



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

NATHALYA MACHADO MESQUITA

**O PERFIL OCUPACIONAL E O SIGNIFICADO DA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO
PARA MULHERES HOSPITALIZADAS**

BELÉM

2018

NATHALYA MACHADO MESQUITA SILVA

**O PERFIL OCUPACIONAL E O SIGNIFICADO DA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO
PARA MULHERES HOSPITALIZADAS**

Pesquisa apresentada à Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Pará como requisito obrigatório para obtenção de grau de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Msc. Luísa Sousa Monteiro Oliveira

Co-Orientadora: MSc. Clévia Dantas Luz de Matos

BELÉM

2018

NATHALYA MACHADO MESQUITA SILVA

**O PERFIL OCUPACIONAL E O SIGNIFICADO DA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO
PARA MULHERES HOSPITALIZADAS**

Pesquisa apresentada à Faculdade de Fisioterapia e
Terapia Ocupacional da Universidade Federal do
Pará como requisito obrigatório para obtenção de
grau de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Msc. Luísa Sousa Monteiro Oliveira

Co-Orientadora: MSc. Clévia Dantas Luz de Matos

Apresentado em: ____/____/____

Conceito: _____

Banca Examinadora:

Orientadora: Prof. MSc. Luísa Sousa Monteiro Oliveira
Faculdade de Fisioterapia Terapia Ocupacional- FFTO/UFPA

Co-Orientadora: Clévia Dantas Luz de Matos
Terapeuta Ocupacional – FSCMP

MSc. Manuela Lima Carvalho da Rocha
Terapeuta Ocupacional – PPGTPC- UFPA

MSc. Elson Ferreira Costa
Terapeuta Ocupacional – PPGTPC- UFPA

BELÉM

2018

O PERFIL OCUPACIONAL E O SIGNIFICADO DA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO PARA MULHERES HOSPITALIZADAS

Nathalya M. Mesquita¹

Prof^a Msc. Luisa Monteiro²

Prof^a. Msc. Clévia Dantas³

RESUMO

Este artigo trata do perfil ocupacional e o significado da gestação de alto risco para mulheres hospitalizadas. Para tanto, buscou-se compreender e identificar as ocupações mais comprometidas com as patologias advindas da gestação e os possíveis impactos da hospitalização no cotidiano destas mulheres, bem como vir, a saber, sobre percepção das gestantes de alto risco acerca da assistência hospitalar recebida. A pesquisa foi aplicada em um hospital de referência materno-infantil do norte do Brasil, o qual é especializado na assistência às gestantes de alto risco. Nesse contexto, foram ouvidas dez mulheres hospitalizadas, com diferentes diagnósticos e faixas etárias. **Resultados: Conclusão**

Palavras-chave: Perfil Ocupacional, Gestação de Alto risco, Hospitalização.

1

2

ABSTRACT

This article deals with the occupational profile and the meaning of high risk gestation for hospitalized women. In order to do so, we sought to understand and identify the occupations most committed to the pathologies arising from gestation and the possible impacts of hospitalization on the daily life of these women, as well as on the perception of high-risk pregnant women about hospital care received. The research was applied in a maternal and child hospital in the north of Brazil, which specializes in assisting high-risk pregnant women. In this context, ten hospitalized women with different diagnoses and age groups were heard. Results: Conclusion

Keywords: Occupational Profile, High Risk Pregnancy, Hospitalization.

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa é fruto da experiência vivenciada através da disciplina estágio supervisionado nível I, ofertado durante a graduação do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Pará em um hospital de referência materno infantil para gestações de alto risco no norte do Brasil. Ao longo desse processo, surgiram muitos questionamentos acerca da alta quantidade de mulheres internadas com diagnósticos passíveis de serem evitados caso houvesse um pré-natal adequado.

Segundo o Manual Técnico da Gestação de Alto Risco (2010) desenvolvido pelo Ministério da Saúde, conceitua-se a gestação de alto risco como aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto têm maiores chances de serem atingidas que as da maioria da população considerada.

