

Sentimentos e percepções de mulheres no ciclo gravídico puerperal que sobreviveram à morbidade materna grave

Ana Paula Pinho Carvalheira¹

Vera Lúcia Pamplona Tonete²

Cristina Maria Garcia de Lima Parada³

Objetivou-se compreender a experiência relativa à morbidade materna grave, a partir de um grupo de mulheres que vivenciou esse problema. Adotaram-se os preceitos metodológicos da pesquisa qualitativa, sendo o Discurso do Sujeito Coletivo o referencial metodológico. Foram entrevistadas 16 mulheres que vivenciaram a morbidade materna grave. Os resultados foram discutidos a partir de quatro temas: descrevendo o desejo e o planejamento para ter um filho, percebendo seu problema de saúde, sua influência na gestação e para o conceito, passando pelo choque inicial no pós-parto e experienciando a situação de risco: desejos, frustrações e superação. Espera-se que este trabalho possa contribuir para qualificar a assistência de enfermagem, especialmente para reconhecer a diversidade e amplitude de necessidades que mulheres apresentam em situações de morbidade grave, durante o ciclo gravídico puerperal.

Descritores: Morbidade; Gravidez de Alto Risco; Pesquisa Qualitativa; Enfermagem.

¹ Enfermeira, Mestranda, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", SP, Brasil. E-mail: nana_carvalheira@hotmail.com.

² Enfermeira, Doutor em Enfermagem, Professor Assistente, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", SP, Brasil. E-mail: vtonete@uol.com.br.

³ Enfermeira, Livre-Docente, Professor Adjunto, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", SP, Brasil. E-mail: cparada@fmb.unesp.br.

Endereço para correspondência:

Cristina Maria Garcia de Lima Parada
UNESP. Faculdade de Medicina de Botucatu. Departamento de Enfermagem
Campus Universitário Rubião Júnior, s/n.
CEP 18618-970, Botucatu, SP, Brasil.
E-mail: cparada@fmb.unesp.br

Feelings and Perceptions of Women in the Pregnancy-Puerperal Cycle Who Survived Severe Maternal Morbidity

This study aimed to understand severe maternal morbidity from the perspective of women who experienced it. The methodological precepts of qualitative research were adopted and the Collective Subject Discourse was the methodological framework chosen. A total of 16 women who experienced severe maternal morbidity were interviewed. Results were discussed based on four themes: describing the desire and plan for having a child; acknowledging the health problem and its influence on pregnancy and on the conceptus; overcoming the initial shock postpartum, and experiencing the risk situation: desires, frustration, and overcoming. This study will contribute to qualifying nursing care, specifically acknowledging the diversity and breadth of the needs presented by women in situations of severe morbidity during the pregnancy-puerperal cycle.

Descriptors: Morbidity; Pregnancy, High-Risk; Qualitative Research; Nursing.

Sentimientos y percepciones de mujeres en el ciclo embarazo-puerperio que sobrevivieron a una morbilidad materna grave

Se tuvo por objetivo comprender la experiencia relativa a morbilidad materna grave, a partir de un grupo de mujeres que experimentó ese problema. Se adoptaron los preceptos metodológicos de la investigación cualitativa, siendo el Discurso del Sujeto Colectivo el referencial metodológico. Fueron entrevistadas 16 mujeres que experimentaron morbilidad materna grave. Los resultados fueron discutidos a partir de cuatro temas: 1) describiendo el deseo y la planificación para tener un hijo; 2) percibiendo su problema de salud, su influencia en la gestación y en el concepto; 3) pasando por el choque inicial del post-parto; y, 4) experimentando la situación de riesgo: deseos, frustraciones y superación. Se espera que este trabajo pueda contribuir para calificar la asistencia de enfermería, especialmente reconocer la diversidad y amplitud de las necesidades que las mujeres presentan en situaciones de morbilidad grave durante el ciclo de embarazo y puerperio.

Descriptorios: Morbilidad; Embarazo de Alto Riesgo; Investigación Cualitativa; Enfermería.

Introdução

A assistência pré-natal constitui-se em espaço de orientação quanto a aspectos inerentes ao processo fisiológico da gestação e da promoção da saúde, além de fazer a profilaxia, diagnóstico e tratamento das doenças próprias da gestação ou dela intercorrentes⁽¹⁾, de forma a resultar na superação de seu maior desafio: redução da morbimortalidade materna e perinatal.

