 'E ele falou assim: 'Muito pelo contrário, grávida nenhuma pode andar de moto'. Eu tinha que falar, porque é perigoso... Agora o marido dela que leva ela no ponto e ela vai*

*de circular* (F5, Avó materna da gestante com endometriose, disfunção das trompas e alterações hormonais).

Todavia, alguns familiares, não reconheciam a condição de vulnerabilidade e deste modo, não conseguiram dimensionar o risco para a saúde do binômio mãe-filho, o que pode denotar falta de orientação sobre a presença do agravamento: *Não mudou nada na nossa vida, até porque para mim, como eu falei para ela, isso aí não é de risco, tem bastante outras coisas que seria risco...está sendo bem tranquilo essa gravidez* (F7, Marido da secundigesta com hipotireoidismo). *O médico escreveu na carteirinha, alto risco, mas ele não falou nada, de problemas, ele disse que estava tudo bem com o neném, que ela estava bem, tudo normal, então acho que não tenho riscos* (F8, Marido da gestante com asma e aborto anterior).

Em síntese, nesta categoria foi possível identificar a família como uma extensora dos cuidados, demonstrando preocupação com a condição de risco gestacional, disposição para ajudar e para estar ao lado alertando sobre cuidados cotidianos assim como a percepção positiva da gestante frente ao cuidado dispensado por sua família.

### **A invisibilidade do familiar no acompanhamento pré-natal**

A presença do familiar durante as consultas de pré-natal, na percepção da própria gestante e de seus familiares, constitui uma importante dimensão do cuidado à gestante de alto risco, pois a família, quase sempre, se apresentava como receptora das informações e, em seguida, como fiscalizadora do seguimento das orientações realizadas pelos profissionais de saúde, o que pode estimular e favorecer o autocuidado. No presente estudo, observou-se que a maioria dos familiares reconhece a necessidade do acompanhamento diferenciado da gestação de alto risco, assim como a importância de seguir as orientações recebidas dos profissionais: *Eu pego no pé dela, agora a pouco mesmo eu falei: você usa o remédio direito, porque você não é mais a menina de antes, já tem mais idade. Na comida também, se passar o sal um pouquinho, eu já chamo a atenção* (F2, Avó materna da gestante hipertensa e cardiopata). *A gente teve que mudar a alimentação, porque pizza é a comida que ele [marido] mais adora, a gente comia quase que a semana inteira. Refrigerante também, tomava bastante, tivemos que controlar* (G6, diabetes gestacional).

As gestantes relataram que se sentiam mais segu-

ras quando o familiar estava junto nas consultas, pois dividia responsabilidades sobre os cuidados além de oferecer apoio no momento em que eram informadas sobre possíveis complicações. *Eu gosto que ele me acompanha, é bom, me sinto mais segura* (G1, hipertensão arterial e diabetes mellitus). *Quando o médico disse que eu poderia ter outro aborto, meu Deus, segurei firme na mão dele E a gente ouviu bem certinho o que eu tinha que fazer* (G7, com aborto anterior e asma).

Entretanto, alguns familiares em estudo (maridos, mães e pais das gestantes de risco) referiram se sentir pouco inseridos no processo gestacional e de cuidado ao pré-natal. Eles referiram que os profissionais de saúde não acolheram e nem incentivaram sua participação durante as consultas, como pode ser observado nas falas: *Eu ali sou um Zé ninguém [risos], fico ali sentando olhando, mas nunca falaram nada* (Marido das secundigesta com diabetes). *Mas ele [o médico] nunca quis conversar comigo. Então, o certo era eu fazer o pré-natal do marido, igual eles fazem aqui no postinho, mas ele nunca falou nada* (F4, Marido da gestante com diabetes, sífilis, aborto anterior, baixo peso ao nascer e obesidade).

Chamou a atenção o fato do cuidado dispensando pelo familiar à gestante ser mal percebido pelo profissional de saúde, como se pode observar na fala: *Teve uma consulta que eu fui com ela lá no alto risco, que a mulher foi consultar sozinha e caiu da maca. Meu Deus, foi um barulho enorme, depois ela saiu do consultório chorando. A hora que foi a nossa vez, eu nem perguntei, entrei e cheguei bem do lado dela na hora de subir na maca. O médico até me olhou estranho, mas eu tinha que proteger minha mulher* (F6, Marido da gestante com diabetes).