Para autores como Versiane e Fernandes (2012), apesar da gravidez ser considerada um processo fisiológico e não patológico, algumas gestações podem apresentar riscos, fato este corroborado por Silva e Rosa (2014), ao afirmarem que em alguns momentos da gestação, podem ocorrer situações que envolvam riscos tanto para a mãe quanto para o feto, comprometendo uma evolução favorável da gravidez.

Rodrigues et al. (2017), afirma que apesar da gravidez ser um evento fisiológico e natural, em 20% dos casos há probabilidade de ocorrer uma evolução desfavorável definida por uma série ampla de condições clínicas, obstétricas ou sociais capazes de trazer complicações ao período gestacional e ameaçar o binômio materno-fetal.

Ainda nesta perspectiva, Cruz e Guarany (2015) abordam que existem inúmeros fatores causadores de risco gestacional e que estão relacionados às características individuais, fatores socioeconômicos e demográficos desfavoráveis, história obstétrica ou reprodutiva, situação clínica materna, doença obstétrica atual, intercorrências clínicas e hábitos de vida considerados não saudáveis como o uso de álcool, cigarro e/ou outras drogas, que influenciam diretamente no cotidiano das gestantes e podem ocasionar longos períodos de internação hospitalar, repercutindo nas tarefas cotidianas e causando impactos no desempenho ocupacional.

Tendo em vista a presente pesquisa, destaca-se a definição de ocupação segundo a Associação Americana de Terapia Ocupacional:

Atividades da vida cotidiana, nomeadas, organizadas e com determinado valor e significado pelos indivíduos e pela cultura. A ocupação é tudo o que as pessoas fazem para se ocupar, inclusive cuidar de si mesmas (...) desfrutando a vida (...) e contribuindo para a construção econômica e social de suas comunidades (AOTA, 2015).

Deste modo, ressalta-se que a ocupação é composta de ações com propósitos e significados, nas quais as pessoas se engajam em seu cotidiano e estruturam as suas vidas agregando significados pessoais e culturais sendo influenciadas por seus históricos de vida (COSTA. Et. Al. 2017).

Logo, as formas e os significados que permeiam a ocasião da gravidez se apresentam em contextos variados, permeados de significados singulares e complexos no que se refere à maternidade como o grande milagre da vida. Posto que, esta, sem dúvida, é tida pela ampla maioria das sociedades humanas como uma etapa bela, significativa e plena de se vivenciar.

No entanto, considerando ainda que diversos fatores estão intrincados durante um período gestacional considerado normal (sem intercorrências graves), é possível imaginar a intensidade que os impactos advindos de uma gestação de alto risco, associados ainda, a um período de hospitalização, podem causar para mulheres que sobrevivem em comunidades com a escassez de recursos e políticas sociais voltadas para o acompanhamento da gestação.

Costa et. Al. (2016) descreve que no Brasil houve uma redução de 3,7% da razão da mortalidade materna entre os anos de 1990 e 2011. Já o Ministério da Saúde divulgou recentemente em maio deste ano – 2018, uma redução dos óbitos maternos de 143 para 62 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, entre os anos de 1990 e 2015, o que representou uma diminuição de 56%. Esta redução tem sido reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ao destacar que houve avanços significativos desde a década de 90 nas políticas públicas sociais e de saúde, como as ações orientadas pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento – 2002, e pela estratégia Rede Cegonha criada em 2011 (RODRIGUES, 2016).

De acordo com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (DATASUS) em 2015, o Brasil registrou 1.738 casos de morte

materna, que engloba óbitos causados por problemas relacionados à gravidez ou ao parto, ocorridos até 42 dias depois. Em 2016, foram registrados 1.463 casos, uma queda de 16% em relação ao ano anterior.

Dentre as principais patologias relacionadas ao período gestacional, segundo o Manual Técnico da Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde, encontram-se as síndromes Hipertensivas da gestação, como a pré-eclâmpsia/eclâmpsia, o rompimento prematuro de membrana, trabalho de parto prematuro e o diabetes gestacional.