A análise da ocorrência de óbitos maternos evidencia variações não apenas entre países, mas também em diferentes regiões de um mesmo país ou mesmo de um Estado. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, anualmente, 20 milhões de mulheres, no mundo, apresentam complicações agudas relacionadas à gestação, com a ocorrência de 529 mil óbitos⁽²⁾.

No Brasil, o óbito materno é problema subdimensionado, sendo estimados, em 2002, aproximadamente 76 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos⁽³⁾. A dispersão desses óbitos pelo território brasileiro faz com que eles sejam eventos institucionalmente raros, mesmo em serviços de referência obstétrica, o que impede seu reconhecimento como problema de saúde pública e dificulta o estudo de seus determinantes.

Não apenas a morte materna é relevante, mas, também, a morbidade, que inclui distintos graus de gravidade e indica a necessidade de conhecer melhor os problemas relacionados à gravidez, ao parto e ao puerpério que não resultam em morte, mas que podem

causar sofrimento e deixar sequelas nas mulheres⁽⁴⁾. Nesse sentido, tem crescido o interesse por estudos de caso de morbidade grave, durante o ciclo gravídico puerperal, particularmente de casos extremamente graves, caracterizados como *near miss*, por apresentarem complicações potencialmente fatais para as mulheres, mas que sobrevivem devido ao acaso, ou ao bom cuidado hospitalar⁽⁵⁾.

Reconhecendo-se a relevância da escuta para desenvolvimento do cuidado integral e humanizado, propôs-se o presente estudo, cujo objetivo foi compreender a experiência relativa à morbidade materna grave, a partir de um grupo de mulheres que vivenciou esse problema.

Método

Trata-se de estudo qualitativo, voltado para a apreensão de significados atribuídos à morbidade materna grave. A noção de significado, amplamente utilizada na pesquisa qualitativa, tem função estruturante: a partir do significado das coisas, as pessoas organizam suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde. Assim, a ideia de significado pressupõe a interação entre pensamento e experiência, ancorada em um referencial teórico, pois, se tratada pelo senso comum, perde a riqueza de seu potencial explicativo da realidade⁽⁶⁾.

O referencial metodológico escolhido, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), é forma de sistematizar dados qualitativos verbais, obtidos de grupos sociais, a partir de expressões chave, agrupadas em torno de ideias centrais ou ancoragens semelhantes, compondo um ou vários discursos síntese na primeira pessoa do singular⁽⁷⁾.

O estudo foi realizado em Botucatu, município com cerca de 120.000 habitantes, localizado na região centro-sul do Estado de São Paulo, mais especificamente em serviço de referência terciária que atende média mensal de 100 parturientes.

Constituíram-se sujeitos desta investigação 16 mulheres, incluídas no estudo pelo quadro de morbidade apresentado, independente de a gestação ter terminado em parto ou abortamento ou se tratar de gestante ou puérpera. O número de sujeitos foi definido considerando-se o conceito de saturação teórica, operacionalmente definida como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição.

Uma das autoras foi responsável por realizar o convite às possíveis participantes e pela coleta de

dados, a partir de entrevista semiestruturada, gravada, realizada no hospital, no momento em que as mulheres já estavam com alta hospitalar, por se considerar que eventuais sequelas transitórias, na esfera da comunicação, teriam sido, ao menos parcialmente, superadas, além de permitir a fala das mulheres em momento de maior estabilidade física. A entrevista foi realizada em sala clara e arejada, organizada para essa finalidade e nela permaneceram apenas entrevistadora e entrevistada, no início, abordadas como segue: "Fale sobre as questões a seguir, considerando sua experiência ao vivenciar uma doença materna grave. A sua gestação foi planejada? Como foi essa experiência de ter passado por uma doença grave e ter sobrevivido?".

Este estudo foi avaliado e aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, local, vinculado ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa e atendeu todas as exigências para pesquisas realizadas com seres humanos (Of. nº294/08-CEP).

Resultados e Discussão

Breve caracterização das entrevistadas evidencia que os motivos relacionados ao encaminhamento para a realização de acompanhamento pré-natal de alto risco, ou mesmo para ser hospitalizada em serviço terciário, foram variados, entretanto, houve predominância de pré-eclâmpsia apresentada por 13 mulheres (81,3%), seguida por um caso de hemorragia e outro de rotura uterina, que resultaram em histerectomia e um caso de abortamento.

A análise qualitativa das entrevistas realizadas permitiu sistematizar em quatro temas 10 DSC, apresentados a seguir, com as respectivas ideias centrais e com a identificação das entrevistadas que contribuíram para as suas formações.

