

Nilba Lima de Souza^I

Ana Cristina Pinheiro Fernandes
Araújo^{II}

George Dantas de Azevedo^{III}

Selma Maria Bezerra Jerônimo^{III}

Lara de Melo Barbosa^{III}

Núbia Maria Lima de Sousa^{IV}

Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclampsia

Maternal perception of premature birth and the experience of pre-eclampsia pregnancy

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a vivência materna diante de gravidez com pré-eclampsia e com recém-nascido prematuro hospitalizado em unidade de terapia intensiva neonatal.

MÉTODOS: Estudo qualitativo com a utilização da técnica do grupo focal, realizado com 28 mulheres em maternidade referência para gestações de risco no Rio Grande do Norte, em 2004. As mães incluídas tiveram gravidez com pré-eclampsia e parto pré-termo e conseqüente internação do recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Os dados foram analisados por meio da técnica análise de conteúdo temática categorial, abordando três núcleos temáticos: informações sobre a pré-eclampsia no pré-natal; vivências com o recém-nascido pré-termo; e a percepção das usuárias sobre o atendimento dos profissionais.

RESULTADOS: Os relatos maternos evidenciaram o desconhecimento das participantes sobre a pré-eclampsia e sua associação com a prematuridade. Foram detectadas dificuldades inerentes à definição do papel materno nos cuidados com o filho, acentuadas pelas falhas na relação entre os profissionais de saúde e os usuários.

CONCLUSÕES: Parte das dificuldades vividas pelas mães no contexto da pré-eclampsia e da prematuridade foram agravadas pela ausência de informação ou inadequação para o entendimento das usuárias. Os resultados mostram que dificuldades vividas por mães no contexto da pré-eclampsia e da prematuridade são agravadas pela ausência de informação ou inadequação para o seu entendimento.

DESCRITORES: Pré-eclampsia, psicologia. Trabalho de parto prematuro, psicologia. Complicações do trabalho de parto, psicologia. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. Pesquisa qualitativa.

^I Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal, RN, Brasil

^{II} Programa de Pós-graduação do Centro de Ciências da Saúde. UFRN. Natal, RN, Brasil

^{III} Departamento de Estatística. UFRN. Natal, RN, Brasil

^{IV} Maternidade Escola Januário Cicco. UFRN. Natal, RN, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Nilba Lima de Souza
R. Av. Senador Salgado Filho, s/n.
Campus Universitário-Lagoa Noval
59072-970 Natal, RN, Brasil
E-mail: nilbalima@uol.com.br

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze maternal experiences of pre-eclampsia pregnancy with premature birth at a neonatal intensive care unit.

METHODS: A qualitative study using the focus group technique was conducted with 28 women in a facility specialized in high-risk pregnancies in the state of Rio Grande do Norte, Northeastern Brazil, in 2004. Mothers included had had pre-eclampsia during pregnancy and a preterm delivery with consequent hospitalization of their baby at a neonatal intensive care unit. The data were analyzed using thematic content analysis of three thematic nuclei subjects: information about preeclampsia during prenatal care; experiences with the preterm newborn, and their perception of neonatal intensive care unit professionals' attitudes.

RESULTS: Maternal reports showed subjects' lack of knowledge with regard to pre-eclampsia and its association with prematurity. Difficulties inherent to the maternal role of caring for the child in the neonatal intensive care unit were identified, accentuated by communication flaws between health professionals and users.

CONCLUSIONS: Some difficulties experienced by the mothers, in the context of pre-eclampsia and prematurity, were aggravated by lack or inadequacy of information provided to the users.

KEY WORDS: Pre-eclampsia, psychology. Obstetric labor, premature, psychology. Obstetric labor complications, psychology. Health knowledge, attitudes, practice. Qualitative research.