Para reduzir a morte materna, o Ministério da Saúde tem implementado políticas públicas a fim de fortalecer a humanização do atendimento às gestantes, a melhoria da atenção durante o pré-natal, nascimento e pós-parto, assim como tem instituído medidas de orientação e qualificação dos profissionais de saúde, tanto no âmbito da atenção básica como nos atendimentos de urgência e emergência. O fortalecimento das ações da Comissão Nacional de Mortalidade Materna e dos Comitês Estaduais e Municipais de Investigação do Óbito Materno é outra importante estratégia em curso.

É importante salientar que em nosso país, as políticas de saúde às mulheres propõem um modelo humanístico nas práticas de cuidado, tanto na formação profissional, quanto nos programas de atenção à saúde. Este modelo está pautado na humanização da assistência em todos seus ciclos de vida, ao recém-nascido e a família, e tem como base a perspectiva da integralidade e a valorização de crenças e modos de vida de cada sujeito cuidado (WILHELM, 2014).

Nesse sentido, as práticas de cuidado incorporadas ao cotidiano das gestantes de alto risco, precisam ser valorizadas, e a equipe de saúde que as auxilia precisa promover ações que sejam capazes de abarcar os aspectos psicoemocionais dessas mulheres. Para tanto é necessário que o profissional de saúde conheça como essas mulheres se cuidam, como são seus hábitos, suas crenças, suas rotinas familiares e o que as mudanças advindas da gestação representam para elas.

Faz-se necessário a reflexão e a construção de novos conhecimentos, saberes e práticas para o acompanhamento deste público em especial, o que demanda de profissionais envolvidos, sobretudo aos da área da saúde, que atuam

diretamente no contexto hospitalar, repensando o fazer para possibilitar uma atenção mais integral e humanizada.

As experiências que uma mulher passa de gestar, parir e essa espera por um desfecho favorável da gravidez geram conflitos, dúvidas e ansiedade, além de influenciar na construção de um papel ocupacional importantíssimo socialmente que é o papel de “SER” mãe. A partir do momento em que a mulher descobre a gravidez, ela passa a ser afetada de maneira multifatorial e biopsicossocial. Passam a ser exigidos dela, inúmeras habilidades e responsabilidades, que perpassam pelos aspectos sociais, físicos, emocionais e mentais, de modo, que sejam capazes de corresponder adequadamente quanto aos cuidados, sentimentos, decisões, valores e crenças que giram em torno do ato da maternidade.

Diante dos expostos, esta pesquisa tem por objetivo investigar o perfil ocupacional e o significado de vivenciar uma gestação de alto risco para mulheres hospitalizadas. Com enfoque em identificar e compreender as ocupações mais comprometidas e a percepção dessas mulheres acerca da assistência hospitalar recebida.

MÉTODO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Para atender aos objetivos propostos, a presente pesquisa caracteriza-se metodologicamente como uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa dos dados coletados, posto que Turato (2005) ratifica a importância de os profissionais da saúde empregarem métodos qualitativos em suas pesquisas, pois, considera a experiência em assistência uma vantagem inerente as “atitudes clínicas e existenciais”, o que permite a realização de ricos levantamentos de dados e interpretações de resultados com grande autoridade.

A grande contribuição é justamente proporcionar novos olhares sobre uma realidade já conhecida (SANTOS, 2016). A pesquisa exploratória, por sua vez, busca familiarizar-se com um assunto ainda pouco conhecido, pouco explorado. E como em qualquer exploração, a pesquisa do tipo exploratória depende da intuição do pesquisador.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi aplicada em um hospital no norte do Brasil cujas finalidades são a Atenção à Saúde da Criança, à Saúde da Mulher e a Saúde do Adulto, por meio de serviços ambulatoriais e de internação. Entretanto, é uma instituição considerada referência na atenção à gestante de alto risco e ao recém-nascido, fato que justifica a escolha para realização da pesquisa.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

10 Mulheres gestantes consideradas de alto risco após avaliação médica, de qualquer idade e de diferentes locais do estado hospitalizadas na clínica obstétrica, sem comprometimentos cognitivos, que concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e que aceitaram fazer parte desta pesquisa.

