



Mulheres com cardiopatia no contexto do planejamento reprodutivo: contribuições da hermenêutica fenomenológica

Mujeres con cardiopatia en el contexto del planeamiento reproductivo: contribuciones de la hermenéutica fenomenológica

Women with cardiopathy in the context of reproductive planning: contributions of phenomenological hermeneutics

Thaís Vasconcelos Amorim¹

Ívis Emília de Oliveira Souza²

Anna Maria de Oliveira Salimena¹

Ana Beatriz Azevedo Queiroz²

Elayne Arantes Elias²

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, MG, Brasil.

² Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro. RJ, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Analisar o movimento existencial da mulher com cardiopatia no contexto do Planejamento Reprodutivo. **Método:** Qualitativo com abordagem fenomenológica Heideggeriana. Foram participantes 17 mulheres cardiopatas com experiência recente de gravidez em instituição referência para risco materno, por meio da entrevista fenomenológica. **Resultados:** Emergiram na análise hermenêutica duas unidades de significados: Ficarem mais atentas e preocupadas com o tratamento porque o problema continua o mesmo e; Expressarem não querer mais engravidar porque chegaram no limite e buscarem o planejamento para fazer laqueadura. **Conclusão e implicações para a prática:** O desvelamento do movimento existencial permitiu compreender que, embora as participantes se sentissem seguras com o acompanhamento institucional da gravidez de alto risco, este se mostrou insuficiente no tocante ao Planejamento Reprodutivo. Aponta-se a necessária consideração por parte de enfermeiras e demais profissionais de saúde de que esse planejamento é um importante conjunto de ações para identificar e modificar riscos em mulheres com cardiopatia na perspectiva de melhores resultados perinatais. Deve-se avançar na abrangência dos aspectos subjetivos da mulher e do casal por meio do diálogo, além do trabalho de educação permanente de toda a equipe.

Palavras-chave: Cardiopatias; Planejamento Familiar; Pesquisa Qualitativa; Cuidados de Enfermagem; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Objective: To analyze the existential movement of women with heart diseases in the context of Reproductive Planning. **Method:** Qualitative with Heideggerian phenomenological approach. Seventeen participants with heart disease and with recent experience of pregnancy at a reference institution for maternal risk participated in the study, through the phenomenological interview. **Results:** Two units of meanings emerged in the hermeneutical analysis: To be more attentive and concerned with the treatment because the problem remains the same; Expressing that they don't want to get pregnant anymore because they've reached the limit and to seek planning in doing the tubal ligation. **Conclusion and implications for practice:** The unveiling of the existential movement made it possible to understand that, although the participants felt secure with the institutional follow-up of high-risk pregnancies, this proved to be insufficient with regard to Reproductive Planning. It stands out the necessary consideration by nurses and other health professionals that this planning is an important set of actions to identify and modify risks in women with heart diseases in the perspective of better perinatal outcomes. It is necessary to advance in the comprehension of the subjective aspects of the woman and the couple through the dialogue, besides the permanent education work of the whole team.

Keywords: Heart Diseases; Family Planning; Qualitative Research; Nursing Care; Women's Health.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el movimiento existencial de La mujer con cardiopatía en el contexto del Planeamiento Reprodutivo. **Método:** Cualitativo con enfoque fenomenológico Heideggeriano. Fueron participantes 17 mujeres cardiopatas con experiencia reciente de embarazo en institución referencia para riesgo materno, a través de la entrevista fenomenológica. **Resultados:** emergieron las unidades de significados: Estar más atentas y preocupadas con el tratamiento porque el problema continúa el mismo; Expresar no querer más embarazarse porque llegaron al límite y buscar planeamiento para hacer ligadura. **Conclusión e implicaciones para la práctica:** El desvelamiento del movimiento existencial permitió comprender que, aunque las participantes se sintieran seguras con el acompañamiento institucional del embarazo de alto riesgo, éste se mostró insuficiente para el planeamiento reproductivo. Es necesaria la consideración por parte de enfermeras y demás profesionales de salud de que el planeamiento es un importante conjunto de acciones para identificar y modificar riesgos en mujeres con cardiopatía en la perspectiva de mejores resultados perinatales. Se debe avanzar en el alcance de los aspectos subjetivos de la mujer y de la pareja a través del diálogo, además del trabajo de educación permanente de todo el equipo.

Palabras clave: Cardiopatías; Planificación Familiar; Investigación Cualitativa; Atención de Enfermería; Salud de la Mujer.