INTRODUÇÃO

O acompanhamento pré-natal periódico é necessário para que a gravidez evolua com segurança. Deve incluir aspectos fundamentais como: receber com dignidade a gestante e seus familiares, fornecer informações para o entendimento das usuárias e, adotar condutas e procedimentos benéficos para o desenvolvimento saudável da gravidez, parto e nascimento.*

Assim, a atenção básica à mulher no ciclo gravídico e puerperal compreende medidas de prevenção e promoção da saúde, além de detectar e tratar precocemente intercorrências que propiciem evolução desfavorável para a mãe e ou para o feto.

Dentre essas intercorrências encontra-se a pré-eclampsia, cujo início é lento e insidioso na segunda metade da gravidez, com incidência em 5% a 8% das gestações.¹⁵ Caracteriza-se pelo desenvolvimento de hipertensão com proteinúria ou edema, ou ambos,³ tendo como fatores predisponentes: os extremos da idade fértil (menor que 15 e maior que 35 anos), a raça negra, familiares de primeiro grau que apresentaram pré-eclampsia, hipertensão crônica, idade materna, baixo nível socioeconômico. Além desses, algumas gestantes podem

apresentar associação entre alterações psicológicas e quadros hipertensivos.^{3,18,**}

Autores apontam algumas repercussões maternas da pré-eclampsia, como aumento da frequência de cesáreas, insuficiência renal e insuficiência ou ruptura hepática.¹ As repercussões fetais seriam retardo no crescimento intra-uterino, infartos placentários, descolamento prematuro da placenta, prematuridade e suas conseqüências.^{12,19}

A despeito dessa realidade, acredita-se que o parto pode ser precedido por um período de maior ansiedade, agravada pela necessidade da precoce hospitalização materna e decorrente interrupção da gravidez.¹⁰ Esse evento altera o ritmo natural do nascimento, provocando sentimentos maternos de desespero, medo e ansiedade.**

Dessa forma, o suporte emocional e psicológico deve fazer parte da assistência à mulher, especialmente àquelas propensas a adversidades na gravidez, em particular, neonatos com peso de nascimento inferior a 2.500 gramas⁶ e conseqüentes hospitalizações em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN).

* Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa de humanização do pré-natal e nascimento. Brasília (DF);2001.

** Ministério da Saúde. Gestação de alto risco. Brasília (DF);2001.

Nesse contexto, considera-se que o advento da tecnologia ocasionou um aumento significativo na sobrevida de neonatos prematuros em UTIN. Porém, é importante que o foco da atenção profissional esteja voltado não somente para a priorização do atendimento às necessidades biológicas dos bebês; às necessidades psicológicas e emocionais dos pais, em particular das mães, que enfrentarão diretamente a rotina da UTIN.

Nessa perspectiva, o presente estudo abordou os aspectos do atendimento humanizado e vivência prática de uma assistência fragmentada. O objetivo foi analisar as vivências maternas diante de uma gravidez com pré-eclampsia e do acompanhamento do recém-nascido hospitalizado em UTIN.

MÉTODOS

Estudo qualitativo com a utilização da técnica do grupo focal,⁴ visando a obter dados por meio de discussões. Nelas, os participantes expressam opiniões e atitudes a respeito de determinado assunto, de modo informal e descontraído.⁹

A pesquisa foi realizada em maternidade de unidade hospitalar de referência estadual para gestação de alto risco. O período para coleta de dados foi de setembro de 2004 a março de 2005.

A amostra estudada foi constituída por 28 mulheres portadoras de pré-eclampsia, confirmado em prontuário médico, com parto pré-termo, e conseqüente hospitalização do filho na UTIN. As pesquisadas foram distribuídas em três grupos, com média de nove participantes distintas por grupo.

Para formação do grupo foi necessária a participação mínima de seis e máxima de dez mulheres enquadradas nos critérios de inclusão da pesquisa. A abordagem às mulheres foi feita no período pós-parto, como mães-acompanhantes. Enquanto o bebê permanecia hospitalizado, a mulher era inserida nos programas de mãe-acompanhante, o que implicava permanência prolongada no ambiente hospitalar.

