

CAMILA FLEURY

**O DESENVOLVIMENTO DA PREOCUPAÇÃO MATERNA
PRIMÁRIA EM PRIMÍPARAS COM PRÉ-ECLÂMPsia –
ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO**

Dissertação de Mestrado

**ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. MARÍA YOLANDA MAKUCH
CO-ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. MARY ANGELA PARPINELLI**

**Unicamp
2009**

CAMILA FLEURY

**O DESENVOLVIMENTO DA PREOCUPAÇÃO MATERNA
PRIMÁRIA EM PRIMÍPARAS COM PRÉ-ECLÂMPsia –
ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do Título de
Mestre em Tocoginecologia, área de
Ciências Biomédicas

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. MARÍA YOLANDA MAKUCH
CO-ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. MARY ANGELA PARPINELLI

**Unicamp
2009**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

F639d	Fleury, Camila O desenvolvimento da preocupação materna primária em primíparas com pré-eclâmpsia – estudo clínico - qualitativo / Camila Fleury. Campinas, SP: [s.n.], 2009. Orientadores: María Yolanda Makuch, Mary Angela Parpinelli Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. 1. Pré-eclâmpsia. 2. Relação mãe-filho. I. Makuch, María Yolanda. II. Parpinelli, Mary Angela. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.
-------	---

Título em inglês: "The development of the primary maternal preoccupation in primiparous women with pre-eclampsia – clinical qualitative study"

Keywords: • Pre-eclampsia
 • Mother–child relationship

Titulação: Tocoginecologia
Área de concentração: Ciências Médicas

Banca examinadora:

Profa. Dra. María Yolanda Makuch
Prof. Dr. João Luiz Pinto e Silva
Prof. Dr. Nelson Lourenço Maia Filho

Data da defesa: 21-08-2009

Diagramação e arte-final: Assessoria Técnica do CAISM (ASTEC)

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluna: CAMILA FLEURY

Orientador: Prof^a. Dr^a. MARÍA YOLANDA MAKUCH

Co-Orientador: Prof^a. Dr^a. MARY ANGELA PARPINELLI

Membros:

1.

2.

3.

Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 21/08/2009

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluna: CAMILA FLEURY

Orientador: Prof^a. Dr^a. MARÍA YOLANDA MAKUCH

Co-Orientador: Prof^a. Dr^a. MARY ANGELA PARPINELLI

Membros:

1.

2.

3.

**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

Data:21/08/2009

Dedico este trabalho...

*...à minha mãe Vera e meu padrasto Osmar,
que me apoiaram em todos os momentos
com muito amor e carinho durante a elaboração deste trabalho.*

*...ao meu pai José Luiz,
pelo exemplo e incentivo em meus estudos.*

*...aos meus irmãos Beatriz e Gustavo,
por estarmos sempre juntos e mutuamente nos fortalecendo.*

*...ao meu companheiro, Peterson,
pelo amor, paciência e incentivo que me foram dados.*

Agradecimentos

À Profa. Dra. Maria Yolanda Makuch, por sua orientação dedicada que me proporcionou inúmeras oportunidades de conhecimento, pela amizade e confiança que me deposita.

À Profa. Dra. Mary Angela Parpinelli, pela valiosa colaboração durante toda a realização deste trabalho.

À Profa. Dra. Eloisa Helena Rubello Valler Celeri, pela contribuição com seus conhecimentos sobre os conceitos de Winnicott.

Aos colegas do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa (LPCQ) pelas discussões e sugestões no decorrer desta pesquisa.

À Margarete Souza Donadon, secretária da pós-graduação, pela atenção e colaboração.

Às minhas colegas do Red Group, Márcia, Sirlei e Raquel, pelos momentos compartilhados.

À minha amiga Fabiana Nunes pelo apoio e amizade.

A todas as mulheres que participaram deste estudo pela sinceridade, confiança e disponibilidade em contribuírem para o desenvolvimento deste projeto.

Agradecimentos Institucionais

*Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de
Campinas (UNICAMP).*

Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas (CEMICAMP).

Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM).

Sumário

Resumo	viii
Summary	x
1. Introdução	12
1.1. Aspectos médicos e epidemiológicos da pré-eclâmpsia.....	12
1.2. Aspectos psicossociais da pré-eclâmpsia na gestação e puerpério.....	16
1.3. O desenvolvimento da preocupação materna primária	20
2. Objetivos	26
2.1. Objetivo geral	26
2.2. Objetivos específicos.....	26
3. Sujeitos e Métodos.....	27
3.1. Desenho do estudo	27
3.2. Tamanho Amostral	27
3.3. Critérios e procedimentos para a seleção dos sujeitos.....	28
3.3.1. Critérios de inclusão.....	29
3.3.2. Critérios de exclusão.....	29
3.4. Instrumentos para coletas dos dados	29
3.5. Coleta de dados	30
3.6. Processamento e análise dos dados	31
3.6.1. Processo de validação.....	32
3.7. Aspectos éticos	32
4. Publicação.....	34
5. Conclusões.....	57
6. Referências Bibliográficas.....	59
7. Anexos	66
7.1. Anexo 1 – Roteiro temático para entrevista	66
7.2. Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	69
7.3. Anexo 3 – Ficha de caracterização das participantes.....	71
7.4. Anexo 4 – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	73

Resumo

Objetivo: Estudar as vivências e o desenvolvimento da preocupação materna primária de mulheres primíparas diagnosticadas com pré-eclâmpsia.

Método: Como marco conceitual para compreender a relação mãe-filho utilizou-se o conceito preocupação materna primária desenvolvido por Winnicott. Foi realizado um estudo clínico-qualitativo. A construção da amostra foi feita por amostragem proposital de homogeneidade ampla, seguindo-se o critério de saturação de informação para a definição do número de participantes. Foram conduzidas entrevistas semidirigidas, utilizando-se um roteiro temático. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Para a saturação dos dados foi utilizado o referencial teórico sobre a preocupação materna primária. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo temática. **Resultados:** Participaram deste estudo 15 mulheres. O diagnóstico de PE foi uma surpresa para as mulheres, pois até então sua gravidez se desenvolvia sem problemas. Todas as mulheres relataram ter dificuldade para compreender o significado da doença e os episódios de internação. As participantes se referiram a vivências de angústia, solidão, tristeza e ansiedade; e algumas a sentimentos de culpa. A maioria das mulheres teve medo de que seu bebê

pudesse morrer ou nascer com complicações ocasionadas por sua doença. O momento do parto foi sentido como um evento repentino e inesperado para as mulheres, distanciando-se de suas fantasias e expectativas e aumentando os sentimentos de falta de controle sobre a situação e medo. Todas relataram que não planejam ter mais filhos, devido ao receio de passarem novamente pela mesma situação. Observou-se nos relatos das participantes que o relacionamento com suas próprias mães influenciou o desenvolvimento de seu papel materno. O apoio da família, principalmente do parceiro, durante a gravidez, parto e puerpério, foi percebido como importante e facilitou a dedicação das mulheres às necessidades do bebê. O apoio dado pela equipe médica também foi sentido como importante. Todas as participantes deste estudo mostraram sinais do desenvolvimento da preocupação materna primária. Durante a gestação já referiam uma aproximação afetiva com o filho, que se manteve e se fortaleceu no puerpério. Na fala das mulheres observou-se o prazer em prestar os cuidados ao bebê, com uma facilidade para interpretar e compreender suas necessidades, além de uma abdicação dos interesses pessoais para se dedicar a esse filho.

Conclusão: Mulheres primíparas diagnosticadas com PE, com bebês saudáveis e que permaneceram em contato com elas, sentiram o impacto da doença em suas vidas. Contudo, revelaram-se aptas ao desenvolvimento da preocupação materna primária.

Summary

Objective: Study the life experience of primiparous women diagnosed with pre-eclampsia (PE) and the development of primary maternal preoccupation.

Methods: a clinical-qualitative study was performed. Women were selected by purposive sampling of broad homogeneity and the number of participants was determined following the criteria of information saturation. Semi-structured interviews were conducted using a thematic guide. All interviews were recorded and verbatim transcribed. For data analysis Winnicott theoretical concepts regarding the primary maternal preoccupation were used. Furthermore, data was analyzed through the thematic contents analysis technique. **Results:** A total of 15 women participated in the study. The diagnoses of PE was a surprise to participants because their pregnancy had been without problems. All women had difficulties to understand the meaning of the illness in their lives and of the episodes of hospitalization. Women referred to feelings of anguish, loneliness, sadness and anxiety, in some cases feelings of guilt. Most women felt fear that their baby might die or be born with complication because of their illness. All interviewed women referred that they did not plan on having more children due to the fear of going through the process again. Childbirth was felt as a sudden

and unexpected event, different from their expectations and increased their feelings of lack of control and fear. The relationship of the participants with their mothers was related to the development of mother-child relationship. Family support, mainly of their partner during pregnancy, delivery and postpartum, was perceived as important and facilitated their dedication to babies necessities. The support given by health professionals was also perceived as important. All participants had developed signs of primary maternal preoccupation. During pregnancy emotional closeness was observed and this persisted and increased after the baby was born. These women had pleasure in taking care of their babies, were able to recognize and understand their babies' needs and abdicated their own needs and interests to be devoted to their babies.

Conclusion: The results of this study show that primiparous woman with diagnosis of PE, whose babies were born healthy and remained with them during postpartum hospitalization, even though they felt the impact of their illness were able to develop a primary maternal preoccupation.

1. Introdução

A pré-eclâmpsia tem um impacto na saúde física e emocional das mulheres, sobretudo por se desenvolver repentinamente, muitas vezes em mulheres saudáveis, constituindo uma realidade complexa tanto para elas quanto para as equipes de saúde. Neste trabalho, primeiramente serão referidas as questões epidemiológicas e psicossociais do quadro clínico dessa doença, e, posteriormente, o desenvolvimento da relação entre as mulheres que vivenciaram a pré-eclâmpsia e seus bebês, aspecto pouco abordado na literatura. Também será explicitado o marco de referencial teórico, no qual será estudada e compreendida a relação mãe-filho.