Tema 1 - Descrevendo o desejo e o planejamento de se ter um filho

O processo de constituição da maternidade inicia-se muito antes da concepção, a partir das primeiras relações e identificações da mulher, passando pela atividade lúdica infantil, a adolescência, o desejo de ter um filho e a gravidez propriamente dita. Contribuem também para esse processo aspectos transgeracionais e culturais, associados ao que se espera de uma menina e de uma mulher, tanto dentro da família como na sociedade⁽⁸⁾.

A decisão de ter um filho é resultado de vários motivos conscientes e inconscientes, incluindo o desejo de aprofundar uma relação homem/mulher,

de concretizar o desejo de continuidade e esperança da imortalidade, de manter um vínculo desfeito, de competir com familiares, ou mesmo de preencher um vazio interno, entre outros⁽⁹⁾.

O discurso a seguir evidencia essas questões.

DSC 1 - *Não foi planejada (a gestação) ... Eu não tinha mais intenção de engravidar, mas não que ela não tenha sido muito bem-vinda, muito benquista. Eu passei por dois abortos antes dessa gravidez, foi aborto antes do segundo mês, os dois, eu não sei o motivo até hoje ... Aí, eu desisti de ter filhos. De ter filhos não, desisti de engravidar, mas de ter filhos não, porque eu estava pensando em uma adoção e no momento em que ia dar certo para entrar com a papelada da adoção, eu me descobri grávida e foi muito bom, foi um presente que eu tive. Até agora, apesar de todas as dificuldades, está sendo uma bênção (Ideia Central A – Não planejei, mas está sendo uma bênção. Entrevistas 1-3, 7-15).*

As mulheres relatam o não planejamento da gravidez e assumem que, apesar de todas as dificuldades, passaram a desejar o filho. Em síntese, representam a gravidez não planejada como uma bênção. À medida que a gravidez avança, a mulher vai se acostumando com a situação de risco, sentindo-se mais confiante e, também, considerando que os problemas advindos dessa situação são recompensados pela oportunidade de ser mãe.

O acontecimento de gestação não planejada é frequente entre mulheres de diferentes faixas etárias e escolaridade, todavia, o fato de a gravidez não ter sido programada não significa que o filho não seja desejado⁽¹⁰⁾. Sabe-se que uma atitude inicial de rejeição pode dar lugar à atitude predominante de aceitação, muito embora o inverso possa acontecer⁽⁹⁾.

A vivência de uma gestação de risco emerge do DSC2, mostrada a seguir.

DSC 2 - *Não planejei, eu estava tomando remédio, tudo, mas daí uma falha e fiquei grávida ... Eu já estava ciente que estava correndo risco de morte. Os médicos mesmo já tinham me falado, porque eu já tive duas gestações anteriores com eclâmpsia e pré-eclâmpsia. Então, dessa vez eu poderia ter uma gravidez de alto risco, poderia perder ou a vida do nenê ou a minha ou de nós duas, ou salvar as duas (Ideia Central B – Já passei por gravidez de alto risco, por isso não planejei. Entrevistas 9 e 11).*

Sabendo dos problemas e possíveis consequências que uma gestação de alto risco poderia desencadear, as puérperas entrevistadas representaram a gestação como evento que punha em risco sua vida e/ou a do bebê.

O medo, a ansiedade e as expectativas têm origem nas experiências vividas anteriormente pela mulher e

nas informações recebidas. Dessa forma, ao entrar na maternidade, a mulher já tem ideia preconcebida de como será desencadeado o processo do parto, de como será atendida e quais as dificuldades que terá que enfrentar⁽¹¹⁾.

Em suas vivências, a mulher, especialmente ao se tornar gestante e mãe, tem o direito de ser informada, de conhecer o próprio corpo, de viver para criar seu filho e de aprender seus deveres maternos. Acrescenta-se, ainda, que esse direito não se restringe somente ao período gravídico puerperal, devendo acontecer em todas as fases do seu ciclo vital, em especial se se apresentarem patologias que podem interferir nesse período.

O medo da morte foi exposto pelas mulheres não como apenas da sua própria, mas também esteve relacionado à perda de seu filho. A morte materna é evento que ocorre quando se está gerando vida, o que a torna ainda mais inconcebível por causar marcas profundas nos familiares e profissionais⁽¹²⁾.

Em contraponto com os discursos até então apresentados, o DSC 3 trata de gestações planejadas.