4.4 INSTRUMENTOS

Os dados foram coletados, por meio de dois instrumentos: O Formulário para caracterização sociodemográfica com perguntas fechadas sobre os dados pessoais, história obstétrica e características socioeconômicas das gestantes e Entrevista

semiestruturada aberta, que engloba três categorias centrais que embasaram e conduziram esta pesquisa:

- O Significado da Gestação de Alto Risco;
- O Perfil Ocupacional;
- A assistência hospitalar

4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Os questionários de caracterização sociodemográfica e a entrevista foram aplicados a fim de caracterizar e conhecer as gestantes que vivenciam a realidade de uma gravidez de alto risco. Com um total de 10 mulheres ouvidas no período de outubro e novembro de 2018.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor descrever os resultados obtidos com a pesquisa realizada, elegeram-se quatro categorias de análise para exemplificação dos dados coletados. Dessa forma têm-se as seguintes categorias: questionário sociodemográfico, significado da gestação, perfil ocupacional e assistência hospitalar.

5.1 QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRAFICO

O questionário sociodemográfico foi um instrumento pensado com o intuito de conhecer e caracterizar as participantes da pesquisa e as variáveis apontadas pela literatura como potenciais fatores de risco para o desenvolvimento de uma gestação de alto risco. Neste sentido, os dados coletados através deste instrumento foram organizados nas tabelas a seguir para melhor visualização e compreensão dos pontos principais de acordo como a linha de raciocínio escolhida para esta pesquisa.

A amostra foi constituída por 10 gestantes, todas em regime de internação hospitalar em maternidade pública de referência à gestante de alto risco no norte do Brasil.

TABELA 1

PARTICIPANTES	IDADE	DIAGNÓSTICO	Nº DE GESTAÇÕES	PRÉ-NATAL/ Nº CONSULTAS	ESCOLARIDADE	NATURALIDADE
G 1	21 A	Diabetes gestacional	1 gestação	Sim / 5	Ensino fundamental Incompleto	Igarapé-mirim
G 2	18 A	Trabalho de parto prematuro	3 gestações	Sim / 3	Ensino médio Incompleto	São João de Pirabas
G 3	37 A	Diabetes Gestacional	1 gestação	Sim / 6	Ensino superior Completo	Belém
G 4	35 A	Hipertensão Gestacional	2 gestações	Sim / 11	Ensino médio Completo	Castanhal
G 5	16 A	Trabalho de parto prematuro	1 gestação	Sim / 7	Ensino fundamental Incompleto	Santa bárbara
G 6	26 A	Insuficiência istmo-cervical	5 gestações	Sim / 2	Ensino médio Completo	Soure Marajó
G 7	23 A	Infecção intestinal	2 gestações	Sim / 7	Ensino médio Completo	Tomé-açú
G 8	30 A	Perda de líquido amniótico	1 gestação	Sim / 5	Ensino médio Completo	Belém
G 9	29 A	Perda de líquido Amniótico	3 gestações	Sim / 5	Ensino médio Completo	Tomé-açú
G 10	15 A	Perda de líquido Amniótico	1 gestação	Sim / 6	Ensino fundamental incompleto	Curuçá

Rodrigues et. Al. (2017) defendem que o contexto social e os aspectos culturais são capazes de influenciar e determinar a evolução e trajetória de uma gravidez. Assim os autores acreditam ser importante considerar os fatores como a história pessoal da gestante e seu passado obstétrico, a conjuntura sociodemográfica e econômica para conhecer os fatores de risco que possam interferir na saúde materno-fetal e direcionar a assistência adequada ao binômio.

A tabela 1 apresenta as características sociodemográficas, destacando-se que o fator idade variou de 15 a 37 anos. Da amostra coletada observou-se que três das mães participantes têm idade inferior a 20 anos, quatro mães têm idade entre 20 e 30 anos e três mães têm idade entre 30 e 40 anos.

Duas participantes foram diagnosticadas com diabetes gestacional, três foram diagnosticadas com perda de líquido amniótico, duas com trabalho de parto prematuro, uma com hipertensão gestacional, uma com insuficiência istmo-cervical e uma com infecção intestinal.