1.1. Aspectos médicos e epidemiológicos da pré-eclâmpsia

As desordens hipertensivas são as principais causas de morbidade e mortalidade materna em todo o mundo (1). Nos EUA, a incidência de desordens hipertensivas na gestação é de 5,9% (2). Na maioria dos países da Europa a mortalidade materna tem diminuído, mas apesar disso há diferença entre os

países (3). Nos países em desenvolvimento as desordens hipertensivas estão associadas às principais causas de morte materna (4).

Na América Latina e no Caribe estas doenças abrangem de 25% a 27% do total de mortes maternas, sendo que, nestes lugares, ocorre também importantes diferenças regionais (4). No Brasil, estes índices também são elevados, as alterações de pressão arterial ocorrem em 10% a 22% das gestações e atingem 60% das mortes maternas obstétricas diretas (5, 6).

Existem formas distintas de manifestação da hipertensão durante a gravidez, que são denominadas síndromes hipertensivas. Na identificação destas formas de manifestação da hipertensão arterial na gravidez, de acordo com o consenso do National High Blood Pressure Education Program (NHBPEP), publicado em 1990 e atualizado em 2000 (7), é fundamental diferenciar dois tipos de hipertensão: a que antecede a gestação daquela que é condição específica dessa. Enquanto a primeira refere-se ao aspecto fisiopatológico básico da doença, a segunda é resultado da má adaptação do organismo materno à gravidez, havendo, entre estas duas condições, diferentes impactos para a mãe e o feto.

Estas síndromes hipertensivas que acometem a mulher grávida são habitualmente classificadas em pré-eclâmpsia (PE), que é uma desordem específica da gravidez constituída por aumento da pressão arterial diagnosticado após 20 semanas de gestação associada com proteinúria; a hipertensão arterial crônica, aumento da pressão arterial diagnosticado antes da gestação ou antes de 20 semanas de gestação; a eclâmpsia, presença de convulsão em mulheres

com pré-eclâmpsia; a pré-eclâmpsia sobreposta, que ocorre em mulheres já hipertensas; e a hipertensão gestacional, que é a hipertensão que ocorre pela primeira vez na segunda metade da gravidez com ausência de proteinúria (8,9).

A PE é uma das doenças hipertensivas geradas pela má adaptação do organismo materno à gravidez. Sua incidência oscila entre 5% e 8% das gestações, havendo variações regionais na literatura (10,11). Esta doença constitui um dos principais problemas obstétricos, conduzindo para significativa morbidade e mortalidade materna e perinatal no mundo todo, principalmente em países subdesenvolvidos (12, 13, 14, 15). Além da tendência de ocorrer em gestações subsequentes, muitos estudos têm sugerido que mulheres que desenvolvem PE apresentam um risco maior de desenvolver diabetes (16) e complicações cardiovasculares ao longo da vida (14,17). Entretanto, a associação de PE como fator de risco e a identificação de mulheres com esse risco ainda não estão claros (8).

Quanto à gravidade, observa-se um significativo aumento de morbidade em mulheres com PE, em comparação com as que não possuem esta doença, havendo um grande número de partos por cesariana, descolamento de placenta e disfunção renal aguda (18).

Os efeitos da PE observada nos neonatos são maior risco de prematuridade, crescimento intrauterino restrito e maior probabilidade de nascerem pequenos para a idade gestacional (PIG), o que acarreta infecção neonatal e necessidade de Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, além de haver maior incidência

de mortalidade fetal nesses bebês em comparação aos filhos de mães normotensas (17,18). Pesquisas recentes apontam que as crianças nascidas com crescimento restrito possuem um risco elevado para doença cardiovascular na idade adulta (20).

Apesar de sua importância em saúde pública, a PE ainda constitui um enigma para a obstetrícia (13,20,21,22,23) e sua prevenção geralmente não é possível. Entretanto, embora sua etiologia ainda permaneça desconhecida, muitas pesquisas sobre esta doença vêm sendo realizadas e acredita-se haver combinação de fatores genéticos, imunológicos e ambientais em seu desenvolvimento (13). Alguns fatores de risco destacam-se, como a primiparidade, os extremos de idade (2,23), cor e obesidade (24). A frequência e severidade desta doença parecem ser maiores em mulheres com gestações múltiplas, hipertensão crônica, pré-eclâmpsia prévia, diabetes mellitus e com pré-existência de trombofilia (14).

Observa-se, deste modo, que a PE é uma doença complexa de evolução muitas vezes inesperada sobre os desfechos perinatais, com riscos significativos para a mulher e o bebê. Em consequência disto, a mulher vive sobrecargas emocionais, agravadas pelo afastamento social e familiar devido à permanência no hospital (25), não estando claro, ainda, quão extensa são as sequelas psicológicas dessa doença, tornando-se relevante o estudo aprofundado sobre a vivência e as repercussões emocionais nessas mulheres.

1.2. Aspectos psicossociais da pré-eclâmpsia na gestação e puerpério

Evidências sobre as consequências psicossociais que a pré-eclâmpsia pode ocasionar nas mulheres estão aumentando (26,27). Os sintomas psicológicos permanecem, em alguns casos, até um ano após o parto, afetando não só as mulheres como seus parceiros (26). Também os demais membros da família destas mulheres são afetados, pois necessitam desenvolver habilidades para lidar com o estresse e a situação de crise gerada pela doença (28,29).

A condição de alto risco, que envolve as doenças como a PE, constitui um ambiente de rápidas mudanças nas condições maternas e fetais, modificando as expectativas das mulheres sobre sua gestação, que passa a ter um caminho diferente do esperado. Isto ocorre devido à exigência de atenção, cuidados e controle, que envolvem aspectos que tornam a gestação mais complexa, o que não permite à mulher a mesma tranquilidade de uma gravidez sem intercorrências (30,31).

A saúde mental das gestantes de alto risco é agravada pelos períodos de internação hospitalar. O processo pelo qual são submetidas, de cuidados em internação hospitalar, promove a formação de uma nova identidade nas mulheres, que deixam de ter uma gestação independente e passam a ser gestantes cujos corpos e comportamentos são monitorados, o que as faz desenvolver sentimentos de incerteza e perda de controle (30). Outro fator a considerar é o ambiente não familiar do hospital, que pode ser percebido como ameaçador, no qual a mulher tem que se adaptar à uma nova rotina, longe das pessoas que conhece (32).

A incerteza do resultado de uma gestação de alto risco seria uma das características geradoras de estresse nessas mulheres, pois elas não sabem ao certo como esta condição de risco afetará a si mesma, ao seu bebê e futuras gestações (31,33). Essa situação pode fazer com que as gestantes de alto risco percam a confiança em sua habilidade para proteger a si mesmas e garantir segurança para seu bebê, condição ainda não estudada em casos de PE (34).

O suporte social e emocional da família, amigos e profissionais, seriam mediadores do estresse nas mulheres que vivenciam a PE, assim como outras gestações de alto risco. A disponibilidade da família para visitar, ou mesmo o apoio sentido por manterem contato por telefone, influenciaria positivamente o modo como elas lidam com a condição de risco que estão vivenciando (29,35,36).

Algumas pesquisas ressaltam que a qualidade das informações fornecidas às mulheres sobre gravidez com PE no pré-natal, por vezes é insuficiente ou não compatível com seu nível de entendimento, gerando incerteza sobre as causas e evolução de sua doença. Este fator pode contribuir inclusive para o negligenciamento nos cuidados preventivos e até mesmo favorecer a hospitalização precoce (25). Nesses casos, por não possuir um bom conhecimento sobre sua condição clínica, tende a sentir-se culpada pela complicação gestacional, assumindo para si mesma a responsabilidade da doença (30).

Recentemente, a PE tem sido foco também de estudos sobre estresse pós-traumático. Observa-se que há maior risco nos casos em que há um procedimento cirúrgico inesperado, como nos partos por cesariana ou com

complicações neonatais. Haveria, deste modo, um grande risco para as mulheres com PE (1,37,38). Entretanto, há controvérsias quanto à influência das complicações neonatais sobre o estresse pós-traumático, havendo riscos tanto para mulheres que tiveram bebês com problemas quanto para aquelas cujos bebês nasceram saudáveis (39).

Estudos que abordam o acompanhamento psicológico de mulheres que tiveram PE observaram problemas gerais nessas pacientes. Esses problemas referem-se tanto a questões físicas, como cansaço, dificuldade de concentração, perda de memória, dores de cabeça e distúrbios de sono, como também a questões psicológicas como dificuldades de reintegração ao trabalho, queixas depressivas, sentimento de culpa e não entendimento da doença. Essas consequências, assim como o estresse pós-traumático, podem ser explicadas pela repentina mudança que o diagnóstico da doença causa no bem-estar materno, podendo induzir a uma experiência traumática (27). Os problemas psicossociais surgem tanto em mulheres que tiveram parto pré-termo como também naquelas que tiveram partos a termo, mostrando que a PE em si mesma pode ser psicologicamente estressante (37).

Esse estresse se deve, sobretudo, ao manejo da doença, centrado muitas vezes em uma agressiva avaliação da mãe e do bebê, incluindo o frequente monitoramento da pressão arterial, urina e os sintomas da doença sobre o feto, além da mudança no peso das gestantes. Essas constantes intervenções influenciariam o humor e poderiam desencadear o desenvolvimento de distúrbios como a depressão pós-parto (40,41).

A PE pode gerar ainda consequências no planejamento familiar. Pesquisas que estudaram estas mulheres um ano após o parto afirmam que metade delas tem medo de complicações recorrentes em uma próxima gravidez. O medo de experimentar emoções negativas faz com que boa parte delas relute em engravidar novamente, com exceção das que perderam o bebê (26). Esses dados confirmam os de um estudo anterior sobre nascimentos traumáticos, que observou uma consequente diminuição no desejo de ter outros filhos e um intervalo maior entre uma gestação e outra (42).

