

Cuidado da mulher grávida cadeirante à luz da teoria de Collière

Care of wheelchair pregnant women in the light of Collière's theory
Cuidado de la mujer embarazada en silla a la luz de la teoría de Collière

Daiana Silva Lima^I

ORCID: 0000-0002-6121-2942

Leila Rangel da Silva^{II}

ORCID: 0000-0003-1831-0982

Cristiane Rodrigues da Rocha^{III}

ORCID: 0000-0002-5658-0353

Selma Villas Boas Teixeira^{III}

ORCID: 0000-0001-8799-0243

Mirian Santos Paiva^{III}

ORCID: 0000-0003-4399-321X

^IUniversidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro,
Rio de Janeiro, Brasil.

^{II}Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de
Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

^{III}Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

Como citar este artigo:

Lima DS, Silva LR, Rocha CR, Teixeira SVB, Paiva MS.
Care of wheelchair pregnant women in the light of Collière's
theory. Rev Bras Enferm. 2020;73(4):e20180755.
doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0755>

Autor Correspondente:

Cristiane Rodrigues da Rocha
E-mail: cristiane.r.rocha@unirio.com



EDITOR CHEFE: Dulce Aparecida Barbosa
EDITOR ASSOCIADO: Antonio José de Almeida Filho

Submissão: 19-09-2018 **Aprovação:** 10-07-2019

RESUMO

Objetivos: discutir as necessidades de cuidado da mulher grávida cadeirante à luz da Teoria do Cuidar de Collière. **Métodos:** qualitativo, descritivo, exploratório, com oito mulheres, entre agosto de 2014 e março de 2015, no Rio de Janeiro, Brasil. O método de coleta de dados foi a história de vida. O referencial teórico utilizado foi a Teoria do Cuidar, de Marie-Françoise Collière. A análise do tipo temática identificou três categorias: planejamento das gestações; apoio e preconceito da família e dos profissionais de saúde; e cuidados à mulher cadeirante na gestação. **Resultados:** preconceito, medo, falta de apoio, desconhecimento acerca da manutenção da gravidez e do parto interferiram negativamente no processo de gestar. As participantes apresentaram infecção urinária, abortamentos e partos prematuros. **Considerações Finais:** a gestação nessas mulheres deve prever possíveis intercorrências, o que torna imperiosa a capacitação dos profissionais no cuidado integral para promover e proteger a saúde. **Descritores:** Enfermagem; Pessoas com Deficiência; Saúde da Mulher; Gravidez; Cuidado Pré-Natal.

ABSTRACT

Objectives: to discuss care needs of wheelchair pregnant women in the light of Collière's Theory of Caring. **Methods:** qualitative, descriptive, exploratory, with eight women, between August 2014 and March 2015, in Rio de Janeiro State, Brazil. The method of data collection was the life history. The theoretical reference used was Marie-Françoise Collière's Theory of Caring. The thematic type analysis identified three categories: pregnancy planning; support and prejudice of family and health professionals; and caring for the wheelchair pregnant woman. **Results:** prejudice, fear, lack of support, lack of knowledge about the maintenance of pregnancy and childbirth interfered negatively in the process of gestation. Participants had urinary tract infection, miscarriages and preterm birth. **Final Considerations:** gestation in these women should predict possible interurrences, which makes it imperative to train professionals in integral care to promote and protect health. **Descriptors:** Nursing; Disabled Persons; Woman's Health; Pregnancy; Prenatal.

RESUMEN

Objetivos: discutir las necesidades de cuidado de la mujer embarazada en silla a la luz de la Teoría del Cuidar de Collière. **Métodos:** cualitativo, descriptivo, exploratorio, con ocho mujeres, entre agosto de 2014 y marzo de 2015, en Rio de Janeiro, Brasil. El método de recolección de datos fue la historia de la vida. El referencial teórico utilizado fue la Teoría del Cuidar de Marie-Françoise Collière. El análisis del tipo temático identificó tres categorías: planificación de las gestaciones; apoyo y preconceito de la familia y de los profesionales de la salud; y cuidados a la mujer en silla en la gestación. **Resultados:** preconceito, miedo, falta de apoyo, desconocimiento acerca del mantenimiento del embarazo y del parto interfirieron negativamente en el proceso de gestar. Las participantes presentaron infección urinaria, abortos y partos prematuros. **Consideraciones Finales:** la gestación en esas mujeres debe prever posibles interurrencias, lo que hace imperiosa la capacitación de los profesionales en el cuidado integral para promover y proteger la salud. **Descritores:** Enfermería; Personas con Deficiencia; Salud de la Mujer; Embarazo; Cuidado Prenatal.

INTRODUÇÃO

A gravidez e o parto são eventos importantes para a mulher, em função das mudanças sociais, físicas e emocionais. Para as portadoras de deficiência, essa realidade é a mesma, acrescida das diferentes circunstâncias que necessitam superar, como a acessibilidade, o preconceito sociocultural e os problemas de comunicação com os profissionais de saúde⁽¹⁾.

A Organização Mundial da Saúde⁽²⁾ aponta que 10% da população mundial convive com alguma forma de deficiência. Esta situação perpassa por todas as classes sociais, faixas etárias, etnias, raças e sexo. O Censo Demográfico no Brasil estimou a existência de, aproximadamente, 13.265.599 deficientes motores. Desse total, 8.285.981 são mulheres⁽³⁾.