DSC 3 - *Foi (planejada a gestação), vai fazer três anos que nós casamos e a gente queria muito um filho, só que daí eu não engravidava, nós tivemos que fazer um tratamento, tanto eu como ele. Quando ficamos sabendo, pulamos de alegria, não via a hora, é uma criança muito desejada (Ideia Central C – Minha gravidez foi planejada. Entrevistas 4-6).*

Uma família, mesmo quando se prepara para receber um filho, manifesta sentimentos de alegria e temor, esperança e insegurança, ilusão e incerteza, aceitação e reprovação, envolvidos em projetos de realizações pessoais e familiares⁽⁹⁾. Esse discurso ancora-se na visão de que um filho completa o casamento.

Tema 2 - Percebendo seu problema de saúde, sua influência na gestação e sobre o conceito

O conhecimento relativo ao problema de saúde, que justificou a classificação da mulher como portadora de morbidade materna grave é discutido, a seguir, com os DSC4 e DSC5, quando também se apreende a importância da religião para as entrevistadas.

DSC 4 - *Olha! Eu me sinto bem, graças a Deus, estou aqui! Pelo o que a médica me explicou, foi feito tudo o que era possível para o sangramento melhorar, mas não teve melhora nenhuma. A última alternativa seria isso, o que tinha que ser feito, né? (histerectomia). Devido ao fato, ao ocorrido, eu dou graças a Deus de estar aqui, de ter passado por tudo isso ... Cheguei numa situação, realmente, que eu senti que estava correndo risco de vida, mas graças a Deus passei e a hora que eu cheguei*

aqui, olhei pela janela, vi como é bom estar viva, muito bom! Eu estou muito bem (Ideia Central A – Senti que estava correndo risco de vida, mas agora estou bem. Entrevistas 1-2).

Mais uma vez a gravidez foi representada como risco de morte. Porém, com toda ansiedade e preocupação vivenciadas pelas mulheres entrevistadas, percebe-se, nos seus relatos, o alívio pelo controle da situação, a alegria de viver e o importante papel da crença religiosa na superação dos problemas.

Percebe-se, por meio do DSC4, que as entrevistadas se conformaram com a situação, entenderam e aceitaram a histerectomia realizada. Ancoraram seus discursos na religião, atribuindo a Deus a graça de ter superado seu problema de saúde. O profissional de saúde precisa saber o que é importante para confortar seus pacientes, considerando, inclusive, suas necessidades religiosas. Por outro lado, deve também fazer todo o possível para aliviar sofrimentos e manter viva a esperança das pessoas por ele cuidadas. Aspectos relacionados à fé religiosa também emergem do DSC 5.

DSC 5 - Não foi fácil pra mim, mas graças a Deus vai melhorar cada dia mais. Se eu estou aguentando é por causa deles, eles me dão muita força nessa igreja, eles fazem uma oração, você entra chorando e sai dando risada. Então é isso, mas é difícil, a única coisa que eu posso falar é que eu, se eu vou lá todos os dias, é porque eu me encontrei muito na igreja (Ideia Central B – Encontrei força na minha igreja. Entrevistas 1-2, 5, 13 e 15).

Nesse discurso, é percebido que a fé religiosa resulta em esperança e fortalecimento, propiciando a luta para dar continuidade e enfrentar as dificuldades. Muitas vezes, o apelo ao restabelecimento da saúde, por meio de aspectos religiosos, acontece não só em relação ao problema de saúde, mas em vários sentidos, dimensões da vida humana que não estão dissociadas da saúde, como aspectos psicológicos, sociais e culturais, entre outros. O universo religioso existe e é significativo na vida dos indivíduos, sendo importante recurso utilizado na busca de resposta para problemas de saúde, em situações ameaçadoras de vida e até em situações com resultados fatais prováveis⁽¹³⁾.

Segundo o conceito construcionista de risco, o ser humano tem a capacidade e a oportunidade para vir a fazer determinadas escolhas: sofrer ou aprender a lidar com a situação, tirando dela um aprendizado⁽¹⁴⁾. Ressalta-se, porém, que, ao fazer justaposição de crença e conhecimento, se pode valorizar pouco a origem da patologia, creditando a Deus a força necessária para superar o desafio da doença, da gravidez e da condição de ser mãe⁽¹⁵⁾.

Culpa, pela possibilidade de perder o filho, pode ser identificada no DSC 6.