Há pesquisas que associam as complicações perinatais com distúrbios na interação mãe-filho, em mulheres que vivenciaram um maior tempo de internação hospitalar. Alguns autores (33) afirmam que além do sentimento predominante de depressão e solidão, nestes casos ocorreria também um distanciamento emocional da mãe com seu bebê.

Esta reação também foi estudada por Schroeder em 1996 (43). Em seu estudo com mulheres de alto risco internadas por um período de mais de três semanas, com repouso de mais de 20 horas ao dia, há relatos de um distanciamento intelectual das gestantes com seus bebês, que se concentravam nas designações médicas e em pequenas metas para o futuro. O autor salienta que este comportamento deveria ser investigado em pesquisas posteriores, pois a mulher focada no futuro e distante de seu bebê poderia ser incapaz de formar uma relação normal com ele durante a gravidez e como resultado dessa estratégia algumas perderiam a única chance de formar um relacionamento com sua criança, embora ainda seja um relacionamento intrauterino.

Outro estudo (44) aponta que, diante da possibilidade da morte do bebê, a mãe pode sentir receio de intensificar o seu vínculo com ele, de modo que o desenvolvimento do apego poderia ficar comprometido, gerando um possível desinvestimento no filho, o que para outros autores (45) estaria associado ao atraso no desenvolvimento infantil. Entretanto, esta associação ainda não foi estudada para os casos específicos de PE, não havendo conhecimento sobre as sequelas desta doença e sua interferência ou não no desenvolvimento da relação mãe-filho.

Apesar de haverem indícios do impacto psicológico da PE, ainda não se estudou em profundidade a compreensão destas pacientes sobre sua condição clínica e as sequelas emocionais desencadeadas no pós-parto. Algumas destas pesquisas mostram as experiências de mulheres internadas por longos períodos, que teriam medo de perder o bebê, fato que poderia levar a um distanciamento e consequentemente influenciar na relação mãe-filho.

1.3. O desenvolvimento da preocupação materna primária

Donald Winnicott foi um pediatra psicanalista inglês que estudou, por mais de quarenta anos, o desenvolvimento emocional humano nos estágios mais precoces, sendo um dos fundadores da psicanálise de crianças. Seus estudos, escritos no final da década de cinquenta e durante a década de sessenta, reuniram 15 obras principais com diversos artigos que constituem referência fundamental no campo psicanalítico até os dias atuais. Esse autor desenvolveu

uma teoria abrangente, levantando questões raramente abordadas na teoria psicanalítica. Seus conceitos foram escolhidos para nortear este trabalho pois possibilitam uma compreensão profunda sobre o paradigma do relacionamento mãe-bebê, apontando os sinais característicos de uma boa maternagem.

Winnicott afirma que a criança nasce sadia de corpo e potencialmente sadia na mente, e para que esse potencial se manifeste ela precisa de condições ambientais boas, o que ele denomina como maternagem suficientemente boa. Ele utiliza esta expressão para explicitar que as mulheres não precisam de padrões predeterminados de perfeição para serem boas mães. O autor afirma que a personalidade saudável do indivíduo deve-se aos cuidados maternos sobre suas necessidades na fase de vida inicial. Esses cuidados seriam possíveis devido ao desenvolvimento da preocupação materna primária, conceito desenvolvido no ano de 1958 em sua obra intitulada “Da pediatria à psicanálise” (47).

A preocupação materna primária seria uma condição psicológica especial da mulher, que se desenvolve ao final da gestação permanecendo até os primeiros meses após o nascimento do bebê. Essa condição materna de sensibilidade exacerbada poderia ser comparada a uma doença, um estado de retraimento ou dissociação, embora, na verdade, seja um indicativo de boa saúde. Winnicott fala que este estado seria uma “doença normal” que possibilitaria uma adaptação sensível e delicada às necessidades do bebê.

Para o autor, somente a mulher que se encontra neste estado de preocupação materna primária conseguiria colocar-se no lugar do bebê, desenvolvendo uma

identificação gradativa extremamente sofisticada a ponto de saber como ele se sente e o que precisa em cada momento. Esse estado capacita a mãe às necessidades do bebê, que abrangem a capacidade de amamentar. Contudo, a amamentação não seria um componente essencial da preocupação materna primária. A mulher se volta inicialmente às necessidades corporais do recém-nascido, que, gradualmente, transformam-se em necessidades psicológicas.

Winnicott retoma este conceito em 1965 (47), quando descreve mais detalhadamente os aspectos do cuidado materno. Ele acrescenta que esses cuidados dispensados ao bebê não se limitam a um ato mecânico para suprir suas necessidades fisiológicas, mas implicam também uma empatia materna extremamente sensível que levaria em conta a sensibilidade cutânea do bebê, como o tato e temperatura, além da sensibilidade auditiva e visual. Isso incluiria a rotina completa do cuidado dia e noite, que se diferencia para cada criança, com uma observação das mudanças instantâneas do dia-a-dia que fazem parte do crescimento e desenvolvimento físico e psicológico do bebê.

O autor ressalta que, as mães que não tem a tendência de prover este cuidado da preocupação materna primária não podem se tornar boas pela simples instrução, pois essa adaptação às necessidades da criança não seria uma apreciação intelectual sobre o que está acontecendo e sim uma identificação natural, que confere a ela uma capacidade especial de fazer a coisa certa por saber como o bebê pode estar se sentindo.

Nesse processo de desenvolvimento da preocupação materna primária a

mulher muda a orientação sobre si mesma e sobre o mundo. A mãe vai transferindo, deste modo, algo do interesse em si própria para o bebê que está crescendo em seu ventre. Essa percepção permite à mulher interpretar as necessidades desse filho e saber o que ele necessita, como ser segurado no colo, deitado e levantado, ser acariciado e alimentado de um modo sensato, atos que envolvem mais do que a satisfação de um instinto. O autor acrescenta ainda que haveria também um prazer em prover essas necessidades ao bebê.

Em artigo posterior (48) Winnicott afirma que as mulheres geralmente se mostram aptas a atingir essa condição, desenvolvendo uma capacidade para abdicar de suas questões pessoais em favor da criança, e que, aos poucos elas vão recuperando seus interesses próprios, voltando gradualmente à sua condição normal e diminuindo com isso sua disponibilidade ao filho.

Entretanto, em alguns casos, não só o processo da preocupação materna primária é difícil como também recobrar uma atitude normal em relação à vida. Algumas mulheres apesar de serem boas mães em outros aspectos, não seriam capazes de desenvolver esta sensibilidade a ponto de excluir outros interesses. O temor das mudanças que envolvem essa condição pode fazer com que elas se prenam à suas carreiras profissionais, como uma fuga por não conseguir se entregar por completo, nem mesmo temporariamente, a esse envolvimento total da preocupação materna.

Essa orientação especial da mãe para com seu bebê não depende só de sua saúde mental, mas também é afetada pelo ambiente. A mulher que acaba

de ter seu filho encontra-se em estado de dependência e de vulnerabilidade (49), e para desempenhar bem seu papel ela necessita sentir-se segura e amada pelo pai da criança ou pela própria família e em seu círculo social. Esta rede de apoio faz-se necessária para poupá-la das preocupações com o mundo externo e assim poder se dedicar ao bebê. A ausência desse apoio adequado poderia produzir problemas psíquicos, como os distúrbios mentais puerperais.

Nesta mesma obra Winnicott ressalta que a relação da mãe com sua figura materna de identificação também deve ser considerada, pois essas mulheres já foram bebês e trazem lembranças desta experiência, como memórias corporais e a experiência de intimidade pessoal. Desse modo, as recordações que esta mãe tem de quem a cuidou tanto podem ajudá-la quanto atrapalhá-la em sua própria experiência como mãe.

Em um de seus últimos artigos (50), publicados em 1986, após sua morte, Winnicott reafirma a relevância dos relacionamentos precoces para o desenvolvimento individual e aborda a dependência absoluta que o bebê possui do ambiente facilitador, desempenhado inicialmente pela mãe, e dos ajustes adaptativos progressivos à suas necessidades individuais. O desenvolvimento pessoal da criança não dependeria das questões herdadas, seria um entrelaçamento complexo com esse ambiente, e sem essa provisão ambiental humana ele poderia ser retardado ou até jamais vir a se manifestar.

Tomando por base o desenvolvimento deste conceito ao longo da obra de Winnicott, atualmente a preocupação materna primária é entendida como

uma expressão para descrever um modo pessoal de ser das mães nos momentos que antecedem a gestação e que se perpetuam por algum tempo após o nascimento do filho. Esse estado seria um estilo inconsciente de ser e mover-se da mulher, que se desenvolve gradualmente e não é lembrado pelas mulheres quando elas se recuperam, e, em outras circunstâncias poderia ser visto como um distúrbio psicótico (51).

Diante destas questões, considerando-se os fatores epidemiológicos e psicossociais, observa-se a necessidade de estudar com maior profundidade as sequelas emocionais desencadeadas pela pré-eclâmpsia e sua possível interferência nos relacionamentos iniciais da mãe com seu bebê. Muitos dos temas citados foram apontados em estudos anteriores sobre essa doença, entretanto esta pesquisa fornece uma compreensão detalhada e específica da vivência dessas mulheres de acordo com seu relato pessoal.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Estudar o desenvolvimento da preocupação materna primária em primíparas que desenvolveram pré-eclâmpsia.

2.2. Objetivos específicos

- Conhecer as vivências de mulheres primíparas com pré-eclâmpsia.
- Descrever a relação com suas próprias mães e/ou figuras maternas de primíparas com PE, e o significado desta relação no desenvolvimento da preocupação materna primária.
- Estudar o desenvolvimento da preocupação materna primária nestas mulheres.

3. Sujeitos e Métodos

3.1. Desenho do estudo

Foi desenvolvido um estudo clínico-qualitativo. O método utilizado apóia-se em três pilares, a valorização das vivências, particularmente a angústia e ansiedade próprias da existência, da pessoa em estudo; a atitude clínica de acolhimento do sofrimento da pessoa através da escuta e do olhar; e uma atitude psicanalítica para a construção e análise dos resultados através de um referencial teórico proposto (52).