As falas demonstram que a assistência pré-natal é centrada exclusivamente na gestante. O familiar, embora presente em grande parte das consultas, não é percebido como uma rede de apoio pelo profissional. Inclusive, em algumas situações, os familiares são até mal interpretados quando tentam participar mais ativamente da consulta.

## Discussão

Como limitação desta pesquisa, aponta-se o fato de ter sido realizada em um único município, o que pode ter limitado a diversidade de problemas obstétricos encontrados, assim como a percepção individual da vulnerabilidade vivenciada. Desse modo, uma investigação em outros municípios brasileiros, onde o nível socioeconômico e o perfil

obstétrico da clientela podem apresentar variação e, conseqüentemente, demandar novas e diferentes percepções da gestante de alto risco e de seus familiares sobre a sua condição de vulnerabilidade.

Entre os participantes do estudo, observou-se que independente do agravo determinante da condição de risco ser prévio ou posterior ao diagnóstico da gravidez há preocupação, assim como sentimentos de ansiedade e estresse nas gestantes e seus familiares. Dados consoantes a esta pesquisa foram identificados em estudo realizado em Cuiabá, Brasil com 12 gestantes em acompanhamento pré-natal, as quais se manifestaram inseguranças, medos e ansiedade diante do diagnóstico de risco gestacional<sup>(6)</sup>.

Semelhante aos dados nacionais, estudo realizado no Sudoeste da China revelou que os familiares de gestantes com complicações que culminaram em trabalho de parto prematuro se sentiram estressados. No entanto, seus autores ressaltaram que, neste contexto, a resiliência familiar desempenha um importante papel para amenizar o estresse e fornecer apoio<sup>(14)</sup>.

Assim, observa-se que dimensão emocional da gestante e sua família deve ser particularmente consideradas no âmbito da gestação de alto risco, pois pode resultar em complicações e, conseqüentemente, em piores resultados perinatais, além de afetar as relações familiares, por alterações no estado de saúde mental<sup>(8)</sup>.

A totalidade dos familiares deste estudo demonstrou apoio às mulheres no período gestacional, expressando-o de diferentes formas. Dados consoantes a esta pesquisa foram encontrados em um grupo de mulheres de alto risco do Mato Grosso, quando relataram receber suporte da família, manifestado por meio de auxílio nas tarefas domésticas, no cuidado dos demais filhos, no acompanhamento ao serviço especializado e também nas dificuldades financeiras<sup>(6)</sup>.

Outra forma de apoio foi observada em estudo Australiano, o qual apontou a satisfação das mulheres com o amparo que receberam do parceiro em relação ao consumo de álcool durante a gravidez, sendo que algumas mulheres relataram que seus companheiros deixaram de beber como forma de ratificar este

apoio<sup>(15)</sup>, demonstrando suporte neste contexto de vulnerabilidade.

Em contraponto, estudo realizado em Bangladesh e na Índia com 36 mulheres grávidas e seus familiares, abordando conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas à exposição ao fumo passivo em casa, constatou que a maioria dos maridos nunca tentou parar de fumar em casa e possuía conhecimentos tímidos sobre os riscos do tabagismo passivo na gestação. Verificou ainda que os companheiros aceitam melhor as orientações/solicitações dos profissionais de saúde do que as da esposa, o que pode impactar em seu comportamento<sup>(16)</sup>.

Dessa forma, observa-se que os familiares das gestantes precisam estar verdadeiramente presentes e sua companhia deve ser incentivada nas consultas trazendo benefícios mútuos ao núcleo familiar. Embora a maioria dos companheiros no presente estudo tenha demonstrado apoio e cuidado à condição de risco, uma parcela dos cônjuges não reconhecia e nem percebia a possibilidade desta ter repercussões na qualidade de vida e saúde da esposa e da criança. Ressalta-se que, coincidentemente, os companheiros que compartilhavam dessa opinião foram justamente aqueles que não acompanhavam suas esposas nas consultas de pré-natal. Face ao exposto, as gestantes de risco com suporte fragilizado podem vivenciar situações limitantes, expressadas por tristeza, desânimo, culpa, insegurança, bem como falta de afeto e de apoio, o que impede o atendimento de necessidades em seu processo de viver. Assim as atividades em grupo podem apresentar-se como um meio pelo qual as gestantes possam se socializar e vivenciar oportunidades de enfrentamento, com encorajamento das dificuldades em lidar com o novo<sup>(17)</sup>, sentindo-se apoiadas e empoderadas a superar as possíveis adversidades do processo gestacional.