Desde 2008 o nosso país é signatário da Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, que representa um divisor de águas no que tange à incorporação das dimensões dos direitos humanos⁽³⁾. Seu Art. 25 reforça o direito dessas pessoas em alcançar um alto padrão de cuidados com a saúde, sem discriminação. No entanto, estudos internacionais^(1,4-5) e nacionais⁽⁶⁻⁸⁾ evidenciam que as questões de saúde materna relacionadas à deficiência necessitam ser aprofundadas, especialmente quando se trata de mulheres grávidas cadeirantes⁽⁹⁻¹¹⁾, em função da necessidade de maiores cuidados profissionais e por terem maior chance de complicações obstétricas, altas taxas de abortamento, partos prematuros, cesarianas e recém-nascidos com baixo peso.

Historicamente, os programas governamentais em nosso país privilegiaram a população feminina com ações voltadas para a saúde materno-infantil e uma visão restrita do seu papel social voltado para sua função reprodutiva. No entanto, mudanças sociais e políticas ocorreram nas últimas décadas, como a inclusão de mulheres presidiárias, lésbicas, indígenas e quilombolas portadoras de deficiência e que começaram a ser vistas como sujeitos de direito por possuírem necessidades que vão além da gravidez, parto e nascimento⁽¹²⁾.

Os discursos e práticas sociais que excluem essas mulheres são produto de uma construção histórica e cultural que contribui para a definição de limites e possibilidades para a inclusão social⁽⁹⁾. Trata-se de um segmento da população que conta com ações inexpressivas dos serviços de saúde voltadas para suas necessidades, especialmente no que se refere à acessibilidade no período gestacional⁽¹³⁻¹⁴⁾.

As necessidades das mulheres com deficiência, na ocasião da gestação, são inúmeras e vão desde a superação arquitetônica da cidade e, particularmente, dos hospitais, como a adequação de material permanente e da planta física dos ambulatórios para as consultas de pré-natal, a atitude dos profissionais que cuidam de forma preconceituosa, com estereótipos, sem atentar para os preceitos da humanização, o que poderá comprometer a saúde materna e fetal⁽⁹⁻¹⁰⁾.

A família e a sociedade acreditam que mulheres cadeirantes não têm vida sexual ativa e põem em dúvida se elas teriam capacidade de engravidar, gestar e parir. Soma-se a esta crença, o desconhecimento sobre suas capacidades e limitações para criar seus filhos. Essa situação reforça a imagem de fragilidade devido às suas limitações físicas, o que as leva ao desestímulo de suas potencialidades, condicionando-as às atividades domésticas e, assim, deixando-as submissas e expostas aos abusos físicos e sexuais^(4,8).

O cuidado em relação à sexualidade e à reprodução precisa ser abordado na perspectiva das políticas públicas assistenciais, educacionais e dos direitos humanos, para garantir um olhar ampliado no que tange às suas necessidades e desejos. Faz-se indispensável sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde para que possam romper paradigmas e incorporar valores socioculturais. A atenção à mulher cadeirante não deve se restringir apenas aos aspectos biológicos. É necessário garantir um atendimento individualizado e integral, reconhecendo-a como sujeito ativo da saúde sexual e reprodutiva^(7,12).

Assim, esta investigação teve como foco a saúde da mulher cadeirante no período gestacional. Utilizou-se o referencial teórico da Teoria do Cuidar, de Marie-Françoise Collière, cujo preceito é embasar os enfermeiros na prestação de um cuidado individualizado, considerando que para cuidar é necessário distanciar-se do que se conhece e compreender os laços de significação, e considerar suas vivências pessoais e valores socioculturais, a fim de captar as necessidades da pessoa que é cuidada⁽¹⁵⁾.

A utilização desses princípios teóricos permite compreender os significados, não dissociar os fatos das emoções e aprender a perceber emoções e sentimentos tanto dos prestadores de cuidados como das pessoas cuidadas. O marco teórico está sustentado em seis áreas do cuidado: estimulação, conforto, manutenção da vida, parecer, compensação e apaziguamento⁽¹⁵⁾.

A *estimulação* está centrada no despertar das capacidades fundamentais. É o caso da sensação, da percepção, da representação, em que a variedade dos cuidados cria expectativas, desejos, interesse, relações afetivas, sendo o ponto de partida da construção do pensamento. A *conforto* é compreendida pelas atitudes que encorajam, permitem adquirir segurança, favorecem a mudança para melhor e a assimilação da experiência. A *manutenção da vida* é entendida como a capacidade adquirida ao longo da vida para fazer face às necessidades do cotidiano. O *parecer* é entendido a partir dos que contribuem para construir e valorizar a imagem de si próprio e, assim, fazer emergir e fortificar não apenas o sentimento de identidade, mas também o de pertença a um grupo. A *compensação* visa substituir o que ainda não foi adquirido ou que só o foi parcialmente, em função dos danos funcionais ou deficiências. O *apaziguamento* significa o repouso, a libertação das tensões que apaziguam e trazem tranquilidade⁽¹⁵⁾.

Considerando a lacuna existente na área da Enfermagem relacionada à temática, esta investigação tem como objetivo discutir as necessidades de cuidado da mulher grávida cadeirante à luz da Teoria do Cuidar de Collière.

