

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

Ana Paula Pinho Carvalheira<sup>1</sup>

Vera Lúcia Pamplona Tonete<sup>2</sup>

Cristina Maria Garcia de Lima Parada<sup>3</sup>

Se tuvo por objetivo comprender la experiencia relativa a morbosidad 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 morbosidad 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 morbosidad grave durante el ciclo de embarazo y puerperio.

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

<sup>1</sup> Enfermera, Estudiante de Maestría, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", SP, Brasil. E-mail: nana\_carvalheira@hotmail.com.

<sup>2</sup> Enfermera, Doctor en Enfermería, Profesor Asistente, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", SP, Brasil. E-mail: vtonete@uol.com.br.

<sup>3</sup> Enfermera, Libre-Docente, Profesor Adjunto, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", SP, Brasil. E-mail: cparada@fmb.unesp.br.

---

Correspondencia:

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

## **Sentimientos e percepções de mulheres no ciclo gravídico puerperal que sobreviveram à morbidade materna grave**

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 concepto, 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.

### **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.

## **Introducción**

La asistencia prenatal consiste en un espacio de orientación en lo que se refiere a aspectos inherentes al proceso fisiológico de la gestación y de la promoción de la salud, además de hacer la profilaxis, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades propias de la gestación o de ella provenientes<sup>(1)</sup>, de forma a superar su mayor desafío que es la reducción de la morbimortalidad materna y perinatal.

El análisis de la ocurrencia de muertes maternas evidencia variaciones no apenas entre países, pero también en diferentes regiones de un mismo país o inclusive dentro de un estado. La Organización Mundial de Salud (OMS) estima que, anualmente, 20 millones de mujeres en el mundo presentan complicaciones agudas relacionadas a la gestación, con la ocurrencia de 529 mil muertes<sup>(2)</sup>.

En Brasil, la muerte materna es un problema subdimensionado, siendo estimados en 2002, aproximadamente 76 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos<sup>(3)</sup>. La dispersión de esas muertes por el territorio brasileño hace con que ellos sean eventos institucionalmente raros, inclusive en servicios de referencia obstétrica, lo que impide su reconocimiento como problema de salud pública y dificulta el estudio de sus determinantes.

Sin embargo, no apenas la muerte materna es relevante, pero también la morbosidad, que incluye distintos grados de gravedad e indica la necesidad de conocer mejor los problemas relacionados al embarazo, al parto y al puerperio que no resultan en muerte, pero que pueden causar sufrimiento y dejar secuelas en las mujeres<sup>(4)</sup>. En

este sentido, ha crecido el interés en el estudio de casos de morbilidad grave durante el ciclo embarazo-puerperio, particularmente de casos muy graves, caracterizados como *near miss*, por presentar complicaciones potencialmente fatales para las mujeres, pero que sobreviven debido al acaso o al buen cuidado hospitalario<sup>(5)</sup>.

Reconociéndose la relevancia del escuchar para el desarrollo del cuidado integral y humanizado, se propuso el presente estudio, cuyo objetivo fue comprender la experiencia relativa a la morbilidad materna grave, a partir de un grupo de mujeres que experimentó ese problema.

## Método

Tratase de estudio cualitativo dirigido a aprender los significados atribuidos a la morbilidad materna grave. La noción de significado, ampliamente utilizada en la investigación cualitativa, tiene función de estructurar; a partir del significado de las cosas, las personas organizan sus vidas, incluyendo sus propios cuidados con a salud. Así, la idea de significado presupone la interacción entre pensamiento y experiencia, basada en un referencial teórico, pues si tratada por el sentido común, pierde la riqueza de su potencial explicativo de la realidad<sup>(6)</sup>.

El referencial metodológico escogido fue el Discurso del Sujeto Colectivo (DSC), que es una forma de sistematizar datos cualitativos verbales obtenidos de grupos sociales, a partir de expresiones clave, agrupadas en torno de ideas centrales o bases semejantes, componiendo uno o varios discursos-síntesis en la primera persona del singular<sup>(7)</sup>.

El estudio fue realizado en Botucatu, municipio con cerca de 120.000 habitantes, localizado en la región centro-sur del Estado de Sao Paulo, más específicamente en un servicio de referencia terciaria que atiende un promedio mensual de 100 parturientas.

