



Vivências da hospitalização de gestantes e puérperas com diabetes *mellitus* e hipertensão: uma compreensão fenomenológica

Experiences of hospitalization among pregnant and postpartum women with diabetes mellitus and hypertension: a phenomenological understanding

Vivencias de la hospitalización de gestantes y puérperas con diabetes mellitus e hipertensión: una comprensión fenomenológica

Raimunda Magalhães da Silva¹

Fernanda Veras Vieira Feitosa¹

Waleska Benício de Oliveira Carvalho¹

Débora Pereira Paixão¹

Cristina Rosa Soares Lavareda Baixinho²

Maria Regina Teixeira Ferreira Capelo³

1. Universidade de Fortaleza, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Fortaleza, CE, Brasil.

2. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa, Portugal.

3. Universidade de Lisboa, Centro de Literaturas e Culturas Lusófonas e Europeias. Lisboa, Portugal.

RESUMO

Objetivo: compreender as implicações da hospitalização de gestantes e puérperas com diabetes *mellitus* e/ou síndromes hipertensivas, sob sua perspectiva. **Método:** pesquisa com abordagem qualitativa fundamentada nos preceitos de Merleau-Ponty. A coleta foi realizada em uma maternidade pública de Fortaleza, Ceará, Brasil, entre agosto e setembro de 2024, com 11 gestantes e 12 puérperas. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas, com questões sobre as vivências da hospitalização. A organização seguiu a modalidade temática e a análise foi fundamentada nos marcos conceituais da fenomenologia. **Resultados:** os processos vivenciados pelas gestantes incluíram sentimentos de desalento, angústia e temor diante do estado de saúde e das possíveis repercussões para o bebê. No entanto, a hospitalização também foi vista como um porto seguro. As puérperas relataram que o período vivido foi marcado por medo, angústia e culpa, diante das complicações que exigiram cuidados especializados. **Considerações finais e implicações para a prática:** a hospitalização, mesmo necessária à recuperação da mulher e/ou do filho, resultou em desgaste físico e emocional. Sentimentos de medo, estresse e incerteza agravaram o sofrimento psicológico já existente. Os achados evidenciaram a importância de práticas que acolham dimensões emocionais e subjetivas, com escuta ativa e comunicação empática.

Palavras-chave: Diabetes Gestacional; Gestantes; Internação Hospitalar; Puérperas; Pré-Eclâmpsia.

ABSTRACT

Objective: to understand the implications of hospitalization for pregnant and postpartum women with diabetes mellitus and/or hypertensive syndromes from their perspective. **Method:** a descriptive qualitative study was conducted, based on the principles of Merleau-Ponty. Data collection took place in a public maternity hospital in Fortaleza, Ceará, Brazil, between August and September 2024, involving 11 pregnant women and 12 postpartum women. Data were obtained through interviews with questions about their experiences during hospitalization. Data organization followed the thematic modality, and the analysis was based on the conceptual frameworks of phenomenology. **Results:** the experiences reported by pregnant women included feelings of discouragement, anguish, and fear regarding their health condition and the possible repercussions for their baby. However, hospitalization was also perceived as a safe haven. Postpartum women reported that the period was marked by fear, anguish, and guilt due to complications that required specialized care. **Final considerations and implications for practice:** hospitalization, although necessary for the recovery of the woman and/or the child, resulted in physical and emotional strain. Feelings of fear, stress, and uncertainty intensified existing psychological distress. The findings highlight the importance of practices that address emotional and subjective dimensions through active listening and empathetic communication.

Keywords: Diabetes, Gestational; Pregnant People; Hospitalization; Postpartum Period; Pre-Eclampsia.

RESUMEN

Objetivo: comprender las implicaciones de la hospitalización para mujeres embarazadas y puérperas con diabetes mellitus y/o síndromes hipertensivos desde su perspectiva. **Método:** estudio descriptivo con enfoque cualitativo, basado en los principios de Merleau-Ponty. La recolección de datos se realizó en una maternidad pública de Fortaleza, Ceará, Brasil, entre agosto y septiembre de 2024, con 11 gestantes y 12 puérperas. Los datos se obtuvieron mediante entrevistas sobre sus vivencias durante la hospitalización. El análisis siguió un enfoque temático, guiado por los marcos conceptuales de la fenomenología. **Resultados:** las gestantes expresaron sentimientos de desánimo, angustia y miedo ante su estado de salud y las posibles consecuencias para el bebé. A pesar de ello, algunas consideraron el hospital un lugar de seguridad. Las puérperas relataron un período marcado por miedo, angustia y culpa debido a complicaciones que exigieron cuidados especializados. **Consideraciones finales e implicaciones para la práctica:** aunque necesaria para preservar la salud maternoinfantil, la hospitalización generó desgaste físico y emocional. Los sentimientos de miedo, estrés e incertidumbre intensificaron el sufrimiento psíquico ya existente. Los resultados destacan la necesidad de prácticas que consideren las dimensiones emocionales y subjetivas del cuidado, mediante escucha activa y comunicación empática.

Palabras clave: Diabetes Gestacional; Personas Embarazadas; Hospitalización; Período Posparto; Preeclampsia.

Autora correspondente:

Fernanda Veras Vieira Feitosa.

E-mail: fernanda.veras95@gmail.com

Recebido em 11/08/2025.

Aprovado em 04/11/2025.

DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2025-0119pt>

INTRODUÇÃO

O ciclo gravídico-puerperal envolve intensas mudanças físicas, emocionais e sociais, exigindo da mulher adaptação à maternidade e recuperação fisiológica durante e após a gestação. Essas transformações podem acentuar vulnerabilidades biopsicossociais e gerar conflitos entre expectativas e realidade vivida com a chegada do recém-nascido.¹⁻³

Em gestantes e puérperas de alto risco, essas mudanças podem ser acompanhadas por complicações clínicas ou obstétricas que afetam negativamente a saúde materno-infantil, tornando-se um desafio relevante para a saúde pública. Tal contexto reforça a necessidade de cuidados especializados para proteger o bem-estar da mulher, do feto e do recém-nascido.^{4,5}

Dentre as diversas situações que levam à classificação de uma gestação de alto risco, destaca-se a ocorrência das Síndromes Hipertensivas Gestacionais (SHG) e do Diabetes Mellitus Gestacional (DMG). Cerca de 10% das gestações no mundo evoluem para SHG, que incluem pré-eclampsia, eclampsia, hipertensão arterial crônica, hipertensão crônica com pré-eclampsia sobreposta e hipertensão gestacional. As síndromes hipertensivas gestacionais correspondem a aproximadamente 14% das mortes maternas globalmente e 22% na América Latina, sendo a segunda principal causa de mortalidade materna.^{3,6}

Nesse contexto, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) emergem como diretrizes globais voltadas à redução da mortalidade materna e neonatal, à promoção do bem-estar de mulheres e crianças e ao fortalecimento do desenvolvimento sustentável. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), essas metas expressam o compromisso internacional com a saúde materna, infantil e reprodutiva, buscando enfrentar iniquidades sociais e assegurar um cuidado de qualidade. Entre os objetivos centrais, está a redução das mortes evitáveis até 2030, por meio de ações integradas entre diversos setores.^{7,8}

As implicações emocionais da gestação e do puerpério são complexas e frequentemente marcadas por sentimentos ambivalentes nos quais experiências positivas, como alegria e expectativas de bem-estar do filho e realização pessoal, coexistem com emoções negativas, como medo e insegurança. No caso de gestantes com síndromes hipertensivas gestacionais ou diabetes mellitus gestacional, essas emoções podem ser agravadas pela condição de saúde, gerando preocupação com possíveis complicações para mãe e feto. Essas mulheres enfrentam mudanças bruscas na rotina, como alterações na alimentação e monitoramento constante de aspectos fisiológicos e patológicos, tornando a vivência ainda mais estressante e desafiadora.^{9,10}

No âmbito do puerpério associado a intercorrências neonatais, as vivências das puérperas ultrapassam o processo do nascimento, abrangendo inquietações relacionadas ao sofrimento do filho, ao medo de possíveis complicações e às incertezas quanto ao futuro. Assim, a puérpera pode vivenciar uma vulnerabilidade acentuada, marcada por questões referentes aos aspectos biopsicossociais e à possibilidade de morte dela e do filho, o que

reforça a necessidade de cuidados e monitoramento profissional contínuos nessa fase.^{5,11,12}

Nessas conjunturas, a internação hospitalar pode ser recomendada a fim de garantir o controle adequado dessas condições e prevenir complicações para a mãe e/ou o feto. A monitorização constante de alterações glicêmicas e pressóricas, bem como a administração de medicamentos, pode ser essencial para manter a estabilidade clínica da gestante e da puérpera, evitando agravos que coloquem em risco a saúde materna e neonatal.^{2,13}

O cenário da internação pode ser desafiador por afastar a mulher de seu lar e de sua família, inserindo-a em um ambiente hospitalar frequentemente percebido como impessoal e desconhecido. Essa vivência tende a intensificar sentimentos de ansiedade, desamparo, insegurança e medo. Trata-se de um evento estressor que coloca a gestante e a puérpera em uma situação de imprevisibilidade, podendo afetar o funcionamento do sistema familiar e demandar uma reorganização de papéis e responsabilidades entre seus membros e consigo mesma.^{9,12}

Nesse contexto, urge a necessidade de garantir uma assistência integral e humanizada, que leve em consideração os aspectos biopsicossociais envolvidos e minimize as repercussões adversas da hospitalização sobre o bem-estar materno e neonatal. O cuidado humanizado, em sua integralidade, pode evitar intervenções desnecessárias, promover o estabelecimento de relações pautadas em princípios éticos e favorecer um melhor enfrentamento do fenômeno vivenciado.¹⁴⁻¹⁶

Diante das diversas nuances inerentes à gestação e ao puerpério e às adversidades que podem emergir nessas fases marcadas por riscos, especialmente no contexto da internação hospitalar, questionou-se o processo vivenciado na hospitalização de gestantes e puérperas com diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial, bem como os desafios enfrentados sob a ótica dessas mulheres durante o período de internação.

A partir desse enfoque, a fenomenologia de Merleau-Ponty adotada neste estudo fundamenta a compreensão da hospitalização como uma experiência vivida de forma subjetiva e contextualizada, em que corpo e mundo se entrelaçam na construção de significados. Desse modo, o propósito não é relatar apenas os fatos objetivos, mas compreender de que maneira essas mulheres percebem e atribuem sentido ao processo de hospitalização, considerando suas dimensões corporais, afetivas e sociais.¹⁷

Diante do exposto, acredita-se que gestantes e puérperas internadas com diabetes mellitus gestacional e/ou síndromes hipertensivas gestacionais vivenciam, em corpo e consciência, um processo de adoecimento que vai além do aspecto biológico. A hospitalização torna-se um espaço de experiências singulares, marcadas por desafios existenciais, sofrimento psíquico, incertezas e temores que afetam seu modo de ser e estar no mundo. Essas vivências exigem um cuidado que reconheça a singularidade do corpo vivido e a complexidade da existência nesse contexto.

A relevância deste estudo reside na necessidade de oportunizar espaços de escuta e expressão às gestantes e

puérperas que vivenciam condições clínicas de risco. Por meio de uma abordagem fenomenológica, busca-se compreender os significados atribuídos à hospitalização, destacando o impacto biopsicossocial do diabetes *mellitus* gestacional e das síndromes hipertensivas, com implicações relevantes para a saúde pública. Apesar dos avanços na análise dos desfechos clínicos, há escassez de estudos qualitativos que explorem as experiências subjetivas dessas mulheres durante internações prolongadas.