OBJETIVOS

Discutir as necessidades de cuidado da mulher grávida cadeirante à luz da Teoria do Cuidar de Collière.

MÉTODOS

Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. Para a coleta de dados, foi utilizada a *Snowball Technique*, considerando o número reduzido de mulheres que gestaram seus filhos sobre cadeiras de rodas em um único cenário de pesquisa. Essa técnica

consiste na indicação de outra depoente, feita por uma já entrevistada, possibilitando, assim, o encontro do pesquisador com as participantes⁽¹⁶⁾. O critério de inclusão foi ser mulher que gestou sobre cadeira de rodas, independente do que lhes tenha causado a deficiência. Não foi estabelecida delimitação para paridade, nem idade dos filhos.

O ponto de partida foi o contato com duas depoentes indicadas pelo Centro de Vida Independente, uma instituição localizada no município do Rio de Janeiro, liderada por pessoas com deficiência e que adota uma perspectiva transformadora na vida do deficiente, estimulando e propiciando a independência. Foram feitos contatos por telefone e e-mails, totalizando oito (8) participantes.

Para a coleta de dados, foi utilizado o método história de vida⁽¹⁶⁾, com entrevista aberta e uma única pergunta: 'Fale-me sobre a sua vida, e que tenha relação com a sua gestação'. As entrevistas ocorreram nos respectivos domicílios, no período entre agosto de 2014 e março de 2015. Foram gravadas em MP3 com autorização de cada participante e, posteriormente, transcritas na íntegra pela pesquisadora. Com a finalidade de garantir o anonimato das entrevistadas, foram adotados códigos de identificação, utilizando-se a letra M, com o significado de "mulher", seguida de numeral ordinal em ordem crescente (M₁...M₈), conforme a realização das entrevistas.

O tratamento dos dados ocorreu sobre os preceitos éticos da análise de conteúdo temática⁽¹⁷⁾. De posse das narrativas transcritas, fez-se uma leitura exaustiva para codificação, sendo construídas 21 unidades temáticas. Foram realizados seis agrupamentos compreendendo a fase de recodificação e, posteriormente, a síntese que originou três categorias temáticas: planejamento das gestações; apoio e preconceito da família e dos profissionais de saúde; e cuidados à mulher cadeirante na gestação. A análise dos dados ocorreu à luz da Teoria do Cuidar, de Collière⁽¹⁵⁾.

O estudo atendeu ao disposto na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional da Saúde do Ministério da Saúde, que estabelece normas para a pesquisa com seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) em 22 de julho de 2014, sob protocolo nº CAAE: 33343414.0.0000.5285.

RESULTADOS

Das oito participantes, a idade variou entre 33 e 66 anos, sendo a média de 42,1 anos. Com relação à situação conjugal, seis eram casadas (M1, M2, M3, M5, M7 e M8) e duas, solteiras (M4 e M6). Quanto à cor, seis autodeclararam-se brancas (M1, M2, M3, M5, M6 e M7) e duas, negras (M4 e M8). Quanto ao nível de escolaridade, três depoentes tinham nível superior (M1, M2 e M5), uma havia cursado o ensino médio completo (M4), outra, o ensino fundamental completo (M7) e três não completaram o ensino fundamental (M3, M6 e M8). Quanto à profissão/ocupação, três possuíam direitos trabalhistas assegurados: procuradora federal (M1), publicitária e apresentadora de televisão (M2), assistente social (M5), uma trabalhava informalmente como vendedora de velas (M7), três eram do lar (M3, M4 e M8) e uma, pensionista (M6).

Com relação às causas da deficiência motora, cinco tiveram poliomielite na infância (M1, M5, M6, M7, M8), duas foram vítimas de acidente automobilístico (M2) e PAF (M3) e uma sofreu asfixia

neonatal (M4). Quanto aos antecedentes obstétricos, todas vivenciaram as gestações sobre a cadeira de rodas, sendo uma primípara (M5) e sete multíparas (M1, M2, M3, M4, M6, M7, M8). Três relataram histórico de aborto espontâneo (M1, M3 e M4) e quatro gestações foram planejadas (M1, M2, M5 e M8). Todas realizaram acompanhamento pré-natal, sendo quatro na rede pública (M3, M6, M7, M8) e as demais na rede privada (M1, M2, M4 e M5). Os resultados apontaram que quatro mulheres tiveram problemas de saúde na última gestação: uma teve pneumonia com necessidade de intubação orotraqueal (M2); duas tiveram edemas em membros inferiores e superiores (M3 e M8); três tiveram infecção urinária (M3, M4 e M8); uma teve parto prematuro (M2) e uma apresentou Doença Hipertensiva Específica da Gravidez, com desfecho para eclâmpsia (M8) e internação em Unidade de Internação Intensiva.

Planejamento das gestações

Com relação ao planejamento das gestações, evidenciaram-se sentimentos ambíguos que envolveram o desejo e o medo de tornarem-se mães diante das dificuldades enfrentadas pelas mulheres em planejar suas gestações:

A decisão estava tomada e nós íamos ter o nosso filho independente de qualquer opinião. (M1)

Sempre tive um pouco de receio da gravidez. Quando me tornei cadeirante, achei que não ia ser mãe. (M2)

Queria muito ser mãe, mas estava com medo, não tinha planejado. (M3)

Quatro mulheres foram surpreendidas com a notícia da gravidez não planejada. Dessas, duas afirmaram não se sentirem preparadas, por ser a primeira gestação. As outras duas justificaram a idade precoce de outros filhos.