Quanto ao fator número de gestações, a amostra apresenta que cinco participantes são múltiparas e cinco são primigestas. Observou que todas iniciaram o pré-natal em suas localidades, porém, cinco das participantes entrevistadas não

realizou o número mínimo de 6 consultas pré-natais conforme preconizado pelo Ministério da Saúde de acordo com a Portaria nº 570 de 1º de junho de 2000, que rege o Programa de Humanização do pré-Natal e Nascimento.

Em nível de instrução, três mães têm o ensino fundamental incompleto, uma mãe tem o ensino médio incompleto, cinco mães tem o ensino médio completo e uma mãe considera-se com ensino superior completo. Apenas duas das participantes residem-na capital, as demais em municípios do interior.

TABELA 2

PARTICIPANTES	PRINCIPAL OCUPAÇÃO	RECEBEU ORIENTAÇÕES DE EDUCAÇÃO SEXUAL	IDADE DA 1º MENSTRUACÃO (MENARCA)	1º RELAÇÃO SEXUAL	RELIGIÃO	USO DE DROGAS ANTES/DURANTE A GESTAÇÃO
G 1	Do lar	Sim, profissional de saúde	20 A	14 anos	Evangélica	NÃO / NÃO
G 2	Do lar	Sim, na escola	14 A	14 anos	Católica	NÃO / NÃO
G 3	Massoterapeuta	Sim, profissional da saúde	9 A	26 anos	Evangélica	NÃO / NÃO
G 4	Do lar	Sim, na internet	11 A	15 anos	Católica	NÃO / NÃO
G 5	Estudante	Sim, CRAS	12 A	12 anos	Evangélica	NÃO / NÃO
G 6	Estudante	Sim, na escola	13 A	15 anos	Católica	NÃO / NÃO
G 7	Cabelereira	Sim, na internet	13 A	16 anos	Evangélica	NÃO / NÃO
G 8	Do lar	Não	11 A	16 anos	Católica	SIM / NÃO
G 9	Do lar	Sim, na internet	11 A	15 anos	Evangélica	NÃO / NÃO
G 10	Estudante	Não	12 A	14 anos	Evangélica	SIM / NÃO

A tabela 2 apresenta que, cinco das mães participantes desempenham tarefas relacionadas ao ambiente doméstico, três são estudantes e apenas duas exercem atividades remuneradas. No quesito de educação sexual, apenas duas das participantes receberam informações diretamente de profissionais da saúde, duas não receberam nenhum tipo de orientação e as demais participantes receberam informações de outras fontes.

Na comparação dos itens idade da 1º menstruação e a 1º relação sexual, a amostra aponta que a maioria das participantes iniciaram uma vida sexualmente ativa pouco tempo após a primeira menstruação. Apenas uma das participantes iniciou a vida sexual mais tardiamente.

Com relação aos itens religião e o uso de drogas, antes ou durante a gestação, é possível observar que 100% da amostra denominaram-se cristãs. Nenhuma das participantes fez uso de álcool e/ou outras drogas durante a gestação E apenas duas participantes fizeram uso dessas substâncias antes do período gestacional.

TABELA 3

PARTICIPANTES	RENDA FAMILIAR	BENEFÍCIO ASSISTÊNCIA GOVERNO	HISTÓRICO FAMILIAR	ESTADO CIVIL	PLANEJAMENTO DA GESTAÇÃO	USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS
G 1	Menos de 1 salário mínimo	SIM	Hipertensão e diabetes	União estável não reconhecida	SIM	INJETÁVEL
G 2	De 2 a 3 salários mínimos	SIM	Hipertensão e diabetes	União estável não reconhecida	NÃO	PRESERVATIVO
G 3	Um salário mínimo	NAO	Hipertensão e diabetes	Casada	SIM	NENHUM
G 4	Um salário mínimo	NAO	hipertensão	União estável não reconhecida	SIM	NENHUM
G 5	Menos de 1 salário mínimo	NÃO	NÃO possui	União estável reconhecida	SIM	INJETÁVEL
G 6	Acima de 3 salários mínimos	NÃO	Hipertensão e diabetes	União estável não reconhecida	NÃO	NENHUM
G 7	Acima de 3 salários mínimos	SIM	NÃO possui	solteira	NÃO	ORAL
G 8	1 salário mínimo	NAO	diabetes	casada	SIM	INJETÁVEL
G 9	Menos de 1 salário mínimo	SIM	NÃO possui	União estável não reconhecida	SIM	NENHUM
G 10	Menos de 1 salário mínimo	SIM	Cardiopatia	União estável não reconhecida	SIM	NENHUM