Participaram dos encontros um moderador, representado pelo próprio pesquisador, que conduziu as entrevistas seguindo um roteiro com perguntas abertas e sem indução de respostas. Buscou-se a participação de todas, evitando a monopolização das discussões. Um observador ficou responsável pela gravação e registro do início de cada fala, além de expressões e reações diante dos questionamentos, para posterior identificação das mulheres, quando da transcrição dos discursos.

As reuniões tiveram duração média de 90 minutos. Houve interrupção em alguns momentos devido a choro de algumas entrevistadas. Aquelas que se apresentavam emocionalmente mais abaladas eram encaminhadas

para um suporte psicológico com profissionais da própria instituição. Essa situação foi evidenciada em duas mães, participantes do primeiro e terceiro grupos.

Os seguintes núcleos temáticos foram abordados: informações sobre a pré-eclampsia no pré-natal, vivências com o recém-nascido pré-termo na UTIN e percepção das usuárias sobre as atitudes dos profissionais da UTIN.

Os conteúdos expressos pelas entrevistadas foram avaliados utilizando-se a análise de conteúdo temática categorial proposta por Bardin² (1995).

Preservando os preceitos éticos de não identificação dos sujeitos, as pesquisadas foram representadas por nomes de flores correspondentes à identificação dos leitos por elas ocupados. O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)-UFRN, sob o nº 90/04. O termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado por todas as participantes da pesquisa.

RESULTADOS

A idade das puérperas entrevistadas variou entre 18 e 35 anos, a escolaridade de 82,1% das mulheres correspondeu ao ensino médio e fundamental, enquanto 17,9% concluíram o ensino superior. A renda familiar média foi menor que três salários mínimos.

Com relação aos dados obstétricos e perinatais, 71,4% das mulheres compareceram a quatro consultas pré-natais. Em 60% das entrevistadas, foram encontrados mais de um registro de elevação da pressão arterial em intervalo de 30 dias nos cartões do pré-natal, a partir da 24ª semana de gestação. A maior parte (57%) estava na segunda gravidez; o parto foi cesárea em 80% das mulheres, devido à gravidade da gestação; o peso ao nascer variou entre 1.200g a 1.500g.

Em relação à homogeneidade entre os grupos, foram observadas diferenças significativas ($p < 0,002$) somente entre os grupos I e II, referentes à idade das participantes. As semelhanças entre as demais variáveis permitiram a adoção do mesmo procedimento para o tratamento dos dados.

A interpretação dos relatos foi baseada em referencial teórico, visto que não foi objetivo quantificar a frequência dos fatores analisados, mas compreender a percepção das mulheres sobre os aspectos pesquisados. A Tabela apresenta os três núcleos temáticos dos quais surgiram nove categorias, 23 subcategorias e 318 unidades de análise. Os pontos relevantes são descritos a seguir.

Informações sobre a pré-eclampsia no pré-natal

Focaliza-se o momento em que as usuárias deveriam ter sido informadas sobre a pré-eclampsia. Vinte uni-

dades de análise evidenciaram o desconhecimento das entrevistadas sobre essa patologia durante o acompanhamento pré-natal. A intercorrência só foi conhecida por elas mediante a hospitalização pela gravidade clínica ou pelo iminente parto prematuro, como ilustrado pelas falas a seguir:

“Eu não sabia. No pré-natal a médica pediu pra eu ter repouso e não comer sal, mas não disse que a minha gravidez era de risco.” (Junquilha)

“Eu descobri quando cheguei aqui. A pressão começou a subir antes dos sete meses, mas a médica achava que ia baixar. Eu fazia pré-natal direitinho e ela só mandava eu me deitar. Eu não sabia que a pressão alta era ruim.” (Girassol)

No mesmo contexto analisou-se o nível de esclarecimento materno sobre fatores relacionados à prematuridade. Apenas quatro relatos maternos relataram as-

sociação com a hipertensão gestacional, predominando outros fatores ligados à religião, erros alimentares e problemas familiares.