Eu não queria ser mãe, não, porque foi tudo muito rápido, eu me achava muito nova, queria aproveitar a vida. (M8)

O primeiro filho, como não foi programado, quando eu engravidei, eu não tinha vontade de ser mãe, porque eu morava com os meus pais também. (M6)

A terceira gestação foi um susto, porque não estava planejando [...] a minha filha completou dois anos, e eu já estava grávida! (M4)

Descobri que eu estava grávida, e ela (outra filha) só tinha cinco meses! Eu entrei em pânico! (M5)

Apoio e preconceito da família e dos profissionais de saúde

Todas as participantes vivenciaram o apoio de familiares, como avós, mães, irmãs, cunhadas e amigas e/ou companheiros.

A minha avó deu muita força e a família dele também. Os meus pais é que ficaram com medo, achando que eu não ia conseguir cuidar (...) a gravidez até fez com que os meus pais se aproximassem mais de mim, isso foi muito bom, porque eu sentia falta disso. (M3)

Quando eu falei para a minha família, eles me apoiaram porque eu sou muito decidida, apesar da minha deficiência, eu sou muito independente. (M5)

Minha mãe e minha irmã, no final da gravidez, já quase perto de ganhar, com uns 8 meses, foram para minha casa para me ajudar. (M7)

Os relatos a seguir apontam que a família teme apoiar a mulher na sua decisão de gestar, por não acreditarem que elas serão capazes de gerar bebês perfeitos e de cuidar dos seus filhos com independência.

Quando eu engravidei, eu fiquei com medo, minha família falava que eu não podia engravidar, que eu corria riscos, já começava a me botar medo. Eles [família do ex-marido] achavam que a criança ia nascer com o problema que eu tinha, de vir arrastando a barriga no chão. (M6)

Eu não falei para ninguém que eu ia tentar na primeira vez. Eu avisei que eu estava grávida já, foi uma surpresa para todos, ficou todo mundo muito assustado no início, até porque ninguém sabia como seria. (M2)

A falta de apoio dos profissionais de saúde foi perceptível, gerando medo e insegurança, tornando visíveis a fragilidade da mulher e o distanciamento existentes durante a assistência pré-natal.

A primeira médica ficou com medo, ela falava que era melhor eu não tentar engravidar devido à minha deficiência. (M4)

As três primeiras consultas foram com o enfermeiro e o que ele fazia era pesar a gente, perguntar sobre as doenças, parecia uma entrevista, mas eles não orientavam em nada. Os médicos não davam atenção, se tivessem dado talvez isso [eclâmpsia e parto prematuro] não teriam acontecido. (M5)

Eu estava ali cheia de medo, cheia de dúvidas, parecia que ninguém percebia isso. Ele [médico] falava que nunca tinha feito parto de cadeirante. (M3)

Cuidados à mulher cadeirante na gestação

Uma participante informou que recebeu atendimento pré-natal adequado, o que, para ela, significou o sucesso da gestação:

Eu fiz pré-natal direitinho, me davam orientação de tudo, tive toda a atenção do início ao fim. (M4)

Quatro mulheres sinalizaram intercorrências ocorridas na última gestação, o que levou a sentirem-se inseguras quanto ao sucesso da gestação e ao atendimento dos profissionais:

Eu tive infecção urinária com oito meses e fiquei cinco dias no hospital para fazer o tratamento certo, foi difícil porque ninguém lá do hospital me ajudava muito. (M3)

Com 29 semanas de gestação eu tive uma pneumonia e fiquei internada durante três semanas na UTI. Foi muito difícil, porque eu fiquei com muito medo de perder a minha filha. (M2)

As demais (4) viveram a gestação de forma plena, conforme as falas a seguir:

Tive uma gravidez excelente, eu não tive um enjoo. Levei uma gravidez a termo, sem sentir absolutamente nada. (M1)

Tive um pouco de enjoo e aquela sonolência que toda mulher sente. Mas depois eu me sentia a mulher mais poderosa do mundo! Me senti muito bonita. Tive uma gestação incrível. (M7)

DISCUSSÃO

Dentre as oito entrevistadas, a maioria adquiriu algum tipo de deficiência motora na infância; tinham baixo nível de escolaridade; eram casadas; de cor branca; e a metade (quatro) possuía atividade laboral remunerada e seguro-saúde privado. Embora haja diferenças importantes entre conviver com uma deficiência desde o nascimento e uma adquirida ao longo da vida, os relatos apontaram que as características socioeconômicas são semelhantes a outros estudos com mulheres grávidas portadoras de deficiência^(1,4,10). Destaca-se que três mulheres possuíam maior nível de escolaridade e seguro de saúde privado, evidenciando maior poder aquisitivo tanto cultural quanto econômico para enfrentar os problemas decorrentes da deficiência.

