

“Near miss”: repercussões e percepção da assistência recebida por mulheres sobreviventes egressas de uma unidade de terapia intensiva*

Repercussions of Near miss and women's perception of care received in the critical care unit

“Near miss”: repercusiones y percepción de la asistencia recibida por mujeres sobrevivientes egresadas de una unidad de cuidados intensivos

Sandra Regina de Godoy¹, Dulce Maria Rosa Gualda², Roselena Bazilli Bergamasco³, Maria Alice Tsunechiro⁴

RESUMO

Objetivo: Relatar as repercussões do “near miss” para a vida de mulheres sobreviventes e a percepção da assistência recebida. **Métodos:** Trata-se de pesquisa qualitativa fundamentada na história oral. Foram utilizados conceitos da Antropologia Médica como referencial teórico. Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas organizadas em narrativas com 13 mulheres egressas de uma UTI, durante o período de 2003 a 2005, residentes em Fernandópolis, SP. **Resultados:** Os resultados mostraram que para algumas mulheres a experiência foi sofrida e deixou marcas, como a perda da fertilidade, sintomas depressivos, resignação ou falta de perspectiva de vida. Outras conseguiram ajustar-se e redirecionar suas vidas. Muitas se queixaram da assistência recebida, da negligência e ou imperícia dos profissionais durante o evento. **Conclusão:** Os resultados permitiram compreender a experiência das mulheres e apontaram para a desumanização do cuidado indicando a necessidade de estudos a respeito de questões éticas relativas às ações dos profissionais. **Descritores:** Complicações na gravidez; Saúde da mulher; Medicina reprodutiva

ABSTRACT

Objective: To report the repercussions of near miss on the life of women who survived that event and the women's perception of the care received during the near miss event in the critical care unit. **Methods:** This was a qualitative study using oral history interviewing. Medical anthropology served as the conceptual framework for the study. Data were collected from 2003 to 2005 through narrative interviews with 13 women who were discharged from a critical care unit and who were residents in Fernandópolis, SP. **Results:** Some of the women reported that the experience of near miss brought suffering and sequelae such as infertility, depressive symptoms, and lack of perspectives in life. Other women were able to adjust and redirect their life. Many women complained of the care received, and the negligence and/or incompetence of health care professionals during the near miss event. **Conclusion:** The study's findings allowed us to understand the experience of this sample of women and suggested they receive a dehumanized care. There is a need for further studies regarding health care professional ethical behaviors.

Keywords: Pregnancy complications; Women's health; Reproductive medicine

RESUMEN

Objetivo: Relatar las repercusiones del “near miss” para la vida de mujeres sobrevivientes y la percepción de la asistencia recibida. **Métodos:** Se trata de una investigación cualitativa fundamentada en la historia oral. Como referencial teórico fueron utilizados conceptos de la Antropología Médica. Para la recolección de datos se llevaron a cabo entrevistas organizadas en narrativas con 13 mujeres egresadas de una UCI, durante el período del 2003 al 2005, residentes en Fernandópolis, SP. **Resultados:** Los resultados mostraron que para algunas mujeres la experiencia fue de sufrimiento y dejó marcas, como la pérdida de la fertilidad, síntomas depresivos, resignación o falta de perspectiva de vida. Otras consiguieron ajustarse y reorientar sus vidas. Muchas se quejaron de la asistencia recibida, de la negligencia y o inexperiencia de los profesionales durante el evento. **Conclusión:** Los resultados permitieron comprender la experiencia de las mujeres y apuntaron hacia la deshumanización del cuidado indicando la necesidad de estudios respecto a cuestiones éticas relativas a las acciones de los profesionales.

Descritores: complicaciones del embarazo; Salud de la mujer; Medicina reproductiva

*Artigo extraído da tese “Minha vida de agora em diante...”: experiências de mulheres sobreviventes de morte materna, apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

¹ Doutora em Enfermagem, Professora da Fundação Educacional de Fernandópolis FEF- Fernandópolis (SP), Brasil.