Se constituyeron como sujetos de esta investigación 16 mujeres, incluidas en el estudio por el cuadro de morbilidad presentado, independientemente de la gestación haber terminado en parto o aborto o tratarse de gestante o puérpera. El número de sujetos fue definido considerando el concepto de saturación teórica, operacionalmente definida como la suspensión de inclusión de nuevos participantes cuando los datos obtenidos pasan a presentar, en la evaluación del investigador, cierta redundancia o repetición.

Una de las autoras fue responsable por realizar la invitación a posibles participantes y por la recolección de datos, a partir de entrevista semiestructurada que fue grabada, realizada en el hospital, en el momento en que las mujeres ya estaban de alta hospitalaria, por considerar

que eventuales secuelas transitorias en la esfera de la comunicación habrían sido, al menos parcialmente, superadas, además de permitir la declaración de las mujeres en el momento de mayor estabilidad física. La entrevista fue realizada en sala clara y ventilada, organizada para esta finalidad y en ella permanecieron apenas la entrevistadora y la entrevistada, en el inicio, abordadas como sigue: "Considerando su vivencia al experimentar una enfermedad materna grave, hábleme sobre las cuestiones a seguir ¿Su gestación fue planificada?, ¿Cómo fue esa experiencia de haber pasado por una enfermedad grave y haber sobrevivido?"

Este estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación local, vinculado al Comité Nacional de Ética en Investigación y atendió a todas las exigencias para investigaciones realizadas con seres humanos (Oficio 294/08-CEP).

## Resultados y Discusión

Una breve caracterización de las entrevistadas colocó en evidencia que los motivos relacionados al encaminamiento para la realización de acompañamiento prenatal de alto riesgo o inclusive para ser hospitalizada en servicio terciario fueron varios, entretanto hubo predominancia de pre-eclampsia presentada por 13 mujeres (81,3%), seguida por un caso de hemorragia y otro de rotura uterina, que resultaron en histerectomía y un caso de aborto.

El análisis cualitativo de las entrevistas realizadas permitió sistematizar en cuatro temas 10 DSC, presentados a seguir, con las respectivas ideas centrales y con la identificación de las entrevistadas que contribuyeron para sus formaciones.

### Tema 1 - Describiendo el deseo y la planificación de tener un hijo

El proceso de constitución de la maternidad se inicia mucho antes de la concepción, a partir de las primeras relaciones e identificaciones de la mujer, pasando por la actividad lúdica infantil, la adolescencia, el deseo de tener un hijo y el embarazo propiamente dicho. Contribuyen también para este proceso aspectos transgeneracionales y culturales, asociados a lo que se espera de una niña y de una mujer, tanto dentro de la familia como en la sociedad<sup>(8)</sup>.

La decisión de tener un hijo es resultado de varios motivos conscientes e inconscientes, incluyendo el deseo de profundizar una relación hombre-mujer, de concretizar el deseo de continuidad y esperanza de la inmortalidad, de

mantener un vínculo deseado, de competir con familiares, o inclusive de llenar un vacío interno, entre otros<sup>(9)</sup>.

El discurso a seguir evidencia esas cuestiones.

*DSC 1 - No fue planificada (la gestación)... Yo no tenía más intención de quedar embarazada, pero no que ella no hubiese sido muy bienvenida, muy bienquista. Yo pasé por dos abortos antes de ese embarazo, fue aborto antes del segundo mes los dos, yo no sé el motivo hasta hoy... Ahí, yo no quise tener hijos. De tener hijos no, no quería quedar embarazada, pero de tener hijos no, porque yo estaba pensando en una adopción y en el momento en que iba a dar resultado para entrar con a papelada de la adopción, yo quedé embarazada y fue muy bueno, fue un regalo que yo tuve. Hasta ahora, a pesar de todas las dificultades, está siendo una bendición (Idea Central A - No planifiqué, pero está siendo una bendición. Entrevistas 1-3, 7-15).*

Las mujeres relatan la no planificación del embarazo y asumen que, a pesar de todas las dificultades, pasaron a desear el hijo. En síntesis, representan al embarazo no planificado como una bendición. En la medida en que el embarazo avanza, la mujer se va acostumbrando con la situación de riesgo, sintiéndose con más confianza y que los problemas provenientes de esta situación son recompensados por la oportunidad de ser madre.