Autor correspondente:

Thaís Vasconcelos Amorim.
E-mail: thaisamorim80@gmail.com

Recebido em 05/06/2019.
Aprovado em 12/09/2019.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0164

INTRODUÇÃO

Morbidades diretamente relacionadas à gestação como hipertensão, diabetes, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e parto prematuro aumentam o risco de desenvolvimento de doença cardiovascular, embora os escores ainda não incluam esta associação.¹ A doença cardíaca tem sido apontada como a maior causa de morte materna obstétrica indireta em todo o mundo e, no Brasil, também associada ao aumento de eventos de *near miss*.²⁻³

O diagnóstico médico de cardiopatia dá-se previamente à gestação que é classificada como de alto risco em virtude do aumento de chance de complicações materno-fetais. A presença de preditores como a cianose, classe funcional maior que II, fração de ejeção ventricular esquerda menor que 40% e distúrbios cardiovasculares prévios, aumenta em 25% o risco adicional de eventos cardíacos no período gestacional e em 75% este mesmo risco se identificados dois ou mais fatores.⁴⁻⁵

Apesar desses riscos potenciais, muitas mulheres com cardiopatia desejam engravidar, e isto deve ser considerado na assistência ao Planejamento Reprodutivo, que abrange ações ampliadas e de direitos sexuais e reprodutivos no plano de atenção aos princípios da integralidade e equidade, favorecendo a autonomia de todas as mulheres e homens na programação de filhos desde o início e ao longo da vida sexual, por meio de promoção à saúde, prevenção, educação em saúde, fornecimento de informações, métodos e técnicas de regulação da fecundidade.⁶

Nesse sentido, é que se destaca a importância do planejamento em face da situação de risco por cardiopatia, de modo que as mulheres possam ter acesso à informação e estejam na melhor condição física possível antes de engravidarem. Para tal, como atributos a serem desenvolvidos por enfermeiras e demais membros da equipe de saúde, estão a inclusão dos parceiros mediante comunicação, flexibilidade e individualização.⁷⁻⁹

Entretanto, comumente, o planejamento que deveria permear todas as pessoas, se constitui de modo pontual durante o pré-natal da gravidez em curso. A gestação se configura como período em que se acumulam experiências e vivências denotadas pelo acompanhamento do ciclo gravídico puerperal com mudanças fisiológicas importantes, possibilidades de interações advindas das complicações cardiovasculares, realização de procedimentos, exames e consultas, o que contribui para menor apreensão das orientações relativas às futuras gestações. Sabe-se ainda que tal apreensão se constitui em adesão às propostas de contracepção na medida em que o acompanhamento pré-natal se mostra efetivo na consideração dos aspectos biopsicosocioespirituais.^{8,10}

Embora mulheres com doença cardíaca sejam acompanhadas por equipes multiprofissionais na rede de atenção à saúde, durante as consultas médicas e de enfermagem, por vezes, não são abordadas questões relativas ao planejamento reprodutivo e quando ocorrem, os profissionais utilizam-se de discursos diretivos, imperativos e pouco dialógicos¹⁰, com mínimas possibilidades de expressão da mulher em sua singularidade.

A partir da compreensão de que a cardiopatia por si só ameaça a mulher, questionou-se como é para a mulher gestar com doença cardíaca. Isto porque, por mais que se tenha avançado nos aspectos técnicos de manejo das situações clínicas, os de natureza subjetiva permanecem velados, obscurecidos e pouco ou nem sempre priorizados pelas metodologias de cuidar adotadas, tradicionalmente, no campo da saúde.¹¹

Assim, orientando-se pela necessidade de individualização dos cuidados e escuta ativa que os profissionais devem praticar no que diz respeito ao Planejamento Reprodutivo, da maior participação do enfermeiro na equipe multiprofissional de atenção obstétrica em face do risco gestacional e, em face da magnitude da doença cardíaca na morbimortalidade materna, objetivou-se analisar o movimento existencial da mulher com cardiopatia no contexto do Planejamento Reprodutivo.

MÉTODO

Pesquisa de natureza qualitativa, descritiva com abordagem fenomenológica em Martin Heidegger. A escolha desse referencial deveu-se à compreensão que a fenomenologia possibilita face aos fenômenos que envolvem o ser humano em sua singularidade.¹²

Desse modo, buscou-se o acesso às possíveis participantes no cenário de pesquisa representado por instituição de referência para alto risco materno na Região Sudeste, Brasil. Em nível ambulatorial, as gestantes com classificação de risco pela atenção básica, são acompanhadas nesse cenário, por equipe multiprofissional formada por médicos e enfermeiras durante o ciclo gravídico-puerperal. Salienta-se que a investigadora não possuía vínculo com o cenário de pesquisa.