² Doutora, Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

³ Doutora, Professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

⁴ Doutora, Professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

O governo brasileiro considerou o ano de 2004 como o Ano Internacional da Mulher, sendo realizada a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, em Brasília no mês de julho, organizada pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, com o objetivo de contribuir para a construção de políticas públicas de gênero como “direito de todas e dever do estado”, no campo da saúde, do trabalho, da educação e da cidadania⁽¹⁾.

O evento ocorreu pela necessidade de priorizar as ações voltadas à saúde da mulher, levando-se em conta os indicadores de saúde que desafiam os serviços de saúde e a sociedade como um todo. As altas taxas de morbidade e mortalidade materna e neonatal configuram-se como violação dos direitos à saúde de mulheres e crianças, atingem de forma desigual as regiões brasileiras e prevalecem nas classes sociais desfavorecidas⁽²⁾.

Apesar de todos os avanços e conquistas realizadas pelas mulheres no século passado, muitas delas ainda morrem ou adoecem em consequência de agravos no período grávido-puerperal, outras sobrevivem ao risco potencial de morte materna.

Nas últimas décadas, o tema mortalidade materna tem sido motivo de preocupações de pesquisadores, em especial, nos países em desenvolvimento e subdesenvolvidos. A atenção dos pesquisadores brasileiros tem-se voltado, geralmente, para dados estatísticos locais, causas de morte materna, fatores de riscos e estratégias de redução da mortalidade materna⁽³⁾.

Além da mortalidade, a morbidade materna tem sido cada vez mais foco de atenção. É relevante entender por que mulheres grávidas adoecem, do que adoecem e quais são as repercussões para sua saúde.

Na literatura, *near miss event* é definido como um “evento de quase perda”, ou seja, uma ocorrência clínica adversa. É um termo empregado no controle de tráfico aéreo, para designar um acidente que se aproximou do acontecimento, mas, por alguma razão, por acaso ou julgamento, não se verificou. Tem sido utilizado pela medicina clínica, podendo ser empregado em várias situações. No caso da obstetrícia, pensando em mortalidade materna, um *near miss*, normalmente, é um evento adverso, sério que conduziu a danos e morbidade para a mãe que, de algum modo, sobreviveu⁽⁴⁻⁵⁾.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde não existe uma definição universalmente aplicável ao termo *near miss*. Para as auditorias ou análises de casos uma das principais vantagens de se utilizar casos de *near miss* ao invés de mortes maternas, é que as complicações obstétricas ocorrem com maior frequência do que as mortes, possibilitando uma análise quantitativa mais abrangente⁽⁶⁾.

O evento *near miss* têm repercussões prejudiciais à saúde

física, mental e social da mulher e sua família.

Nesse sentido, alguns estudos sobre o tema vêm sendo realizados, procurando evidenciar as questões conceituais e clínicas, mas poucos abordam a experiência da mulher sobrevivente. Assim, para ampliar o olhar dos profissionais de saúde e todos os envolvidos para além das questões de ordem numérica (razão de morbidade e mortalidade materna) realizamos um estudo utilizando como critério de morbidade materna grave *near miss*, a internação em unidade de cuidados intensivos de mulheres com complicações graves, obstétricas ou clínicas, no período gestacional, no parto ou no pós-parto⁽⁷⁾.

O objetivo deste artigo é relatar as repercussões do “near miss” para a vida de mulheres sobreviventes e a percepção da assistência recebida.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo tendo como referencial teórico os conceitos básicos da Antropologia Médica e referencial metodológico da História Oral.

Para obtenção dos dados, utilizamos o processo metodológico da História Oral, em razão da necessidade de obter depoimentos de mulheres que se identificam por um motivo: ter vivido uma morbidade grave no ciclo grávido-puerperal, ou seja, passaram por uma quase perda da própria vida por complicação grave. O método da História Oral temática foi a modalidade considerada mais apropriada para este estudo, pois as narrativas das mulheres que sobreviveram ao risco de morte materna formam o conteúdo principal das análises. A investigação foi desenvolvida em uma região do interior paulista, tendo como referência a cidade de Fernandópolis.

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Houve autorização do hospital para a realização da pesquisa. Todas as colaboradoras, após estarem cientes e esclarecidas da proposta do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando a participação na pesquisa.