DSC 6 - Para mim, foi uma situação, assim, que eu não tenho explicação, foi a coisa mais horrível do mundo, uma tortura. Até agora, não tem nada que seja pior do que isso. Acredito que nem os meus dois abortos foram tão difíceis, porque de repente aconteceu, mas alguém falar: precisamos fazer, porque sua filha pode morrer neste momento, a qualquer momento, foi uma sensação, assim: eu estou matando a minha filha. Foi mais ou menos isso que eu senti naquele momento. Eu fico pensando, aqui, onde foi que eu errei? O que aconteceu? Eu fico lembrando a minha gestação inteirinha ... Não dá! Eu me sinto culpada. Fico tentando achar um erro durante a minha gestação ... Porque o meu organismo está rejeitando o meu filho? (Ideia Central C – Foi horrível, senti que estava matando a minha filha, me senti culpada. Entrevistas 3-15).

No DSC 6, a gravidez foi representada como a possibilidade de perda do bebê. Contribuíram para sua elaboração praticamente todas as entrevistadas, ficando claramente exposta a grande preocupação dessas mulheres em relação à vida de seus filhos. Ter uma criança saudável é, em geral, o que mais importa a elas.

Na gravidez de alto risco, afloram emoções, sentimentos de culpa e falhas que podem complicar sua evolução. A culpa materna pode, também, ser apreendida do DSC 6. A morbidade materna grave é representada como algo associado a falhas da própria mãe durante a gestação, resultando na rejeição de seu organismo ao feto e gerando culpa. Nesse caso, o discurso está ancorado nos aspectos biológicos da gestação e da morbidade apresentada, sendo especialmente abordadas as repercussões para o feto do mau funcionamento placentário.

O sentimento de culpa decorre de uma lei sob a qual as pessoas são regidas e que se inscrevem em sua dimensão simbólica, culpas reais que nos acometem por nossas faltas e atos cotidianos. Mais especificamente, a culpa se caracteriza pelo fato de que essas regras morais foram internalizadas pelo indivíduo, distinguindo-se, portanto, do medo da punição vinda de fora⁽¹⁶⁾.

A necessidade de antecipação do parto, em decorrência da rejeição do organismo materno ao feto, também está colocada. Estudo sobre o vínculo entre pais e bebês prematuros, constata que normalmente a mãe refere sentimento de culpa por desejar ter um filho perfeito, saudável, a termo, e poder estar com ele em casa, em seguida ao seu nascimento⁽¹⁷⁾.

O nascimento de um bebê antes do termo caracteriza momento de crise para a família. Diante do

risco de morte para a criança, os pais desencadeiam uma série de sentimentos de culpa, ansiedade, preocupação e confusão. Soma-se a isso o fato de a mãe não desenvolver o contato e amamentação precocemente. Após o nascimento, por necessitar de suporte imediato, o recém-nascido normalmente é encaminhado à unidade neonatal. O afastamento repentino entre mãe e filho, prolongado durante toda a internação, associado às condições frágeis do bebê, é responsável pelas sensações de perda e pelo desenvolvimento do luto antecipado⁽¹⁸⁾.

Tema 3- Passando pelo choque inicial no pós-parto

No ciclo familiar, não existe estágio algum que provoque mudança mais profunda, ou que tenha desafio maior para as famílias, do que a chegada de uma criança. No caso do nascimento de um recém-nascido de risco, prematuro ou doente, a família se vê frente a experiência desgastante e desafiadora, o que ocasiona profundas alterações na dinâmica familiar e se prolonga com a internação do filho⁽¹⁹⁾.

DSC 7 - *Na hora que ela passou, eu só vi o bracinho dela e escutei um gritinho, aí ela chorou e eu não ouvi mais nada. Depois, de manhã, eu me informei, ela tinha sido levada pra UTI. Eu não estou culpando ninguém, mas eram duas e meia da tarde e eu não tinha notícia da minha filha. Eu falei: preciso saber da minha filha! Depois a médica me explicou que tinham nascido várias crianças e ela não tinha tido tempo pra me contar o que estava acontecendo, mas que ela estava bem ... Era só eu ter paciência pra poder levantar que eu poderia vê-la a qualquer momento ...* (Ideia Central A – Fiquei sem saber notícias sobre o meu filho após o nascimento. Entrevistas 3, 5-6, 8).