Ativ

Na tabela 3 notamos que quatro das gestantes ganham menos que um salário mínimo e que três dessas recebem algum tipo de auxílio do governo. Três recebem um salário mínimo, duas tem renda superior a três salários mínimos e apenas uma recebe de dois a três salários mínimos. 50% da amostra recebem benefícios sociais do governo federal e os outros 50% não.

No quesito histórico familiar apenas três gestantes responderam não possuir histórico de doenças crônicas na família. Seis das dez participantes relataram ter histórico de hipertensão e diabetes, apenas uma com histórico de cardiopatia.

O critério estado civil apresenta que apenas duas das gestantes afirmam ser casadas, uma solteira e a maior parte da amostra mantém uma união estável não reconhecida.

Sobre ter planejado ou não a gestação, 70% das participantes disseram ter planejado a gravidez. Das que não planejaram a gestação, apenas duas usavam métodos contraceptivos.

5.2 O SIGNIFICADO DA GESTAÇÃO

No que se refere ao significado de vivenciar uma gestação de alto risco para essas mulheres no contexto da hospitalização a maioria considera uma situação muito difícil e sentem-se assustadas, no entanto estar no ambiente hospitalar e receber a assistência as deixa de certa forma tranquila, como aponta este trecho da fala de G2:

“Mas eu fico assim bastante preocupada, mas assim de eu entender que o meu bebe tá bem, sobre ele não tá acontecendo nada com ele, a respiração dele tá boa, os batimentos cardíacos. Eu tô feliz e tô vivenciando isso tranquila, a minha mente anda assim ainda não caiu a ficha que pode acontecer alguma coisa ruim, mas eu tô pensando sempre positivo, sempre o bem.” (G2-2018)

Duas entrevistadas descreveram a gestação de alto risco como “um desafio que exige paciência e determinação, uma superação de seus limites” e afirmaram estar passando por algo semelhante a uma “batalha”, por isso palavras, como perseverança, fé e paciência; foram frequentes durante todas as entrevistas. Conforme observa-se no trecho da entrevista a seguir:

“Não é nada fácil, né? Tem que vencer uma barreira, não é fácil ter uma gravidez de risco... até porque pensei que a minha gravidez era normal e quando eu cheguei aqui falaram que minha gravidez era de risco. Fiquei muito assustada”. (Entrevista de G5)

No entanto, apesar de atravessarem essa fase de vida conturbada, a maioria afirma estar extremamente feliz com a gestação, que é uma realização de um sonho apesar das dificuldades e dos sentimentos de medo e ansiedade persistentes quanto a finalização de todo esse processo.

5.3 PERFIL OCUPACIONAL

Tanto durante a aplicação do questionário sociodemográfico quanto das entrevistas foi possível perceber um perfil, por meio da repetição dos núcleos de significação observados nas respostas das participantes, principalmente sobre quem

são essas gestantes consideradas de alto risco hospitalizadas e quais das suas ocupações foram mais prejudicadas.

A ocupação é usada para significar tudo que as pessoas querem, precisam ou devem fazer, seja de natureza física, mental, social, sexual, política ou espiritual, incluindo sono e descanso. Refere-se a todos os aspectos reais do fazer, ser e tornar-se humano e também ao de pertencer. (AOTA, 2015, p. 5)

Quando questionadas acerca das tarefas desempenhadas em seus cotidianos, as participantes disseram exercer atividades domésticas:

“tomar banho bastante, isso tá normal, mas dormir eu não durmo direito porque eu preciso ficar me mexendo em vários tipos de posição pra poder me sentir confortável, mas as outras assim como andar isso não me incomoda, mas se eu andar muito bastante, muito longe de um lugar pro outro eu já me sinto mal”. (Entrevista de G2)

Ao cuidar da casa, do marido e dos filhos, mesmo as que exercem alguma atividade remunerada fora do ambiente doméstico referem estar impossibilitadas por motivo de esforço físico, como: andar longas distancias, carregar peso e agachar-se.