A pergunta de corte foi: *Conte-me, como foi para você ter vivenciado esse momento de quase morte em sua vida?*

As colaboradoras da pesquisa foram 13 mulheres sobreviventes atendidas na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital geral de Fernandópolis, no período de 2003 a 2005 que passaram pela experiência de uma complicação grave no processo do ciclo grávido-puerperal.

A instituição atende usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e outros clientes conveniados, com abrangência para outros 11 municípios menores e circunvizinhos. É um serviço que presta assistência hospitalar de baixa e média complexidade, atendimento emergencial e ambulatorial. O hospital apresenta 12 leitos

obstétricos, sendo dez direcionados ao SUS. Nos últimos três anos, o total de partos foi 910 em 2003; 858 em 2004 e 833 em 2005. A taxa de parto cesárea varia entre 50% e 60% (dados do SAME do hospital)⁽⁷⁾.

Dentro dos critérios definidos, foram encontradas 35 transferências de mulheres gestantes ou puérperas que apresentaram complicações graves.

A etapa seguinte foi buscar no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), os dados referentes às internações, endereços ou telefones e diagnósticos médicos, com definição das complicações obstétricas graves. Assim, do total de 35 transferências, foram localizados 32 prontuários.

Em seguida, foi feito o contato com essas mulheres, para solicitar sua colaboração na realização da pesquisa. Nesta etapa, as maiores dificuldades foram enfrentadas, pois alguns contatos não foram possíveis pelo fato de algumas mulheres terem mudado de endereço, outras informaram endereços inexistentes.

A decisão de procurar as mulheres sobreviventes da morbidade materna *near miss* nos registros de uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de Fernandópolis deveu-se a facilidade de estabelecer contato com o pessoal da equipe de saúde.

O tratamento das entrevistas foi realizado em três fases conforme recomendado por Meihy: transcrição, textualização e transcrição⁽⁸⁾.

Assim, foram apresentadas, inicialmente, as narrativas de cada depoente e, em seguida, para se obter uma compreensão do grupo como um todo, das narrativas foram criadas categorias, as quais foram classificadas, com base na temática relatada. A seguir, estas categorias foram agrupadas, dando origem aos temas. Os temas resultantes foram: Percepção do problema; Significados e sentimentos vivenciados pela mulher no processo da experiência do *near miss*; Participação da família na perspectiva da mulher; Repercussões do ocorrido para a vida das mulheres.

A análise das narrativas teve como suporte referencial a Antropologia da Saúde, cujos eixos norteadores foram o processo saúde-doença e a experiência do processo gravídico-puerperal vivida pelas mulheres sobreviventes de complicações graves.

RESULTADOS

Este artigo aborda os temas sobre repercussões do ocorrido para a vida das mulheres e a assistência recebida no processo morbidade *near miss*.

Repercussões do ocorrido para a vida das mulheres

Neste tema, estão compreendidas as repercussões da morbidade materna na vida das mulheres incluídas nas categorias implicações na saúde, aspectos psicossociais e

perspectivas para nova gravidez.

No que se refere às implicações para a saúde, as mulheres relataram que se recuperaram da complicação obstétrica; no entanto, evidenciaram ambigüidade em suas falas, alegando ter saúde, mas queixaram do “trauma da experiência do parto”, receio de uma nova gravidez.

Algumas mulheres acreditavam que se recuperaram da complicação e que a saúde melhorou, mas continuavam com as doenças preexistentes, a hipertensão arterial e a diabetes:

...se for pra dizer que tenho saúde hoje. Ah! Não tenho muita saúde não! De vez em quando estou ruim, tem bora que dá dor no peito, a pressão sobe, o diabetes ataca... (...) eu fumo também. (E11)

Uma das mulheres relatou que se recuperou da complicação, mas para conviver com as doenças crônicas precisava aprender a se cuidar, conhecer a doença, fazer o tratamento, ter sempre uma atividade para realizar e, sobretudo, ter uma religião para se confortar:

...hoje, tomo medicamento pra pressão, pro diabete e tomo pra circulação. E o resto da minha vida eu levo assim, trabalhando, lutando... O diabete é um fator que aparece na vida da gente e temos que aprender a conviver com esse problema! Olha!... espiritualmente falando, estou bem graças a Deus! Porque uma coisa puxa a outra. Você tem que ter o seu lado espiritual pra estar de bem com a vida. (E12)

Para outra, a recuperação foi boa e a perda do útero após o quadro hemorrágico resolveu seu problema de cólica menstrual:

...hoje, acho que estou normal em relação a esse problema que tive. Eu me sinto melhor, me sinto bem por não ter sangramento todo mês. É bem melhor do que era, sentia cólica menstrual antes, e sofria. (E4)

No que se refere aos aspectos psicossociais, para algumas mulheres o evento trouxe mudanças que podem ser classificadas como negativas ou positivas. Para outras o evento da complicação ficou resolvido, e possibilitou a tomada de decisões.

Algumas mulheres apontaram aspectos negativos em sua saúde resultantes da complicação. Referiram dores, insônia, “nervoso”, sentimentos como, tristeza e não aceitação da perda dos filhos. Comentaram a respeito dos modos que encontraram para diminuir os desconfortos e disseram acreditar que ainda irão se recuperar:

...sinto muita dor de cabeça, quase todo dia. Eu sinto muita dor nas costas onde eu tomei anestesia. Não durmo direito... Eu também fiquei mais nervosa. ...Não superei ainda. Apesar de ser muito difícil e aceitar não vou aceitar mesmo, mas eu entendo. (E1)

Outras mulheres consideravam-se mais “nervosas” do que antes:

...depois do parto fiquei com um pouco de trauma (...) se pensar que tenho saúde (...) o que acontece mesmo é o medo que tenho. O receio em ter um parto (...) problema é o parto, esse é o meu medo. (E2)

Algumas histórias apontaram dificuldades emocionais que ainda persistem, quando declararam precisar “guardar” o sentimento para poupar a família. As dores, o esquecimento, a insônia, a irritabilidade, a mágoa e o medo de sair de casa, evidenciam a problemática:

...não sei se já me recuperei psicologicamente falando. Acho que não. Está guardado sabe! Isso prejudica a mim, meu marido, minha mãe porque eu levo todo mundo junto. Vira aquela confusão, então, pra segurar, você guarda, finge que não é com você. Só quando está sozinha deixa rolar, bota pra fora (...) E a cabeça é uma dor aqui, parece que eu tenho um redemoinho na cabeça. É uma coisa horrível e eu esqueço. (...) Sou ruim de dormir, sempre fui, sou uma negação pra dormir (...) e agora ficou pior, às vezes, acordo de noite com essas coisas na minha cabeça, vai até de madrugada. (E8)

Outras mulheres declararam que a experiência da complicação trouxe marcas difíceis de apagar, como alterações de auto-imagem, dependência da presença do marido e depressão:

...tive problemas na relação sexual com meu marido. Atrapalhou que fiquei muito tempo sem ter relação sexual (...) estava feio foi um corte muito feio. A sutura ficou feia. (E2)

Algumas mulheres mencionaram conseqüências negativas como: dificuldades de relacionamento com o companheiro, incômodo pela presença de outras pessoas e comportamento anti-social:

...após a segunda gravidez e a perda do nenê, eu e meu marido passamos por uma fase bem difícil. Ficou um bom tempo, assim (...) era muito difícil pra gente saber lidar com essa situação. (E3)

Em várias falas, estava presente a expectativa de melhora de vida, demonstrando a esperança que a mulher traz em si mesma quanto ao futuro:

...de agora em diante... Ab! Vida nova, passou, acabou. (E1)

Para algumas mulheres, a vivência do processo de quase morte trouxe conseqüências positivas, sobretudo, em termos de amadurecimento, no relacionamento familiar e no reconhecimento da necessidade de ter mais cuidado com sua própria saúde. Uma mulher explicitou a graça de Deus, de forma especial:

...minha vida mudou muito, amadureci bastante. Meu psicológico, hoje, vejo as coisas de outra forma. (...) pra dizer a verdade Deus me deu outra chance. (E10)