Do DSC 7 emerge a questão que, em decorrência da gestação de alto risco, a criança pode não ter condições de permanecer ao lado de sua mãe logo após o parto. As mães representam, aqui, um cuidado inadequado, pela falta de informações referentes ao filho. A informação é, porém, importante componente do cuidado e da prática de enfermagem, direito inalienável dos indivíduos e fator capaz, inclusive, de diminuir o quadro de morbidade apresentado⁽²⁰⁾. A justificativa pela falta de informações é, porém, prontamente aceita pela mãe, que ancora sua fala no discurso técnico-científico sobre as dificuldades decorrentes do excesso de trabalho do médico. Novamente, aspectos biológicos do filho são apontados, justificando seu bom estado, apesar da necessidade de internação em UTI.

É necessário conhecer como ocorre a interação mãe/equipe multiprofissional, como se dá o convívio com as dificuldades diárias dos serviços de saúde, na busca para alcançar o objetivo de desenvolver assistência de

qualidade. Essa não é tarefa fácil, acrescentando o fato da escassez de literatura específica referente ao tema comunicação, entre os membros da equipe de saúde e as mulheres no ciclo gravídico puerperal, e ao número limitado de locais onde a assistência é desenvolvida por equipe multiprofissional integrada⁽²¹⁾. A comunicação, nessa perspectiva, é recurso terapêutico que dá acesso à autonomia, à confiança mútua e à segurança, permitindo estabelecer interações entre equipe de saúde e família. Como desafio para a busca da qualidade da assistência, essa ferramenta orienta as intervenções e consolida a concepção do fazer saúde no contexto hospitalar⁽²²⁾.

O sofrimento, frente à situação de ter um filho em estado grave, pode ser percebido no DSC8.

DSC 8 - *É muito difícil, terrível, não tem como falar. A gente sonha com o filho, pra pegar no colo, poder amamentar, e hoje é o sexto dia de vida e eu ainda não consegui. Ele já está recebendo alimento, mas por cateter, então é uma situação muito difícil, sabe? Assim, mexe um pouco com o psicológico, eu já chorei demais. Hoje eu estou bem, ontem e hoje eu estou melhor, mas eu sofri demais. Quando eu o via, eu chorava o tempo todo, vê-lo todo com aparelho, você vê que ele está sofrendo, tão pequeno e já sofrendo desse jeito ... É um choque, eu queria estar no lugar dele e ele estar bem. A dor foi, nossa, a dor de estar pensando nele lá, a dor de pensar na hora que eu tiver que ir embora e deixar ele ... Mas eu só tenho que agradecer a Deus por isso, por Ele ter me dado até essa experiência, que é um pouco dolorosa, mas que vai servir pra alguma coisa no futuro* (Ideia Central B – Foi sofrido ver meu filho na UTI, a gente sonha em pegar no colo, amamentar ... Entrevistas 3-4, 6-7, 10-11, 15).

O conflito com o inesperado é um grande desafio para essas mulheres. A gravidez de risco é representada como algo que levou ao nascimento de um bebê que requer muitos cuidados, provocando, assim, sofrimento, mas também como algo que agregou experiência à vida das mulheres e possibilitou a vivência da maternidade.

O período puerperal foi identificado e descrito pelas mulheres como período difícil, devido à instabilidade emocional, mais do que justificada numa situação de gravidade do recém-nascido, como a vivenciada pelas entrevistadas. É muito comum, durante a gestação, parto e puerpério, o aumento da sensibilidade, oscilações de humor, como crises de nervoso e choro, justificadas pelas alterações do metabolismo. Mesmo nas mulheres que aceitam a gravidez, pode acontecer sorrisos e choro com facilidade, manifestando irritação e vulnerabilidade a estímulos externos que antes não as afetavam⁽⁹⁾.

A ausência de intervenções direcionadas à mãe acompanhante, de escuta e apoio, no difícil processo

de ter um filho internado em uma unidade de alta complexidade assistencial, não atende as necessidades das mulheres inseridas numa família concreta. Em geral, o enfoque da assistência nos serviços materno-infantis está centrado nos aspectos biológicos do ato de amamentar, priorizando como função única da mulher a de produzir leite para nutrir o filho, e necessita ser revisto para que se amplie o objeto de ação para além do corpo anatomofisiológico, a fim de que a mulher não seja vista como um ser isolado do seu contexto social⁽²³⁾.

Tema 4 - Experienciando a situação de risco: desejos, frustrações e superação

Diante desse tema, todas as mulheres descreveram a experiência como período difícil, de muito sofrimento e medo de perder o filho. Houve dificuldade para olhar para si mesmas.