Dito isso, o estudo teve como objetivo compreender as implicações da hospitalização de gestantes e puérperas com diabetes *mellitus* e/ou síndromes hipertensivas sob a sua perspectiva.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa fundamentada nos pressupostos teóricos de Merleau-Ponty. Além disso, o estudo respeita os princípios estabelecidos pelo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).¹⁸

A adoção da abordagem qualitativa justifica-se por apreender, de forma aprofundada, as singularidades e as subjetividades das experiências vivenciadas pelas participantes. Busca-se, assim, interpretar os significados atribuídos pelas mulheres às suas vivências, considerando a especificidade de seus contextos socioculturais, conforme propõe Minayo,¹⁹ em consonância com a perspectiva fenomenológica adotada.

Segundo Merleau-Ponty,¹⁷ o corpo é o sujeito que se encontra imerso no mundo, pois é por meio dele que ocorrem a percepção e a vivência sensorial. Em sua teoria, o corpo não é mais visto como uma consciência separada da experiência, mas como um elemento vivo e perceptivo, entrelaçado e afetado por seu ser-no-mundo. A partir dessa percepção, surge um despertar da consciência diante de uma situação vivencial, que constitui a base do conhecimento. Assim, o corpo torna-se o fundamento da construção de sentidos, representando as significações que se originam da interação constante e dinâmica entre o sujeito e o mundo que o cerca. Essa compreensão orienta a análise das narrativas dos participantes, valorizando a dimensão sensível e situada do vivido. No contexto analítico deste estudo, essa concepção orientou o olhar das pesquisadoras para o significado do “corpo vivido” durante a hospitalização, valorizando as expressões, gestos e discursos como manifestações existenciais.

No âmbito desta investigação, os conceitos de corpo vivido (*corps propre*), percepção e intencionalidade foram empregados como eixos interpretativos na análise dos discursos das participantes, orientando a compreensão do fenômeno enquanto expressão do ser-no-mundo. Os discursos foram apreendidos não como simples descrições objetivas, mas como revelações da experiência vivenciada, na qual corpo, tempo e espaço se entrelaçam na produção de sentido. À luz da fenomenologia de Merleau-Ponty,¹⁷ essa abordagem permitiu captar as significações subjacentes à vivência hospitalar, desvelando a forma como essas mulheres percebem e vivenciam o processo de adoecimento.

A coleta de dados ocorreu em uma maternidade pública localizada em Fortaleza, Ceará, Brasil, entre os meses de agosto e setembro de 2024. O número de participantes foi definido por conveniência, incluindo 11 gestantes e 12 puérperas internadas na maternidade, totalizando 23 participantes na amostra final. Das 11 gestantes, cinco foram internadas por complicações do DMG, três por SHG e três diagnosticadas concomitantemente com essas enfermidades. Dentre as puérperas, quatro hospitalizaram-se por agravos relacionados ao DMG, cinco por SHG e três com ambas as comorbidades.

Incluíram-se no estudo gestantes e puérperas de risco, com idade a partir de 18 anos, internadas por DMG e/ou SHG, bem como aquelas com condições clínicas associadas a essas doenças. A inclusão não considerou o número de filhos, condição socioeconômica, estado civil, etnia ou orientação religiosa. Definiu-se como critério de exclusão aquelas que se sentiram desconfortáveis ou constrangidas em dar seguimento às entrevistas, bem como as que estavam em outra situação que exigia repouso por orientação médica, sendo excluídas 13 participantes que não compuseram a amostra final.

Utilizou-se, para a coleta de dados, uma entrevista semiestruturada com questões sociodemográficas e desafios enfrentados por gestantes e puérperas com hipertensão e/ou diabetes durante o período de internação. As entrevistas foram conduzidas por três pesquisadoras com formação prévia em metodologias qualitativas e experiência em contextos de cuidado materno-infantil. Para garantir a precisão e a confiabilidade das respostas, as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas, respeitando todos os aspectos do discurso na íntegra. Posteriormente, foram reapresentadas para todas as participantes do estudo para validação.

A análise dos dados foi conduzida por meio da modalidade temática de Minayo,¹⁹ seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, com o objetivo de identificar semelhanças e divergências nas narrativas das participantes. Na fase de pré-análise, realizaram-se uma leitura flutuante dos depoimentos e a constituição do corpus, permitindo uma aproximação inicial com o conteúdo. Em seguida, procedeu-se à exploração do material, na qual foram codificadas as unidades de sentido emergentes a partir das falas, possibilitando a organização dos significados expressos.¹⁹ Posteriormente, desenvolveram-se o tratamento e a interpretação das categorias temáticas, articulados ao referencial fenomenológico de Merleau-Ponty¹⁷ e às evidências disponíveis na literatura sobre o tema, o que favoreceu uma compreensão aprofundada do fenômeno estudado.

As temáticas foram construídas de forma indutiva, com base na recorrência de significados presentes nos discursos, e validadas por consenso entre as pesquisadoras, assegurando a fidedignidade e a consistência dos achados. A coerência teórica e a validade interpretativa foram fortalecidas mediante leituras sucessivas, discussões reflexivas e triangulação entre as pesquisadoras, o que contribuiu para a solidez e o rigor da análise.

A análise resultou nas seguintes temáticas: “Reverberações dos desafios vivenciados por gestantes diabéticas e/ou hipertensas internadas” e “As adversidades enfrentadas por puérperas com hipertensão e/ou diabetes no decurso da internação”.

Para manter o anonimato das participantes, optou-se por identificá-las pela junção “GD” para gestantes diabéticas, “GH” gestantes hipertensas e “GDH” para as gestantes diabéticas e hipertensas; “PD” para puérperas diabéticas, “PH” puérperas hipertensas e PDH puérperas diabéticas e hipertensas. As entrevistas receberam a numeração de 1 a 11 para as gestantes e de 1 a 12 para as puérperas.