Para uma colaboradora, a experiência do *near miss* trouxe uma visão diferente da vida; se existem dias que a pessoa está “de baixo astral”, não se pode desistir de viver e as experiências inusitadas deixam marcas na memória:

...eu penso assim (...) tem dia que a gente fica de baixo astral. Aos poucos a gente vai tentando... e olha que já faz um ano e 23 dias que eu saí da UTI e tenho a impressão que foi ontem... Hoje, a gente tem outra visão. (E8)

A experiência da complicação grave, além da desistência de tentar ter filhos, fez algumas tomarem decisões que, talvez, em outra situação, não teria ocorrido, como exemplo, a separação do marido e a saída da casa da sogra:

...minha vida mudou, agora eu não tento mais. Não pensei mais em ter outro filho. E não sei o que vai ser o meu futuro, porque nós largamos, mas estamos meio assim... de rolo. Eu gosto dele, acho que ainda pode dar certo, mas continuar morando com a minha sogra! Não dá não. (E9)

No que se refere às implicações para sua vida reprodutiva os relatos mostraram a percepção das mulheres da possibilidade de nova gravidez.

Uma colaboradora tem boas expectativas para seu futuro, mas enquanto não conseguir engravidar, vai procurar viver bem com o marido e a filha. Foi alertada a respeito do “aviso divino” na perspectiva de nova gestação:

...a única coisa que penso é que eu e meu marido esqueça um pouco esse problema que aconteceu e dar bastante atenção pra minha filha, dar o que a gente puder pra ela. (...) Esse problema grave representou muita coisa pra mim. Alguns parentes mesmo falaram assim... é D, dessa vez deu certo! Você tem que agradecer a Deus porque você se salvou, numa hora dessa, não era pra você estar aqui. Então, pensa bem antes de ter outro filho, e outra... Isso aí é a mesma coisa que um aviso de Deus. (E5)

A narrativa de outra mulher evidenciou que a mudança ocorrida aumentou as barreiras da possibilidade de maternidade, causando-lhe tristeza e amargura, e prefere não fazer planos para não se decepcionar novamente:

...minha vida mudou, fiquei mais amarga, bem mais triste, mais amarga mesmo sabe? Num certo ponto, me sinto tranqüila, gostaria de ter um filho, é possível? Não é. Tem tantos por aí que precisam de uma família! Vou esperar e tentar adoção, se não der certo também, paciência! (...) Não sei como será meu futuro, nunca pensei nele. (E13)

Duas mulheres demonstraram insegurança quanto ao futuro, não têm planos ou perspectivas de qualquer natureza:

...quanto ao meu futuro... não sei, sinceramente eu não sei... (choro). (E3)

Nos depoimentos de muitas mulheres, a força da

maternidade está evidente, mesmo passando por complicações graves, com risco de morte, e proibição médica. Elas ainda gostariam de ser mães novamente, entretanto, muitas destacam o medo de engravidar em razão da possibilidade de viver a mesma experiência. Poucas não querem mais filhos, pois não desejam, mais uma vez correr o risco de morrer:

...tenho receio de engravidar de novo por causa disso. Penso... será que vou poder ter parto normal? Sempre tive vontade de ter parto normal, mas aí penso nessa questão, se acontecer a mesma coisa? E o fato do meu útero ter dilacerado, será que está fechado mesmo? Não sei o que faço. Penso em ter outro bebê só que quando me lembro daquilo que aconteceu... é difícil pra mim! (E2)

Após vivenciar duas experiências de gestação de alto risco e as dificuldades decorrentes da doença preexistente ou adquirida na gestação, ainda assim, uma mulher mantém o desejo de ter mais filhos, mas reconheceu que isso não irá acontecer porque o médico resolveu fazer a laqueadura tubária:

...se não tivessem me operado, Ah! Daqui uns cinco, seis anos provavelmente eu ia querer outro. Existe ainda a vontade, é que agora não é mais possível. O médico me operou na última gravidez. (E10)

Reconheceu ainda, as possibilidades para que uma gravidez ocorra por inseminação, entretanto, o desejo da maternidade é muito grande, mas o medo aparenta ser maior:

...e uma inseminação, pode ser que da primeira não dê certo, vai ser outra decepção, aquela expectativa, você pode entrar em depressão. (E13)

Há relato de colaboradora que evidenciou o desejo ter mais filhos, mas, não no momento, visto o medo, ainda presente, de situações vividas:

...ter outros filhos, agora não quero. Tenho medo de sofrer na anestesia... (choro)... Tenho medo da dor. (E3)

Percepção da assistência obstétrica recebida no processo morbidade *near miss*

Este tema agrupa todas as falas relativas à assistência recebida. Em todo o período de atendimento da ocorrência do evento *near miss* pelos profissionais, as mulheres percebiam o que estava acontecendo em sua volta e as dificuldades no atendimento. Reclamaram da qualidade da assistência em relação a demora no atendimento, a falta de esclarecimento e a orientação a respeito do tratamento e dos cuidados a serem observados por ela:

...já fazia duas horas que nós estávamos esperando uma vaga e

não achava, e eu deitada lá na maca perdendo sangue... O médico falou que ia me mandar pra Rio Preto. (E3)

A narrativa de uma colaboradora encerra fatos contundentes e explícitos de falha na assistência e seu desdobramento que esbarra em questões éticas. Relata que o parto foi “forçado” e a placenta foi extraída pelo médico. Após o parto, a queixa de dor abdominal intensa acompanhada de hemorragia vaginal exagerada não foi valorizada pelo enfermeiro nem pelo marido:

...eles (enfermeiro e enfermeira) empurravam a minha barriga e eu comecei a sentir falta de ar. (...). Ele (médico) falou: Você tem que fazer força. O pessoal está te ajudando... Depois de eles empurrarem tanto, falaram que estavam vendo a cabecinha do nenê, mas só depois deles empurrarem muito (...) me machucaram as costelas. Ficou tudo dolorido muito tempo. (E2)

Na seqüência da ocorrência, em razão da hemorragia vaginal exagerada conseqüente do trauma perineal e do estado de choque hipovolêmico, foi transferida para outro hospital de maior complexidade. Ali, ouviu comentários relativos ao estado do períneo:

...ela (a médica) perguntou: quem fez isso em você? Daí eu falei tal médico e ela comentou tinha que ser... Eu ouvia ela falando: é a episiotomia que tá sangrando. O outro falava: ela não vai mais poder ter parto normal, o que foi que ele fez! (E2)

Os esclarecimentos da médica quanto a sua situação apontam para questão ética profissional e falta de compromisso com a qualidade da assistência:

...perguntei ele (médico) fez alguma coisa errada? E ela disse: ele fez tudo errado, filha! Só que como ética médica a gente procura não comentar muito. Seu útero dilacerou, o pique foi muito profundo e tive que costurar com uma agulha muito grossa... (E2)

Além disso, seu “caso” tornou-se público e distorcido:

...nossa! Foi ela, então. Aí todo mundo já sabia, já tinha conhecimento do assunto. Só que, o que se comenta pro restante do pessoal: Ah! É normal ter uma hemorragia pós parto... (E2)

DISCUSSÃO

A percepção da complicação grave pelas mulheres apresenta aspectos positivos, negativos.

Dentre os aspectos positivos encontrados nas narrativas destaca-se o apoio e a preocupação das famílias com as repercussões da morbidade na vida das mulheres. Alguns depoimentos mostraram que houve maior aproximação entre familiares, tornando os laços afetivos mais fortes e facilitadores do enfrentamento e superação das

dificuldades decorrentes da experiência vivida.

Algumas mulheres, com doenças preexistentes, acreditam que melhoraram da doença, porém necessitam adaptar-se continuamente ou estão em fase de recuperação e adaptação às novas condições de sobrevivência. Descrevem o amadurecimento pessoal e a valorização do autocuidado, o fortalecimento da auto-estima para tomada de decisões, para aprender a conviver com doenças crônicas e reafirmar a fé.