A etapa de campo foi realizada entre os meses de julho a dezembro de 2014. O setor de pré-natal permitiu acesso aos registros da agenda de consulta pré-natal relativos às mulheres com cardiopatia que constituíram o vivido ou estavam na vivência da gestação de alto risco na referida instituição. Para o vivido, estipulou-se a data do parto entre julho de 2013 e julho de 2014; e para a vivência, datas prováveis do parto até o término do período de coleta dos dados.

Foram considerados critérios de inclusão: mulheres com cardiopatia de quaisquer tipos que estavam vivenciando ou haviam vivenciado a gestação em algum momento de suas vidas; mulheres que realizaram o acompanhamento pré-natal no ambulatório hospitalar do referido cenário ou que tenham internado na instituição durante o ciclo gravídico-puerperal. E de exclusão: mulheres com agravos mentais e menores de 18 anos.¹³

Foi construída uma planilha a partir do acesso aos registros de 45 mulheres da agenda de pré-natal, o que favoreceu a realização de contato telefônico com as possíveis participantes para explicitar os objetivos da pesquisa e efetivar convite. Desse total, 23 mulheres aquiesceram e 17 compareceram nos dias e horários previamente agendados para a entrevista.

A técnica de coleta de dados foi a de entrevista aberta, realizada conforme preferência da mulher, nos consultórios e demais ambientes do próprio cenário de pesquisa ou em domicílio, com tempo médio de duração de 32 minutos. A partir do movimento de intersubjetividade mediado pela empatia, foi possível proporcionar o encontro fenomenológico com abertura para a livre expressão das depoentes.

As falas foram gravadas em meio digital favorecendo a transcrição fidedigna de suas expressões verbais. A fim de preservar a identidade das participantes e ter garantido o anonimato, privacidade e sigilo das informações, observadas ou reveladas, adotou-se um código alfanumérico representado pela letra "P" seguido do número correspondente e sequencial das entrevistas (P1, P2, P3...P17).¹¹

O movimento de análise concomitante à etapa de campo iniciou-se com escuta e transcrição das gravações seguida de leitura das mesmas, de modo a distinguir estruturas essenciais das ocasionais, tendo o objetivo da investigação como guia para as primeiras, que são reveladoras da dimensão fenomenal.

O critério de saturação dos dados adveio dos processos de análise em profundidade do material empírico e ausência de novos significados para discussão do fenômeno em estudo.¹⁴⁻¹⁵ Assim, para a conclusão da etapa de campo, em face da emergência fenomenal direcionada pela expressão suficiente de estruturas essenciais, foram consideradas 17 entrevistas, mostrando-se desnecessário buscar as demais possíveis participantes que estavam na vivência da gestação.

Com isso, constituiu-se unidade de significados como categoria *a posteriori*. O referencial metódico adotado orienta o pesquisador a percorrer duas etapas analíticas, sendo a primeira denominada de compreensão vaga e mediana. Esta se dá a partir da compreensão da dimensão dos fatos ou esfera ôntica, indicando inicialmente a direção da investigação¹² ao revelar como a mulher compreendeu o seu vivido/vivência no atendimento do pré-natal em face do Planejamento Reprodutivo.

O segundo momento metódico é denominado de hermenêutica, a qual anuncia a dimensão dos fenômenos ou esfera ontológica que revela o movimento existencial mediante a interpretação dos sentidos.¹² Assim, a discussão se ateve ao desvelamento dos sentidos por meio de conceitos próprios do referencial - a hermenêutica do ser-aí-mulher-com-cardiopatia apoiando-se em resultados de pesquisa que corroboram com a problemática em estudo.

O movimento analítico permitiu a construção de duas Unidades de Significados: Ficarem mais atentas e preocupadas com o tratamento porque o problema continua o mesmo e; Expressarem não querer mais engravidar porque chegaram no limite e buscarem o planejamento para fazer laqueadura.

Em se tratando de pesquisa com seres humanos, seguiram-se os preceitos da Resolução nº 466/2012, sendo a etapa de campo conduzida de modo ético com aprovação e deferimento dos Comitês de Ética em Pesquisa, por meio dos pareceres de número 1.103.165 e 1.139.507.