“Eu acho que foi porque Deus quis assim.” (Violeta)

“Eu penso que foi porque eu tive uma raiva e eu não chorei.” (Gardênia)

As idéias que emergiram das entrevistas fazem alusão ao desconhecimento da instalação da pré-eclampsia por parte das mulheres. Isso pode ter contribuído para o negligenciamento nos cuidados preventivos e até mesmo favorecido a hospitalização precoce devido à maior gravidade.

O referenciamento imediato à hospitalização e o iminente parto pré-termo desencadearam nas mulheres o medo de morrer ou de perder o filho, eventos detectados respectivamente, em 26 e 24 unidades de análise. Esse

Tabela. Análise de relatos de puérperas, distribuídos em categorias, subcategorias e unidades de análise de núcleos temáticos. Natal, RN, 2005.

Núcleo temático/Categoria	Subcategoria	Unidade de análise	
1. Informações sobre a pré-eclampsia no pré-natal	Nível de conhecimento sobre a pré-eclampsia	Conhecimento	6
		Desconhecimento	20
	Associação à prematuridade	Pré-eclampsia	4
		Outros fatores	20
	Situações experimentadas na confirmação da gravidez de risco	Medo de morrer	26
Medo do filho morrer		24	
2. Vivência com o filho na UTIN	Sentimentos vivenciados	Choque	20
		Tristeza	14
		Insegurança	12
		Desespero	13
		Alegria	10
		Emoção	12
	Permanência prolongada no hospital	Felicidade	8
		Distanciamento familiar e social	26
		Falta de atividade de lazer	22
3. Percepção das usuárias sobre os profissionais na UTIN	Relações com profissionais de saúde	Conflitos	6
		Dúvidas	16
	Acesso às informações sobre o quadro clínico do filho	Insuficiente	10
		Linguagem técnica	12
	Incentivo à participação materna no cuidado com os filhos	Cobrança	14
		Impaciência	2
	Capacidade técnica da equipe	Confiável	15
		Duvidosa	6

UTIN: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

sentimento foi agravado pelo fato de que parte dessas crianças não chorou ao nascer, tendo sido conduzidas de imediato a UTIN. Resgatar essa experiência no grupo levou a pausas e choros, conforme os discursos a seguir:

“Eu imaginava assim [...] porque quando nasce que é normal ele chora, aí o médico bota o bebê em cima da gente. Eu esperei e não aconteceu.” (Maravilha)

“[...] Eu não vi, fiquei aguardando o choro dele e nada. Achava que meu filho tava muito grave, nem chorou. Foi quando o médico me disse que tinha nascido, mas era grave e que tinham levado pra UTI. Pra mim a UTI é porque você está muito grave, nas últimas [choro].” (Papoula)

Vivências com o filho na UTIN

As vivências maternas com o recém-nascido na UTIN foram categorizadas em aspectos relacionados aos sentimentos pela frequência com que eles surgiram nos relatos. Eles foram associados às situações que foram consideradas pelas mães, como momentos de maiores dificuldades e aqueles satisfatórios para o grupo.

Inicialmente, investigou-se a primeira visita das mães à UTIN, como primeiro contato pós-parto entre mãe e filho. Nesta ocasião foi possível compreender o universo materno, por meio da análise em profundidade. Detectou-se a carga emocional expressada por pausa, choros e alusão às palavras choque, tristeza e desespero, assim revelados:

“Quando eu cheguei lá foi um choque. [...] Quando eu vi meu bebezinho lá dentro, parei e comecei a chorar [choro].” (Lobélia)

“Só pelo fato dele tá ali, naquele lugar cheio de aparelhos, de fios, todo furadinho é um choque. [...] É uma tristeza ver e não poder pegar, colocar no colo. É um horror.” (Papoula)

No cotidiano da UTIN, as dificuldades referenciadas foram atribuídas a diferentes motivos, como: não poder segurar o filho (colocá-lo no colo), vê-lo sendo furado, medo de oferecer a dieta por sonda e ver o filho na fototerapia. Na visão materna, alguns equipamentos e procedimentos assistenciais eram vistos como geradores de sofrimento, embora tenham consciência de sua necessidade para melhoria das condições clínicas do bebê e aumento da chance de sobrevivência.