Outras consideram que se recuperaram do ocorrido, mesmo apresentando algumas queixas de ordem orgânica e emocional. Acreditam que superaram esse momento em suas vidas, pela reafirmação da fé religiosa e vontade de viver para acompanhar o crescimento e desenvolvimento de seus filhos. Uma delas relatou que após o evento ocorrido, conseguiu resolver um problema físico crônico e, assim, sentia-se bem.

Diferentes colaboradoras comentaram que a experiência do evento adverso em suas vidas era “algo do passado” e, praticamente, não lhes trouxe mudanças.

Para algumas colaboradoras, as implicações foram negativas, pois adquiriram doenças, sofrimento e medos não existentes anteriormente. Dessa forma, algumas necessitam de acompanhamento psicológico em função das queixas de tristeza, depressão, medo de relacionar-se com as pessoas. Na visão das mulheres, a experiência para a família foi marcante e sofrida.

O tema que envolveu futuras gestações teve diferentes impactos em cada uma delas. Para algumas representou barreira para concretizar o sonho de ser mãe em decorrência de condições físicas.

Para colaboradoras disintas, apesar da gestação ter sido uma experiência intensa e causadora de sofrimento, a perspectiva de uma nova gestação representa uma dificuldade que pode ser superada. São poucas as que não gostariam de ter outro filho, apesar da recomendação contrária do médico. Isto evidencia as crenças e os valores que elas detêm quanto ao papel da mulher diante da reprodução humana e a força que a maternidade exerce em suas escolhas de vida.

Na fala das mulheres percebe-se uma falta de conhecimento sobre as questões que envolvem o seu corpo durante o processo reprodutivo, as quais contribuíram para a vivência destes eventos extremos em suas vidas. As que eram portadoras de doenças preexistentes, mencionaram dificuldades no cuidado de sua saúde, sobretudo, em relação ao conhecimento da doença, ao reconhecimento dos sinais e sintomas de agravamento, às formas de tratamento e aos cuidados requeridos. Aquelas que experimentaram complicações decorrentes da gestação referiram dúvidas e desconhecimento de fatores de risco e as formas de tratamento e controle das doenças e de cuidado com os desconfortos próprios da gestação. Nestes depoimentos ficou evidente a falta de informações por

parte dos profissionais, em especial, dos médicos.

A esse respeito, dois autores⁽⁹⁾ sugerem mudanças que conduzem à reflexão sobre a humanização da medicina, em particular, a relação médico-paciente para o reconhecimento da necessidade de maior sensibilidade diante do sofrimento ou necessidade das mulheres, como conhecer suas realidades, ouvir suas queixas e encontrar estratégias que facilitem as adaptações ao estilo de vida exigido, muitas vezes, pela doença.

Outros autores⁽¹⁰⁾ apresentam resultados semelhantes e ressaltam que a equipe médica, às vezes, fornece à paciente e à família informações insatisfatórias sobre uma complicação ou utiliza-se de termo técnico que não é familiar ou é compreendido de forma errônea.

Cabe ressaltar que todas as colaboradoras deste estudo passaram por acompanhamento pré-natal, com início no primeiro trimestre de gestação, realizado por médicos ou enfermeiros, como preconiza o Ministério da Saúde.⁽¹¹⁾

No entanto, algumas não mencionaram nem perceberam que deveriam ter recebido atendimento pré-natal especializado, visto as histórias de saúde pessoal e obstétrica de doenças crônicas, adquiridas na gestação e/ou intercorrências anteriores.

Os achados mostraram, ainda, a precariedade da atenção recebida pelas mulheres, em especial, no pós-parto imediato. Há mais de dez anos, um pesquisador⁽¹²⁾ apontou a desconsideração dos profissionais da equipe obstétrica quanto à assistência prestada no transcórper do período pós-parto, pois via de regra, a atuação do obstetra termina com o reparo das lesões do parto e com a prescrição. No entanto, o quarto período do parto é considerado crítico à recém-parturida, é o tempo em que há maior risco de ocorrências anormais, com destaque para a hemorragia genital, como ocorreu com algumas mulheres.

Dois autoras⁽¹³⁾ tecem uma crítica ao modelo biomédico que, além de possuir uma visão mecanicista e reducionista do corpo humano, negligencia a autonomia conceitual e as representações que as pessoas fazem sobre seu estado de saúde.