RESULTADOS

As dezessete participantes apresentaram idade entre 19 e 40 anos. A média de gestações foi de 2,4 com 1,7 partos e 1,2 abortos (entre seis das 17 participantes). O intervalo interpartal apresentou-se em média de cinco anos. Relativo ao número de filhos anteriores à última gestação, 41% das mulheres possuíam um filho, 23% dois e 6% possuíam três filhos. Treze mulheres afirmaram não terem planejado a gestação e quatro desejaram engravidar.

Os diagnósticos clínicos relacionaram-se à cardiopatia reumática (6) sendo três respectivamente concomitantes à sopro, insuficiência mitral e lesão valvar mitral; cardiopatia isquêmica (2) sendo uma acompanhada de arritmia; cardiopatia congênita (1); arritmia (2) sendo uma delas diagnosticada com Síndrome de Wolff Parkinson-White; insuficiência mitral (4); miocardiopatia dilatada (2) sendo uma acompanhada de cardiopatia periparto. Cerca de nove mulheres internaram em média por 23 dias durante o ciclo gravídico-puerperal por complicações advindas da cardiopatia.¹³

Em Ficarem mais atentas e preocupadas com o tratamento porque o problema continua o mesmo, as participantes desprezaram os cuidados, as inquietações e os sentimentos durante a gestação e após o nascimento do bebê, reforçando a preocupação com a doença.

[...] agora eu tenho mais força de vontade para me tratar [...] estar sempre direitinho fazendo meu tratamento (P1).

Já comecei a tomar o Marevan direitinho e está tudo normal, a crise que eu estava, já estou bem [...] (P4).

Agora eu me preocupo muito mais, tipo o que eu como, então eu estou mais light, primeiro pelo problema, porque meu cardiologista sempre falando: sempre atenta ao peso, o fato de você não fumar, não beber já ajudou muito (P5).

[...] foi uma experiência boa, porque até algumas coisas que eu evitava na gravidez eu evito agora e deu bom resultado em questão de alimentação. A gravidez passou, mas a saúde, o problema continua o mesmo que é o coração, pressão alta (P10).

Cuidado comigo, acho que ainda não parei para pensar nessa parte [...] Você começa a cuidar mais de você por causa mais das pessoas que estão em volta, que cuidam da gestação e acabam cuidando de você também. Eu estava bem relaxada mesmo comigo (P13).

De outro modo, em Expressarem não querer mais engravidar porque chegaram no limite, as mulheres explicaram que não engravidariam novamente por conta da saúde e de outras questões, e por isso buscaram o planejamento através da ligadura tubária.

Aí agora na gravidez do G., eu comecei a fazer o planejamento, elas me deram os papéis. Além do meu problema de coração, financeiramente, eu não tenho condições de ter outro filho (P3).

[...] Eu lutei muito para ter minha filha, mas hoje eu falo para você, eu não engravidaria de novo, porque assim pela minha saúde e eu tenho medo de vir igual veio (P9).

Acho que cheguei no meu limite, mais uma internação acho que eu não suportaria, ficar longe dos meus filhos, internada, sozinha, passando mal. Tanto é que eu estou fazendo planejamento, se eu tivesse saúde pra isso, eu queria ter mais um, mas a minha saúde não dá (P12).

Eu gostaria muito de fazer a ligadura, eu fiz o planejamento familiar. Eles estavam até explicando que você coloca o DIU e depois entra numa fila de espera para fazer a ligadura, porque, às vezes, eles gostam de ter esse tempo para ver se seu bebê vai vingar, você não ter problema de querer outro filho, mas no meu caso, eu não quero, não tenho saúde para ter outro bebê mesmo que acontecesse a fatalidade (P13).

Eu fiz planejamento familiar para poder fazer a laqueadura e no último dia da minha consulta do pré-natal a doutora veio dizendo que o médico que iria assinar a minha laqueadura, não assinou porque eu só tinha um filho em vida [...] Foi mais um baque pra mim [...] eu vim de longe fazer o planejamento familiar contando com isso (P14).

DISCUSSÃO

A hermenêutica como compreensão interpretativa da mulher com cardiopatia no contexto do Planejamento Reprodutivo se tornou possível por meio dos modos de ser que as participantes significaram em suas falas. Os significados apontaram para o desvelamento do movimento existencial da *decadência*, cuja menção não intenciona juízos morais e de valor. *Decadência*¹² revela um modo de ser característico do ser humano em seu cotidiano ao movimentar-se existencialmente absorvido e guiado pelos outros, mostrando-se presa aos discursos e ditames alheios, profissionais, institucionais e de política pública.