“Eu sabia que ela estava na incubadora. Ficava assim meio triste, porque eu não podia segurar ele no colo, mas aí eu entendia quando ela tinha que ficar.” (Cravo)

“É triste ver ele chorando, sem poder segurar, cheio de fio, sendo furado, eu preferia que fosse eu quem estivesse no lugar dele.” (Maravilha)

As mães entrevistadas também falaram de outros sentimentos oriundos da interação com o filho (alegria, emoção e felicidade), vivenciados quando seguraram o filho no colo pela primeira vez, ouviram-no chorar e o momento da suspensão do uso da fototerapia e dos cateteres venosos.

“Quando eu ouvi o choro dele pela primeira vez, eu tive muita alegria, porque se chorou é porque tem força pra chorar.” (Crisântemo)

“Tudo que ele faz que dá sinal de melhora faz a gente feliz. Até quando ganha 5 gramas parece que ganhou um quilo, a gente fica toda contente e ganha o dia.” (Lobélia)

Observa-se nos relatos a seguir, que ser mãe-acompanhante gera distanciamento do convívio familiar e social, e dificuldades decorrentes do antagonismo entre a importância de acompanhar o bebê e a impossibilidade de exercer atividades rotineiras com a família.

“Eu sinto saudade da minha casa e sonho com o dia que eu vou sair daqui. As horas não passam, a gente não tem muito que fazer.” (Flores)

“Eu sei que tenho que ficar por causa do bebê, mais é muito difícil ficar num hospital tanto tempo.” (Papoula)

Esse processo foi agravado pelo fato de que a instituição não dispunha de atividades de lazer ou programas de forma sistematizada que favorecesse o desenvolvimento de atividades saudáveis no sentido de reduzir o estresse e promover a socialização materna.

Assim, observou-se que a busca de recursos para suprir as necessidades de escuta e apoio eram provenientes do suporte familiar, interação entre mães que vivenciavam situação semelhante, palavras atenciosas de alguns profissionais e da fé.

Percepção das usuárias sobre os profissionais da UTIN

As atitudes dos profissionais diante da mulher com o filho na UTIN revelam que as relações entre profissionais de saúde e usuárias são geradoras de conflitos e dúvidas. Ainda que não haja obstáculo à participação materna nos cuidados com o filho, percebe-se que falta habilidade para interagir afetivamente, revelando que a equipe da UTIN, não está atenta às dificuldades apresentadas pelas mães ao prestar cuidados ao filho. Os profissionais adotam um apoio formal, com informações insuficientes e uso de linguagem técnica que favorecem a construção de uma realidade distorcida.

“Quando eu perguntava sobre o bebê a médica dizia não sou eu que estou acompanhando seu bebê, é médica tal. A outra dizia a mesma coisa. É tanto que da UTI

eu sei muito pouco ou quase nada do que ela passou. Só diziam que ela estava muito grave, mas grave por quê? Não sei por que ela usava tanto aparelho, só fiquei sabendo por que ela usava a sonda". (Mimo do Céu)

"Quando eu chegava lá para dar o leite pela sonda, eu não sabia. Eu tinha muito medo e eu demorei a aprender a dar. Tinha umas que eram compreensivas e me ajudavam, mais tinham outras [...] e às vezes eu saía tão triste pro quarto. Ai eu pensava - meu Deus eu não sei como é que dá e elas vão mandar eu dá sozinha". (Cravo)

Nesse núcleo temático foram encontradas duas afirmações diferentes. Na primeira, as mulheres apontam as falhas no processo de comunicação entre equipe e usuárias; na segunda, confirmam a satisfação com o atendimento às necessidades biofísicas do filho (como capacidade técnica da equipe, facilidade de acesso aos exames complementares e aos recursos terapêuticos e tecnológicos), ainda que suas dúvidas e ansiedades maternas não sejam atendidas. Provavelmente, essas mães desconhecem que as duas realidades são partes que se complementam na proposta de uma assistência integralizada.