No Brasil, o distanciamento do familiar, sobretudo do companheiro, o qual, muitas vezes é excluído das consultas de pré-natal, foi tema discutido na nova política de atenção integral à saúde do homem, culmi-

nando com a proposição de implantação do pré-natal do parceiro. Esta nova política estimula a presença do pai/parceiro no processo de gravidez, levando em consideração os benefícios que ela proporciona para o bem-estar biopsicossocial da mãe, do bebê e dele próprio<sup>(18)</sup>.

Estimular a participação do companheiro durante todo o processo gestacional parece ser fundamental. No entanto, apesar de já existirem políticas públicas e normativas que preconizam a inclusão do parceiro neste âmbito assistencial, segundo as narrativas dos familiares entrevistados, elas ainda não são efetivas, pois eles se percebiam invisíveis aos olhos dos profissionais. Este resultado reforça o que foi encontrado em estudo realizado com gestantes adolescentes no Rio de Janeiro, o qual mostrou que companheiros desconheciam o fato de poderem participar das consultas de pré-natal<sup>(19)</sup>, refletindo, portanto, em um atendimento centrado exclusivamente na gestante.

Nota-se que, quando o serviço de saúde trabalha articuladamente com a gestante e sua família, este amplia a abordagem focada apenas em riscos reprodutivos. Assim, riscos e vulnerabilidades podem ser mais bem compreendidos e o vínculo familiar e comunitário fortalecido. Entretanto, quanto menos extensa e fortalecida a rede social familiar e comunitária, mais vulnerável a mulher pode se encontrar. O mesmo ocorre quando os serviços de saúde/profissionais não consideram a abrangência e especificidade das necessidades experienciadas pelas mulheres com gravidez de risco e as com implicações em sua saúde, além de desvalorizar as ações da rede social familiar e comunitária<sup>(7)</sup>.

Entretanto, apesar das inúmeras discussões sobre humanização da assistência, ainda é necessário chamar a atenção para a importância de se compreender o indivíduo de forma integral. Isto porque o cuidado frequentemente é alicerçado nos preceitos do modelo biomédico, em que o foco da assistência é a doença e como esta pode influenciar de forma ne-

gativa a vida da mulher e do bebê, negligenciando aspectos emocionais e sociais que permeiam a vida da mulher gestante<sup>(10)</sup>.

Assim, os profissionais de saúde inseridos na assistência obstétrica precisam ter como foco a identificação de fatores de risco para morbimortalidade materna e incorporar em sua prática clínica, abordagens que contribuam para a promoção da equidade de gênero e dos direitos humanos das mulheres. Acompanhar e/ou cuidar desta mulher inclui, além da atenção diferenciada aos fatores determinantes do risco, respeito ao desejo de ser mãe, aos aspectos culturais e sociais e à prestação de uma assistência humanizada e acolhedora<sup>(20)</sup>.

## Conclusão

Os resultados da pesquisa demonstraram que tanto familiares como as gestantes vivenciam preocupação, ansiedade, medo e estresse frente à condição de vulnerabilidade, entretanto as gestantes se sentiam apoiadas e seguras com o suporte da família, que embora não se perceba valorizada/considerada pelos profissionais de saúde durante as consultas de pré-natal, tem papel importante no incentivo e fiscalização dos cuidados durante a gestação.

## Agradecimentos

À Secretaria Municipal de Saúde, a qual autorizou a realização da pesquisa.