O estudo recebeu o parecer nº 6.844.667 do Comitê de Ética em Pesquisa do centro participante da pesquisa. Assegurou-se o cumprimento das recomendações éticas referentes a pesquisas envolvendo seres humanos, conforme previsto nas Resoluções nº 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.^{20,21}

RESULTADOS

Caracterização das participantes do estudo

As 11 gestantes situavam-se na faixa etária entre 18 e 36 anos, com predomínio de 30 a 35 anos. No que se refere ao diagnóstico, cinco apresentavam DMG, três SHG e três apresentavam diagnóstico concomitante de DMG e SHG. As 12 puérperas participantes tinham entre 18 e 36 anos. Quanto ao diagnóstico, quatro apresentavam DMG, cinco SHG e três com diagnóstico concomitante de DMG e SHG.

Reverberações dos desafios vivenciados por gestantes diabéticas e/ou hipertensas internadas

Essa temática abordou as implicações dos desafios enfrentados por gestantes com diagnóstico de DMG e/ou SHG no contexto da internação hospitalar. Diante disso, emergiram sentimentos de desalento, angústia e temor em relação ao estado de saúde que poderiam acarretar problemas para o bebê. No entanto, a internação também foi considerada uma fonte de segurança.

As falas revelaram que a hospitalização é permeada por medos intensos. O receio da morte do bebê, da própria morte e da piora do quadro de saúde emerge como sentimento que atravessa a experiência, desencadeando angústia e incerteza. Essa realidade subjetiva torna o momento vivido repleto de desafios, como se observa nas percepções a seguir:

Angustiante, os médicos falaram que é perigoso e tem risco de acontecer algo com a gente, aí ficava meio perturbada, que só piorava por estar aqui nesse hospital por tanto tempo. (GD 2)

Fiquei internada, chorei bastante, já tive perdas e não suportaria perder outro bebê, e é que cuido desse problema, mas vivo nessa inconstância de vida, estamos a todo instante lutando. (GDH 3)

A nossa situação estava muito delicada, o crescimento da bebê, a minha pressão, a internação, isso gerava sofrimento, sabe? E medo que coisas piores aconteçam. (GD 10)

Observou-se, nas falas de algumas gestantes, que o enfrentamento do diagnóstico e a convivência com riscos iminentes despertaram temores relacionados à morte e à incerteza quanto à continuidade da vida. Contudo, a experiência da internação também foi referida como um espaço capaz de oferecer, em meio à fragilidade existencial, segurança, acolhimento e estabilidade. A experiência vivida na internação revelou-se como um momento de sofrimento e amparo, no qual o corpo vivido se configurou como espaço de expressão da existência.

Só pensava que íamos morrer, que não ia suportar, talvez ela nasça antes do tempo. Me desespero por estar internada. Por outro lado, sinto paz por saber que aqui estamos seguras. (GH 1)

O diagnóstico me fez pensar só na morte, que não ia dar certo, mas quando chegamos aqui, senti que teríamos uma chance de viver, mesmo com tantos riscos. (GD 9)

Ademais, os discursos das gestantes demonstraram sentimentos como angústia e sofrimento em razão da distância de seu cotidiano. A separação do ambiente familiar e da rede de apoio traz tristeza, dor e medo, intensificados pela incerteza quanto ao desfecho da gravidez. Essas experiências são expressas nos discursos a seguir:

Sinto dor e tristeza por conta da distância, pois precisamos ser cuidadas. Tenho medo de que ela nasça com problemas ou que morramos no parto. É um turbilhão dentro de mim. (GH 4)

O processo de internação foi difícil, triste e algo inesperado. Nunca imaginei ficar longe de casa, mas, por causa da doença, por segurança, estou aqui. Se eu pudesse, faria diferente. Confesso que não levei a sério o quanto isso era perigoso. (GD 5)

Dei entrada na internação com sangramento. Tem sido muito sofrido, creio que para o bebê também. Estamos longe de casa, dos filhos, temendo perder a filha, pensando no que pode acontecer, se vamos viver ou não no parto. (GD 7)

As gestantes do estudo também expressaram sentimento de culpa ao refletirem sobre o fato de não terem se cuidado adequadamente, após a descoberta do diagnóstico. O desânimo

e a insegurança gerados pela doença foram intensificados pela tomada de consciência do descuido que culminou na hospitalização e nos riscos que ameaçavam a saúde do bebê.

Quando descobri, foi uma mistura de sentimentos, de medo e vontade de chorar. No início, fiz tudo certo, mas depois acabei sendo imprudente, e hoje estamos aqui no hospital, correndo riscos porque a pressão não estava conseguindo ser controlada. (GH8)

Passei por problemas seríssimos de tristeza depois que descobri esse pacote de doenças. Não me cuidei, e agora estamos internados. A conta chegou, e hoje me sinto culpada, caso eu perca meu filho. (GDH11)

A perturbação emocional e a vivência da solidão estiveram fortemente presentes nos discursos das gestantes, sendo agravadas pelo temor de ficarem sozinhas e pelas ambiguidades no que tange à saúde do bebê e ao parto. A insegurança e as complicações intensificaram a sensação de vulnerabilidade já existente, tornando a internação uma experiência ainda mais angustiante. Tais vivências se expressaram nas falas adiante:

Fica mais difícil a doença com esse medo de ficar sozinha e que ele fique sem mim. O parto e a gravidez são incertos, e ficou mais complicado ficar aqui no hospital. (GDH 6)

Estou abalada com as mudanças na gravidez, tentando me controlar para ficarmos bem. Mas as coisas começaram a piorar, e tivemos que enfrentar a internação. (GD 9)

As vivências emocionais das gestantes em situação de risco revelaram ambiguidade diante do diagnóstico e da internação, afetando o corpo vivido e resignificando modos de sentir e existir. O ser-no-mundo expressa a unidade entre corpo e existência, pois é pelo corpo que o sujeito experiencia e atribui sentido à vida. Assim, mais que frustração, trata-se de diferentes formas de expressar o existir ante as adversidades. As emoções emergem como manifestações da condição de risco materno-fetal, refletindo o entrelaçamento entre o desejo de preservar a vida e a angústia diante das incertezas e limitações impostas pela hospitalização.