DISCUSSÃO

Não foi possível associar a ocorrência da pré-eclampsia e/ou prematuridade à frequência de consultas pré-natais, pois não foi feita a correção desses dados pela duração da gestação. Isso porque devido ao menor período de gestação, mães de prematuros realizaram menor número de consultas. Sem pretensão de generalização, alguns estudos não fazem diferenças significativas entre o número de consultas pré-natais e os resultados perinatais.^{11,16} Por outro lado, Coimbra et al⁵ (2003) aponta que a inadequação do uso da assistência pré-natal possui estreita ligação com as desigualdades sociais.

Os episódios de elevação da pressão arterial, observados em consultas subseqüentes de uma parte das entrevistadas, deveriam ter despertado no acompanhamento pré-natal a necessidade de um intervalo menor entre as consultas, com investigação criteriosa. Ou, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde,^{*} deveriam ter sido referenciadas ao pré-natal de alto risco, situação em condição de maior gravidade.

É durante o pré-natal que a equipe de saúde tem a oportunidade de identificar fatores que podem influenciar negativamente no curso da gestação, sejam eles de ordem social ou biológica. Entre esses, a detecção precoce da hipertensão gestacional, que pode ser identificada com técnica simples e de baixo custo, como aferição da pressão arterial.¹⁴

Percebeu-se que a qualidade das informações fornecidas às mulheres sobre a gravidez com pré-eclampsia

durante o pré-natal foram insuficientes ou não compatíveis ao seu nível de entendimento. Isto pode ter contribuído para que não fossem estabelecidas medidas profiláticas e um acompanhamento mais adequado para os quadros de maior gravidade. Tal fato é corroborado por Harrison et al,⁷ (2003) pois asseguram que o envolvimento da mulher com a própria saúde, durante a gravidez de risco, faz com que ela sinta-se responsável por si mesma e pela saúde do seu bebê.

O medo de morrer ou de perder o filho pode ser consequência da falha de informações observada no pré-natal e do despreparo para as adversidades resultantes da gravidez com pré-eclampsia.

Sabe-se que os desfechos perinatais desfavoráveis, associados à hipertensão gestacional, apresentam riscos significativos de prematuridade e conseqüentes admissões em UTIN.¹⁹ Como resultado, mãe e familiares vivenciam sobrecargas emocionais^{8,17} devido a sentimentos ambíguos, entre a certeza da necessidade dos recursos terapêuticos e a frustração de não poder interagir efetivamente com o filho. Nessa trajetória, o afastamento do convívio familiar e social gerado pela permanência materna no hospital é conflitante. Apesar de as mães terem permissão para se ausentarem do hospital, as condições financeiras e a distância das suas residências impossibilitam esse deslocamento. Porém, tal situação pode ser minimizada adotando-se atividades recreativas e ocupacionais que permitam reduzir a ociosidade detectada.¹³

As lacunas constatadas nas relações entre profissionais de saúde e usuárias sugerem necessidade de mudanças no atendimento psicológico e emocional das mães, valorizando sua participação como indispensável para a recuperação de neonatos na UTIN. A melhoria deve ser, especialmente, na qualidade das informações. Este fato é corroborado por Scochi et al¹³ (2004) quando apontam que a equipe da UTIN, embora seja favorável à participação materna nos cuidados com o filho, mostra, de forma clara, o despreparo para essa convivência. Nesse aspecto, não se pode desconsiderar fatores como a rotatividade de profissionais, excesso de trabalho demandado pela referência estadual e a constante superlotação que sobrecarregam a equipe e a conduzem à adoção de tecnicismo. Porém, o conhecimento dos motivos que levam alguns profissionais a adotarem tal postura requer investigação mais apurada, com vistas a oferecer subsídios para a correção do processo.

O período atual é de implantação da humanização da assistência nos serviços de saúde. Percebe-se que a realidade profissional constatada distancia-se da proposta de integralidade das ações de saúde quando não se consegue identificar e compreender as condições de fragilidade emocional das mães de prematuros, quando estas já acumularam o desgaste psicológico decorrente da gravidez de risco.