El acontecimiento de la gestación no planificada es frecuente entre mujeres de diferentes intervalos de edad y escolaridades, también, el hecho del embarazo no haber sido programado no significa que el hijo no sea deseado<sup>(10)</sup>. Se sabe que una actitud inicial de rechazo puede dar lugar a una actitud predominante de aceptación, a pesar de que lo contrario pueda suceder<sup>(9)</sup>.

La vivencia de una gestación de riesgo surge del DSC2:

*DSC 2 - No planifiqué, yo estaba tomando remedio, todo, pero de ahí una falla y quedé embarazada... Yo ya estaba consciente que estaba corriendo riesgo de muerte. Los médicos inclusive ya me habían avisado, porque yo ya tuve dos gestaciones anteriores con eclampsia y pre-eclampsia, Entonces, de esa vez yo podría tener una embarazo de alto riesgo, podría perder o la vida del bebé o la mía o la de nosotros dos, o salvar las dos (Idea Central B - Ya pasé por embarazo de alto riesgo, por eso no planifiqué. Entrevistas 9 y 11).*

Sabiendo de los problemas y posibles consecuencias que una gestación de alto riesgo podría desencadenar, las puérperas entrevistadas representaron la gestación como un evento que colocaba en riesgo su vida y/o la del bebé.

El miedo, la ansiedad y las expectativas tienen origen en las experiencias vividas anteriormente por la mujer y en las informaciones recibidas. De esta forma, al entrar en la maternidad, la mujer ya tiene una idea preconcebida de

cómo será desencadenado el proceso del parto, de cómo será atendida y cuales las dificultades que tendrá que enfrentar<sup>(11)</sup>.

En sus vivencias, la mujer, especialmente al tornarse gestante y madre, tiene el derecho de ser informada, de conocer el propio cuerpo, de vivir para criar su hijo y de aprender sus deberes maternos. También, que ese derecho no se restringe solamente al período de embarazo y puerperio, debiendo suceder en todas las fases de su ciclo vital, en especial si presentan patologías que pueden interferir en este período.

El miedo de la muerte fue expuesto por las mujeres no sólo de sí misma, pero también estuvo relacionado a la pérdida del hijo. La muerte materna es evento que ocurre cuando se está generando vida, lo que la torna todavía más inconcebible por causar marcas profundas en los familiares y profesionales<sup>(12)</sup>.

En contrapunto con los discursos hasta entonces presentados, el DSC 3 trata de gestaciones planificadas:

*DSC 3 - Fue (planificada la gestación), van a ser tres años que nos casamos y queríamos mucho un hijo, sólo que de ahí yo no quedaba embarazada, tuvimos que hacer un tratamiento, tanto yo como él. Cuando supimos, saltamos de alegría, no veía la hora, es una niño muy deseado (Idea Central C - Mi embarazo fue planificado. Entrevistas 4-6).*

Una familia, inclusive cuando se prepara para recibir un hijo, manifiesta sentimientos de alegría y temor, esperanza e inseguridad, ilusión y dudas, aceptación y rechazo, envueltos en proyectos de realizaciones personales y familiares<sup>(9)</sup>. Este discurso se basa en la visión de que un hijo completa el casamiento.

## **Tema 2 - Percibiendo su problema de salud, su influencia en la gestación y en el concepto**

El conocimiento relativo al problema de salud que justificó la clasificación de la mujer como portadora de morbosidad materna grave es discutido a seguir, con los DSC4 y DSC5, donde también se aprende la importancia de la religión para las entrevistadas.

*DSC 4 - ¡Mira! Yo me siento bien, gracias a Dios, ¡estoy aquí! Por lo que la médica me explicó, fue hecho todo lo que era posible para que el sangramiento mejorará, pero no tuvo mejora ninguna. La última alternativa sería eso, lo que tenía que ser hecho, ¿verdad? (histerectomía). Debido al hecho, a lo ocurrido, yo doy gracias a Dios de estar aquí, de haber pasado por todo eso... Llegué en una situación, realmente, que yo sentí que estaba corriendo riesgo de vida, pero gracias a Dios pasé y cuando yo llegué aquí, miré por la ventana, vi como es bueno estar viva, ¡muy bueno! Yo estoy muy bien (Idea Central A - Sentí que estaba corriendo riesgo de vida, pero ahora estoy bien. Entrevistas 1-2).*

Más una vez el embarazo fue representado como riesgo de muerte. Sin embargo, con toda la ansiedad y preocupaciones experimentadas por las mujeres entrevistadas, se percibe, en sus relatos, el alivio por el control de la situación, la alegría de vivir y el importante papel de la creencia religiosa en la superación de los problemas.