De modo semelhante, ao compreender vivências e percepções de mulheres com gravidez de maior risco, um estudo alcançou como resultados que as mulheres apresentaram dificuldade em entenderem a partir de si mesmas os problemas de saúde que motivaram a classificação do risco gestacional. Apesar disso, reconheceram a instituição especializada no acompanhamento pré-natal como apropriada para os cuidados em saúde de que necessitavam em face da valorização dos procedimentos previstos em protocolos do serviço.¹⁶

Ao repensar e valorizar sua vida, o *ser-aí-mulher* admitiu até ter mais atenção consigo e se cuidar mais física e emocionalmente durante e após a gestação. Entretanto, mostra-se também *decadente* ao admitir que este cuidado se dá pela cardiopatia e busca o planejamento que o sistema de saúde oferece em tempo e modo protocolares. O protagonismo que deveria ter sido da mulher foi transferido para o profissional na heteronomia que caracteriza a relação sujeito-objeto. Embora já tenha sido proposta a ampliação do conceito de Planejamento Reprodutivo, ainda se tem vigente o Planejamento Familiar em uma perspectiva reducionista, por vezes, preconceituosa e discriminatória.¹⁷

Desse modo, não bastam as estratégias oferecidas pela atenção terciária sob o rótulo Planejamento Familiar, mas, sobretudo, a possibilidade de cuidado em uma relação sujeito-sujeito e em rede de referências e contra referências¹⁸ para além do planejamento em um único lócus, pois ainda que este esteja sendo seguido pela mulher na perspectiva de evitar a gestação, a gravidez pode ocorrer em qualquer momento.

Isto porque apesar do aconselhamento diretivo ser apropriado quando existe risco de morte materno-fetal, as mulheres apresentam concepções acerca dos riscos diferentes das concepções dos profissionais que as acompanham, além de suas escolhas reprodutivas serem mais fortemente pautadas em aspectos subjetivos e influenciadas socioculturalmente. Considera-se ainda que a tomada de decisão relativa à contracepção pode apresentar-se em equívoco pelo desconhecimento dos riscos dos próprios métodos contraceptivos, reforçando a necessidade de orientação e educação em saúde.^{5,8}

Expressivo número de gestações que são confirmadas como pretendidas, não foram planejadas e resultam de ambiguidades e fatalismos. Verificou-se que em mulheres que afirmaram não ter o desejo de engravidar e outras que não desejavam uma gravidez no próximo ano de suas vidas, mais da metade estava em risco de gestação não intencional.⁸ No Brasil, dados do Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento, apontam que 56% das mulheres não haviam planejado a gestação e do total de entrevistadas, 25% tiveram a gestação classificada como de risco.¹⁹

Nessa prerrogativa, questiona-se o percurso da mulher nas linhas de cuidado considerando o intervalo interpartal das participantes em média de cinco anos, além do conhecimento prévio da cardiopatia em todas as gestações. Ao analisar itinerários de cuidados à saúde de mulheres com história de síndromes hipertensivas na gestação, evidenciou-se que nos períodos anteriores e posteriores à gravidez, as mulheres e os profissionais de saúde por vezes, desconsideraram o risco reprodutivo, possibilitando uso inadequado de métodos contraceptivos e implicando em agudização das condições crônicas.²⁰

Em nossa pesquisa, 40% das mulheres apresentavam diagnóstico prévio de cardiopatia reumática. Sabe-se que gestantes com lesões reumáticas podem ter complicações cardiovasculares e piora de até dois níveis na classe funcional. Em paralelo, ao avaliar o impacto da doença cardíaca durante a gravidez, encontrou-se que a maior parte das complicações que aumentam a morbidade e mortalidade maternas ocorre em mulheres sabidamente cardiopatas, reforçando a importância do Planejamento Reprodutivo.³⁻⁴

Frequentemente, confunde-se Planejamento Reprodutivo com Planejamento Familiar e Aconselhamento pré-concepcional. Esses últimos são ferramentas que compõem o primeiro, o qual deve principiar no início da vida sexual, especialmente da mulher com doença crônica. Difere, portanto, das práticas tradicionais de cuidados pontuais, anteriores à decisão de engravidar e durante o pré-natal.⁶

O Planejamento Familiar está presente na maior parte dos níveis de atenção em saúde, especialmente, na Atenção Básica por meio de grupos educativos que incentivam o uso de métodos contraceptivos. A despeito de ser uma estratégia de abertura para o Planejamento Reprodutivo, impõe-se de modo verticalizado, com ações isoladas e fragmentadas que desfavorecem a autonomia de homens e mulheres em relação à sua vida sexual e reprodutiva.¹⁶