3.2. Tamanho Amostral

A construção da amostra foi feita por amostragem proposital de homogeneidade ampla, sendo composta por sujeitos que somam características em comum. Para definição do número de participantes seguiu-se o critério de saturação de informação, onde o pesquisador fecha o grupo quando novas entrevistas passam a apresentar uma quantidade de repetições em seu conteúdo (53).

A definição do número de participantes do estudo por saturação é uma ferramenta conceitual de inequívoca aplicabilidade prática, norteadas por sucessivas análises paralelas à coleta de dados. A constatação desta saturação depende do referencial teórico usado pelo pesquisador, do recorte do objeto e dos objetivos definidos para a pesquisa, além do nível de profundidade a ser explorado (54).

Para verificar se as informações estavam se repetindo, as entrevistas foram revisadas para identificar, conforme critérios estabelecidos por Winnicott, as manifestações do desenvolvimento da preocupação materna primária. Foram procurados sinais de aproximação da mãe com o bebê, incluindo uma rotina completa no cuidado com o filho, o prazer em prestar esses cuidados, a capacidade de identificar-se com esse bebê, interpretando e compreendendo suas necessidades e a prioridade dada a estes cuidados, que pode ser demonstrada pelo estado de alerta durante o sono.

Após a realização de dez entrevistas percebeu-se a repetição deste conteúdo. Foram realizadas mais cinco entrevistas que confirmaram este processo seguindo o mesmo padrão.

3.3. Critérios e procedimentos para a seleção dos sujeitos

Foram incluídas no estudo mulheres com diagnóstico de pré-eclâmpsia confirmado em prontuário médico, que tiveram seus partos realizados no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas e estavam fazendo a revisão puerperal.

3.3.1. Critérios de inclusão

Primíparas, maiores de 19 anos, com diagnóstico de pré-eclâmpsia, cujos bebês nasceram vivos e receberam alta juntamente com suas mães.

3.3.2. Critérios de exclusão

Foram excluídas as mulheres com diagnóstico de hipertensão anterior à gravidez ou que desenvolveram outras doenças durante a gestação.

3.4. Instrumentos para coletas dos dados

Como instrumento de investigação foi utilizada a entrevista semidirigida de questões abertas, que permite ao investigador ampla liberdade de perguntar e intervir em função do contexto que se apresenta. Segundo Bleger (55), a diferença básica de entrevista para outro tipo de relação interpessoal é que sua regra fundamental é fazer com que o campo se configure especialmente e em sua maior parte pelas variáveis que dependem do entrevistado. Esta entrevista tem o propósito de estruturar o campo em função dos objetivos propostos. O entrevistador guia a entrevista e controla para que todos os temas propostos no objetivo sejam abordados. A relação entre ambos, entrevistador e entrevistado, delimita e determina o campo da entrevista e tudo que nela acontece, mas o entrevistador deve permitir que o campo da relação seja predominantemente estabelecido e configurado pelo entrevistado.

Foi elaborado um roteiro de entrevista (Anexo 1) que passou pelo

processo de aculturação antes de iniciar a coleta de dados. A aculturação foi feita através de entrevistas livres, em cenário natural, ou seja, com mulheres que tinham o mesmo diagnóstico das participantes e também estavam realizando a revisão puerperal, com a finalidade de conhecer com profundidade o tema, entrando em contato com a realidade destas mulheres (52).

3.5. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no Ambulatório de Revisão Puerperal da Divisão de Obstetrícia do CAISM. A escolha das participantes foi feita através de seleção nos prontuários médicos, seguindo-se os critérios de inclusão. Estas participantes selecionadas foram abordadas no dia da consulta de revisão pós-parto, que faz parte da rotina de atendimento e é realizada no período de 40 a 120 dias após o parto. A abordagem foi feita em momento anterior à consulta, sendo as entrevistas realizadas em salas de atendimento disponíveis deste mesmo ambulatório.

O procedimento inicial da abordagem foi apresentar o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2), momento em que foi apresentada também a pesquisa, explicando-se seus objetivos. Para cada mulher que aceitou participar foi preenchida uma ficha de caracterização (Anexo 3). Após preencher esta ficha, seguiu-se o roteiro de entrevista com perguntas dirigidas à participante. Foram utilizados como instrumentos auxiliares dois mini gravadores digitais para registro das entrevistas.

3.6. Processamento e análise dos dados

Os dados das entrevistas foram transcritos, conferidos e tratados pela técnica de análise qualitativa de conteúdo temática. O objetivo da análise é integrar os temas e conceitos dentro de uma categoria que oferece uma acurada, detalhada, ainda que sutil, interpretação da área de pesquisa (56). Para isto foram assinalados os núcleos temáticos e organizadas as categorias.

Foi realizada a leitura e definição das categorias, agrupando-se os assuntos por relevância e/ou repetição em grandes temas, ou seja, os temas que se sobressaíram ou se reportaram aos objetivos propostos pela pesquisa.

As categorias referentes à relação da mulher com sua própria mãe, a rede de apoio e a preocupação materna primária foram pré-determinadas conforme o referencial teórico de Winnicott. As demais categorias emergiram do discurso das mulheres entrevistadas.

O grupo de categorias estudado ficou assim disposto:

- I. O significado do diagnóstico na vida das mulheres
- II. Vivências sobre o parto
- III. A rede de apoio
- IV. A relação da mulher com a própria mãe
- V. A preocupação materna primária

3.6.1. Processo de validação

A definição das categorias e posteriormente o mapeamento nas entrevistas foram realizados por duas psicólogas, sendo a própria pesquisadora e a orientadora da pesquisa, e discutidos com uma profissional especializada nos conceitos de Winnicott. Foi realizada também uma validação externa destas categorias no Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa da Unicamp.

3.7. Aspectos éticos

A participação das mulheres foi voluntária, sendo comunicado o objetivo da pesquisa e também a importância de sua colaboração, informando que poderiam desistir de participar a qualquer momento sem que houvesse nenhum prejuízo para elas. A entrevista somente foi iniciada após as participantes terem recebido, lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordado com o conteúdo do mesmo, que continha informações sobre o sigilo das informações e que foram utilizadas somente para fins de pesquisa.

As gravações das entrevistas foram identificadas por um código de números referente a cada participante. A identificação de dados pessoais das participantes ficará em um caderno de anotações, garantindo assim total sigilo para estas mulheres, cumprindo os princípios da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, referente à pesquisa com seres humanos (57).

Os roteiros e fitas do registro de entrevista serão guardados pelo período de cinco anos sob responsabilidade da pesquisadora. Após o término deste período este material será destruído (57).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, parecer do projeto nº 181/2008 (Anexo 4).

4. Publicação

Artigo enviado para Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology

----- Original Message ----- From: <b.hosenfeld@wenckebach.umcg.nl>
To: <mmakuch@cemicamp.org.br>
Sent: Tuesday, July 07, 2009 4:16 PM
Subject: Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology -
Manuscript IDDPOG-2009-0049

> 07-Jul-2009
>
> Dear Dr Makuch:
>
> Your manuscript entitled "Development of the mother-child
relationship following pre-eclampsia" has been successfully submitted
online and is presently being given full consideration for publication
in Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology.
>
> Your manuscript ID is DPOG-2009-0049.
>
> Please mention the above manuscript ID in all future correspondence
or when calling the office for questions. If there are any changes in
your street address or e-mail address, please log in to Manuscript
Central at <http://mc.manuscriptcentral.com/dpog> and edit your user
information as appropriate.
>
> You can also view the status of your manuscript at any time by
checking your Author Centre after logging in to
<http://mc.manuscriptcentral.com/dpog> .
>
> Thank you for submitting your manuscript to Journal of Psychosomatic
Obstetrics and Gynecology.
>
> Sincerely,
> Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology Editorial Office

Development of the mother-child relationship following pre-eclampsia

Camila Fleury¹, Mary Angela Parpinelli¹, Maria Y. Makuch²

¹Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, University of Campinas (UNICAMP), Campinas, São Paulo, Brazil.

² Campinas Center for Research in Reproductive Health (CEMICAMP), Campinas, São Paulo, Brazil.

Short title: Mother-child relationship at pre-eclampsia

Keywords: preeclampsia; mother-child relationship; primary maternal preoccupation; qualitative methods.

Corresponding author:

Maria Y. Makuch

Caixa Postal 6181

13084-971 Campinas, SP, Brazil

Telephone: +55-19-3289-2856

Fax: +55-19-3289-2440

E-mail: mmakuch@cemicamp.org.br

Abstract

This study assessed the establishment of the mother-child relationship in primiparous women who developed pre-eclampsia in the final trimester of pregnancy. The concept of *primary maternal preoccupation* defined by Winnicott constituted the theoretical framework. This qualitative study was based on semistructured interviews conducted with 15 women treated at a tertiary referral hospital for high-risk pregnancy in Brazil, whose babies were 1-4 months old at the time of the interview. For analysis, themes were organized around the principal signs of primary maternal preoccupation and the relationship of the women with their mothers in accordance with the proposed theoretical framework, emerging themes relevant for the comprehension of the data collected concerning the significance of the diagnosis of pre-eclampsia in women's lives and the importance of the women's social support network. All participants referred to signs of primary maternal preoccupation, the importance of the relationship with their own mother as constituting a model of childcare, the relevance of social support, and the difficulties encountered in fully understanding the medical implications of the diagnosis in their lives and in dealing with hospitalization. The present findings show that, despite feeling the effect of the disease on their lives, these women developed a good mother-child relationship.

Introduction

Evidence is growing on the psychosocial and psychological consequences of pre-eclampsia in women [1-3]. Partners and other family members of these women are also affected, since they are obliged to develop skills to cope with the stress and crises provoked by the condition [4,5]. Pregnancy-related hypertensive disorders create an environment in which changes in maternal and fetal status may occur rapidly. Following diagnosis, pregnant women face an abrupt change, from being healthy to having to cope with a different situation: separation from their family and support network, hospitalization, medication and decision making related to interventions; relations with hospital staff, and coping with feelings of loss of control [6,7].