As adversidades enfrentadas por puérperas com hipertensão e/ou diabetes durante o período de internação

Essa temática abordou as implicações dos processos de internação do neonato e/ou da puérpera após o parto, decorrentes de complicações que exigiram cuidados hospitalares e tratamento. Postularam-se também as expectativas das puérperas em relação aos anseios pela alta hospitalar e pela cura do filho.

Nas declarações das puérperas, evidenciou-se que o desejo de retornar para casa é subjugado pela ânsia de que o filho conclua o tratamento e se recupere, mesmo que essa espera seja um processo difícil e doloroso de ser vivenciado.

Vou suportar essa internação difícil de vivenciar, mesmo que eu queira ir embora. Por um filho, a gente aguenta. (PGH12)

É difícil não ter a família perto, mas vou suportar o tratamento. Acabei brincando achando que essa doença não ia atingir a gente, mas estamos sofrendo as consequências. (PD4)

O tratamento foi vivenciado como um percurso marcado por inquietações e preocupações. Ao despertar para a tomada de consciência de que ambos precisavam ser acompanhados num cenário de internação e de que o tratamento era algo sério a ser enfrentado, as puérperas foram tomadas por temores e anseios, desvelando a ambiguidade e intensidade emocional que perpassaram essa vivência. Essa ambiguidade revela a existir na fenomenologia em que o ser humano é corpo e consciência em simultaneidade, razão e emoção que se entrelaçam. As puérperas vivenciaram esse entrelaçamento entre o desejo de recuperação e o medo do desconhecido, entre a confiança e a incerteza diante do adoecimento e da hospitalização.

Acabei trazendo as preocupações com o tratamento, é difícil, ele vai ter que ficar acompanhando, não é fácil, pensei que era besteira, mas não é, a gente só acredita quando acontece. (PD 1)

Minha angústia é a incerteza da cura e do tempo de internação. Queria voltar atrás, fazer tudo diferente, ir ao pré-natal sem falhas e respeitar os cuidados que me orientavam. (PH 11)

Me preocupo porque a pressão alta causou tanta coisa desde a gravidez. Olho pra ele e me pergunto, 'será que ele vai ter alguma sequela?'. Por isso vou suportar essa internação mesmo sendo difícil, mas para um filho tudo a gente suporta. (PH 6)

As puérperas vivenciaram múltiplas preocupações para além do tratamento do filho, pois conviveram com a dor de terem que deixá-lo na maternidade, sem a sua presença. Além disso, sentiram-se desgastadas e desesperadas diante do momento vivido e colocaram suas angústias:

Tenho medo pela saúde do meu filho e tratamento, tive momentos de desespero por ter que deixá-lo lá na maternidade, sofri muito com isso. (PH 2)

A pressão e a diabetes eu estou tratando, tá no controle. A minha preocupação com o bebê e em relação a ele ficar no hospital, já estou desgastada, mesmo com cuidados. (PDH 8)

Evidenciou-se, nas falas das puérperas, que o estado de saúde do filho é culpabilizado por suas ações, em razão de não terem dado o real valor ao diagnóstico durante a gestação, o que agravou as situações na fase puerperal.

O puerpério está ruim por causa da saúde dele. Sinto culpa, não queria que o meu filho sofresse por minha causa, não me cuidei quando estava grávida, mesmo sabendo da pressão alta. (PH 9)

Ficar longe do meu filho, ver ele passar por tantas picadas, fez o puerpério ser tão difícil, precisei ficar também internada, mas nada se compara à dor de ver ele sofrer. (PDH 12)

E tudo isso foi por minha causa, não me cuidei quando me orientaram, agora estamos nós aqui, longe um do outro e doente, isso me parte meu coração. (PDH 10)

Além disso, as falas das puérperas manifestaram que a hospitalização gerou frustrações diante da ruptura de expectativas profundamente incorporadas ao corpo vivido e às percepções simbólicas da gestação. Enquanto gestantes, essas mulheres planejavam a via de parto, organizavam suas vidas conforme a data esperada do nascimento e se imaginavam, em sua intencionalidade do ser, saindo da maternidade com seus filhos. Contudo, a doença e o internamento frustraram as esperanças concebidas e o modo de ser e estar no mundo, revelando como o corpo gestante é o lugar onde se inscrevem sentidos, afetos, expectativas sobre a maternidade.

Não planejava parto prematuro, mas essa doença antecipou tudo e não estava preparada para receber filho prematuro. Isso gerou sofrimento, não me programei, fiquei longe dele. (PD 3)

Muita coisa abala a gente, porque a gente quer ter o bebê já no colo, e quando sobe para outra sala, ali longe da gente, o coração fica triste. (PD 4)

Nas falas a seguir, a internação é desvelada como um processo obscuro e desestabilizador, marcado por desgastes físicos e emocionais que atravessam o existir das puérperas. Mesmo em uma conjuntura de lamentos e incertezas, as participantes relataram que a assistência recebida abriu espaço para novos sentidos e caminhos para suportar o momento vivenciado:

As mudanças que fomos enfrentando não foram fáceis por conta da doença e da internação. Mas fomos bem cuidadas no hospital, o que ajudou a passar por essa tempestade com o neném. (PD 6)

Já estava muito abalada, tinha medo quando gestante e isso se intensificou nesse momento do puerpério, por termos que ficar internadas, mas o tratamento é necessário, e por ele eu suporto. (PH 5)

O puerpério, conforme vivenciado pelas participantes deste estudo, foi marcado por mudanças significativas que emergiram das puérperas na vivência de experiências de desalento e desespero, muitas vezes relacionadas aos aspectos fisiológicos inerentes a esse período. Além disso, fatores emocionais e condições de saúde também impactaram o binômio mãe-bebê, conferindo complexidade à vivência puerperal e revelando múltiplas dimensões de vulnerabilidade nesse contexto de risco.