As participantes deste estudo se reportaram ao Planejamento Familiar como medida de acesso à contracepção nas modalidades de laqueadura e implante de dispositivo intrauterino (DIU). Em mulheres com doença cardíaca de alto risco, é recomendação de cunho legal a laqueadura tubária, a qual deve ser analisada de modo criterioso pelo casal e apoiado pela equipe multidisciplinar, sendo vedada a realização do procedimento no momento do aborto, parto e puerpério até 42 dias após o nascimento.²¹

Dentre os métodos reversíveis, destacam-se os contraceptivos hormonais orais para mulheres com cardiopatia de médio e baixo risco, tendo seus riscos associados ao maior número de tromboembolismo venoso. Os dispositivos intrauterinos apresentam-se como opção para aquelas que não podem fazer uso dos contraceptivos orais, embora o DIU esteja contraindicado em mulheres com história ou risco de endocardite bacteriana, prótese valvular cardíaca, insuficiência mitral e aórtica, entre outros.²¹

No contexto da Atenção Básica, o Planejamento Reprodutivo configura-se como ação importante para a saúde da mulher exposta a risco gestacional, devendo ser capaz de fornecer não somente orientações, mas também a apresentação das diversas modalidades de anticoncepção de modo a propiciar a escolha da mulher e sendo possível do casal, respeitando suas decisões e orientando acerca das vantagens e desvantagens de cada método²²⁻²³, o que não foi observado através das falas das participantes.

Uma contracepção bem direcionada e centrada nas necessidades do casal contribui para a prevenção da morbimortalidade materno-fetal. Ressalta-se, todavia a limitação do sistema de saúde no quantitativo de material e qualitativo de pessoal para atender regularmente às demandas do Planejamento Reprodutivo. A distribuição insuficiente dos métodos e a indisponibilidade de atendimento ginecológico fragilizam a continuidade de cuidados, além dos cursos para gestantes e grupos de direitos sexuais e reprodutivos apresentarem-se de forma isolada e incapazes de oferecer o suporte necessário.²²

Em paralelo, apesar das políticas públicas preconizarem a necessidade de inserção do homem nas discussões que envolvem tanto o Planejamento Reprodutivo quanto o Familiar, a prática assistencial limita-se e circunscreve-se ao atendimento apenas da mulher, não cogitando a inclusão do parceiro mesmo diante do risco reprodutivo. Destacam-se como barreiras e fatores de insucesso a falta de investimento programático na estrutura organizacional dos serviços em face da demanda social a que o homem tem de responder, assim como a insuficiência quantitativa e qualitativa de pessoas para a execução dos programas. Ademais, ampla discussão deve ser feita com a sociedade de modo a evocar a responsabilização política do Estado brasileiro.²⁴

Tendo-se em vista a necessidade de contracepção específica de acordo com a classificação da capacidade funcional cardíaca, destaca-se a importância do aconselhamento multiprofissional pré-concepcional, além da garantia de acesso a outros métodos e da busca ativa das mulheres dispersas do e no sistema de saúde. Tal dispersão pode estar atrelada à cronologia estabelecida de acompanhamento do bebê por dois anos após o parto.⁷

Reforça-se que essa permanência limitada da mulher e circunscrita à criança ratifica a *decadência* como modo de ser em que mulheres com cardiopatias em idade fértil se sentem asseguradas somente durante a gravidez, parto e puerpério, obedecendo a uma lógica biomédica que obscurece possibilidades de cuidados a partir do *ser-aí-mulher* em situação de risco.

Se por um lado, o desmembramento de áreas programáticas facilita a gestão macropolítica, por outro fragmenta sobremaneira a atenção em saúde dificultando a sintonia intra e interinstitucional frente à demanda social. Em um momento, a atenção à saúde dessa mulher se concentra em questões obstétricas, em outro, na detecção precoce do câncer de colo do útero e mama e em outros momentos às doenças crônicas. Pouco tem sido feito para desenvolver respostas sistêmicas de integração entre os programas para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e área programática de Saúde da Mulher.²

No enfoque do risco gestacional por cardiopatia, antes de planejar a gestação, deve haver uma boa comunicação entre o casal e a equipe multiprofissional com experiência no manejo da doença cardiovascular e da gestação nessa condição.¹⁰ Treze das 17 participantes em nosso estudo afirmaram não ter planejado a gestação, enquanto que quatro mulheres apesar de relatarem que desejavam engravidar, não estavam fazendo acompanhamento pré-concepcional. Compreende-se ainda que a prática de cuidados, no contexto do Planejamento Reprodutivo deve ser realizada de modo extensivo e continuado a todas as pessoas que desejam programar a vida reprodutiva.^{17,23}