Psychological symptoms generated by pre-eclampsia may remain for up to a year following delivery [2], giving rise to difficulties involving reintegration into the work environment, difficulties in understanding the condition, depression and guilt [1]. Moreover, physical issues such as tiredness, problems with concentration, memory loss, headaches and sleep disorders may persist after the postpartum period, inducing a traumatic experience and increasing risk of postpartum depression [8,9].

In the case of C-section, the likelihood of developing post-traumatic stress increases [3,10]; however, the perception of psychological stress is significantly lower in women with stabilized pre-eclampsia compared to women with progressive complications [11].

Studies evaluating pregnant women hospitalized for long periods of time showed that

this experience may lead to the woman distancing herself emotionally, thus negatively affecting the mother-child relationship [12,13]. The high-risk pregnant woman may also lose confidence in her ability to protect herself and assure her baby's safety. Nevertheless, no studies have been designed to evaluate these factors in pre-eclampsia [11].

Gaps remain in the information regarding the development of the mother-child relationship in women with pre-eclampsia, particularly in those cases in which neither the mother nor the child required long-term hospitalization. Thus, the objective of this study was to assess the development of the mother-child relationship in primiparous women diagnosed with preeclampsia in the third trimester of pregnancy.

Methods

Theoretical framework

Primary maternal preoccupation, as defined by Winnicott, was used as the conceptual tool for understanding the mother-child relationship [14-16]. Accordingly, a baby requires good environmental conditions to be able to develop its potential provided by the mother or substitute, who satisfies all child's requirements and has the role of mediator in the babies' first contacts with the outside world.

Primary maternal preoccupation is a particular psychological condition, which women develop during the last trimester of pregnancy and extends into the first few months of the baby's life. During this period, woman's sensitivity increases and she develops a particular perception focused on meeting the baby's needs in order to care for her child. The development of this interaction is associated with the woman's remembrance of her relationship with her own mother. Mother-child relationship in the first few months of the baby's life is decisive for future development.

According to Winnicott [14-16] the onset of the mother-child relationship is reflected through signs of the development of primary maternal preoccupation. These main signs are: closeness between the mother and her child, her pleasure in caring for the baby, her ability to identify, interpret and understand her baby's needs, the priority she gives to providing this care and her state of alert for all baby's needs.

Procedure

This was a qualitative, exploratory study based on semistructured interviews with primiparous women with pre-eclampsia, diagnosed and treated at a tertiary referral hospital for high-risk pregnancy at the Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, University of Campinas (UNICAMP), Campinas, Brazil. The protocol was approved by the Institutional Review Board and all participants signed an informed consent form prior to admission to the study.

Participants were selected according to the principles of purposive sampling [17,18] during a postpartum consultation. Women were eligible according to their medical records and inclusion criteria: (1) diagnosis of preeclampsia; (2) primiparous; (3) over 19 years old; (4) no hypertensive disorders prior to pregnancy; (5) no other disease during pregnancy; (6) delivery of a live infant who remained with the mother during hospitalization and was released from hospital at the same time as the mother; and (7) women whose infants were between 1 and 4 months old at the time of the interview. Only primiparous women were enrolled in order to facilitate the identification of the mother-child relationship.

Interviews were conducted between June 2008 and February 2009 with 15 women by one of the authors; a clinical psychologist (C.F.), in a private room and lasted around one hour each. Sociodemographic data were obtained prior to the interview and the clinical data were obtained from the participant's medical charts after a discussion with the doctors in charge of their care. The interview guide included items related to the women's experience with pre-eclampsia and to the main signs of primary maternal

preoccupation. Interviews started with an open-ended question: “Tell me about your experience as a mother; how is your relationship with your baby?” An interview guide was used to assure that all topics were discussed during the interview. This guide included: issues on how the woman perceived herself, the meaning of pregnancy and childbirth, her understanding of the health complications that occurred during her pregnancy and her relationship with her family.

Data saturation was the criterion used for interrupting the selection of new cases [17]. After 10 interviews repetition of content was detected with respect to the significance of the diagnosis of preeclampsia and the development of the mother-child relationship as reflected in the principal manifestations of primary maternal preoccupation. Another 5 interviews were conducted and the same pattern was found.

Data analysis

All interviews were transcribed and the principal themes identified [19]. Analysis was based on pre-established themes organized according to the proposed theoretical framework and emerging themes relevant for the understanding of mother-child relationship in mothers with pre-eclampsia, and codes for analysis defined. Data were initially analyzed for thematic content by one rater (CF) and then cross-checked by a second rater (MYM). External validation was performed by a specialist in child psychology in accordance with the theories defined by Winnicott.

Results

The mean age of the women was 25 years; most had completed high school, and except one all lived with their partner. All were hospitalized in the third trimester of pregnancy for periods ranging from 2 to 8 days and in the postpartum for periods of 3-9 days. All deliveries were induced and at term, in 4 cases infants were delivered vaginally and by C-section in the remaining after failed labor induction. The day of the interview, the mean age of the babies was 69 days (Table 1).

Five categories of analysis were defined: significance of the diagnosis in women's lives, experience with childbirth; relationship of the women with their own mothers; support network; and primary maternal preoccupation. All categories were related to the central theme of the development of the mother-child relationship, and facilitated its comprehension (Figure 1).

Significance of the diagnosis in the women's lives

The diagnosis was a surprise for all the participants, since up to that time, according to the women, their pregnancy had been progressing normally. All referred difficulty to comprehend the information received on their condition and the reason for their hospitalization and their attempts to find explanations for their condition such as hereditary, physical or emotional factors. Feeling ill and hospitalization provoked anguish, loneliness, sadness, anxiety and in some cases guilt. Also they referred having been preoccupied if their health condition would harm the baby, if the baby would die or be born with some kind of problem:

The diagnosis, that I had hypertension in pregnancy, and ... of having pre-eclampsia... that I would have to stay in the hospital, and I didn't even understand properly why, then I started crying; I was frightened; I thought, God; what's happening to me?

According to women's perception, their partners were more considerate following their diagnosis of pre-eclampsia, showing concern for their condition and the risks involved, trying to help them during pregnancy, visiting her frequently during hospitalization, helping with their diet and the recommended precautions they had been advised to take, and in some cases being with them during childbirth:

"...now he is more concerned, pays more attention to details, he goes 'Oh, so-and-so, don't eat that; it's not good for you; your cholesterol is high, etc., etc.' Now he pays attention to me."

All the women interviewed reported that they did not want any more children, since they were afraid of having similar complications in the next pregnancy. Some said they would actually like a second child but that they preferred not to take the risk:

"...I am going to think about whether to adopt, what to do later, because I think I...I'll be very scared of getting pregnant again, because maybe nothing will happen but maybe... a lot will happen. So I'm going to try and avoid it, try not to get pregnant"

Experiences with respect to childbirth

According to the participants, the timing and the type of delivery were decisions made by the doctors. Being therefore, the moment of delivery sudden and unexpected, for them, completely different from their dreams and plans of childbirth. Some of the women believed that their babies were not ready to be born:

“...my baby was not ready to be born; he was induced; so if the delivery had to be induced it was because the time wasn’t right; so it wasn’t normal...”

This situation increased women’s feelings of lack of control, insecurity and apprehension. The majority of the participants thought that they had not received enough information on the medical procedures involved and described the delivery, whether C-section or vaginal, as having been a tense, and a very painful moment. Only three women had the opportunity of having their husband or mother with them and said that they felt calmer and safer because of this:

“...what comforted me was having my husband with me the whole time; he slept with me, was with me during the contractions; gave me a massage...”

Support network

Support received from family members, particularly their partner, during pregnancy was described as important, and during hospitalization made them feel safer and less alone. Some stated that the relationship with their partner improved following the diagnosis of

pre-eclampsia because he began to take better care of them, staying at home more and concerning himself with their well-being. They also reported that the support received in the immediate postpartum period allowed them to dedicate more time to their baby:

“...he is always ready to help me; you have to do this tomorrow, so before I go there (to do it), he is already seeing to it ... I think I actually have more time to spend with the baby because he is doing all this”.

Medical team had an important role in this support function. Particularly for two women who reported that they had not had the support of their partner and had been able to count on a support network composed by the medical team during their hospitalization.

Relationship of the woman with her own mother

Almost all the women interviewed reported that they had a good relationship with their mother, with companionship, support, affection and attention. They believed that this relationship improved following childbirth, since they felt closer, bonded more with their own mothers, and began to recognize and give greater value to the efforts made by their own mothers in their maternal role:

“...sometimes you think, ah, my mother is silly, she's too attached to her child, but when you are a mother yourself you know why she is so attached, why she suffers, why she feels guilty, why she loses sleep...”.

It became apparent along the interviews that the women sought in their mothers a model

of how to be a mother, asking for advice on how to care for the baby and wanting to give their babies the same care and upbringing that they themselves had received from their mothers.

Primary maternal preoccupation

Signs of primary maternal preoccupation were identified in all the interviews. During pregnancy, manifestations of affective closeness between the women and their babies were apparent, as expressed in their “conversations with the baby” and their interpretation of fetal movements as attempts of communication. Some of the women recalled they had made plans for their baby’s future and others how they had included the baby in their daily life, engaging part of their time in preparations for the arrival of the baby:

“I generally talked a lot to her (the baby) when I was having a bath and before I went to sleep...”

During pregnancy, when they became aware of the complications in their health status, the majority of the women were concerned that their condition would affect the health of their baby or that the baby would die. They were also afraid that they themselves would die, thinking of the consequences that this would inflict on their child, who would then have no means of support:

“So, I didn’t know if I would be here any longer, if I would still be here, if I was going to leave my baby on its own, I even thought about that [she cried] ...”