DISCUSSÃO

A hospitalização de gestantes e puérperas representa um desafio significativo para a mulher e sua família, ao interromper a rotina doméstica e exigir adaptação a um ambiente institucional marcado por normas e procedimentos distintos do lar. Esse cenário gera sentimentos de medo, incerteza e impotência, impactando a vivência subjetiva do cuidado.²²⁻²⁴

Os achados deste estudo, em consonância com Medeiros²⁵ e Alzahrani,²⁶ revelam a hospitalização como uma experiência de sofrimento, atravessada por angústia, solidão e saudade. O desconhecimento do ambiente hospitalar acarreta alterações emocionais e estruturais que intensificam o desconforto.

A partir da teoria da percepção e da interpretação do inconsciente de Merleau-Ponty,¹⁷ compreende-se a angústia como uma abertura à existência situada entre o presente e o futuro. Para o autor,²⁷ a percepção envolve elementos culturais e sociais e contradições do mundo vivido, sendo a angústia um rompimento com o cotidiano que convoca à responsabilização pelas escolhas e à busca de sentido mesmo na dor.

Essa dor é acentuada pela incerteza quanto à saúde pela ruptura da rotina e pelo afastamento das redes de apoio, como relataram as participantes. Tais sentimentos, muitas vezes já presentes diante da suspeita de risco ao recém-nascido, tendem a se intensificar com a internação.^{4,5,15}

Nesse sentido, Merleau-Ponty²⁸ destaca que toda experiência humana é ambígua, o que também se aplica ao existir. Saúde e doença são categorias que representam o fluxo do corpo em busca de adaptação para sobreviver no mundo. Assim, saúde e doença são peculiaridades existenciais que se manifestam fenomenicamente, como demonstram as vivências das gestantes e puérperas diante do adoecimento e da internação, com sentimentos ambíguos entre o medo pela condição de

saúde e a confiança no tratamento e nos cuidados da equipe multiprofissional.

Além disso, as razões que levaram à internação, frequentemente associadas a complicações de saúde inesperadas, agravam a situação, gerando angústia, frustração e preocupação, conforme demonstrado nos discursos das gestantes e puérperas. Nesse contexto, é comum que a mãe experimente um aumento do estresse, especialmente quando se sente, de algum modo, responsável pelo problema do bebê, o que pode comprometer seu bem-estar emocional e sua capacidade de enfrentar a situação com equilíbrio.^{16,23}

O medo de perder o bebê é uma preocupação constante para gestantes em situação de risco, sobretudo durante internações prolongadas. Apesar de o ambiente hospitalar ser angustiante, ele oferece sensação de segurança pelo monitoramento contínuo. As falas das participantes revelam o conflito entre desespero e alívio: a permanência no hospital intensifica o medo, mas o cuidado recebido traz calma diante do risco de complicações. O receio constante de algo dar errado é parcialmente mitigado pela confiança no tratamento, embora o medo de perder o bebê persista.^{15,22}

Para gestantes e puérperas com filhos em condição de risco, a internação representa uma espera prolongada pela alta e a perda da autonomia no contexto hospitalar, marcada por uma percepção temporal existencial em que passado e futuro se entrelaçam no presente, gerando uma descontinuidade na percepção de si e influenciando a vivência emocional.^{17,26,29}

Além da espera, a incerteza e a instabilidade das informações sobre o bebê tornam a experiência estressante, podendo desencadear sintomas de depressão, ansiedade e estresse e afetar o vínculo materno-neonatal.^{4,24,29}

Medo, ansiedade, frustração, temor e sofrimento diante dos procedimentos hospitalares, culpa e busca por explicações para a internação são sentimentos recorrentes entre as mães, intensificando a percepção de responsabilidade pela situação vivida,^{6,12,26} como evidenciado nos relatos de GH4, GH8, GDH11, PH9 e PDH10.

Apesar dos desafios, a qualidade do cuidado recebido tem um papel central na experiência da internação. Um atendimento que aborda dimensões físicas e emocionais oferece maior acolhimento e segurança.^{29,30} Nesse sentido, o acolhimento pela equipe de saúde favorece a adaptação ao ambiente hospitalar e contribui para que as mães enfrentem as adversidades com mais tranquilidade, mesmo diante das incertezas.^{26,31,32}

Conforme Merleau-Ponty,²⁸ o cuidado perpassa os corpos, integrando instinto e razão em uma dinâmica que alterna atenção e negligência, impactando profundamente a experiência vivida. Nessa perspectiva, o cuidar ultrapassa a dimensão técnica, e o corpo, enquanto sujeito da percepção e modo de ser-no-mundo, torna-se o espaço em que o cuidado se manifesta como abertura ao outro e expressão de empatia.

De acordo com Paiva,³³ a necessidade de tratamento e o desejo pelo bem-estar do bebê são fontes de força para enfrentar esse período desafiador. Apesar da vontade de voltar para casa

e da dificuldade emocional no hospital, o amor pelo filho motiva a mulher a suportar o sofrimento. Esse vínculo materno fortalece sua resiliência, permitindo atravessar a internação em prol da saúde do bebê.

Pesquisas internacionais convergem para os achados deste estudo, evidenciando que a hospitalização de gestantes e puérperas em condição de risco constitui uma experiência liminar, situada entre a sensação de proteção e o sofrimento vivenciado. Investigações realizadas no Canadá revelam que a percepção de vulnerabilidade é potencializada por fatores emocionais, sociais e ambientais, demandando práticas de cuidado que valorizem a centralidade da mulher e de sua família no processo assistencial.³⁴

De modo semelhante, estudos conduzidos no Irã e na China apontam a presença de sentimento de culpa, medo e ambivalência diante do risco gestacional, o que reforça o caráter universal dessas repercussões existenciais.^{35,36} Conjuntamente, tais evidências reiteram a necessidade de uma abordagem humanizada e interdisciplinar que ultrapasse os limites do modelo biomédico, reconhecendo as dimensões subjetivas e relacionais que permeiam a hospitalização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Esta pesquisa, baseada na fenomenologia de Merleau-Ponty, revelou as complexas e intensas experiências de gestantes e puérperas hospitalizadas por diabetes gestacional e/ou síndromes hipertensivas. A hospitalização extrapola o aspecto clínico, afetando emocional, social e existencialmente essas mulheres que vivenciam medo, angústia, culpa e isolamento, junto com a esperança por desfechos positivos.