Se percibe por el DSC4 que las entrevistadas se conformaron con la situación, entendieron y aceptaron la histerectomía realizada. Basaron sus discursos en la religión, atribuyendo a Dios la gracia de haber superado el problema de salud. El profesional de la salud necesita saber lo que es importante para confortar a sus pacientes, considerando, inclusive, sus necesidades religiosas. Por otro lado, debe también hacer todo el posible para aliviar sufrimientos y mantener viva la esperanza de las personas por él cuidadas. Aspectos relacionados a la fe religiosa también surgen del DSC 5.

*DSC 5- No fue fácil para mí, pero gracias a Dios va mejorando cada día más. Si yo estoy aguantando es por causa de ellos, ellos me dan mucha fuerza en esa iglesia, ellos hacen una oración, usted entra llorando y sale riéndose. Entonces es eso, pero es difícil, la única cosa que yo puedo hablar es que yo, si yo voy allá todos los días, es porque yo me encontré mucho en la iglesia (Idea Central B – Encontré fuerza en mi iglesia. Entrevistas 1-2, 5, 13 y 15)*

En este discurso, se percibe que la fe religiosa resulta en esperanza y fortalecimiento, propiciando la lucha para dar continuidad y enfrentar las dificultades. Muchas veces, el llamado al restablecimiento de la salud por medio de aspectos religiosos, sucede no sólo con relación al problema de la salud, pero también en varios sentidos, dimensiones de la vida humana que no están disociados de la salud, como aspectos psicológicos, sociales y culturales, entre otros. El universo religioso existe y es significativo en la vida de los individuos, siendo un importante recurso utilizado en la búsqueda de respuestas para problemas de salud, en situaciones amenazadoras de vida y hasta en situaciones con resultados fatales probables<sup>(13)</sup>.

Según el concepto constructorista de riesgo, el ser humano tiene la capacidad y la oportunidad para hacer determinadas elecciones: sufrir o aprender a lidiar con la situación, tirando de ella un aprendizaje<sup>(14)</sup>. Se resalta, sin embargo, que al hacer yuxtaposición de creencia y conocimiento, se puede valorizar poco el origen de la patología, al creer que Dios otorga la fuerza necesaria para superar el desafío de la enfermedad, del embarazo y de la condición de ser madre<sup>(15)</sup>.

La culpa por la posibilidad de perder el hijo puede ser identificada en el DSC 6:

*DSC 6 - Para mí, fue una situación, así, que yo no tengo explicación, fue la cosa más horrible del mundo, una tortura. Hasta*

*ahora, no hay nada que sea peor que eso. Creo que ni mis dos abortos fueron tan difíciles, porque de repente sucedió, pero alguien decir: necesitamos hacer, porque su hija puede morir en este momento, a cualquier momento, fue una sensación, así: yo estoy matando a mi hija. Fue más o menos eso lo que yo sentí en aquel momento. Yo me quedo pensando, aquí, ¿donde fue que yo erré? ¿Qué sucedió? Yo me quedo recordando mi gestación enterita... ¡No se puede! Yo me siento culpada. Trato de encontrar un error durante mi gestación... Porque mi organismo está rechazando a mi hijo? (Idea Central C – Fue horrible, sentí que estaba matando a mi hija, me sentí culpada. Entrevistas 3-15).*

En el DSC 6, el embarazo fue representado como la posibilidad de pérdida del bebé. Contribuyeron con su elaboración prácticamente todas las entrevistadas, quedando claramente expuesta la gran preocupación de esas mujeres con relación a la vida de sus hijos. Tener un niño saludable es, en general, lo que más les importa a ellas.

En el embarazo de alto riesgo, aparecen emociones, sentimientos de culpa y fallas que pueden complicar su evolución. La culpa materna puede, también, ser aprendida del DSC 6. La morbosidad materna grave es representada como algo asociado a fallas de la propia madre durante la gestación, resultando en el rechazo de su organismo al feto y generando culpa. En este caso, el discurso está basado en los aspectos biológicos de la gestación y de la morbosidad presentada, siendo especialmente abordadas las repercusiones para el feto del mal funcionamiento de la placenta.