## Colaborações

Vieira VCL colaborou com concepção e projeto, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. Marquete VF, Souza RR e Fischer MMJB colaboraram com a redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Barreto MS e Marcon SS contribuíram na redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

## Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Protocolos de Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Instituto Sírrio-Libanês de Ensino e pesquisa [Internet]. 2016 [citado 2019 jan. 22]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf)
2. Kassebaum NJ, Bertozzi AV, Coggeshall MS, Shackelford KA, Steiner C, Heuton KR, et al. Global, regional and national levels and causes of maternal mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014; 384(9947):980-1004. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736-14-60696-6>
3. Fortuna CM, Mesquita LP, Matumoto S, Monceau G. A análise de implicação de pesquisadores em uma pesquisa-intervenção na Rede Cegonha: ferramenta da análise institucional. *Cad Saúde Pública*. 2016; 32(9):e00117615. doi: [dx.doi.org/10.1590/0102-311X00117615](http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00117615)
4. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Linha Guia – Rede Mãe Paranaense [Internet]. 2018 [citado 2019 jan 12]. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense\\_2018.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense_2018.pdf)
5. Amorim TV, Souza IEO, Salimena AMO, Melo MCSC, Paiva ACPC, Moura MAV. The everyday of a heart disease high-risk pregnancy: phenomenological study of care relationships. *Esc Anna Nery* 2016; 20(4):e20160091. doi: [dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160091](http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160091)
6. Oliveira DC, Mandú ENT. Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado. *Esc Anna Nery*. 2015; 19(1):93-101. doi: [dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150013](http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150013)
7. Cabrita BAC, Abrahão AL, Rosa AP, Rosa FSF. A busca do cuidado pela gestante de alto risco e a relação com a integralidade em saúde. *Ciênc Cuid Saude* 2015; 14(2):1139-48. doi: [dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v14i2.24250](http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v14i2.24250)
8. Fairbrother N, Young AH, Janssen P, Antony MM, Tucker E. Depression and anxiety during the perinatal period. *BMC Psychiatr Online*. 2015; 15(206):1-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-015-0526-6>



9. Ferreira S, Fernandes AFC, Lô KKR, Melo TP, Gomes AMF, Andrade IS. Percepções de gestantes acerca da atuação dos parceiros nas consultas de pré-natal. *Rev Rene*. 2016; 17(3):318-23. doi: dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000300003
10. Gioza PS, Tavares CMM, Marcondes FL. Suporte emocional às gestantes que convivem com doenças crônicas. *Rev Port Enferm Saúde Mental*. 2016; (spe4):63-8. doi: dx.doi.org/10.19131/rpesm.0143
11. Watts MCNC, Liamputtong P, Mcmichael C. Early motherhood: a qualitative study exploring the experiences of African Australian teenage mothers in greater Melbourne, Australia. *BMC Public Health*. 2015; 15:873. doi: https://doi.org/10.1186/s12889-015-2215-2
12. Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with school children. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71(1):228-33. doi: dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616
13. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.
14. Nie C, Dai Q, Zhao R, Dong Y, Chen Y, Ren H. The impact of resilience on psychological outcomes in women with threatened premature labor and spouses: a cross-sectional study in Southwest China. *Health Qual Life Outcomes*. 2017; 15(1):15-26. doi: dx.doi.org/10.1186/s12955-017-0603-2
15. Williams CF, Steen M, Esterman A, Fielder A, Walus MA. "My midwife said that having a glass of red wine was actually better for the baby": a focus group study of women and their partner's knowledge and experiences relating to alcohol consumption in pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015; 15:79. doi: dx.doi.org/10.1186/s12884-015-0506-3
16. Jackson C, Huque R, Satyanarayana V, Nasreen S, Kaur M, Barua D, et al. "He doesn't listen to my words at all, so i don't tell him anything"- a qualitative investigation on exposure to second hand smoke among pregnant women, their husbands and family members from rural Bangladesh and urban India. *Int J Environ Res Public Health*. 2016; 13(11):e1098. doi: doi.org/10.3390/ijerph13111098
17. Pereira SB, Diaz CMG, Backes MTS, Ferreira CLL, Backes DS. Good practices of labor and birth care from the perspective of health professionals. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71(3):1313-9. doi: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0661
18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Coordenação Nacional de Saúde do Homem. *Guia do Pré-natal do parceiro para profissionais de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
19. Costa SF, Taquette SR. Atenção à gestante adolescente na rede SUS – O acolhimento do parceiro no pré-natal. *Rev Enferm UFPE online [Internet]*. 2017 [citado 2019 Jan. 12]; 11(Suppl5):2067-74. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23360/18984
20. Marcelino LC, Rios CC, Torricelli L, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz F. Aspectos sociodemográficos e obstétricos da morbidade materna grave. *Cienc Enferm*. 2017; 23(2):21-32. doi: http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532017000200021