Em relação aos antecedentes obstétricos, a maioria, seis, era múltipara e foi submetida à cesariana; três vivenciaram o aborto espontâneo e a metade, quatro, não planejou a gravidez. Além disso, a metade das entrevistadas (quatro) teve, no mínimo, uma complicação obstétrica no período gestacional. Dessas, três tiveram pelo menos um episódio de infecção do trato urinário. Portanto, foi evidenciado que as dificuldades de saúde dessas mulheres não diferem dos resultados de outros estudos^(1,4-5).

Os resultados mostraram que, para algumas mulheres, a maternidade foi uma opção e, em outros momentos, não. A dificuldade tanto para ter apoio para gestar quanto para evitar uma gravidez indesejada permeou o universo dessas mulheres. Apesar de a maternidade ser culturalmente naturalizada, nem sempre o direito de constituir família, de ter acesso às informações sobre reprodução e planejamento reprodutivo, bem como aos meios de exercê-lo para ter uma gestação voluntária, segura, socialmente amparada e prazerosa, foi garantido^(7,18). Embora as mulheres cadeirantes tenham o direito de exercer a sua sexualidade, é muito comum algumas enfrentarem preconceitos para vivenciá-la, na medida em que estão fora dos padrões estéticos convencionais, por terem que lidar com mitos de que poderão gerar filhos deficientes e não conseguirão cuidar deles⁽⁶⁻⁷⁾, situação que justifica a importância de capacitar os profissionais e desmistificar padrões estéticos para garantir o direito ao exercício da sexualidade e da reprodução das mulheres deficientes, sobretudo as cadeirantes. Isto para que não encontrem as barreiras do preconceito da sociedade e não acharem que são incapazes de gestar, parir e cuidar de seus filhos, além de não serem boas esposas e/ou mães⁽⁶⁻⁷⁾.

Assim, a percepção que as participantes do estudo têm do próprio corpo e de como lidar com ele para exercer sua sexualidade e planejar suas gestações com segurança remete à necessidade dos cuidados de *estimulação*, *compensação* e de *confortação* por parte do enfermeiro⁽¹⁵⁾. Esses cuidados contribuirão com o

despertar das sensações e das expectativas da mulher, com vistas a se sentirem empoderadas e adquirirem segurança para gestar, parir e cuidar de seu filho. Assim, é esperado que com a atuação do enfermeiro nestas três áreas de cuidados, as mulheres façam uma estreita relação com os profissionais e identifiquem em seus corpos as possibilidades e limitações para que consigam captar as suas necessidades e, por conseguinte, busquem e reconheçam a importância de cada cuidado ofertado, baseado na reciprocidade e na humanização da assistência⁽¹⁹⁾.

Para as mulheres que não planejaram a gravidez, é importante a orientação profissional, no sentido de garantir uma vida sexual plena, sem riscos de uma gravidez indesejada. Quando tomada a decisão de gestar, será imprescindível o acompanhamento de saúde multiprofissional visando a atender a sua integralidade, visto que os estudos demonstram que as mulheres com deficiências físicas correm mais riscos de doenças crônicas e complicações na gestação, tendo maior probabilidade de desfechos de saúde desfavoráveis^(1,4-5,11). Portanto, faz-se necessária a capacitação e participação efetiva dos profissionais de saúde, a fim de compreender toda a problemática da mulher cadeirante, para atender suas necessidades específicas com qualidade e segurança. Dessa forma, a expressão “tornar-se próxima”⁽¹⁵⁾ é imprescindível para que haja essa relação de proximidade entre os profissionais e essas mulheres.

Na presença do desejo de gravidez ou na falta de planejamento, o suporte recebido da família foi preponderante. Para as mulheres que conviveram com a deficiência desde os seus primeiros anos de vida, o apoio de familiares foi construído antes da gestação e estendido no período reprodutivo. As experiências foram positivas, sobretudo a do companheiro. Um estudo nacional, realizado no Rio Grande do Norte⁽²⁰⁾, corrobora os achados desta investigação, quando revela que a presença de familiares e companheiros auxilia positivamente nos cuidados integrais, especialmente no seu autocuidado e cuidado com o recém-nascido.

No entanto, a preocupação da família em relação ao nascimento de uma criança sem deficiência física e neurológica aparece com evidência nas narrativas das participantes, uma ligação que erradamente as famílias fazem da deficiência materna, com o aumento da probabilidade de a mulher gerar filhos com má formação. Essa preocupação inicial da família pode estar relacionada à falta de conhecimentos e esclarecimentos em relação à capacidade da mulher cadeirante de gerar e conceber filhos perfeitos, assim como de viver a sua sexualidade e a maternidade de maneira prazerosa, destoando dos padrões estéticos vigentes que correspondem às expectativas de gênero, como incumbir-se de papéis de mãe e mulher⁽⁶⁾.

Na perspectiva do cuidado do *parecer*, revisitando a Teoria de Collière, para o enfermeiro auxiliar, a mulher a se investir de autoridade sobre seu corpo, é preciso estimular a valorização da imagem que tem de si própria, para que possa resgatar a sua identidade e sentir-se inserida a um grupo⁽¹⁵⁾. Isso ocorre para que essas mulheres possam ser capazes de viver sua sexualidade, gerar, parir e cuidar de seus filhos junto ao seu companheiro e família. O enfermeiro, ao cuidar, precisa transcender o biológico, apropriando-se do universo singular feminino da mulher cadeirante, no sentido de buscar novas tecnologias e teorias de cuidado que auxiliem na recuperação da sua identidade feminina, com vistas a se sentirem seguras para escolhas conscientes e serem capazes de exercer seus direitos sexuais e reprodutivos⁽²¹⁾.