El sentimiento de culpa es proveniente de una ley bajo la cual las personas son regidas y que se inscribe en su dimensión simbólica, culpas reales que nos acometen por nuestras faltas y actos cotidianos. Más específicamente, la culpa se caracteriza por el hecho de que estas reglas morales fueron internalizadas por el individuo, distinguiéndose, por lo tanto, del miedo del castigo proveniente de afuera<sup>(16)</sup>.

La necesidad de anticipación del parto, como consecuencia del rechazo del organismo materno al feto, también está colocada. Un estudio sobre el vínculo entre padres y bebés prematuros, constata que normalmente la madre refiere sentimiento de culpa por desear tener un hijo perfecto, saludable, a término y poder estar con él en casa, en seguida después de su nacimiento<sup>(17)</sup>.

El nacimiento de un bebé antes del término caracteriza un momento de crisis para la familia. Delante del riesgo de muerte para el niño, los padres desencadenan una serie de sentimientos de culpa, ansiedad, preocupación y confusión. A eso se suma el hecho de que la madre no desarrolló el contacto y el amamantamiento precoz. Después del nacimiento, por necesitar de soporte inmediato, el recién

nacido normalmente es encaminado a la unidad neonatal. El alejamiento repentino entre madre e hijo, prolongado durante toda la internación, asociado a las condiciones frágiles del bebé, es responsable por las sensaciones de pérdida y por el desarrollo de luto anticipado<sup>(18)</sup>.

### Tema 3- Pasando por el choque inicial del post-parto

En el ciclo familiar, no existe práctica alguna que provoque cambio más profundo, o que tenga un desafío mayor para las familias, que la llegada de un niño. En el caso del nacimiento de un recién nacido de riesgo, sea prematuro o enfermo, la familia se ve frente a una experiencia que desgasta y desafía, lo que ocasiona profundas alteraciones en la dinámica familiar y se prolonga con la internación del hijo<sup>(19)</sup>.

*DSC 7 - En la hora que ella pasó, yo sólo vi el bracito de ella y escuché un gritito, ahí ella lloró y yo no escuché nada más. Después, de mañana, yo me informé, ella había sido llevada para la UTI. Yo no estoy culpando a nadie, pero eran dos y media de la tarde y yo no tenía noticias de mi hija. Yo hablé: necesito saber de mi hija! Después la médica me explicó que habían nacido varias niños y ella no había tenido tiempo para me contar lo que estaba sucediendo, pero que ella estaba bien... Era sólo yo tener paciencia para poder levantarme que yo podría verla a cualquier momento...* (Idea Central A – Me quedé sin saber noticias sobre mi hijo después del nacimiento. Entrevistas 3, 5-6, 8).

Del DSC 7 surge la pregunta que, en consecuencia de la gestación de alto riesgo, el niño puede no tener condiciones de permanecer al lado de la madre inmediatamente después del parto. Las madres representan aquí, un cuidado inadecuado, por la falta de informaciones referentes al hijo. La información es, sin embargo, un importante componente del cuidado y de la práctica de enfermería, derecho inalienable de los individuos y factor capaz, inclusive, de disminuir el cuadro de morbilidad presentado<sup>(20)</sup>. La justificación por la falta de informaciones es, sin embargo, prontamente aceptada por la madre, que basa su declaración en el discurso técnico-científico sobre las dificultades provenientes del exceso de trabajo del médico. Nuevamente, aspectos biológicos del hijo son apuntados, justificando su buen estado, a pesar de la necesidad de internación en UTI.

Es necesario conocer como ocurre la interacción madre/equipo multiprofesional, como se da la convivencia con las dificultades diarias de los servicios de salud, en la búsqueda por alcanzar el objetivo de desarrollar una asistencia de calidad. Esta no es una tarea fácil, acrecentando el hecho de la escasez de literatura específica referente al tema de la comunicación entre los miembros del equipo de salud y las mujeres en el ciclo de embarazo y puerperio y al número

limitado de locales donde la asistencia es desarrollada por un equipo multiprofesional integrado<sup>(21)</sup>. La comunicación, en esta perspectiva, es un recurso terapéutico que da acceso a la autonomía, a la confianza mutua y a la seguridad, permitiendo establecer interacciones entre equipo de salud y familia. Como desafío en la búsqueda de la calidad de la asistencia, esa herramienta orienta las intervenciones y consolida la concepción del hacer salud en el contexto hospitalario<sup>(22)</sup>.