Entende-se que esse acompanhamento deve ser rotineiramente fornecido a todas as mulheres em idade reprodutiva, garantindo maior especificidade àquelas com DCNT. Nesse contexto, 30 a 90% das mulheres apresentam ao menos uma indicação que pode ser beneficiada por uma apropriada intervenção anterior à concepção. Entretanto, apenas 30 a 50% das gestações ocorrem com um plano de cuidados pré-concepcionais. Considerado para além de uma consulta, com profissionais diversos e, dentre eles, o enfermeiro, o aconselhamento não se mostra relevante apenas como efeito imediato, mas como benefício em longo prazo que influenciará o bebê planejado até sua idade adulta, quando também atentar-se para o adequado planejamento da gestação.²⁵

O trabalho educativo inadequado devido as orientações mal fornecidas, a crença por parte dos profissionais, de que as mulheres buscam por si mesmas os cuidados pré-concepcionais, o tempo limitado das consultas e a complexidade da discussão dos cuidados em face das prioridades clínicas²⁵ são barreiras para uma assistência integral adequada à saúde reprodutiva de mulheres com doenças crônicas.

Infere-se, assim, que para além da equipe multiprofissional que assiste a gestante, faz-se necessário uma linearidade de concepções em torno dos princípios humanísticos e de humanização, valorizando a fala da mulher e do casal mediante escuta atenta, os quais permitirão um cuidado autêntico por meio da abertura do *ser*, centrado em suas necessidades e em articulação com as dimensões ôntica e ontológica.

Os resultados evidenciam relevantes aspectos a serem considerados na prática clínica de profissionais de saúde que atuam tanto na área de Saúde da Mulher como na atenção em saúde às mulheres com doenças crônicas degenerativas. A limitação do estudo advém de investigação em cenário único e de referência em gestação de risco. No entanto, concorda-se que no âmbito epistemológico, o desenvolvimento deu-se concorde ao referencial teórico adotado.

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

O desvelamento da *decadência* como movimento existencial do ser-aí-mulher-com-cardiopatia no contexto do Planejamento Reprodutivo, permitiu compreender que embora as participantes se sentissem seguras com o acompanhamento institucional da gravidez de alto risco, este se mostrou insuficiente no tocante ao planejamento reprodutivo, revelando ainda fragilidades do Sistema de Saúde como rede de cuidados à saúde reprodutiva de mulheres em situação de risco.

Aponta-se a necessária consideração por parte dos profissionais de saúde de que o planejamento reprodutivo é um importante conjunto de ações para identificar e modificar riscos em mulheres com cardiopatia na perspectiva de melhores resultados perinatais. Porém, deve-se avançar na abrangência dos aspectos subjetivos da mulher e do casal por meio do diálogo entre estes e os profissionais de saúde, além do trabalho de educação permanente de toda a equipe.

Nesse sentido, o Planejamento Reprodutivo em nível primário ocupa lugar de destaque para a promoção da saúde da população, devendo buscar interface com os demais níveis de atenção à saúde para que o deslocamento na rede se diferencie do deslocamento em rede, contemplado pelas ações de vínculo, acolhimento, responsabilização e práticas de saúde integralizadas.

A disposição de maior proximidade entre o ser-que-cuida e o ser-de-quem-se-cuida se mostra inerente aos princípios do SUS e pertinente às Políticas de Saúde da Mulher. Para tal, há que se ampliar o olhar em torno da assistência no contexto do Planejamento Reprodutivo que requer considerações plurais advindas da visão de mundo das mulheres e do casal em seus determinantes sociais, ambientais e singulares.