Assim, os resultados permitiram identificar que as dificuldades vividas por mulheres no contexto da pré-eclâmpsia e da prematuridade foram agravadas pela ausência ou inadequação de informação. Tal falha de comunicação foi observada no pré-natal, no encaminhamento à hospitalização e persistiram de forma mais intensa no relacionamento equipe-mãe na UTIN. Isso dificultou o entendimento materno quanto às condições clínicas do filho e tornou o processo de mãe-acompanhante uma situação desgastante, com considerável impacto emocional, podendo inclusive repercutir no processo de vinculação mãe-filho.

Concluindo, o estudo aponta a necessidade de reorganização da assistência perinatal, não apenas na unidade hospitalar, mas também na assistência básica, no local do acompanhamento pré-natal. Com isso, promove-se a integralidade das ações de saúde da mulher no ciclo grávido puerperal, especialmente quando a gestação apresenta condições de risco materno-fetal. Entende-se que determinados aspectos da participação materna nos cuidados com o filho na UTIN devem ser repensados, implementando medidas que apoiem e definam o real papel materno no cuidado com o filho.

REFERÊNCIAS

1. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG practice bulletin. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. Number 33, January 2002. *Obstet Gynecol.* 2002;99(1):159-67.
2. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1995.
3. Beckmann CRB, Ling FW, Herbert WNP, Laube DW, Smith RP, Barzansky BM. Hypertension in pregnancy. In: *Obstetrics and gynecology*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1998. p. 237-46.
4. Carlini-Cotrim B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. *Rev Saude Publica.* 1996;30(3) 285-93.
5. Coimbra LC, Silva AA, Mochel EG, Alves MT, Ribeiro VS, Aragão VM, et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev Saude Publica.* 2003;37(4):456-62.
6. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.11-3.
7. Harrison MJ, Kushner KE, Benzies K, Rempel G, Kimac C. Women's satisfaction with their involvement in health care decisions during a high-risk pregnancy. *Birth.* 2003;30(2):109-15.
8. Holditch-Davis D, Bartlett TR, Blickman AI, Miles MS. Posttraumatic stress symptoms in mothers of premature infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2003;32(2):161-71.
9. Krueger RA. Focus groups: a practical guide for applied research. Newbury Park : Sage Publications; 1988.
10. Leichentritt RD, Blumenthal N, Elyassi A, Rotmensch S. High-risk pregnancy and hospitalization: the women's voices. *Health Soc Work.* 2005; 30(1):39-47.
11. Munjanja SP, Lindmark G, Nyström L. Randomised controlled trial of a reduced-visits programme of antenatal care in Harare, Zimbabwe. *Lancet.* 1996;348(9024):364-9.
12. Rades E, Bittar RE, Zugaib M. Determinantes diretos do parto prematuro eletivo e os resultados neonatais. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004;26(8):655-62.
13. Scochi CGS, Brunherotti MR, Fonseca LMM, Nogueira FSN, Vasconcelos MGL, Leite AM. Lazer para mães de bebês de risco hospitalizados: análise da experiência na perspectiva dessas mulheres. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2004;12(5):727-35.
14. Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004;26(7):517-25.
15. Sibai BM. Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. *Obstet Gynecol.* 2003;102(1):181-92.
16. Sikorski J, Wilson J, Clemet SS, Das S, Smeeton N. A randomized controlled trial comparing two schedules of antenatal visits: the antenatal care project. *BMJ.* 1996;312(7030):546-53.
17. Sittner BJ, DeFrain J, Hudson DB. Effects of high-risk pregnancies on families. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2005;30(2):121-6.
18. Smith RA, Baker PN. Risk factors, prevention and treatment of hypertension in pregnancy. *Minerva Ginecol.* 2005;57(4):379-88.
19. Oliveira CA, Lins CP, Sá RAM, Chaves Netto H, Bornia RG, Silva NR, et al. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. *Rev Bras Saude Matern Infant.* 2006;6(1):93-8.