El sufrimiento, frente a la situación de tener un hijo en estado grave, puede ser percibiendo en el DSC8.

*DSC 8 - Es muy difícil, terrible, no tiene como hablar. Nosotros soñamos con el hijo, para colocarlo en el regazo, poder amamantarlo, y hoy es el sexto día de vida y yo todavía no conseguí. Él ya está recibiendo alimento, pero por catéter, entonces es una situación muy difícil, ¿sabe? Así, afecta un poco con lo psicológico, yo ya lloré mucho. Hoy yo estoy bien, ayer y hoy yo estoy mejor, pero yo sufrí mucho. Cuando yo lo veía, yo lloraba todo el tiempo, verlo todo con aparato, usted ve que él está sufriendo, tan pequeño y ya sufriendo de ese modo... Es un choque, yo quería estar en el lugar de él y él estar bien. El dolor fue, nuestro, el dolor de estar pensando en él, el dolor de pensar en la hora que yo tenga que partir y dejarlo a él...Pero yo sólo tengo que agradecer a Dios por eso, por Él haberme dado hasta esa experiencia, que es un poco dolorosa, pero que va a servir para alguna cosa en el futuro* (Idea Central B – Sufrí viendo a mi hijo en la UTI, nosotros soñamos con colocarlo en el regazo, amamantar... Entrevistas 3-4, 6-7, 10-11, 15).

El conflicto con lo inesperado es un gran desafío para estas mujeres. El embarazo de riesgo es representado como algo que llevó al nacimiento de un bebé que requiere muchos cuidados, provocando, así, sufrimiento, pero también como algo que agregó experiencia a la vida de las mujeres y posibilitó la vivencia de la maternidad.

El período puerperal fue identificado y descrito por las mujeres como un período difícil, debido a la inestabilidad emocional, más que es justificado en una situación de gravedad del recién nacido, como la experimentada por las entrevistadas. Es muy común, durante la gestación, parto y puerperio, el aumento de la sensibilidad, oscilaciones de humor, como crisis de nervios y llanto justificados por las alteraciones del metabolismo. Inclusive en las mujeres que aceptan el embarazo, pueden surgir sonrisas y llantos con facilidad, manifestando irritación y vulnerabilidad a los estímulos externos que antes no las afectaban<sup>(9)</sup>.

La ausencia de intervenciones dirigidas a la madre acompañante, de escuchar y apoyar, en el difícil proceso de tener un hijo internado en una unidad de alta complejidad asistencial, no atiende a las necesidades de las mujeres inseridas en una familia concreta. En general, el enfoque

de la asistencia en los servicios materno-infantiles está centrado en los aspectos biológicos del acto de amamantar, priorizando como función única de la mujer la producción de leche para nutrir el hijo, lo que necesita ser revisado para que se amplíe el objeto de acción más allá del cuerpo anatómico fisiológico, a fin de que la mujer no sea vista como un ser aislado de su contexto social<sup>(23)</sup>.

#### **Tema 4 - Experimentando la situación de riesgo: deseos, frustraciones y superación**

Delante de este tema, todas las mujeres describieron la experiencia como un período difícil, de mucho sufrimiento y miedo de perder el hijo. Hubo la dificultad de mirar para sí mismas.

La mujer se queda en la expectativa, aguardando el resultado del embarazo, de la hospitalización de su hijo, en una espera casi siempre angustiante, fundada en suposiciones, probabilidades, promesas y esperanzas. Experimenta en esa fase, una situación constante de tensión, se siente vulnerable y, a pesar de que tiende a esperar por lo que desea, siente miedo de lo inesperado, conforme puede ser aprendido del DSC9.

*DSC 9 - Fue una experiencia dolorosa, sabe, así, el propio nacimiento de ella. Yo tenía hasta solicité al padre que mi parto fuese grabado, filmado. Yo quería parto normal, porque es mucho más fácil, es natural y una cosa que yo siempre gusté fue de las cosas naturales... Entonces, fue así, exactamente lo opuesto de todo aquello que yo soñé. Esa fue una situación complicada también y, así, no sé si alguien va a conseguir entender un día, pero imagina una persona comenzar por una consulta médica y salir del hospital con el bebé en la UTI... Fue una experiencia muy dolorosa (Idea Central A - Fue una experiencia dolorosa. Entrevistas 3 y 6).*

La experiencia fue representada como dolorosa, por resultar en el nacimiento de un niño en estado grave, imposibilitando que acciones de recepción previamente idealizadas se concretizasen. Otros temores de la maternidad se expresaron, con frecuencia, en sueños y fantasías, lo que puede ser aprendido. Así, es bastante común soñar con el parto, con las alteraciones corporales y con el bebé, expresando expectativas en relación a él<sup>(9)</sup>.