A mulher fica na expectativa, aguardando o desfecho da gravidez, da hospitalização de seu filho, numa espera quase sempre angustiante, fundada em suposições, probabilidades, promessas e esperanças. Vivência, nessa fase, situação constante de tensão, se sente vulnerável e, embora tenda a esperar pelo que deseja, sente medo do inesperado, conforme pode ser apreendido do DSC 9.

DSC 9 - Foi uma experiência dolorosa, sabe, assim, o próprio nascimento dela. Eu tinha até combinado com o pai que meu parto fosse gravado, filmado. Eu queria parto normal, porque é muito mais fácil, é natural e uma coisa que eu sempre gostei foi das coisas naturais ... Então, foi assim, exatamente o oposto de tudo aquilo que eu sonhei. Essa foi uma situação complicada também e, assim, não sei se alguém vai conseguir entender um dia, mas imagina uma pessoa começar por uma consulta médica e sair do hospital com o neném na UTI ... Foi uma experiência muito dolorosa (Ideia Central A - Foi uma experiência dolorosa. Entrevistas 3 e 6).

A experiência foi representada como dolorosa, por resultar no nascimento de uma criança em estado grave, impossibilitando que ações de recepção previamente idealizadas se concretizassem. Outros temores da maternidade se expressaram, com frequência, em sonhos e fantasias, o que pôde ser apreendido. Assim, é bastante comum sonhar com o parto, com as alterações corporais e com o bebê, expressando expectativas em relação a ele⁽⁹⁾.

Também merece ser destacado que a escolha da via de parto motiva grande discussão clínica, mas, de maneira geral, a gestante não participa dessa discussão, sendo, quando muito, informada sobre a decisão médica. A gestante é levada a pensar e a agir como convém ao

sistema vigente e recebe, o tempo todo, informações sobre os riscos que envolvem a gravidez e o parto, o que, conseqüentemente, a leva a sentir medo⁽²⁴⁾.

Situação de superação de todos os problemas emerge do DSC 10.

DSC 10 - Como é filho da gente, a gente quer levar pra casa ... Agora não, já estou mais calma, sei que ele está sendo bem cuidado, está bem, já consegui ganhar peso, mesmo em jejum consegui ganhar peso, então está melhorando, logo vai estar nos meus braços ... (Ideia Central B - Logo ele vai estar nos meus braços. Entrevistas 3-4, 6-7, 10-11, 15).

No DSC 10, mais uma vez, o foco em questão está no filho. A morbidade materna grave é representada como algo que pode terminar bem. Esse discurso está ancorado na visão de que o adequado cuidado à saúde conduz à melhora do recém-nascido e sua conseqüente inserção no ambiente familiar.

Considerações Finais

A abordagem qualitativa de pesquisa, utilizada neste estudo, mostrou-se adequada à temática, permitindo o alcance do objetivo proposto, ou seja, compreender a experiência sobre morbidade materna grave, a partir de um grupo de mulheres que vivenciaram esse problema.

Notou-se grande expectativa das mulheres em relação ao futuro de suas vidas e dos filhos, durante a gestação e após o nascimento. Elas se mostram apreensivas, com medo da morte, medo do inesperado e de perder o filho. Porém, manifestaram esperança de vitória, ao término do processo pelo qual estavam passando. Ficou evidente o desejo de voltarem a ter vida saudável e, muitas vezes, ancoraram-se à crença religiosa, por acreditarem que Deus lhes daria força necessária para superar o desafio da doença, da gravidez e da condição de ser mãe. Diante disso, é importante, também, que o planejamento do cuidado em saúde contemple essa questão, como estratégia para aumentar a disposição à superação das complicações.

Outro aspecto importante a considerar na assistência às mulheres, no ciclo gravídico puerperal, é a qualidade de informação e de atenção aos cuidados tanto físicos quanto emocionais que lhes deve ser garantida. A percepção do risco de morte traz diversos sentimentos e com diferentes intensidades. Sentimentos como medo, ansiedade e culpa, dessa forma, podem ser amenizados. Deve-se valorizar a adequada interação equipe multiprofissional/mãe/filho. O acolhimento a essas mães deve ser priorizado no momento da admissão do recém-nascido, incluindo-as como participantes

na recuperação do filho de forma positiva, respeitar suas expectativas e individualidade. Considerando as necessidades maternas, os profissionais de saúde, em geral e de forma particular o enfermeiro, poderão aprimorar o processo de cuidado prestado a elas e aos seus filhos, para proporcionar mais segurança e valorizar a autoestima e a confiança mútua.