Os profissionais de saúde, em algumas ocasiões, na tentativa de “proteger” a saúde da mulher, não percebem que o indivíduo portador de deficiência necessita ter vínculo afetivo e manter sua vida sexual. Isso significa que há necessidade de que os profissionais respeitem e valorizem esses direitos sexuais e reprodutivos. Além disso, por existir o senso comum de que as mulheres deficientes, sobretudo as cadeirantes, serão incapazes de gestar, de que não serão boas esposas e/ou mães^(6,22), é uma situação que evidencia a importância de um profissional capacitado e sensibilizado para identificar as questões subjetivas dessas mulheres, atentando também à continuidade do cuidado e ao aprendizado das orientações recebidas⁽⁷⁾.

Logo, no primeiro contato, seja para uma consulta de pré-concepção ou para o início do pré-natal, a avaliação das seis dimensões de Cuidado de Collière representam uma ferramenta para a assistência oferecida à mulher cadeirante, pautada na saúde integral. Essa estratégia representaria para os enfermeiros e outros profissionais, pensar nessas mulheres em suas diversas dimensões de singularidade e pluralidade considerando que para cuidar delas é necessário olhar para além de alterações físicas, atentar para as necessidades de informação, acolhimento e cuidado respeitoso, de forma a transmitir-lhes segurança e apoio para gestar e parir de forma segura e plena⁽²¹⁾.

Neste sentido, os profissionais de saúde e as mulheres cadeirantes precisam estreitar os laços de confiança para que possam perceber quais as possibilidades e limitações desta relação para, assim, conseguirem pôr em prática os cuidados de estimulação, conforto, manutenção da vida, parecer, compensação e apaziguamento, que se destinam a fortalecer a segurança física e afetiva necessárias para manter as capacidades existentes e reconquistar as que podem ser recuperadas nas mulheres, como a autoimagem, a autoestima, o autocuidado e o cuidado com o outro⁽¹⁵⁾. Certamente, essas dimensões favorecerão os profissionais para que possam cuidar, estimular as potencialidades e identificar as fragilidades de cada mulher, para que possam exercer com autonomia a sexualidade, gestação, parto e a maternidade.

Nesta perspectiva, cabe aos enfermeiros, ao entrarem em contato com uma gestante cadeirante na unidade de saúde ou na comunidade, buscarem compreender os múltiplos significados da gestação para essa mulher. Assim, uma escuta aberta, sem julgamento e preconceito, possibilitará que conheçam a vivência de cada uma delas, considerando os contextos socioeconômico e familiar envolvidos no processo de cuidar, contribuindo para um parto e nascimento de uma criança saudável⁽¹⁹⁾. Desta forma, é preciso também acolher o acompanhante de escolha da mulher, não oferecendo obstáculos à sua participação, estimulando a participação no pré-natal e garantindo sua presença no trabalho de parto, parto e pós-parto⁽⁸⁾.

A gestação e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres. Envolvem expectativas e medos que devem ser valorizados ao prestar a assistência, pois os profissionais de saúde são coadjuvantes dessa experiência, e nela desempenham importante papel, já que têm a oportunidade única de compartilhar saberes com a mulher, reconhecendo os momentos em que suas intervenções são necessárias para assegurar uma assistência de qualidade⁽¹⁹⁾.

Os resultados apontam que a maioria dos profissionais de saúde percebia a gestação como um evento predominantemente

biológico, deixando em segundo plano as reais necessidades de cuidado da mulher deficiente grávida, evidenciando o desconhecimento e o despreparo assistencial frente à sua gestação, situação que representa um grande desafio, pois mudar atitudes e práticas profissionais exige que estejam cada vez mais capacitados para atender às necessidades, limitações e potencialidades específicas dessa clientela. Este cuidado deve ser fundamentado por meio de orientações que promovam a saúde, possibilitem sanar dúvidas durante o atendimento pré-natal e estimulem sempre a autonomia das mulheres, visando a melhor qualidade no atendimento, destarte propiciando não apenas a prevenção de problemas gestacionais, mas uma qualidade de vida melhor durante e após a gestação⁽²³⁻²⁴⁾.

Destaca-se que, neste estudo, foi notória a insegurança das entrevistadas diante da postura e do desconhecimento de alguns profissionais de saúde sobre o gestar e parir de mulheres cadeirantes. Suas ações restringiram-se ao tratamento de sinais e sintomas, limitando-se à prática clínica circunscrita à queixa-conduta. Esta atitude, pautada no modelo biomédico, aniquila as capacidades físicas, psicoafetivas e sociais, potencializando os sentimentos de fragilidade e incapacidade dessas mulheres. Neste sentido, Collière ressalta que o profissional, para cuidar de forma integral, necessita perceber as emoções e compreender os fatos vivenciados de quem é cuidado⁽¹⁵⁾.