También merece ser destacado que la elección de la vía de parto motiva gran discusión clínica, pero, de manera general la gestante no participa de esa discusión, siendo, cuando mucho, informada sobre la decisión médica. La gestante es llevada a pensar y a actuar como le conviene al sistema vigente y recibe, todo el tiempo, informaciones sobre los riesgos que envuelven al embarazo y el parto, lo que, consecuentemente, la lleva a sentir miedo<sup>(24)</sup>.

Situación de superación de todos los problemas emerge del DSC 10.

*DSC 10 - Como es nuestro hijo, lo queremos llevar para casa... Ahora no, ya estoy más calmada, sé que él está siendo bien cuidado, está bien, ya conseguí ganar peso, inclusive en ayuno conseguí ganar peso, entonces está mejorando, luego va estar en mis brazos... (Idea Central B - Luego él va estar en mis brazos. Entrevistas 3-4, 6-7, 10-11, 15).*

En el DSC 10, una vez más, el enfoque está en el hijo. La morbilidad materna grave es representada como algo que puede terminar bien. Este discurso está basado en la visión de que el adecuado cuidado a la salud conduce a la mejoría del recién nacido y su consecuente inserción en el ambiente familiar.

#### **Consideraciones finales**

El abordaje cualitativo de la investigación utilizada en este estudio se mostró adecuado a la temática, permitiendo el alcance del objetivo propuesto, o sea, comprender la experiencia sobre la morbilidad materna grave, a partir de un grupo de mujeres que experimentaron ese problema.

Se notó una gran expectativa de las mujeres con relación al futuro de sus vidas y de los hijos, durante la gestación y después el nacimiento. Ellas se muestran aprehensivas, con miedo de la muerte, miedo de lo inesperado y de perder al hijo. Sin embargo, manifestaron esperanza de victoria, al término del proceso por el cual estaban pasando. Quedó evidente el deseo de volver a tener una vida saludable y, muchas veces, basándose en la creencia religiosa, por creer que Dios les daría la fuerza necesaria para superar el desafío de la enfermedad, del embarazo y de la condición de ser madre. Delante de eso, es importante, también, que la planificación del cuidado de la salud contemple esta cuestión, como estrategia para aumentar la disposición a la superación de las complicaciones.

Otro aspecto importante a considerar en la asistencia a las mujeres en el ciclo de embarazo y puerperio es la calidad de la información y de la atención a los cuidados tanto físicos como emocionales que les debe ser garantizada. La percepción del riesgo de muerte trae diversos sentimientos y con diferentes intensidades. Los sentimientos como miedo, ansiedad y culpa, de esta forma, pueden ser amenizados. Se debe valorizar la adecuada interacción del equipo multiprofesional con el binomio madre-hijo. El acogimiento a esas madres debe tener prioridad en el momento de la admisión del recién nacido, incluyéndolas como participantes en la recuperación del hijo de forma positiva, respetando sus expectativas e individualidad. Considerando las necesidades maternas, los profesionales de la salud en general y, de forma particular el enfermero,

podrán mejorar el proceso de cuidado prestado a ellas y a sus hijos, para proporcionar más seguridad y valorizar la autoestima y la confianza mutua.

Se espera que este trabajo pueda contribuir para mejorar la asistencia de enfermería, especialmente al

reconocer la diversidad y amplitud de las necesidades que las mujeres presentan en situaciones de morbilidad grave, con la finalidad de obtener un cuidado integral y no generalizado, promoviendo la salud y la prevención de agravios en el grupo materno infantil.

## Referencias

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/ldb2004/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.

Recibido: 16.12.2009

Aceptado: 4.8.2010

### Como citar este artículo:

Carvalho APP, Tonete VLP, Parada CMGL. Sentimientos y percepciones de mujeres en el ciclo embarazo-puerperio que sobrevivieron a una morbilidad materna grave. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet].* nov.-dec. 2010 [acceso en: \_\_\_\_\_];18(6):[08 pantallas]. Disponible en: \_\_\_\_\_

día  
mes abreviado con punto  
año

URL