“é... Eu não mexo mais na minha profissão, por conta da química, então eu não mexo mais com o cabelo e não faço mais coisas domésticas, não faço mais mesmo nada, mesmo. É, só o que faço é cuidar da neném e coisas, que tipo, lavar uma louça que não dá pra mexer, movimentar muito, mas só.” (Entrevista de G7)

Assim, torna-se evidente que a gravidez “normal” em si não é empecilho para o desenvolvimento das ocupações cotidianas, no entanto uma gravidez de alto risco (dependendo do diagnóstico) pode impactar mais ou menos as ocupações, impossibilitando algumas.

5.3 ASSISTENCIA HOSPITALAR

O processo de hospitalização normalmente assusta e/ou frustra os pacientes, uma vez que expõe fragilidades, desconhecimento e causa uma limitação de autonomia e independência mediante às experiências que são por vezes dolorosas e imprevisíveis, características do contexto hospitalar.

Das 10 participantes apenas uma referiu não ter recebido a assistência adequada e questionou a postura de alguns profissionais. As demais entrevistadas

relataram receber uma assistência de qualidade que as tranquiliza por estarem recebendo uma assistência que é escassa em seus municípios de origem.

Para as mulheres que vivem uma gestação de alto risco e enfrentam um processo de hospitalização receber uma assistência hospitalar humanizada faz toda diferença, tendo em vista que naturalmente essas gestantes têm fatores psicoemocionais que podem interferir no desfecho da gestação.

6. CONCLUSÃO

O trabalho com gestantes é um recurso pouco explorado no campo da Terapia Ocupacional, visto que a prática profissional tem se concentrado na reabilitação pós-sequela em detrimento da orientação preventiva (CARVALHO e SCATOLINI, 2013).

Neste sentido, investigar o perfil ocupacional de mulheres que vivenciam a experiência de uma gestação considerada de alto risco dentro do contexto hospitalar requer um olhar humanizado, que seja capaz de considerar a pessoa em sua singularidade, sua história pessoal, seus hábitos, papéis e rotinas, situação Rodrigues et. Al (2017) defende que a gravidez desenvolve-se em um contexto social e cultural que influencia e determina a sua evolução e a sua trajetória.

Assim é importante considerar fatores como a história pessoal da gestante e seu passado obstétrico, a conjuntura sociodemográfica e econômica para conhecer os fatores de risco que possam interferir na saúde materno-fetal e direcionar a assistência adequada ao binômio.

REFERENCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 80p. (Série C. Projetos, programas e relatórios).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**. 5. ed. Distrito Federal. Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Cadernos Humaniza SUS: formação e intervenção. Brasília, 2010.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Promoção da saúde: saúde da mulher brasileira**. Revista Promoção da Saúde. 2002. 53-6.
- CARVALHO, A. F. C. T. SCATOLINI, H. M. N. **Terapia Ocupacional na complexidade do sujeito**. ed. Rubio, 2º ed., Rio de Janeiro, 2013. 88 fls.
- CAVALCANTE, A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática**. Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2011. 531 fls.
- COSTA, E. D. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. **Revista Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 86-93, abr./jun., 2010.
- CRUZ, J. A. GUARANY, N. R. Desempenho ocupacional e Estresse: Aplicação de Manual de Orientações e Cuidados a gestante de risco. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. v. 26, n. 2, p. 201-206, Maio/ Ago. 2015.
- DE CARLO, M. M. R. DO P. KUDO, A. M. **Terapia Ocupacional em contexto hospitalar e cuidados paliativos**. Ed. Payá, São Paulo, 2018. 417 fls.
- DE CARLO, M. M. R. P.; LUZO, M. C. M. **Terapia Ocupacional Reabilitação Física e Contextos Hospitalares**. Roca, São Paulo, 2004. 323 fls.
- DOURADO, V. G.; PELLOSO, S. M. Gravidez de auto risco: o desejo e a programação de uma gestação. **Revista Acta Paul de Enfermagem**. v. 20, n. 1, São Paulo, 2007. 69-74.