No plano emocional, predomina o sofrimento psíquico; socialmente, o afastamento da rede de apoio intensifica o isolamento; e existencialmente, a perda da autonomia gera descontinuidade na percepção de si. Compreender essas vivências evidencia a importância do cuidado obstétrico humanizado, que valorize a escuta, o acolhimento e o suporte emocional.

O estudo aponta para a urgência de políticas e práticas que respeitem a dignidade dessas mulheres em contextos de risco. Reconhece-se como limitação o acesso restrito à população-alvo, o que pode ter influenciado a diversidade das experiências apreendidas e restringido o alcance da saturação teórica. A abordagem qualitativa, aliada ao contexto hospitalar em que se desenvolveu a investigação, embora favoreça a profundidade interpretativa, pode não refletir integralmente outras realidades regionais ou institucionais. Recomenda-se, assim, a realização de novos estudos em distintos cenários assistenciais e com amostras mais heterogêneas, a fim de ampliar a transferibilidade e o alcance dos resultados.

Esta investigação oferece importantes contribuições para a compreensão fenomenológica das vivências maternas em situações de risco, ao propor reflexões que subsidiam a formação de profissionais mais sensíveis à dimensão existencial do cuidado.

Com base na corporeidade e na percepção do vivido, evidencia-se a possibilidade de ressignificar as práticas obstétricas a partir dos princípios da integralidade e da humanização, pilares essenciais para o fortalecimento da rede de atenção materno-infantil.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), à Universidade de Fortaleza e à Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico pelos estímulos à pesquisa, para a realização deste trabalho.

FINANCIAMENTO

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), com processo de número 308055/2021-7

DISPONIBILIDADE DE DADOS DA PESQUISA

Os conteúdos subjacentes ao texto da pesquisa estão contidos no artigo.

CONFLITO DE INTERESSE

Sem conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

- Costa ALVD, Azevedo FHC. Puerperium and nursing care: a systematic review. *Res Soc Dev*. 2021;10(14):e574101422365. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i14.22365>.
- Cheffer MH, Nenevê DA, Oliveira BP. Assistência de enfermagem frente às mudanças biopsicossociais da mulher no puerpério: uma revisão da literatura. *Varia Scientia - Ciênc Saúde*. 2021;6(2):157-64. <https://doi.org/10.48075/vscs.v6i2.26526>.
- Castiglioni CM, Cremonese L, Prates LA, Schimith MD, Sehnem GD, Wilhelm LA. Puerperal care practices developed by nurses in the Family Health Strategies. *Rev Enferm UFSM*. 2020;10:1-19. <https://doi.org/10.5902/2179769237087>.
- Yamase AA, de Araújo Jr EM, Goulart ETV, Duarte GL, Jardim MS, Costa N et al. Métodos contemporâneos de prevenção e manejo da hipertensão na gestação. *Epitaya*. 2024;1(78):97-120. <https://doi.org/10.47879/ed.ep.2024479p97>.
- Muzy J, Campos MR, Emmerick I, Silva RS, Schramm JM. Prevalência de diabetes mellitus e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. *Cad Saude Publica*. 2021;37(5):e00076120. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00076120>. PMID:34076095.
- Grillo MFR, Collins SMB, Zandonai VR, Zeni G, Alves LPC, Scherer JN. Análise de fatores associados à saúde mental em gestantes e puérperas no Brasil: uma revisão da literatura. *J Bras Psiquiatr*. 2024;73(2):e20230098. <https://doi.org/10.1590/0047-2085-2023-0098>.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030 [Internet]. Brasília: OPAS; 2020 [citado 14 set 2024]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-nas-americas-2021-2030>
- Miranda AE, Santos PC, Coelho RA, Pascom ARP, de Lannoy LH, Ferreira ACG et al. Perspectives and challenges for mother-to-child transmission of HIV, hepatitis B, and syphilis in Brazil. *Front Public Health*. 2023;11:1182386. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1182386>. PMID:37663837.
- Tanner MS, Malhotra A, Davey MA, Wallace EM, Mol BW, Palmer KR. Maternal and neonatal complications in women with medical comorbidities and preeclampsia. *Pregnancy Hypertens*. 2022 Mar;27:62-8. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2021.12.006>. PMID:34942478.
- Araújo MP, Costa RA, Melo LG. Atenção plena e aconselhamento nutricional na promoção da consciência do comportamento alimentar: revisão integrativa. *Pesqui Soc Desenv*. 2021;10(16):e17101623003. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i16.23003>.
- Feitosa ADM, Barroso WKS, Mion Jr D, Nobre F, Mota-Gomes MA, Jardim PCBV et al. Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial Dentro e Fora do Consultório – 2023. *Arq Bras Cardiol*. 2024;121(4):e20240113. <https://doi.org/10.36660/abc.20240113>. PMID:38695411.
- Simão ES, Pacca JB, Hungria IC, Araújo BD, Santos AL, Boguea RT et al. Desospitalização: Uma Perspectiva Humanizada em Idosos. *Braz. J. Develop*. 2022;8(2):11938-54. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n2-233>.
- Megiolaro KMS, de Almeida JAJ, Strosberg DB, Seghetto LM, Gentil AV. Síndrome hellp: uma revisão dos aspectos etiopatogênicos, clínicos, diagnósticos e terapêuticos. *REASE*. 2024;10(7):290-9. <https://doi.org/10.51891/rease.v10i7.14814>.
- Ministério da Saúde (BR). Manual técnico. Pré-natal e puerpério: atenção comprometida e humanizada. 3ª ed. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 14 set 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf
- Fang M, Wang J, Wang Z, Chen Y, Xu W, Tao C et al. Impact of hypertensive disorders of pregnancy on short-and long-term outcomes of pregnancy-associated hemorrhagic stroke. *Front Neurol*. 2023;14:1097183. <https://doi.org/10.3389/fneur.2023.1097183>. PMID:37006493.
- Kumar M, Naik G. Maternal near miss: reaching the last mile. *J Obstet Gynaecol*. 2021;4(5):675-83. <https://doi.org/10.1080/01443615.2020.1820467>. PMID:33263266.
- Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. Rio de Janeiro: Freitas Bastos; 1971.
- Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE02631. <https://doi.org/10.37689/actaape-2021AO02631>.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
- Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BR). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União [periódico na internet], Brasília (DF), 2012 [citado 19 mar 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- Resolução nº 510, de 12 de abril de 2016 (BR). Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução Diário Oficial da União [periódico na internet], Brasília (DF), 2016 [citado 5 jan 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view>
- Bergantini LS, Ichisato SMT, Salci MA, Birolim MM, Santos ML, Höring CF et al. Factors associated with hospitalizations and deaths of pregnant women from Paraná due to COVID-19: a cross-sectional study. *Rev Bras Epidemiol*. 2024;27:e240005. <https://doi.org/10.1590/1980-549720240005.2>. PMID:38324869.
- Nunes MBL, Oliveira TJ, Silva Jr JA, Nascimento EGC. Sentimientos de la mujer frente al embarazo de alto riesgo. *Enfer Act Costa Rica*. 2024;(46):58441. <https://doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.i46.52604>.
- Prata JA, Dias MO, Gonçalves SRS, Castro TBL, Oliveira DCC, Ferreira DG. Desmotivação no uso das tecnologias não invasivas pela equipe de enfermagem na maternidade de alto risco. *Esc Anna Nery*. 2025;29:e20240121. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2024-0121pt>.
- Medeiros CC, Alves KC, Pereira L, Galdino CV, Almeida EGR, Sliva GCA. Expectations and feelings of pregnant and postpartum women who tested positive for SARS-CoV-2. *Res Soc Dev*. 2024 Oct;13(10):e141131047231. <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i10.47231>.