REFERÊNCIAS

1. Garcia M, Miller VM, Gulati M, Hayes SN, Manson JE, Nanette KW, et al. Focused cardiovascular care for women: the need and role in clinical practice. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2016 feb; [cited 2019 jan 12]; 91(2):226-40. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.11.001>
2. Knaul FM, Langer A, Atun R, Rodin D, Frenk J, Bonita R. Rethinking maternal health. *Lancet Glob Health* [Internet]. 2016 mar; [cited 2016 dec 20]; 4(4):PE227-E228. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)00044-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)00044-9)
3. Campanharo FF, Cecatti JG, Haddad SM, Parpinelli MA, Born D, Costa ML, et al. The impact of cardiac diseases during pregnancy on severe maternal morbidity and mortality in Brazil. *PLoS One* [Internet]. 2015 dec; [cited 2016 dec 20]; 10(12):e0144385. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144385>
4. Martins LC, Freire CMV, Capuruçu CAB, Nunes MCP, Rezende CAL. Risk prediction of cardiovascular complications in pregnant women with heart disease. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2016 apr; [cited 2016 dec 20]; 106(4):289-96. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20160028>
5. Simpson LL. Preconception considerations. *Semin Perinatol* [Internet]. 2014; [cited 2019 feb 01]; 38(5):236-9. Available from: <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2014.04.011>
6. Ministério da Saúde (BR). Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016; [cited 2019 mar 01]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012; [cited 2019 mar 01]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf
8. Liu F, Parmerter J, Straughn M. Reproductive Life Planning: A concept analysis. *Nurs Forum* [Internet]. 2016 jan; [cited 2019 feb 01]; 51(1):55-61. Available from: <https://doi.org/10.1111/nuf.12122>
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica: Saúde Sexual e Reprodutiva. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
10. Hebson C, Saraf A, Book WM. Risk assessment and management of the mother with cardiovascular disease. *Clin Perinatol* [Internet]. 2016 mar [cited 2019 feb 03]; 43(1):1-22. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.clp.2015.11.001>
11. Amorim TV, Souza IEO, Salimena AMO, Melo MCSC, Paiva ACPC, Moura MAV. The everyday of a heart disease high-risk pregnancy: phenomenological study of care relationships. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016; [cited 2019 aug 14]; 20(4):e20160091. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000400209&lng=en&nrm=iso&tlng=en
12. Heidegger M. *Ser e Tempo*. Tradução de Márcia Sá Cavalcanti Schuback. Petrópolis (RJ): Vozes; 2011.
13. Amorim TV, Souza IEO, Salimena AMO, Queiroz ABA, Moura MAP, Melo MCSC. Reproductive risk in pregnant women with heart diseases: The living world guiding health care. *Texto Contexto - Enferm* [Internet]. 2018; [cited 2019 sep 11]; 27(2):e3860016. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180003860016>
14. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consenso e controvérsias. *Rev Pesq Qual* [Internet]. 2017 apr; [cited 2019 mar 14]; 5(7):1-12. Available from: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod_resource/content/1/Minayosaturacao.pdf
15. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 jan; [cited 2019 aug 23]; 24(1):17-27. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>

16. Oliveira DC, Mandú ENT. Women with high-risk pregnancy: experiences and perceptions of needs and care. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2015 mar; [cited 2016 dec 20]; 19(1):93-101. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/en_1414-8145-ean-19-01-0093.pdf
17. Luiz MS, Nakano AR, Bonan C. Planejamento reprodutivo na clínica da família de um Teias: condições facilitadoras e limites à assistência. *Saúde Debate* [Internet]. 2015 set; [cited 2019 aug 15]; 39(106):671-82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151060003009>
18. Xavier RB, Bonan C, Martins AC, Silva KS. Reproductive risks and comprehensive care of pregnant women with hypertensive syndromes: a transversal study. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2013 dec; [cited 2016 nov 12]; 12(4):823-33. Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4249/pdf_28
19. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014; [cited 2019 aug 15]; 30(Suppl 1):S85-S100. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>
20. Xavier RB, Bonan C, Silva KS, Nakano AR. Itinerários de cuidados à saúde de mulheres com história de síndromes hipertensivas na gestação. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2015 dec; [cited 2019 aug 15]; 19(55):1109-20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0112>
21. Tedoldi CL, Freire CMV, Bub TF. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia para Gravidez na Mulher Portadora de Cardiopatia. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2009; [cited 2016 nov 12]; 93(6 Suppl 1):e110-e178. Available from: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_card_grav_9306supl1.pdf
22. Andrade RD, Santos JS, Maia MAC, Mello DF. Factors related to womens health in puerperium and repercussions on child health. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2015 mar; [cited 2016 oct 2]; 19(1):181-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/en_1414-8145-ean-19-01-0181.pdf
23. Pierre LAS, Clapis MJ. Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2010 nov/dec; [cited 2016 may 30]; 18(6):[aprox.8 telas]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_17.pdf
24. Sauthier M, Gomes MLB. Gênero e planejamento familiar: uma abordagem ética sobre o compromisso profissional para a integração do homem. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2011 may/jun; [cited 2016 may 30]; 64(3):457-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a08.pdf>
25. Clapp MA, Bernstein SN. Preconception counseling for women with cardiac disease. *Curr Treat Options Cardiovasc Med* [Internet]. 2017 sep; [cited 2019 mar 01]; 19(6):67. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11936-017-0565-z>