FSCMP. **Governo do Estado do Pará.** Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Disponível em: <<http://www.santacasa.gov.pa.br>> acesso em: 10 de janeiro de 2018.

GALHEIGO, S. M. Domínios e temáticas no campo das práticas. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.18, n. 3, p. 113-121, set./dez. 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. edição. São Paulo: Atlas, 2008.

LANGARO, F.; SANTOS, A. H. Adesão ao tratamento em gestação de Alto Risco. **Psicologia, Ciência e Profissão.** v. 34, n.3, p. 625-642, 2014.

MADEIRA, A. M. F.; PENNA, C. M. M. Vivenciando a gravidez de Auto Risco entre a luz e a escuridão. **Revista Rene.** Fortaleza, v.12, n. 1, Jan/Mar, 2011. 49-56.

MARTINS, L. A.; CAMARGO, M. J. G. O Significado das atividades de Terapia Ocupacional no contexto de internamento de gestantes de Auto Risco. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar.** v. 22, n. 2, São Carlos, 2014. 361-371.

MONTEIRO, M. A. A. **Abordagem grupal a puérperas com filhos recém-nascidos hospitalizados.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará-UFC. Fortaleza. Ceará, 2005. 158 fls.

OLIVEIRA, V. J. ;

RESENDE, C. L.; SOUZA, J. C. Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher. **Psicólogo Informação.** v. 16, n. 16, p. 45-69, Jan./Dez. 2012.

RODRIGUES, A. R. M. et al. Gravidez de alto risco: análise dos determinantes de saúde. **Sanare.** n. 01, v.16, Sobral, p.23-28, 2017.

RODRIGUES, A. R. M. **Gravidez de Alto Risco no contexto da hospitalização: representações sociais de gestantes.** Dissertação (Mestrado em cuidados clínicos em enfermagem e saúde) – Universidade Federal do Ceará – UFC. Fortaleza, Ceará. 2016. 143 fls.

SANTOS, C. J. G. Tipos de Pesquisa. Disciplina: metodologia científica. 2016. Disponível em: <oficinadapesquisa.com.br> acesso em: 18 de janeiro de 2018.

SILVA, A, H.; FOSSÁ, M. I. T. Análise de Conteúdo: Exemplo de Aplicação da Técnica para análise de dados qualitativos. **Qualitas Revista Eletrônica.** v. 17, n. 1, 2015.

SILVA, M. S.; ROSA, M. R. Q. P. Perfil de Gestantes de auto risco atendidas em um centro obstétrico de Santa Catarina. **Revista Interdisciplinar.** v. 7, n. 2, abr./ jun. 2014. p. 95-102

TEDESCO, J. J. A. Gravidez de alto risco: fatores psicossociais. In: TEDESCO, J. J. A. (Org.). **A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra**. Atheneu, São Paulo, 2002. p. 27-41.

TEDESCO, J. J. A. O mundo emocional da grávida. In: TEDESCO, J. J. A. (Org.). **A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra**. Atheneu, São Paulo 2002. p. 265-277.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista Saúde Pública**. v. 39, n.3, p. 507-514, 2005.

VERSIANE, C. C.; FERNANDES, L. L. Gestantes de auto risco internadas na maternidade de um Hospital Universitário. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**. v.1, n. 1, 2014. 68-78.

VIÊRO, P. B. ; PONTE, A. S. ; POMMEREHN, J. ; DELBONI, M. C. C. Diabetes mellitus tipo 1 e 2: interferências das complicações vasculares e neurológicas no desempenho ocupacional. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade de São Carlos**. v. 25, n.1, p. 75-84, 2017.

WILHELM, L. A. **Mulheres em gestação de Alto Risco: Sentimentos, práticas de cuidado e superação das dificuldades enfrentadas**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Santa Maria, Rio Grande do Sul. 2014. 95 fls.

ANEXOS
ANEXO A –

APÊNDICES
APÊNDICE A –