After birth, ties of affection between the women and their babies became stronger. All showed concern for the baby's well-being and began to develop an almost exclusive dedication to the child that persisted for the first few weeks following delivery. It was clear from the women's statements that they developed skills to enable them to understand what the baby needed at any given moment, interpreting the ways and means their child had of expressing his/her needs:

"Then I say something and she laughs, or she pouts and pretends she is going to cry, but it's not because she wants to cry; there's a kind of crying that I already know is a cry of pain... or she is uncomfortable, something like that, I just know".

Some women reported feeling slightly uneasy when handling the baby in the hospital. They described a sensation of relief at being able to go home where they would have more tranquility and privacy to interact with their baby. All prioritized the care of the baby, putting off doing other things to dedicate their full attention to the child, were willing to adapt their schedules to the baby's routine. All stated that their sleep became lighter and that they were in a continuous state of alert, waking whenever the baby made a different sound.

All expressed willingness to take care of their baby on their own, since they believed that they were best prepared to understand their baby and what the infant needed at any given time, making it difficult to delegate this task to other people. Some talked about the pleasure they felt from caring for their baby, feeling that the child needed them, and being able to talk to the baby and get a response.

Discussion

Our study showed that primiparous women with pre-eclampsia, whose babies were born healthy and were able to remain with their mothers in the immediate puerperium, developed a good mother-child relationship despite feeling the effect of the condition in their lives.

Almost all the women, as consequence of the diagnosis of pre-eclampsia, experienced fear of their own death and a deep concern about losing their baby. These results are in agreement with previous studies on the experience of hospitalization in other types of high-risk pregnant women [4,7,20,21].

The women's lack of understanding with respect to their diagnosis resulted in feelings of being responsible for maintaining their pregnancy and gestational outcome. These results were in accordance with a study [6], which showed that pregnant women who do not understand their clinical condition tend to feel responsible for the gestational complication. Also, all woman expressed fear of another pregnancy because of concerns regarding their health and the possible consequences of pre-eclampsia for their child, in agreement with previous reports [2,10].

The diagnosis of a high-risk pregnancy impacts not only women's life but also their partners, who need to develop skills to deal with this new situation [2,4,5]. In our study partners, according to the women's perspective, also changed their attitudes becoming

more caring with them and this had a positive impact on their marital relationship. Social and emotional support of family, friends and professionals has been described as important for dealing with high risk obstetric situations [7,22]. In our study social support was important for these women, both in overcoming the difficulties resulting from their illness and in developing primary maternal preoccupation.

According to the theoretical framework adopted, the relationship between women and their own mothers influences the development of primary maternal preoccupation. A good relationship was observed between the participants and their mothers. The attitudes and the care their mothers had provided served as a model for the care they themselves gave their baby.

Regarding mother-child interaction, some studies with hospitalized high-risk pregnant women indicated that prolonged hospitalization may result in a distancing of the mother from her child [12,13]. In our study, the factors that may have encouraged the development of the mother-child relationship included the short period of hospitalization, including puerperium, and the possibility of maintaining closer contact with the baby during hospitalization as well as the fact that all the women in the present study had healthy babies.

Women in our study developed a good relationship with their baby according to the signs of primary maternal preoccupation as defined by Winnicott [14-16]. The closeness of the mother with her baby during pregnancy and after child-birth was clearly manifested in all participants. These women were found to have had no difficulty in

interpreting baby's needs, responding appropriately and providing sensitive and loving care, giving first priority to their baby and ignoring their own needs and interests to dedicate themselves to the child. Nevertheless, a certain difficulty, in some women, was detected in caring for the baby during hospitalization. They did not feel at ease interacting with their baby in the hospital environment, a barrier that was overcome as soon as they were allowed to go home.

A study, albeit with different framework, on maternal sensitivity in the postpartum period [24] showed similar results with respect to primary maternal preoccupation, referring to maternal sensitivity as a skill developed by the woman that enables her to perceive and correctly interpret the baby's signals and attempts at communication. This sensitivity was stated to be the most important characteristic for predicting the ties between a mother and her baby in the first year of life, a reduction in this sensitivity being related to a decrease in this mother-child interaction.

It is important to state that our choice of Winnicott's theoretical framework [14-16] was adequate for the analysis of the data and it is important to emphasize that this option permitted a comprehension of the paradigm of the mother-baby relationship, facilitating recognition of the characteristics of this relationship that are associated with the development of this maternal function.

Our study indicated that primiparous women with pre-eclampsia have difficulties in understanding their condition, however, the help of a support network associated with a

short postpartum permanence in the maternity hospital, counterbalance the impact of the diagnosis and its consequences favoring the development of primary maternal preoccupation.

Final comments

These results may contribute indicating new pathways for the institutional management of mothers and their babies in the postpartum care of women with pre-eclampsia, identifying practices to facilitate the development of the mother-child relationship.

Current knowledge on this subject

Recent studies have highlighted the psychosocial and psychological consequences of pre-eclampsia, which may affect women for as long as one year following delivery. The objective of the present study was to evaluate the experiences and the development of the mother-child relationship in primiparous women with a diagnosis of pre-eclampsia.

What this study adds

This study shows that primiparous with pre-eclampsia who were hospitalized for short periods, whose babies were born healthy and remained with their mothers during the postpartum period in the maternity hospital, had no problems in developing a good mother-child relationship.

References

- [1] Poel YH, Swinkels P, de Vries JI. Psychological treatment of woman with psychological complaints after pre-eclampsia. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2009;30:65-72.
- [2] Rep A, Ganzevoort W, Bonsel GJ, Wolf H, de Vries JI. Psychosocial impact of early-onset hypertensive disorders and related complications in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197:158.e1-6.
- [3] Engelhard IM, van Rij M, Boullart I, Ekhart TH, Spaanderman ME, van den Hout MA, Peeters LL. Posttraumatic stress disorder after pre-eclampsia: an exploratory study. *Gen Hosp Psychiatry* 2002;24:260–4.
- [4] Heaman M, Gupton A. Perceptions of bed rest by women with high-risk pregnancies: A comparison between home and hospital. *Birth* 1998;25:252-8.
- [5] Sittner BJ, DeFrain J, Hudson DB. Effects of high-risk pregnancies on families. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2005;30:121-6.
- [6] Markovic M, Manderson L, Schaper H, Brennecke S. Maternal identity change as a consequence of antenatal hospitalization. *Health Care Women Int* 2006;27:762-76.
- [7] Leichtentritt RD, Blumenthal N, Elyassi A, Rotmensch S. High-risk pregnancy and hospitalization: the women's voices. *Health Soc Work* 2005;30:39-47.
- [8] Dennis CL, Janssen PA, Singer J. Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatr Scand* 2004;110:338-46.

- [9] Kim C, Brawarsky P, Jackson RA, Fuentes-Afflick E, Haas JS. Changes in health status experienced by women with gestational diabetes and pregnancy-induced hypertensive disorders. *J Womens Health* 2005;14:729-36.
- [10] van Pampus MG, Wolf H, Weijmar Schultz WC, Neeleman J, Aarnoudse JG. Posttraumatic stress disorder following preeclampsia and HELLP syndrome. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2004;25:183-7.
- [11] Black KD. Stress, symptoms, self-monitoring confidence, well-being, and social support in the progression of preeclampsia/gestational hypertension. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2007;36:419-29.
- [12] Giurgescu C, Penckofer S, Maurer MC, Bryant FB. Impact of uncertainty, social support and prenatal coping on the psychological well-being of high-risk pregnant women. *Nurs Res* 2006;55:356-65.
- [13] Schroeder CA. Women's experience of bed rest in high-risk pregnancy. *Image J Nurs Sch* 1996;28:253-8.
- [14] Winnicott DW. Primary maternal preoccupation. In: *Through paediatrics to psychoanalysis*. London: Karnac Books; 1992. p 300-6.
- [15] Winnicott DW. Providing for the child in health and crisis. In: *The Maturational Process and the Facilitating Environment*. New York: International Universities Press; 1965; p 64-73.
- [16] Winnicott DW. *Babies and their mothers*. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Co.; 1987. 130 p.

- [17] Patton MC. Qualitative Designs and Data Collection. In: Qualitative research and evaluation methods. 3rd. ed. California: Thousand Oaks; 2002. p 143-98.
- [18] Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Rio de Janeiro: Vozes; 2003. 683 p.
- [19] Rubin HJ, Rubin IS. What did you hear? Data Analysis. In Qualitative interviewing: the art of hearing data. USA: Sage Publications; 1995. p 226-56.
- [20] Harrison MJ, Kushner KE, Benzies K, Rempel G, Kimak C. Women's satisfaction with their involvement in health care decisions during a high-risk pregnancy. Birth 2003;30:109-15.
- [21] MacKinnon K. Living with the threat of preterm labor: women's work of keeping the baby in. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2006;35:700-8.
- [22] Richter MS, Parkes C, Chaw-Kant J. Listening to the voices of hospitalized high-risk antepartum patient. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2007;36:313-8.
- [23] Gupton A, Heaman M, Ashcroft T. Bed rest from the perspective of the high-risk pregnant woman. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1997;26:423-30.
- [24] Shin H, Park YJ, Kim MJ. Predictors of maternal sensitivity during the early postpartum period. J Adv Nurs 2006;55:425-34.

Table 1: Sociodemographic and obstetric characteristics of the study sample.

Characteristics	Study sample (n=15)	
Woman's age (years)*	24.9	(19-41)
Years of schooling *	11.1	(8-15)
Women with a partner	14	
Women with one previous gestational loss	1	
Gestational age at onset of preeclampsia (months)	8	(7-9)
Time of hospitalization during pregnancy (days)*	3.4	(2-8)
Gestational age at delivery*	8.5	(8-9)
Caesarian section	11	
Duration of hospitalization in the postpartum period (days)*	4.7	(3-9)
Baby's age at interview (days)*	69.4	(40-120)

*All values are means followed by the range.