As mulheres perceberam e avaliaram a assistência prestada pelos profissionais de saúde. Conforme seus depoimentos, citaram que a qualidade da assistência ficou muito aquém do esperado. Apontaram, também, a falta de respeito, de compreensão e consideração para com suas necessidades de falar sobre os sinais e sintomas percebidos e a demora no atendimento e transferência para outro serviço de saúde. Observaram o descaso e despreparo da equipe de saúde ao receber as mulheres no pronto-atendimento, acompanhamento do pré-natal, parto e pós-parto. Quase todas as histórias de vida reprodutivas dessas mulheres sugerem uma assistência obstétrica inadequada, pois, muitas vezes, foram expostas a riscos desnecessários e danosos.

CONCLUSÃO

A morbidade materna grave *near miss* é identificada como um processo complexo de interpretação, pelo qual as mulheres, em suas contingências históricas e biográficas, atribuem significado próprio.

Na assistência à saúde é importante considerar não apenas a queixa de aflições físicas e emocionais, mas buscar a compreensão das formas de interpretação, valores e crenças relacionadas aos problemas apresentados pelas mulheres, buscando entender a visão de mundo das pessoas que são assistidas.

No presente estudo, pôde-se apreender que, em várias situações, houve comunicação ineficaz do profissional de saúde em relação à mulher ou à família e entre equipe e família. Houve também, relatos que atestam que os profissionais, em especial os médicos, não fornecem informações sobre o ocorrido nem à mulher e, tampouco,

aos seus familiares.

A pesquisa identificou uma “naturalização” de alguns sinais e sintomas próprios do período grávido puerperal, como as diversas modalidades de “dor obstétrica”, tonturas e sangramentos vaginais de diferentes intensidades.

Os depoimentos mostraram a precariedade da atenção recebida pelas mulheres, em especial, no pós-parto imediato. Apontaram ainda, a situação de abandono dessas mulheres após a alta hospitalar. Nas narrativas, não existe a menção do acompanhamento profissional para essas mulheres, sobretudo, às portadoras de doenças crônicas e aquelas emocionalmente afetadas.

AGRADECIMENTO

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela concessão de bolsa de doutorado.

REFERÊNCIAS

1. Souto K. Oito de março – dia internacional da mulher: data de muitas lutas e histórias. Revista Saber Viver [Internet] 2004 [citado 2008 Abr 12]; 1(3): [cerca de 1 p.]. Disponível em: http://www.saberviver.org.br/index.php?g_edicao=diamulher_mulher3
2. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da mulher [Internet]. Brasília (DF):Ministério da Saúde; 2004. [citado 2004 Nov 12]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=19482
3. Godoy SR. Mortalidade materna: em busca do conhecimento. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2001.
4. Nashef SA. What is a near miss? Lancet. 2003;361(9352):180-1.
5. Souza JP, Cecatti JG, Parpinelli MA, Sousa MH, Serruya SJ. Revisão sistemática sobre morbidade materna *near miss*. Cad Saúde Pública = Rep Public Health. 2006;22(2):255-64.
6. Lewis G. Beyond the numbers: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. Br Med Bull. 2003;67:27-37.
7. Godoy SR. “Minha vida de agora em diante...”: experiências de mulheres sobreviventes da morte materna [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006.
8. Meihy JCSB. Manual de história oral. 4a ed. São Paulo: Loyola; 2002.
9. Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Cad Saúde Pública. 1999;15(3):647-54.
10. Filippi V, Ronsmans C, Gandaho T, Graham W, Alihonou E, Santos P. Women's reports of severe (near miss) obstetric complications in Benin. Stud Fam Plann. 2000;31(4):309-24.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília (DF); 2005.
12. Soler ZSGS. Estudo do quarto período do parto: uma proposta de assistência sistematizada de enfermagem [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1993.
13. Albuquerque CMS, Oliveira CPF. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança [online]. 2004. Disponível em: http://www.ipv.pt/millennium/Millennium25/25_27.htm. [Acesso em 7 set. 2004].