Portanto, cabe ao enfermeiro estabelecer um vínculo efetivo para perceber as necessidades e capacidades de cada uma das mulheres em lidar com o processo de gestar e parir, a partir de suas vivências, e empoderá-las. Nesse sentido, os cuidados de compensação que visam compensar os reflexos sensoriais e motor⁽¹⁵⁾ podem ser aplicados para diminuir a possibilidade de complicações atuais e futuras diante das necessidades identificadas, assegurando-lhes uma gestação sem intercorrências.

A maternidade pressupõe não somente a capacidade de parir filhos, mas a possibilidade de oferecer dedicação ao outro, desenvolver a paciência, desdobrar seu tempo, constatar que o outro é diferente, aprender a esperar, suscitar ideias, tolerar a contrariedade e aprender diariamente a amar⁽²⁰⁾. Este momento representa uma completa transformação emocional, e essas mulheres necessitam se sentir capazes para fazer face às necessidades das mudanças da vida cotidiana; uma delas é tornar-se mãe, o que nos remete ao cuidado de manutenção de vida^(5,15).

A capacidade de gestar é considerada por qualquer mulher um fato extremamente significativo, tanto dos pontos de vista físico e fisiológico quanto do emocional e social. A gestação normal inspira cuidados preventivos para garantir a boa saúde materno-infantil, enquanto que na mulher cadeirante, esses cuidados devem levar em consideração os fatores de risco da deficiência sobre a gestação^(10,14). As orientações específicas para a mulher cadeirante engravidar e gestar devem prever os problemas de saúde que podem acometer esse grupo, tais como infecção urinária, parto prematuro, edema em membros inferiores, trombose e escaras, todos potencializados pela dificuldade de locomoção, mas que podem ser minimizados também pela ajuda dos familiares atentos ao cuidado dessa gestante.

Ressalta-se que as mulheres cadeirantes obtenham nas consultas ginecológicas e de pré-natal, um atendimento específico e com informações necessárias para que elas e seus filhos não fiquem expostos aos riscos que sua condição física impõe⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Para tanto, faz-se necessário que as ações dos profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros que atuam no atendimento a essas mulheres em idade reprodutiva, respeitem seus direitos sexuais e reprodutivos, repensando em formas de cuidar e ser cuidado de maneira integral, considerando os aspectos sociais, econômicos e cultural. No entanto, é imperioso capacitar e sensibilizar os profissionais e gestores no sentido de promover e proteger a saúde dessa população, possibilitando um atendimento sem preconceitos e acolhedor.

Limitações do Estudo

Destaca-se como limitação do estudo o número de participantes, tendo em vista a complexidade e o difícil acesso às mulheres do estudo. Foram várias as tentativas realizadas em *blogs* e centros de reabilitação para tentar contato com possíveis participantes, porém, sem êxito.

Contribuições para a área da Enfermagem

Neste estudo foi constatado que mulheres cadeirantes enfrentam dificuldades na concepção e gestação. A partir deste panorama e com fundamentação nas seis dimensões de cuidado da Teoria Collière e baseado nos direitos sexuais e reprodutivos, foi possível descrever diretrizes de conduta, para que os profissionais de enfermagem possam repensar a prática da assistência obstétrica, atendendo com plenitude e respeitando as diferenças que são impostas a este seguimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo apontaram que nem sempre o desejo de ser mãe esteve presente na vida das entrevistadas, isto porque preconceito, medo, falta de apoio de familiares, desconhecimento acerca da possibilidade de manutenção da gravidez e do sucesso do parto foram sentimentos que permearam os relatos das mulheres e acabaram por interferir nesse processo.

Foi notório que o senso comum sustentou o estereótipo de que a mulher deficiente é assexuada e incapaz de levar adiante a gestação ou mesmo de parir um filho saudável. Este pensamento, ainda presente na sociedade, configura as formas pelas quais grande parte da população se relaciona com o corpo diferente, além de interferir na conduta dos profissionais de saúde.

Portanto, há necessidade dessa temática ser discutida e aprofundada em uma perspectiva interdisciplinar e multiprofissional, para que consigamos prestar um cuidado que deve ir além do exame físico, da anamnese e da prescrição de medicamentos, acolhendo essa mulher e sua família de forma individualizada, por meio de uma escuta aberta e sem preconceitos.

Este estudo, realizado à luz da Teoria de Enfermagem de Collière, representa uma ferramenta que subsidiará a prática profissional dos enfermeiros, possibilitando a implementação de um cuidado integral pautado no respeito e saber, que certamente influenciará de forma positiva na morbidade e mortalidade materna e perinatal.

Apesar da visibilidade atual em relação à problemática dos portadores de deficiência, na mídia e também pelos órgãos governamentais, a gestação de mulheres cadeirantes necessita

ampliar espaços de discussões em universidades e grupos de pesquisa na área da Saúde, para ampliar as possibilidades de acessibilidade e inclusão social.

Finalmente, as conclusões apontam para a necessidade de novos estudos para complementar os conhecimentos já adquiridos, tendo em vista subsidiar as políticas públicas voltadas para o ciclo gravídico-puerperal da mulher cadeirante.

FOMENTO / AGRADECIMENTO

Agradecemos ao Coordenador do Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Professor Dr. Fernando Rocha Porto, pelo fomento concedido através do edital E_22/2016 –FAPERJ, para as despesas com a revisão do português e com a tradução do artigo para o inglês e o espanhol.