Espera-se que este trabalho possa contribuir para qualificar a assistência de enfermagem, especialmente para reconhecer a diversidade e amplitude de necessidades que mulheres apresentam em situações de morbidade grave, com vistas ao cuidado integral e não generalizado, à promoção da saúde e à prevenção de agravos ao grupo materno-infantil.

Referências

1. Presidência da República (BR). Secretaria Especial de Política para as Mulheres. Plano Nacional de Política para as Mulheres. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. 101 p.
2. World Health Organization. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF, and UNFPA. Geneva: World Health Organization; 2003. 39 p.
3. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS. Indicadores e dados básicos: Brasília; 2004. [acesso: 17 mar 2008]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2004/folder.htm>
4. Aquino E. Repensando a mortalidade nos marcos dos direitos reprodutivos de jovens e adolescentes. *Perspect Saúde Direitos Reprod.* 2002;3(5):14-8.
5. Pattinson RC, Hall M. Near misses: a useful adjunct to maternal death enquiries. *Br Med Bull.* 2003;67(1):231-43.
6. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39(3):507-14.
7. Lefèvre F, Lefèvre AMC, organizadores. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos). 2. ed. Caxias do Sul: Educs; 2005. 260 p.
8. Aragão R. De mãe para filha: a transmissão da maternidade. In: Melgaço R, organizador. *A ética na atenção ao bebê: psicanálise, saúde e educação.* São Paulo (SP): Casa do Psicólogo; 2006. 226 p.
9. Maldonado MT. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. 16 ed. São Paulo (SP): Saraiva; 2002. 229 p.
10. Silva L, Santos RC, Parada CMGL. Compreendendo o significado da gestação para grávidas diabéticas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2004;12(6):899-904.
11. Oliveira ME, Zampieri MFM, Brüggemam OM. A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento. Florianópolis (SC): Cidade Futura; 2001. 131 p.
12. Assis ILR. Gravidez de alto risco: a percepção das gestantes [dissertação de mestrado]. Belo Horizonte (MG): Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2004. 90 p.
13. Fleck MPA, Borges ZN, Bolognesi G, Rocha NS. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Rev Saúde Pública.* 2003; 37(4):446-55.
14. Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo (SP): Centauro; 2003. 110 p.
15. Vieira RJS. Câncer de mama e gravidez subsequente: um olhar sociocultural [tese de doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Fernandes Figueira; 2004. 108 p.
16. Peres UT. Culpa. In: Peres UT. *Por que a culpa?* São Paulo (SP): Escuta; 2001. p. 7-14.
17. Martinez JG. Neonato prematuro em riesgo de deterioro de vínculo padres-hijo: coping. *Desarrollo Enferm.* 2006;14(3):99-104.
18. Silva GRG. O ambiente frio e cuidado morno: a enfermagem possibilitando a aproximação entre pais e filhos na UTI neonatal [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Enfermagem da Universidade do Rio de Janeiro; 2000. 97 p.
19. Baldiniv SM, Krebs VLJ. Reações psicológicas nos pais de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva. *Pediatr Mod.* 2000;36 (Supl 1):242-6.
20. Martins JCA. Satisfação do doente com a informação sobre a doença e morbidade. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2009;17(3):335-40.
21. Silva VW. A comunicação interpessoal entre os profissionais de saúde e gestantes na assistência pré-natal. São Paulo (SP): Manole; 2002. 106 p.
22. Bittes A Jr, Matheus MCC. Comunicação. In: Cianciarullo TI. *Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência.* São Paulo (SP): Atheneu; 2000. p. 61-73.
23. Javorsky M, Caetano LC, Vasconcelos MGL, Leite AM, Scochi CGS. As representações sociais do aleitamento materno para mães de prematuros em unidade de cuidado canguru. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2004;12(6):890-8.
24. Tedesco RP, Maia NL Filho, Mathias L, Benez AL, Castro VCL, Bourroul GM, et al. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004;26(10):791-8.

Recebido: 16.12.2009

Aceito: 4.8.2010

Como citar este artigo:

Carvalho APP, Tonete VLP, Parada CMGL. Sentimentos e percepções de mulheres no ciclo gravídico puerperal que sobreviveram à morbidade materna grave. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet].* nov-dez 2010 [acesso em: _____];18(6):[08 telas]. Disponível em: _____

 /_____
 /_____
 dia ano
 mês abreviado com ponto

URL