26. Alzahrani N. The effect of hospitalization on patients' emotional and psychological well-being among adult patients: an integrative review. *Appl Nurs Res.* 2021 Oct;61:e151488. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151488>. PMID:34544571.
27. Merleau-Ponty M. O primado da percepção. São Paulo: Papirus; 1990.
28. Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
29. Felício MLTD, Gripa MR, Crispim MR, Fernandes JM, Preto VA. O suporte à saúde mental de gestantes e puérperas nos serviços de saúde. *Interação Psicol.* 2024;28(1):58-66. <https://doi.org/10.5380/riep.v28i1.88139>.
30. Xu S, Wang J, Wang Y, Zhang M. Decision-making behavior of blood glucose management and its influencing factors in pregnant women with gestational diabetes mellitus. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2025;25(1):83. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07207-w>. PMID:39875859.
31. Pereira ALF, Pessanha PSA, Prata JA, Maia ML, Nascimento ELT, Fernandes JS. Cuidados centrados na mulher com gravidez de risco durante o parto na perspectiva da enfermagem. *Esc Anna Nery.* 2024;28:e20240087. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2024-0087pt>.
32. M'batna AJ, Cechinel-Peiter C, Costa MF, Cunha CLF, Debétio JO, Lemos M et al. Continuidade do cuidado: ações realizadas em hospitais universitários brasileiros. *Acta Paul Enferm.* 2025;38:eAPE0003391. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2025ao0003391>.
33. Paiva SM, Rocha AS, El Khouri MM, Ferreira AJM, dos Santos SBC, Martins MEA. O Impacto da Saúde Mental de Mulheres durante o Puerpério. *RCC.* [Internet] 2024 [citado 28 jun 2025];15(1):e32158. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/32158>
34. Ukah UV, Platt RW, Auger N, Lisonkova S, Ray JG, Malhamé I et al. Risk of recurrent severe maternal morbidity: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol.* 2023 Nov;229(5):545.e1-11. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.06.010>. PMID:37301530.
35. Badakhsh M, Hastings-Tolsma M, Firouzkohi M, Amirshahi M, Hashemi ZS. The lived experience of women with a high-risk pregnancy: A phenomenology investigation. *Midwifery.* 2020;82:102625. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102625>. PMID:31923707.
36. Guo J, Zheng A, He J, Ai M, Gan Y, Zhang Q et al. The prevalence of and factors associated with antenatal depression among all pregnant women first attending antenatal care: a cross-sectional study in a comprehensive teaching hospital. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021;21(1):713. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04090-z>. PMID:34702205.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo. Raimunda Magalhães da Silva. Fernanda Veras Vieira Feitosa.

Aquisição de dados. Raimunda Magalhães da Silva. Fernanda Veras Vieira Feitosa.

Análise de dados e interpretação dos resultados. Raimunda Magalhães da Silva. Fernanda Veras Vieira Feitosa. Waleska Benício de Oliveira Carvalho. Débora Pereira Paixão. Cristina Rosa Soares Lavareda Baixinho. Maria Regina Teixeira Ferreira Capelo.

Redação e revisão crítica do manuscrito. Raimunda Magalhães da Silva. Fernanda Veras Vieira Feitosa. Waleska Benício de Oliveira Carvalho. Débora Pereira Paixão. Cristina Rosa Soares Lavareda Baixinho. Maria Regina Teixeira Ferreira Capelo.

Aprovação da versão final do artigo. Raimunda Magalhães da Silva. Fernanda Veras Vieira Feitosa. Waleska Benício de Oliveira Carvalho. Débora Pereira Paixão. Cristina Rosa Soares Lavareda Baixinho. Maria Regina Teixeira Ferreira Capelo.

Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Raimunda Magalhães da Silva. Fernanda Veras Vieira Feitosa. Waleska Benício de Oliveira Carvalho. Débora Pereira Paixão. Cristina Rosa Soares Lavareda Baixinho. Maria Regina Teixeira Ferreira Capelo.

EDITOR ASSOCIADO

Tassiane Ferreira Langendorf 

EDITOR CIENTÍFICO

Marcelle Miranda da Silva 