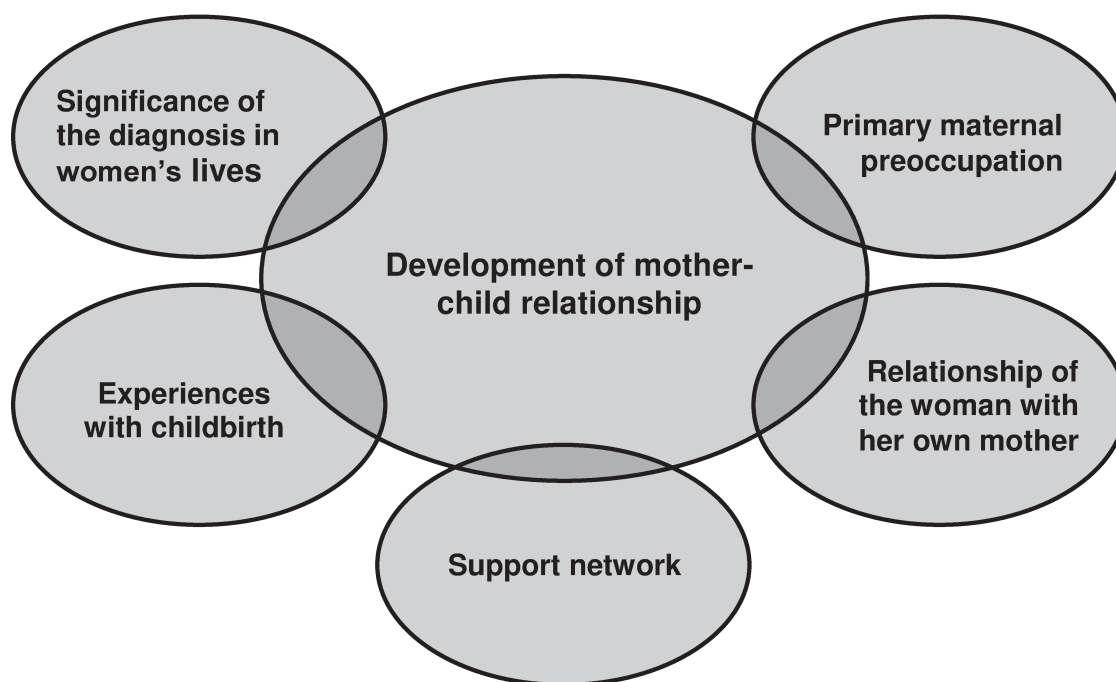


Figure 1: Categories of analysis.

5. Conclusões

- O diagnóstico de PE foi uma surpresa para as mulheres, havendo dificuldade para compreender os diversos aspectos sobre a doença e frequentemente os motivos de internação, gerando angústia e sentimentos de solidão, tristeza e ansiedade, observando-se em alguns casos o desenvolvimento de sentimentos de culpa e temor de que seu bebê morresse ou nascesse com complicações ocasionadas por sua doença.
- O relacionamento das mulheres com suas próprias mães foi significativo para o desenvolvimento do papel materno. As mulheres que tinham uma boa relação com a própria mãe tomavam-nas como modelo nos cuidados com os próprios filhos.
- Todas as mulheres apresentaram sinais do desenvolvimento da preocupação materna primária, conforme definido no referencial teórico proposto para este estudo, desenvolvendo, na gestação, uma aproximação afetiva com o filho, que se fortaleceu após o parto. Todas as mulheres demonstraram prazer em

prestar os cuidados ao filho, agindo de maneira afetuosa, interpretando e compreendendo as necessidades de seu bebê, abdicando de suas próprias necessidades e interesses para se dedicar ao bebê, ficando em estado de alerta para as suas necessidades. O papel exercido pela rede de apoio formada pela família, parceiros e equipe médica mostrou-se importante para todas as mulheres e contribuiu para o desenvolvimento de uma boa relação com o filho.

6. Referências Bibliográficas

1. Callaghan, WM. Invited Commentary: identifying women with hypertension during pregnancy - is high specificity sufficient? *AMJ Epidemiol.* 2007;166(2):125-7.
2. Zhang J, Meikle S, Trumble A. Severe maternal morbidity associated with hypertensive disorders in pregnancy in the United States. *Hypertensive Pregnancy.* 2003;22(20):203-12.
3. Wildman K, Bouvier-Cole MH. Maternal mortality as an indicator of obstetric care in Europe. *Br J Obstet Gynecol.* 2004;11(1):164-9.
4. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Look PFAV. WHO Analysis of causes of maternal death: a systematic review. *The Lancet.* 2006;367(16):1066-74.
5. Orcy RB, Pedrini R, Piccinini P, Schroeder S, Costa SHM, Lopes Ramos JG et al. Diagnóstico, fatores de risco e patogênese da pré-eclâmpsia. *Rev HCPA.* 2007; 27(3):43-6.
6. Carvalho RCM, Campos HH, Bruno ZV, Mota RMS. Fatores preditivos de hipertensão gestacional em adolescentes primíparas: Análise do pré-natal, da MAPA e da microalbuminúria. *Arq Bras Cardiol.* 2006;87:487-95.

7. Report of National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;183(1):S1-S22.
8. Craici I, Wagner S, Garovic VD. Preeclampsia and future cardiovascular risk: formal risk factor or failed stress test? *Ther Adv Cardiovasc Dis*. 2009;2(4):249–59.
9. Oliveira CA, Lins CP, Moreira de Sá RA, Netto HC, Bornia RG, Silva NR et al.. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2006;6(1):93-8.
10. Hnat MD, Sibai BM, Caritis S, Hauth J, Lindheimer MD, MacPherson C et al. Perinatal outcome in women with recurrent pre-eclampsia compared with women who develop preeclampsia as nulliparas. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186(3):422-6.
11. Sibai BM. Diagnosis and management of gestacional hypertension and preeclampsia. *Obstet Gynecol*. 2003;102(1):181-92.
12. Dekker G, Sibai B. Primary, secondary, and tertiary prevention of pre-eclampsia. *The Lancet*. 2001;357:209-15.
13. Peraçoli JC, Parpinelli MA. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(10):627-34.
14. Sibai B, Dekker G, Kupfreminc M. Pre-eclampsia. *The Lancet*. 2005;356:785-99.
15. Hernández-Díaz S; Werler MM, Mitchell AA. Gestational hypertension in pregnancies supported by infertility treatments: role of infertility, treatments, and multiple gestations. *Fertility and Sterility*. 2007;88(2):438-45.

16. Carr DB, Newton KM, Utzschneider KM, Tong J, Gerchman F, Kahn SE, Easterling TR, Heckbert SR. Preeclampsia and Risk of Developing Subsequent Diabetes. *Hipertens Pregnancy*. 2009;1:1-13.
17. Wagner SJ, Barac S, Garovic VD. Hypertensive pregnancy disorders: current concepts. *J Clin Hypertens*. 2007;9(7):560-6.
18. Hauth JC, Ewell MG, Levine RJ, Esterlitz JR, Sibai B, Curret LB et al. Pregnancy outcomes in healthy nuliparas who developed hypertension. *Obstetrics & Gynecology*. 2000;95(1):24-8.
19. Sivakumar S, Bhat BV, Badhe BA. Effect of pregnancy induced hypertension on mothers and their babies. *Indian J Pediatr*. 2007;74(7):623-5.
20. Garovic VD, Hayman SR. Hypertension in pregnancy: an emerging risk factor for cardiovascular disease. *Nature Clinical Practice*. 2007;3(11):613-22.
21. Lee T, Silver H. Etiology and epidemiology of preterm premature rupture of the membranes. *Clin Perinatol*. 2001;28(4):721-34.
22. Pascoal IF. Hipertensão e gravidez. *Rev Bras Hipertensão*. 2002;9:256-61.
23. Costa HLFF, Costa CFF, Costa LOBF. Idade materna como fator de risco para a hipertensão induzida pela gravidez: análise multivariada. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2003;25(9):631-5.
24. Ferrão MHLF, Pereira ACL, Gersgorin HCTS, De Paula TAA, Corrêa RRM, Castro ECC. Efetividade no tratamento de gestantes hipertensas. *Rev Assoc Med Bras*. 2006; 52(6):390-4.
25. Souza NL, Araújo ACPF, Azevedo GD, Jerônimo SMB, Barbosa LM, Souza NML. Percepção maternal com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclâmpsia. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(5):704-10.

26. Rep A, Ganzevoort W, Bonsel JG, Wolf H, Vries JIP. Psychosocial impact of early-onset hypertensive disorders and related complications in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;197:158.e1-158.e6.
27. Poel YHM, Swinkels P, Vries JIP. Psychological treatment of woman with psychological complaints after pre-eclampsia. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2009; 30(1):65-72.
28. Heaman M, Gupton A. perceptions of bed rest by women with high-risk pregnancies: a comparison between home and hospital. *BIRTH*. 1998;25(4):252-8.
29. Sittner BJ, DeFrain RN, Hudson J, Brage D. Effects of high-risk pregnancies on families. *American Journal of Maternal Child Nursing*. 2005;30(2):121-6.
30. Markovic M, Manderson L. Maternal identity change as a consequence of antenatal hospitalization. *Health Care for Women International*. 2006;27:762-76.
31. Leichtentritt RD, Blumenthal N, Eliassi A, Rotmensch S. High-risk pregnancy and hospitalization: the women's voices. *Health and Social Work*. 2005;30(1):39-48.
32. Barlow JH, Hainsworth JM, Thornton S. An exploratory, descriptive study of women's experiences of hospital admission during pré-term labor. *Acta Obstetricia et Gynecologica*. 2007;86:429-34.
33. Giurgescu C, Penckofer S, Maurer MC, Bryant FB. Impact of uncertainty, social support and prenatal coping on the psychological well-being of high-risk pregnant women. *Nursing Research*. 2006;55(5):356-65.
34. Black KD. Stress, symptoms, self-monitoring confidence, well-being, and social support in the progression of preeclampsia. *JOGNN*. 2007;36:419-29.