REFERÊNCIAS

1. Lim NG, Lee JY, Park JO, Lee J, Oh J. Pregnancy, Prenatal Care and Delivery of Mothers with Disabilities in Korea. *J Korean Med Sci* [Internet]. 2015[cited 2017 May 5];30(2):127-32. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25653481>
2. World Health Organization-WHO. Department of Health Statistic. *World Health Statistics 2011*. ISBN 9789241564199 [Internet]. 2011[cited 2018 May 1]. Geneve: WHO. Available from: http://www.who.int/whosis/whostat/WH52011_addendum.pdf?ua=1
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico do Brasil: 2010 [Internet]. 2010[cited 2016 May 26]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=0&cat=-1,1,2,-2,-3,6,7,128&ind=4644>
4. Mitra M. Maternal Characteristics, Pregnancy complications, and adverse birth outcomes among women with disabilities. *Med Care* [Internet]. 2015[cited 2018 Mar 14];53(12):1027-1032. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26492209>
5. Redshaw M, Malouf R, Gray R. Women with disability: the experience of maternity care during pregnancy, labour and birth and the postnatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth*. *BioMed central* [Internet]. 2013[cited 2017 Jun 6];13:174. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-174>
6. Nicolau SM, Schraiber LB, Ayres JRCM. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2013[cited 2018 Jul 10];18(3):863-872. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000300032>
7. Gesser M, Nuernberg AH. Psicologia, sexualidade e deficiência: novas perspectivas em direitos humanos. *Psicol Cienc Prof* [Internet]. 2014[cited 2017 Jul 27];34(4):850-863. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-370000552013>
8. Silva LA, Alves VH, Rodrigues DP, Padoin SMM, Branco MBLR, Souza RMP. The quality of an integrated network: accessibility and coverage in prenatal care. *Rev Pesqui: Cuid Fundam* [Internet]. 2015[cited 2017 May 27];7(2):2298-309. Available from: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2298-2309>
9. Tarasoff LA. Experiences of women with physical disabilities during the perinatal period: a review of the literature and recommendations to improve care. *Health Care Women* [Internet]. 2015[cited 2017 May 27];36(1):88-107. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23998776>
10. Lezzoni LI, Wint AJ, Smeltzer SC, Ecker JL. Physical accessibility of routine prenatal care for women with mobility disability. *Womens Health Iss* [Internet]. 2015[cited 2018 Feb 2];24(12):1006-12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4683562/>
11. Khalid F, Healy BC, Dupuy SL, Chitnis T, Bakshi R, Houtchens M. Quantitative MRI analysis of cerebral lesions and atrophy in post-partum patients with multiple sclerosis. *J. Neurol Sci* [Internet]. 2018[cited 2018 Jul 12];332(1):94-99. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30031994>
12. Santos LFM, São Bento PAS, Telles AC, Rodrigues RF, Xavier RB. Women with disabilities: reflections on the path of public health policies. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2013[cited 2018 Jul 12];7(7):4775-81. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11731/13967>
13. Lagu T, Delk C, Morris MA. Epic Fail: Prenatal Care for Women with Mobility Impairment. *J Womens Health (Larchmt)* [Internet]. 2015[cited 2018 Jul 24];24(12):963-65. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4683541/>
14. Malouf R, Henderson J, Redshaw M. Access and quality of maternity care for disabled women during pregnancy, birth and the postnatal period in England: data from a national survey. *BMJ Open* [Internet]. 2017[cited 2018 Jul 24];7(7):e016757. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5642776/>
15. Collière MF. *Cuidar... A primeira arte da Vida*. 2. ed. Portugal: Lusociência; 2003.
16. Bertaux D. *Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos*. Natal, RN: EDUFRN; São Paulo: Paulus; 2010.
17. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2010.
18. Leite RRQ, Frota AMMC. O desejo de ser mãe e a barreira da infertilidade: uma compreensão fenomenológica. *Rev Abordagem Gestalt* [Internet]. 2014[cited 2018 Aug 27];20(2):151-60. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672014000200002&lng=pt&nrm=iso
19. Errico LSP, Bicalho PG, Oliveira TCFL, Martins EF. The work of nurses in high-risk prenatal care from the perspective of basic human needs. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018[cited 2018 Aug 27];71(Suppl 3):1257-64. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0328>

20. Carvalho CFS, Brito RS. The support network in pregnancy and childbirth: the conceptions of women with physical disability. *Texto Context Enferm* [Internet]. 2016[cited 2018 Aug 28];25(2):e0600015. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016000600015>
 21. Salviano MEM, Nascimento PDFS, Paula MA, Vieira CS, Frison SS, et al. Epistemology of nursing care: a reflection on its foundations. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016[cited 2018 Aug 28];69(6):1172-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0331>
 22. França DNO. Sexual rights, public policy and sex education on the discourse of blind people. *Rev. Bioét. (Impr.)* [Internet]. 2014[cited 2018 Aug 29];22(1):123-130. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422014000100014>
 23. Duarte SJH, Almeida EP. O papel do Enfermeiro do Programa Saúde da Família no atendimento pré-natal. *Rev Enferm Cent O Min* [Internet]. 2014[cited 2018 Aug 29];4(1):1029-35. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/137/577>
 24. Oliveira DC, Mandú ENT. Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2015[cited 2018 Sep 3];19(1):93-101. Available from: http://www.revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=1276
-