35. Gupton A, Heaman M, Ashcroft T. Bed rest from the perspective of the high-risk pregnant woman. *JOGNN Clinical Studies*. 1997;26(4):423-30.
36. Macdonald CA, Jonas-Simpson CM. Living with changing expectations for women with high-risk pregnancies. *Nursing Science Quarterly*. 2009;22(1):74-82.
37. Engelhard IM, Rij MV, Boullart I, Ekhardt THA, Spaanderman MEA, Hout MAVD, et al. Posttraumatic stress disorder after pre-eclampsia: an exploratory study. *General Hospital Psychiatry*. 2002;24:260–4.
38. van Pampus MG, Wolf H, Weijmar Schultz WCM, Neeleman J, Aarnoudse JG. Posttraumatic stress disorder following preeclampsia and HELLP syndrome. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2004;25:183-7.
39. Quinnell FA, Hynan MT. Convergent, and discriminant validity of the Perinatal PTSD Questionnaire (PPQ): a preliminary study. *J Trauma Stress*. 1999;12:193-9.
40. Dennis CLE, Janssen PA, Singer J. Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;110:338-46.
41. Kim C, Brawarsky P, Jackson RA, Fuentes-Afflick E, Haas JS. Changes in health status experienced by women with gestational diabetes and pregnancy-induced hypertensive disorders. *Journal Women's Health*. 2005;14(8):729-36.
42. Gottvall K, Waldenström U. Does a traumatic birth experience have a impact on future reproduction? *BJOG*. 2002;109:254-60.
43. Schroeder CA. Women's experience of bed rest in high-risk pregnancy. *Journal of Nursing Scholarship*. 1996;28(3):253-8.

44. Brazelton TB. O desenvolvimento do apego: uma família em formação. Tradução de Dayse Barreto. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988. 156p. Título original: The making and breaking of affectional bonds.
45. Brouwers EPM, van Baar AL, Popc VJM. Maternal anxiety during pregnancy and subsequent infant development. *Infant Behavior & Development*. 2001;24:95–106.
46. Winnicott DW. A preocupação materna primária. In: Da pediatria à psicanálise – Obras escolhidas. Tradução de Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Ed. Imago; 2000; p. 399-405. Título original: Through paediatrics to psychoanalysis.
47. Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação - Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução de Irineo Constantino Schuch Ortiz. 2.ed. Porto Alegre: Ed. Artmed; 1983; 268p. Título original: The maturational process and the facilitating environment.
48. Winnicott DW. A família e o desenvolvimento individual. Tradução de Marcelo Brandão Cipolla. 3ª ed. São Paulo: Ed Martins Fontes. 2005; 247 p. Título original: The family and individual development.
49. Winnicott DW. Os bebês e suas mães. Tradução de Jefferson Luiz Camargo. 3ª.ed. São Paulo: Ed. Martins Fontes; 2006. 98 p. Título original: Babies and their mothers.
50. Winnicott DW. Tudo começa em casa. Tradução de Paulo Sandler. 4.ed. São Paulo: Ed. Martins Fontes; 2005. 282 p. Título original: Home is where we start from.
51. Newman A. Preocupação materna primária. In: As idéias de Winnicott: um guia. Tradução de Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Ed Imago; 2003; p 340-1. Título original: Non-compliance in Winnicott's words.

52. Turato, ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Rio de Janeiro: Vozes; 2003. 683 p.
53. Strauss A, Corbain J. Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques. USA: Sage Publications; 1990. 270 p.
54. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cadernos de Saúde Pública. 2008;24(1):17-27.
55. Bleger J. Temas de psicologia: entrevista e grupos. 2ª.ed. São Paulo: Ed. Martins Fontes; 1998. 144 p.
56. Rubin HJ, Rubin IS. What did you hear?-Data Analysis. In: Qualitative interviewing: the art of hearing data. USA :Sage Publications; 1995. p 226-56.
57. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. 1996;4(2) suplemento:15-25.

7. Anexos

7.1. Anexo 1 – Roteiro temático para entrevista

O relacionamento com o bebê

1. Fale-me sobre a experiência de ser mãe, como estão sendo estas primeiras semanas de relacionamento com seu bebê.
2. Você se lembra de como foi seu primeiro contato com ele no CAISM, como se sentiu recebendo este bebê?
3. Como foi para você chegar em casa com seu bebê, como você se sentia?
4. Só você que cuida dele ou alguém está te ajudando?
5. Você está amamentando?
6. Como é o seu bebê? Ele é calmo, tranquilo ou chora muito?
7. Quando ele chora o que você faz? Como você o acalma?
8. Onde o bebê dorme na casa?

Significados da gestação

9. Vamos falar agora do começo desta história, você se lembra o que você sentiu quando soube que estava grávida?
10. O que significou esta gravidez para você? (Foi planejada ou não?)
11. Em que momento ficou sabendo que sua gestação precisava de mais cuidados?
12. O que falaram pra você sobre o diagnóstico? O que você pensa que significa?
13. Como foi saber este diagnóstico?
14. Alguém lhe deu apoio neste momento? (família, parceiro, amigos)

O parto

15. Que tipo de parto você teve?
16. Como você descreveria o momento do parto?

Relacionamento familiar

17. Como você descreveria sua família? (Seus pais, na época em que você era criança e adolescente)
18. Vocês são em quantos irmãos?
19. Que lugar você ocupa nesta família?
20. Houve mudanças no relacionamento com seus familiares após a gravidez?
21. Como você descreveria sua mãe e a relação dela com os filhos?
22. E como é sua relação com sua mãe? (quando era criança e agora)

Relacionamento com parceiro

- 23. Como é o seu relacionamento com o pai do bebê?
- 24. Sua relação com ele mudou depois do diagnóstico de pré-eclâmpsia?
- 25. Ele é presente ou não? Ele está atendendo às necessidades do bebê?
- 26. A relação dele com o bebê mudou depois deste diagnóstico?

Como se percebe/sentimentos

- 27. Conte-me como se sente consigo mesma.
- 28. Você está conseguindo dormir?
- 29. Você tem planos pessoais?
- 30. Você já voltou ao trabalho ou pretende voltar?
- 31. Você pretende ter mais filhos?

Final

Você pode falar sobre um outro assunto, o que lhe vier à cabeça, ou que ache interessante falar comigo.

7.2. Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto: “Desenvolvimento da Preocupação Materna Primária em Primíparas com Pré-eclâmpsia – Estudo Clínico-Qualitativo”

Pesquisadora responsável: Camila Fleury

Nome da Participante: _____

Idade: _____ RG: _____

Eu, _____, fui convidada para participar da pesquisa acima mencionada e informada que:

- A minha participação consistirá em participar de uma entrevista de duração de 40 a 50 minutos.
- Autorizo a gravação da entrevista, que somente será usada para pesquisa.
- Meu nome não aparecerá em momento algum e a minha participação poderá não trazer benefícios diretos a mim, enquanto entrevistada deste estudo.
- Durante a pesquisa sei que poderei ter lembranças e emoções que talvez não goste de lembrar e sentir e se quiser poderei ser encaminhada ao serviço de psicologia do CAISM se a pesquisadora achar necessário.
- Poderei recusar responder perguntas e a desistir de participar do estudo em qualquer momento, sem prejuízo a tratamentos em andamento no CAISM ou

que venham a ocorrer.

- Tenho liberdade de a qualquer momento pedir novos esclarecimentos e informações. Precisando fazer algum comentário ou esclarecer uma dúvida, posso ligar para a pesquisadora Camila Fleury pelo telefone (19) 3252-4608. Fica também a disposição o telefone (19) 3521-8936 do Comitê de Ética em Pesquisa da FCM no horário comercial, em caso de reclamações ou dúvidas.
- Livre e espontaneamente concordo em participar da pesquisa e autorizo que o material da entrevista seja usado no estudo.

Campinas, _____ de _____ de _____.

Participante do Estudo

Pesquisadora: Camila Fleury

7.3. Anexo 3 – Ficha de caracterização das participantes

Data: ____/____/____

Nº do caso						
Nº HC						

a) Dados obstétricos colhidos no prontuário da paciente:

Diagnóstico da paciente

Número de consultas de pré-natal realizadas

Número de internações realizadas e período de internação.

b) Dados de identificação da entrevistada:

Nome completo:

Quantos anos completou no seu último aniversário?

A senhora frequentou escola?

Sim (1) Não (2)

(Se a resposta for sim): Qual a última série completada na escola?

A senhora tem companheiro fixo/ namorado?

Vocês moram juntos?

Sim (1) Não (2)

(Se a resposta for sim): Há quanto tempo moram juntos?

Mais alguém mora na casa?

A senhora trabalha? Em que?

Outros dados:

7.4. Anexo 4 – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 07/05/08.
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 181/2008 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0136.0.146.000-08

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “DESENVOLVIMENTO DA PREOCUPAÇÃO MATERNA PRIMÁRIA EM PRIMÍPARAS COM PRÉ-ECLÂMPSIA ESTUDO CLÍNICO QUALITATIVO”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Camila Fleury

INSTITUIÇÃO: CAISM / UNICAMP.

APRESENTAÇÃO AO CEP: 04/04/2008

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 22/04/09 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

Estudar, no puerpério, o desenvolvimento da preocupação materna primária em primíparas que desenvolveram pré-eclâmpsia.

III - SUMÁRIO

Trata-se de um estudo qualitativo, com amostra proposital e tamanho definido pela estratégia da saturação da informação dos dados coletados. Será utilizada a entrevista semidirigida com questões abertas, realizada aproximadamente 40 a 60 dias após o parto. Será realizada a análise de conteúdo, através de leituras das entrevistas transcritas e identificação das unidades de sentido a partir das quais serão organizadas as categorias. A discussão/interpretação dos resultados será feita à luz da literatura sobre o tema e conceitos psicanalíticos.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O projeto encontra-se adequado a Resolução CNS/MS 196/96 e suas complementares, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.



VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VI - DATA DA REUNIÃO

Homologado na IV Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 22 de abril de 2008.


Prof. Dra. Carmen-Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP