

**Ana Paula Pinho Carvalheira**

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

**Dissertação apresentada ao Programa  
de Pós-Graduação em Enfermagem,  
Mestrado Profissional, da Universidade  
Estadual Paulista “Júlio de Mesquita  
Filho” – UNESP, para obtenção do título  
de Mestre em Enfermagem.**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Adjunta Cristina  
Maria Garcia de Lima Parada**

**Botucatu  
2009**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO  
DA INFORMAÇÃO  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
*BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus*

Carvalho, Ana Paula Pinho.

Sentimentos e percepções de mulheres no ciclo gravídico-puerperal  
que sobreviveram à morbidade materna grave / Ana Paula Pinho  
Carvalho. – Botucatu : [s.n.], 2009.

Dissertação (mestrado - Enfermagem) – Universidade Estadual  
Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2009.

Orientadora: Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Assunto CAPES: 40101150

1. Serviços de enfermagem - Qualidade 2. Maternidade - Aspectos  
psicológicos 3. Puerpério 4. Parto

CDD 618.2

Palavras-chave: Enfermagem; Gravidez de alto risco; Morbidade;  
Mortalidade materna; Pesquisa qualitativa

# Dedicatória



## Dedico este trabalho...

À minha mãe, **Maria Isabel Pinho**, por ter me deixado fazer parte da sua vida. Você é a lembrança diária do que realmente é importante - amor, dedicação e confiança.

Às **mulheres**, que se dispuseram a dividir comigo suas experiências e sentimentos, sem os quais a realização deste trabalho teria sido impossível.

## Agradecimentos Especiais



A **Deus**, meu Senhor

Por ter me guiado e me abençoado em todos os momentos da minha vida.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Adjunta **Cristina Maria Garcia de Lima Parada**

Pelo exemplo, dedicação, conhecimento passado e por ter acreditado em mim.

## Agradecimentos



Às minhas irmãs, **Juliana e Gabriela**, pelo apoio e sentido que dão a minha vida.

Ao meu namorado, **Jean**, por ter acreditado na importância deste trabalho para mim, com você ao meu lado, tudo ficou mais fácil. A você o meu eterno amor.

Às minhas Tias **Iandra e Márcia**, que mesmo de longe, sempre me incentivaram e vibraram com minhas conquistas.

Às minhas amigas, **Paula, Flávia, Livia e Danielle**, por terem me proporcionado, cada uma do seu jeito, uma vida mais "alegre", de fato, digna de ser vivida.

Às Professoras Doutoras **Maria Alice e Vera** pela orientação no momento da qualificação deste estudo.

Aos **docentes** do programa de mestrado em enfermagem, pelos ensinamentos e pela cooperação.

A todos os **colegas do mestrado**, pela convivência e troca de conhecimentos.

À **Aline e Heloísa**, pela atenção e disponibilidade para me atender.

À **Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**, pelo financiamento deste Programa Pós Graduação em Enfermagem.

Enfim, a **todos** aqueles que me ajudaram, de alguma forma, na realização deste trabalho.

Epígrafe



*Os nossos sonhos constituem a melhor e a mais doce parte da nossa vida.*

Ernest Renan

## Resumo



CARVALHEIRA, A. P. P. Sentimentos e percepções de mulheres no ciclo gravídico-puerperal que sobreviveram à morbidade materna grave. 2009. 102f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" - UNESP, 2009.

A morte materna é um evento trágico que acomete a mulher durante o processo fisiológico da reprodução. Constitui um indicador da iniquidade existente entre gêneros e está inversamente associada ao grau de desenvolvimento humano. Os objetivos deste estudo foram compreender a experiência relativa à morbidade materna grave, a partir de um grupo de mulheres que vivenciou esse problema, bem como caracterizá-las considerando aspectos sociodemográficos e dados relativos ao pré-natal, admissão, pré-parto, parto e puerpério. Foram sujeitos da investigação 16 mulheres (uma gestante e 15 puérperas), atendidas em serviço terciário. Adotaram os preceitos metodológicos da pesquisa qualitativa, para tanto, elegeram-se as Representações Sociais como Referencial Teórico e como referencial metodológico utilizou-se a construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). A coleta de dados deu-se a partir de entrevista semiestruturada e as questões norteadoras relacionaram-se ao desejo e programação da gestação em curso e sobre a experiência e vivência da gestação de alto risco. Os resultados foram sistematizados em quatro temas e suas respectivas ideias centrais: Tema 1. Descrevendo o desejo e a programação para ter um filho (ICs: Não planejei, mas está sendo uma bênção; Já passei por gravidez de alto risco, por isso não planejei; Minha gravidez foi planejada); Tema 2. Percebendo seu problema de saúde, sua influência na gestação e para o conceito (ICs: Senti que estava correndo risco de vida, mas agora estou bem; Encontrei força na minha igreja; Foi horrível, senti que estava matando a minha filha; Me sinto culpada por tudo o que aconteceu); Tema 3. Superando o choque inicial no pós-parto (ICs: Fiquei

sem saber notícias sobre o meu filho após o nascimento; Foi sofrido ver meu filho na UTI, a gente sonha em pegar no colo, amamentar...); Tema 4. Experiência gestacional: desejos, frustrações e superação (ICs: Foi uma experiência dolorosa; Logo ele vai estar nos meus braços). Espera-se que este trabalho possa contribuir para uma assistência de enfermagem que considere as diversas possibilidades de necessidades maternas, pois com isso o enfermeiro poderá agir de maneira mais eficaz no cuidado prestado no ciclo gravídico-puerperal. Que possa, também, contribuir com a reflexão dos profissionais de saúde, viabilizando o desenvolvimento de atividades educativas, tendo como objetivo a promoção da saúde e a prevenção de agravos na atenção dispensada à população materno infantil.

**Palavras-chave:** Mortalidade materna, Morbidade, Gravidez de alto risco, Pesquisa Qualitativa, Enfermagem.

## Summary



CARVALHEIRA, A. P. P. Feelings and perceptions of women in the gravid-purperal cycle who survived severe maternal morbidity. 2009. 102f. Master's Thesis (Master's Program in Nursing) - Botucatu School of Medicine, "Júlio de Mesquita Filho" São Paulo State University - UNESP, 2009.

Maternal death is a tragic event that affects women during the physiological process of reproduction. It constitutes an indicator of the iniquity existing between genders, and it is inversely associated to the level of human development. The objectives of the present study were to understand the experience related to severe maternal morbidity based on a group of women who experienced such problem as well as to characterize such women by taking into account sociodemographic aspects and data related to prenatal follow-up, hospital admission, prepartum period, parturition and puerperium. The subjects of investigation were 16 women (one pregnant woman and 15 puerperae) attended to by a tertiary service. The methodological precepts of qualitative research were adopted, and for that end, Social Representations were elected as a theoretical framework, and the construction of the Collective Subject Discourse (CSD) was used as a methodological framework. Data were collected by semi-structured interviews, and the guiding questions were related to the desire for and planning of the pregnancy in course and to the experience of a high-risk pregnancy. The results were systematized into four themes and their respective core ideas: Theme 1. Describing the desire and plan to have a child (CIs: I didn't plan it, but it's been a blessing; I've had high-risk pregnancies, for this reason I wasn't planning it: My pregnancy was planned); Theme 2. Perceiving one's health problem, its influence on pregnancy and on the conceptus (CIs: I felt that I was at risk of death, but I'm fine; I found strength in my church; It was horrible, I felt like I was killing my daughter; I feel guilty for everything that happened); Theme 3.

Overcoming the initial shock in the post-partum period (CIs: I didn't hear about my child after the birth; It was a lot of suffering to see my child in the ICU, you dream of holding your child, breastfeeding...); Theme 4. Gestational experience: desires, frustrations and overcoming (CIs: It was a painful experience; He will soon be in my arms). It is expected that this study will contribute to nursing care that takes into account the various possibilities of maternal needs, since, by doing so, nurses will be able to act more efficiently in the care provided during the gravid-puerperal cycle. It is also expected that it can contribute to health care professionals' reflection, thus enabling the development of educational activities aiming at promoting health and preventing aggravations in the care given to mothers and children.

**Key words:** Maternal mortality, Morbidity, High-risk pregnancy, Qualitative research, Nursing.

## Lista de Abreviaturas e Siglas



AC - Ancoragem

DSC - Discurso do Sujeito Coletivo

ECH - Expressão-chave

HPP - Hemorragia Pós-Parto

IC - Ideia Central

MS - Ministério da Saúde

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN - Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

PSF - Programa de Saúde da Família

RMM - Razão de Morte Materna

SEPM - Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres

UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

## Sumário



**RESUMO****LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS**

|                                                |           |
|------------------------------------------------|-----------|
| <b>APRESENTAÇÃO</b>                            | <b>22</b> |
| <b>1 INTRODUÇÃO</b>                            | <b>23</b> |
| 1.1 Saúde da Mulher                            | 29        |
| 1.2 Morbidade Materna <i>Near Miss</i>         | 32        |
| 1.3 Morbidade Materna e Gravidez de Alto Risco | 36        |
| <b>2 OBJETIVOS</b>                             | <b>39</b> |
| <b>3 MÉTODO</b>                                | <b>41</b> |
| 3.1 Desenho do Estudo                          | 42        |
| 3.2 Sujeitos do Estudo                         | 48        |
| 3.3 Local do Estudo                            | 48        |
| 3.4 Coleta e Análise dos Dados                 | 49        |
| 3.5 Procedimentos Éticos                       | 52        |
| <b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>               | <b>53</b> |
| 4.1 Caracterização das Entrevistadas           | 54        |
| 4.2 Análise dos Discursos do Sujeito Coletivo  | 59        |
| <b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>                 | <b>75</b> |
| <b>6. REFERÊNCIAS</b>                          | <b>78</b> |
| <b>7. ANEXOS</b>                               | <b>95</b> |

# Apresentação



---

Pela minha experiência profissional como Enfermeira Assistencial em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), foi possível ter a percepção da necessidade de a enfermagem atender à mulher e seu filho de forma humanizada e com qualidade. A condição para tal atendimento é que se ofereça uma assistência integral, preocupando-se com aspectos fisiológicos da gestação, mas também dando atenção para os aspectos emocionais, sociais e culturais.

A busca por compreender o que significa para a mulher sobreviver à gravidade da morbidade materna apresentada por ela durante a gestação ou puerpério emergiu da minha experiência diária e do contato com essas mulheres na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, no momento de visita a seus filhos. Pude perceber que a gestante ou puérpera se mostrava lábil e vulnerável diante das incertezas do dia a dia, passando a conviver com o fantasma do risco, o qual representava uma ameaça para sua saúde.

Muitas mulheres com as quais tenho convivido em minha atividade profissional manifestam temor de morrer na gravidez ou no parto, de perderem seu filho, que este nasça prematuro ou com alguma deformidade. Esse temor por vezes as fragiliza, mas pode também fortalecê-las.

Acredito que este trabalho sirva de reflexão para os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, acerca da prática do cuidado e da atenção dispensada à mulher que apresenta morbidade materna grave.

Pretende-se contribuir com a humanização do cuidado de enfermagem, coerente com os preceitos dos atuais programas voltados à saúde materna, onde a integralidade é apontada como diferencial de qualidade da atenção, tanto no nível hospitalar quanto na atenção básica.

## 1. Introdução



A gravidez é um evento biologicamente natural, porém especial na vida da mulher e sua família e, como tal, desenvolve-se em um contexto social e cultural que influencia e determina sua evolução e assistência (TSUNECHIRO e BONADIO, 1999). É considerada um período transitório de crise psicológica, em que ocorrem também profundas mudanças relacionadas a aspectos fisiológicos, emocionais e de associações interpessoais (TEDESCO, 2000).

Em nossa sociedade, as pressões sociais têm forte influência na maneira como a mulher vivencia a gravidez e a maternidade. Acredita-se que a assistência pré-natal pode proporcionar um vínculo de suporte e confiança entre a mulher e o profissional que a assiste nesse momento especial (TSUNECHIRO e BONADIO, 1999).

A assistência pré-natal constitui-se num 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 (REZENDE e MONTENEGRO, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), o principal objetivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez - período de mudanças físicas e emocionais -, que cada gestante vivencia de forma distinta. Essas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente a curiosidade de saber o que acontece no interior de seu corpo (BRASIL, 2006a).

A assistência pré-natal é constituída por um conjunto de cuidados, condutas e procedimentos desenvolvidos em favor da mulher grávida e do conceito durante a gestação (PENNA, 1999). Portanto, o pré-natal é a denominação de um conjunto de medidas e atividades realizadas pelos

---

profissionais de saúde com as mulheres durante a gravidez e no preparo para o parto (BARUFFI, 2004).

Uma assistência pré-natal adequada e de qualidade tem preocupado instituições voltadas à promoção da saúde materno-infantil, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o sistema de saúde brasileiro, por intermédio do MS, por considerarem reais as possibilidades de diagnóstico e tratamento da maioria das situações patológicas, podendo repercutir favoravelmente em resultados maternos e em melhores condições dos recém-nascidos (FERREIRA, 2002).

Em geral, nas propostas oficiais, não se questiona a relevância de se objetivar, com a assistência pré-natal, a redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal por meio do atendimento da mulher grávida em suas necessidades físicas. Contudo, não se observa preocupação e adequação da assistência às necessidades sentidas e manifestadas pela mulher de acordo com seu contexto socioeconômico-cultural. Para ser efetivo, o serviço de pré-natal deve propiciar assistência ampla e eficaz às gestantes, sendo indispensável que a equipe multidisciplinar disponha das normas e rotinas do serviço e conheça os direitos da mulher em ser assistida em suas reações humanas e em suas necessidades física, emocional, social e cultural em relação à sua saúde e à gestação (BONADIO e TSUNECHIRO, 2003).

As reações humanas, inclusive as das mulheres, são fenômenos que devem ser investigados para fundamentar, sobretudo, a prática da enfermagem (LOPES e CAMPOS, 2005). Na complexidade das vivências do ciclo grávido-puerperal, é importante considerar vários fatores, como a história pessoal da gestante e seu passado obstétrico, o contexto dessa gravidez com relação a sua idade e ao vínculo com parceiro, outras

características da gravidez, como se é normal ou de risco e se oferece perigo de vida para o feto ou para a mulher, bem como o contexto da assistência pré-natal, verificando se oferece qualidade ou não (MALDONADO, 1997).

Destaca-se que na vigência de patologia, a grávida, tendo um fator de risco identificado, pode apresentar dificuldades de adaptação emocional, sentindo-se diferente da gestante de baixo risco (TEDESCO, 2000).

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 OMS estima que anualmente 20 milhões de mulheres no mundo apresentem complicações agudas relacionadas à gestação, com a ocorrência de 529 mil óbitos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). A ocorrência da morte materna extrapola a tragédia individual, constituindo um aspecto de avaliação do desenvolvimento humano (WORLD BANK STATEMENT, 1999). Em países da África Subsaariana, a morte materna é um evento frequente, capaz de produzir uma razão de morte materna (RMM) de 1.500 óbitos por 100 mil nascidos vivos, enquanto nos países desenvolvidos as razões de morte materna são baixas, de 10 ou menos óbitos por 100 mil nascidos vivos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). No Brasil, o óbito materno é um problema subdimensionado, sendo estimados em 2002, aproximadamente 76 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2004b).

A dispersão desses óbitos pelo território brasileiro faz com que eles sejam eventos institucionalmente raros, o que impede o reconhecimento da mortalidade materna como problema de saúde pública e dificulta o estudo de seus determinantes. Em 2001, nasceram vivas no país aproximadamente 3.106.525 crianças, em 5.390 hospitais, com cerca de 1.600 de óbitos maternos notificados (BRASIL, 2004b). Esses números indicam que, se a

distribuição fosse homogênea, ocorreria no citado ano cerca de 0,3 óbito materno por hospital que atende partos no Brasil. Mesmo em serviços de referência que atendem mulheres com complicações na gravidez, o número absoluto de mortes maternas é pequeno.

Porém, a morte materna é um evento trágico que acomete a mulher durante o processo fisiológico da reprodução. Constitui um indicador da iniquidade existente entre gêneros e está inversamente associada ao grau de desenvolvimento humano (BRASIL, 2006b). Além disso, as causas diretas de morte materna representam a maioria dos óbitos, tanto no Brasil quanto no mundo, sendo evitáveis em sua quase totalidade e estes aspectos sintetizam sua importância (CECATTI; ALBUQUERQUE; HARDY; FAUNDES, 1998).

Persiste a preocupação com a adequada assistência à mulher, voltada para aquelas que apresentam morbidade grave durante a gravidez, parto ou puerpério, mesmo em países com baixíssimas razões de morte materna, uma vez que para cada óbito materno ocorrido, um considerável número de mulheres desenvolve morbidade grave e apresenta sequelas permanentes desde então (UNITED NATIONS POPULATION FUND, 2003).

Mais do que isso, o adequado enfrentamento de complicações ocorridas no ciclo gravídico puerperal tem sido colocado como crucial na estratégia de combate à mortalidade materna (PATTINSON, 2003).

No Brasil, onde a RMM oficial é de aproximadamente 76/100.000 nascidos vivos, podem estar ocorrendo até cem vezes mais casos de mulheres com morbidade grave: 7.600/100.000 ou 7,6% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004). Estudo realizado em capitais brasileiras apontou que 67,1% das mortes maternas foram decorrentes de causas obstétricas diretas. Assim, pouco mais de um quarto dos óbitos decorreram de causas obstétricas indiretas (BRASIL, 2006a), indicando que a qualificação da assistência nas instituições brasileiras deve focar tanto as causas de

morte diretamente relacionadas à gestação quanto às condições clínicas prévias à gestação, com especial atenção ao cuidado no hospital, onde ocorrem 90% dos partos (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004).

As complicações obstétricas incluem distintos graus de gravidade e indicam a necessidade de conhecer melhor os problemas relacionados à gravidez e ao parto que não resultam em morte, mas que causam sofrimento e às vezes deixam sequelas nas mulheres (AQUINO, 2002).

O período gravídico-puerperal é a fase de maior incidência de transtornos psíquicos na mulher, necessitando de atenção especial para manter ou recuperar o bem-estar, e prevenir dificuldades futuras para o filho. A intensidade das alterações psicológicas dependerá de fatores familiares, conjugais, sociais, culturais e da personalidade da gestante (MALDONADO, 1997). Entre os transtornos possíveis, a depressão pós-parto é problema que afeta cerca de 10 a 15% de mulheres em muitos países, havendo um número expressivo de pesquisas na área (DA-SILVA; MORAES-SANTO; CARVALHO; MARTINS; TEIXIERA, 1998).

Tem crescido o interesse no estudo dos casos de morbidade grave na gestação, particularmente casos de morbidade extremamente grave, caracterizado como *near miss*. A morbidade materna é um *continuum* que se inicia com a ocorrência de uma complicação durante a gestação, parto ou puerpério, e que pode terminar em morte. Os casos de morbidade extremamente grave são aqueles em que mulheres apresentam complicações potencialmente fatais durante o ciclo gravídico puerperal, mas sobrevivem devido ao acaso ou ao bom cuidado hospitalar (PATTINSON, 2003).

O estudo de mulheres com morbidade materna *near miss* é atividade que tem sido vista como promissora para o desenvolvimento deste novo indicador de saúde materna. Deve-se considerar que este padrão de morbidade entre as mulheres ocorre com mais frequência do que os casos

de óbito materno e é capaz de fornecer informações muito mais completas e consistentes, à medida que, vivas, são as próprias mulheres que constituem a fonte de informações da problemática enfrentada.

Para a realização do presente estudo, tendo em vista a relevância da morbidade materna grave, considerou-se pertinente aprofundar, na contextualização do tema, alguns aspectos relacionados à saúde da mulher, sobre morbidade materna e sobre o conceito *near miss*.

Espera-se propiciar, em outros profissionais, o interesse em estudar, pesquisar aspectos pertinentes ao tema, tendo em vista a importância de uma assistência de qualidade no ciclo gravídico-puerperal, no sentido de identificar precocemente fatores de risco na gestação e implementar ações que reduzam as possíveis complicações para a gestante e o conceito, contribuindo para a ocorrência de partos mais seguros. Além disso, diante de poucos estudos encontrados com relação ao tema, espera-se auxiliar os profissionais de saúde que assistem gestantes de alto risco, a identificar e compreender melhor as experiências das mulheres durante o período gestacional e puerperal, utilizando-se disso como uma ferramenta valiosa na luta contra a mortalidade materna.

### **1.1. Saúde da Mulher**

Além dos aspectos biológicos e epidemiológicos que sempre nortearam as discussões relacionadas à saúde de diferentes grupos populacionais, atualmente, o enfoque de gênero discutido por equipes multidisciplinares e multiprofissionais acrescenta novos caminhos no debate sobre a saúde da mulher, considerando questões sociais, culturais, éticas, humanísticas, antropológicas e religiosas (CECATTI; SOUZA; PARPINELLI; KRUPA; OSIS, 2007).

Até o final da década de 70 do século passado, políticas e práticas em relação à saúde da mulher estavam associadas quase exclusivamente à gestação e o interesse principal era a proteção da saúde do feto. Entretanto, nos anos 80, com a emergência da aids e as mudanças no padrão reprodutivo, aspectos como sexualidade e contracepção ganharam relevância em relação à concepção, gravidez e parto (BRASIL, 2002).

A década de 1980 foi marcada como um período de transição democrática, despontando a organização de vários movimentos sociais, dentre eles o movimento feminista. As mulheres passaram a reivindicar direitos relacionados à saúde reprodutiva, como o planejamento familiar, a sexualidade, a democratização de informação em saúde, além de outras medidas compreendidas na esfera da saúde pública e não mais na esfera biomédica (MOURA e RODRIGUES, 2003).

Nesse período, houve ruptura com o paradigma anterior e a saúde feminina passou a ser considerada de forma mais ampla. As propostas do movimento feminista e do movimento sanitário brasileiro convergiram e originaram, em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), trazendo o conceito de saúde integral à mulher e o direito à opção de exercer ou não a maternidade (NASCIMENTO, 1992).

Ao longo dos anos 90, pode-se perceber uma desvinculação das políticas de saúde a um poder centralizado, a partir da Constituição de 1988, que passa a conferir maior autonomia aos governos estaduais e municipais, possibilitando a ampliação e criação de diversos programas de saúde voltados à promoção e recuperação da saúde do indivíduo e sua família, focalizando as situações de maior risco. Dentre estas estratégias, sobressaem o Programa de Saúde da Família (PSF), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o incentivo à implantação de Comitês

---

Municipais de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil (MINAS GERAIS, 2004b).

O governo brasileiro considerou 2004 o Ano Nacional da Mulher e nele promoveu a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, organizada pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres - SEPM. Esse evento ocorreu pela necessidade de priorizar as ações voltadas à saúde da mulher, levando-se em conta os indicadores que desafiavam os serviços de saúde e a sociedade como um todo (BRASIL, 2004a).

Pode-se afirmar que no início do novo milênio, o Brasil tem conseguido avançar com a implementação dos princípios de universalidade e descentralização. A partir da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), houve a implementação de programas que direcionam um olhar mais atento à promoção da saúde da mulher e do recém-nascido, como a humanização no atendimento perinatal e o combate à mortalidade materna e infantil, com a implantação do Método Mãe Canguru em junho de 2000, do Programa Nacional de Triagem Neonatal em 2001, da criação do Programa Viva Vida em 2005 e do Pacto pela Saúde em 2006 (BRASIL, 2006a).

Também se destaca o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde 2000, baseado na análise das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no momento do parto. O intuito desse programa é reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, ao parto, puerpério e neonatal, e ampliar as ações já adotadas com relação à gestação de alto risco por meio de investimentos nas unidades hospitalares integrantes das redes estaduais de assistência (BRASIL, 2000a).

O PHPN focaliza a valorização da gestante no ciclo gravídico-puerperal e preconiza que os profissionais da saúde assumam postura de educadores que compartilham saberes, buscando desenvolver na mulher sua autoconfiança na vivência da gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2002).

Embora importantes conquistas tenham sido obtidas, observa-se hoje que muitas iniciativas relacionadas à saúde das mulheres ainda se caracterizam por manipular seus corpos e suas vidas, visando a objetivos outros que não o seu bem-estar. Várias ações de atenção à saúde da mulher desejam um comportamento feminino dócil e insistem em desapropriar a mulher da sua autodeterminação. As elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal, o uso abusivo da cesárea e a alta prevalência de mulheres esterilizadas são exemplos claros dessas distorções (BRASIL, 2001).

### 1.2. Morbidade Materna *Near Miss*

Em países desenvolvidos, *near miss* vem sendo estudada desde a década de 1990, referindo-se a *severe obstetric morbidity*, *acute severe maternal morbidity*, *near miss mortality* e *near miss maternal mortality*, traduzindo-se em morbidade materna grave (BASKETT e STERNADEL, 1998).

A necessidade de estudos de *near miss* justifica-se, pois sendo a morbidade materna grave muito mais comum que a mortalidade, este é um melhor indicador da eficácia de programas de maternidade segura (FILIPPI; RONSMANS; GANDAHO; GRAHAM; ALIHONOU; SANTOS, 2000). Segundo as mesmas autoras, compõem o quadro de *near miss* as mulheres que tiveram a vida ameaçada por morbidade grave, mas não morreram. O interesse nos casos de complicação severa em obstetrícia propiciou a adaptação, para as ciências médicas, de um conceito desenvolvido pela

---

indústria aeronáutica para descrever incidentes relacionados à aproximação indevida de aeronaves nas operações de controle de tráfego aéreo (NASHEF, 2003). O conceito de "*quase-perdd*", que será mantido nesta revisão na sua forma original em inglês, *near miss*, referia-se originalmente a um choque de aeronaves durante o voo que esteve próximo de ocorrer, e que somente não ocorreu por um bom julgamento ou sorte. Do ponto de vista militar, o conceito *near miss* refere-se ao projétil balístico que erra por pouco seu alvo. No estudo da morbidade materna, o conceito *near miss* foi introduzido por Stones et al. e faz referência à situação onde mulheres que apresentam complicações potencialmente letais durante a gravidez, parto ou puerpério, somente sobrevivem devido ao acaso ou ao cuidado hospitalar (FILIPPI; BRUGHA; BROWNE; GOHOU; BACCI; DE BROWERE. et al., 2004).

Assim, o termo *near miss*, por referir-se à superação de um grave problema de saúde, aproxima-se do conceito de resiliência. Diferentemente da ideia de invulnerabilidade, a resiliência refere-se à capacidade de enfrentar e responder de forma positiva às adversidades e suas consequências potencialmente negativas (RUTTER, 1993). Trata-se de um fenômeno complexo e dinâmico que se constrói de forma gradativa, a partir das interações vivenciadas pelo ser humano e seu ambiente, as quais podem promover a capacidade de enfrentar com sucesso situações que representam ameaça ao seu bem-estar (SILVA, 2003). Não significa que a pessoa não experimente o estresse ou que não se sinta atingida pela situação adversa nem, tampouco, que a situação de risco tenha que ser afastada. Pelo contrário, o sujeito resiliente conserva as marcas da adversidade que enfrentou. Elas estão presentes em suas lembranças, em seus sentimentos. Sua história permanece em sua memória, mas a pessoa é capaz de se recuperar porque encontra o suporte que a ajuda a prosseguir,

delineando uma trajetória que, do ponto de vista social e cultural, pode ser considerada positiva (RUTTER, 1993).

Existe imensa controvérsia sobre quais critérios seriam os mais adequados para definir os casos mais severos de morbidade materna. Há autores que utilizam definições amplas, que incluem situações de menor até maior gravidade (ZEEMAN, 2006), alguns pesquisadores adotam a ocorrência de disfunção orgânica materna grave (MANTEL; BUCHMANN; REES; PATTINSON, 1998), outros se baseiam em determinadas doenças, como por exemplo a eclâmpsia, e outros ainda no grau de complexidade do manejo assistencial, por exemplo, admissão em Unidade de Terapia Intensiva ou realização de histerectomia (STONES, 1991; MANTEL; BUCHMANN; REES; PATTINSON, 1998; WATERSTONE; BEWLEY; WOLFE, 2001).

Apesar de não existir consenso sobre uma definição estrita de *near miss*, o conjunto das diversas definições pode ser útil para diferentes objetivos, incluindo monitorização, vigilância epidemiológica e auditoria de cuidados de saúde (CECATTI; SOUZA; PARPINELLI; KRUPA; OSIS, 2007).

No Brasil, alguns pesquisadores testaram em um hospital universitário sistema de contagem desenvolvido para identificação de mulheres com morbidade materna *near miss*, diferenciando-as daquelas com condições graves que não representavam risco de vida. Os autores verificaram que, no período de 12 meses, 2.929 mulheres deram à luz, houve duas mortes maternas e 124 foram classificadas como portadoras de morbidade grave: 20 casos de *near miss* e 104 de outras morbidades graves. A complexidade dos casos foi avaliada comparando o total de tempo de permanência no hospital e número de procedimentos especiais em cada grupo (*near miss* vs. outras morbidades graves), sendo ambos significativamente maiores nos casos *near miss* (SOUZA e CECATTI, 2005).

Na Inglaterra, foram estimados a incidência e os preditores da morbidade obstétrica grave em 25 maternidades, nos anos de 1997 e 1998, a partir de estudo tipo caso-controle. Os casos incluíram mulheres que deram à luz depois de 24 semanas de gestação e vieram ao encontro do critério de morbidade grave e os controles eram mulheres que deram à luz sem morbidade grave. Para análise estatística, os autores consideraram quatro formas de morbidade materna grave: hemorragia grave, pré-eclâmpsia grave (incluindo a síndrome de HELLP e a eclâmpsia), sepse grave e ruptura uterina. Como resultados, observaram uma incidência de morbidade obstétrica grave de 12,0 por 1000 partos e cinco mortes maternas diretamente atribuíveis às condições de estudo, sendo três por sepse, uma por hemorragia e uma por Síndrome HELLP. Apontam os autores que provavelmente esteja subestimada a verdadeira incidência, sobretudo porque podem ter ocorrido eventos fora da sala de parto, não sendo reconhecidos como tal. Os principais preditores de morbidade materna grave foram os demográficos: idade acima de 34 anos, não-branca e exclusão social; exame médico geral: diabetes e hipertensão arterial e fatores obstétricos: hemorragia prévia e pós-parto, gravidez múltipla e cesariana emergencial (WATERSTONE; BEWLEY; WOLFE, 2001).

Para a OMS, não existe uma definição universalmente aplicável ao *near miss* e uma das principais vantagens de se utilizar esse conceito e não o de morte materna para as auditorias e análises de casos, decorre do fato de as complicações obstétricas ocorrem com maior frequência que as mortes, o que possibilita uma análise quantitativa mais abrangente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

### 1.3. Morbidade Materna e Gravidez de Alto Risco

Apesar de todos os avanços e conquistas realizadas pelas e para as mulheres no século passado, o tema saúde da mulher ainda levanta discussões e, mais do que isso, desafia a encontrar caminhos e soluções para muitos dos problemas vivenciados. Alguns são velhos e, ao mesmo tempo, atuais, dada sua importância, sobretudo na saúde reprodutiva. Como exemplos, podem ser citados a gravidez na adolescência, a gravidez indesejada, o aborto, a anticoncepção, a gravidez de alto risco, as complicações no parto e pós-parto, a qualidade da assistência prestada, a reprodução assistida e os altos índices de morte materna, entre outros.

No Brasil, há um número significativo de gestantes de alto risco, já que aproximadamente 15% das gestações podem ser caracterizadas desta forma (BRASIL, 2000b).

Nas últimas décadas, o tema mortalidade materna tem sido motivo de preocupações de pesquisadores, em especial nos países em desenvolvimento. No Brasil, a atenção dos pesquisadores tem-se voltado, geralmente, para dados estatísticos locais, causas de morte materna, fatores de risco e estratégias de redução da mortalidade materna (GODOY, 2001).

O MS brasileiro considera a gestação como um fenômeno fisiológico com evolução, na maior parte dos casos, sem intercorrências. Contudo, há uma parcela de gestantes, cerca de 20% delas, que, por terem características específicas ou por sofrerem algum agravo, apresentam maior probabilidade de evolução perinatal desfavorável, constituindo o chamado grupo "gestante de alto risco", responsável por 50% da mortalidade fetal anteparto (REZENDE e MONTENEGRO, 2008; TEDESCO, 2000, BRASIL, 2000b; BRASIL, 2006b).

No Brasil, as hemorragias estão presentes entre 10% a 15% das gestações e a mesma frequência é estimada para os desvios de crescimento

fetal (BRASIL, 2000b). Já a hipertensão incide em quase 10% de todas as gestações e é a intercorrência clínica mais importante da obstetrícia atual, em consequência de sua influência nos índices de mortalidade materna e fetal. A toxemia gravídica, juntamente com as infecções e as hemorragias, são as três principais causas de morte materna no país (REZENDE e MONTENEGRO, 2008).

Para reduzir as complicações nos casos de gestação de alto risco registrados no país, o Ministério da Saúde vem incentivando a implementação de programas estaduais de referência hospitalar para atendimento dessa clientela, mediante a adequação das maternidades, capacitação dos profissionais de saúde, aquisição de equipamentos, disponibilização de mais leitos obstétricos e reestruturação da área física para atenção a essas gestantes, objetivando organizar a rede de atendimento de maior complexidade (BRASIL, 2002). Iniciativas como essas são importantes para as mulheres que possuem riscos, seja pela presença de patologias associadas ao ciclo gravídico-puerperal ou riscos próprios da gestação, devendo o profissional estar atento às questões referentes à qualidade e ao aprimoramento da assistência prestada, de modo a diminuir suas repercussões (TASE, 2000).

A qualidade da assistência envolve condutas como, por exemplo, a realização de parto cesárea quando existe sua real indicação. Contudo, a absoluta maioria das gestações de alto risco acaba em intervenção como a cesariana, devido à real e indiscutível necessidade de pronta intervenção ou pelo medo do profissional médico de complicações, que podem trazer dificuldades durante o parto por via vaginal (FONSECA, 1993). Entretanto, as estatísticas apontam que, na cesárea, a mortalidade materna é 5 a 10 vezes maior e a morbidade é 5 a 20 vezes superior que no parto normal. (REZENDE e MONTENEGRO, 2008).

Sabe-se que patologias crônicas, infecções agudas intercorrentes ou patologias associadas à gestação podem colocar em risco a vida da mulher e do conceito. Neste sentido, detectado o risco de morbi-mortalidade materno-fetal durante a gravidez, esta gestante deverá ser avaliada e acompanhada com rigor (PRAÇA, 1994). Um acompanhamento pré-natal adequado não deve se restringir apenas aos aspectos fisiológicos da gestação. Toda a equipe é responsável por observar a gestante de forma abrangente. Para alguns autores (NEME e MARETTI, 2000; TEDESCO, 2000; GOMES; CAVALCANTI; MARINHO; SILVA, 2001), a assistência pré-natal à gestante de alto risco envolve diferentes profissionais que integram a equipe de saúde, requerendo uma melhor compreensão das ações voltadas para essa problemática por todos que compõem a equipe multiprofissional, de forma a ampliar a discussão no campo da saúde materno-infantil.

A atuação de uma equipe multiprofissional na assistência dessas gestantes agrega valor, já que vivenciar uma gestação de alto risco é um processo complexo, dinâmico, subjetivo e diversificado, com dimensão individual e social, uma vez que envolve transformações fisiológicas, psicológicas, sociais, econômicas, culturais, espirituais e, também, alterações de papéis, implicando a aceitação ou não da gravidez (ZAMPIERI, 2001).

Pelo exposto, é evidente a relevância da morbimortalidade materna. Entre os aspectos que motivaram e desencadearam a realização deste estudo está a necessidade de estudar a experiência vivida pelas próprias mulheres que se encontram no ciclo gravídico-puerperal, para ampliar o olhar de todos os profissionais envolvidos no cuidado a elas prestado. Na escuta, no contato com essas mulheres, possibilitou-se que as mesmas expressassem seus sentimentos, preocupações, dúvidas e expectativas, e isso permitiu percebê-las em sua integralidade.

## 2. Objetivos



- 1- Compreender a experiência relativa à morbidade materna grave, a partir de um grupo de mulheres que vivenciou esse problema.
- 2- Caracterizar o grupo de mulheres sujeitos da investigação considerando aspectos sociodemográficos e dados relativos ao pré-natal, admissão, pré-parto, parto e puerpério.

### 3. Método



### 3.1. Desenho do Estudo

Trata-se de estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo, que busca apreender a representação social sobre a morbidade materna grave, na perspectiva das próprias mulheres que passaram por esse problema.

A noção de significado, amplamente utilizado na pesquisa qualitativa, é um aspecto que merece uma discussão mais aprofundada. Tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde. A ideia do significado, na perspectiva antropológica, pressupõe a interação entre pensamento e experiência, ancorada em um referencial teórico, não se confundindo com o senso comum ou com aquilo que é apreendido da realidade imediata. Tratada pelo senso comum, a noção de significado perde a riqueza de seu potencial explicativo da realidade (TURATO, 2005).

Para a Antropologia, a ideia de significado não pode estar dissociada do conceito de cultura que, por sua vez, deve ser compreendida no seu aspecto simbólico, como uma característica inerente do ser humano. A cultura é a teia de significados que o homem teceu, a partir da qual ele olha o mundo e onde se encontra preso (GEERTZ, 1989).

Na pesquisa qualitativa, o objetivo é documentar e interpretar o mais completamente possível os aspectos do fenômeno estudado, tendo como partida o ponto de vista da pessoa envolvida, na tentativa de identificar atributos que fazem o fenômeno ser o que ele é (BONADIO e TSUNECHIRO, 2003). Esse tipo de pesquisa parte do princípio de que os pensamentos para serem acessados, "na qualidade de expressão da subjetividade humana, precisam passar, previamente, pela consciência humana" (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003c, p. 9). Assim, se preocupa com um

nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com significados, motivos, valores, atitudes correspondentes às relações, processos e fenômenos que não podem ser trabalhados como variáveis (MINAYO, 2003).

Um dos papéis sociais das universidades públicas é dar voz àqueles que normalmente não têm oportunidades para manifestar as suas reais necessidades de saúde, por meio de participação nas atividades assistenciais e de pesquisa (HOGA, 2003). Neste caso, o presente estudo busca compreender a experiência das mulheres que sobreviveram à gravidade de morbidade materna com relação a sua saúde.

Espera-se, dessa forma, contribuir para a compreensão holística das mulheres, oferecendo oportunidade de discussão profunda de temas, explorando melhor alguns problemas, levando à reflexão e contribuindo para uma assistência de maior qualidade (GUALDA; MERIGHI; OLIVEIRA, 1995).

Considera-se que, atualmente, não existe mais razão para a pesquisa qualitativa sistemática e científica estar separada ou "não voltada ao mundo real que ela investiga" (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003a, p. 33). Investigar a realidade do mundo significa envolver na pesquisa aspectos sociais contextualizados, inserindo o indivíduo enquanto sujeito coletivo na sociedade e valorizando sua experiência (SPINK, 1994).

Para leitura dessa realidade, optou-se pela utilização da Teoria das Representações Sociais como base teórica, por se considerar que esse referencial permitirá olhar o fenômeno na perspectiva das puérperas que o vivenciam.

O conceito de representação social foi resgatado e introduzido na psicologia social por Moscovici, através do estudo "A psicanálise, sua imagem e seu público", publicado em Paris no início da década de 70 e, posteriormente no Brasil, em 1978, com o título: "A representação social da

psicanálise" (MOSCOVICI, 1978), onde o autor utiliza como objeto de pesquisa a apropriação da psicanálise por alguns segmentos da sociedade francesa nos anos 50, interessando-se por averiguar como ocorreu a penetração e integração desse novo conhecimento na cultura francesa.

Representações sociais são definidas como uma forma de conhecimento, socialmente elaborado e compartilhado, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social (JODELET, 1984). Sendo assim, constituem uma forma de conhecimento prático que contempla o saber do senso comum, e são uma orientação para a ação que, por sua vez, engloba uma rede de representações que ligam o objeto ao contexto (SPINK, 1995).

Reforçando a ideia de que as representações sociais são intimamente ligadas à realidade social, estudioso sobre essa temática aponta que o indivíduo é pressionado pelas representações dominantes da sociedade em que está inserido e, nesse meio, manifesta seus sentimentos, correspondentes ao tipo de sociedade e suas práticas. Desse modo, a representação social é coletiva e perdura entre as gerações, à medida que exerce coerção sobre os indivíduos e reflete a experiência do real (MOSCOVICI, 2001).

A representação social é um processo cotidiano, vivenciado pelo indivíduo que é autor e ator de suas representações. Direccionam-se a um conhecimento específico, o saber do senso comum, e são consideradas revolucionárias, pois resgatam e valorizam o saber popular e o relacionam com o saber oficial (ARAÚJO, 1997). Não têm função de guiar o comportamento, mas sim de modelar a realidade, com base no conhecimento existente, originando significados e comportamentos (ALONSO, 1994).

Assim, representação social é um conjunto de conceitos, explicações e afirmações que se originam no cotidiano, a partir de comunicações

interindividuais. Contribui para a formação das condutas e a orientação das comunicações sociais; possibilita o processo de objetivação e ancoragem (MOSCOVICI, 1978).

A ancoragem se refere à inserção orgânica do que é estranho ao pensamento já constituído. Ancorar é denominar, classificar fenômenos desconhecidos, novos para o senso comum, a partir de conhecimentos já existentes, atribuindo significado aos objetos. Este processo se revela enquanto um instrumento para o pesquisador verificar a incorporação social de um saber, como é o caso da difusão de uma teoria em determinado grupo social (MOSCOVICI, 1978).

A cristalização de uma representação remete, por sua vez, ao processo enunciado na teoria das representações sociais - a objetivação - isto é, a constituição formal do conhecimento. Fundamentalmente, a objetivação consiste em materializar as abstrações, corporificar os pensamentos, tornar físico e visível o impalpável, enfim, transformar em objeto o que é representado (MOSCOVICI, 1978).

Enfim, representação social pode ser compreendida como a teoria do senso comum, designando, numa perspectiva ampliada, uma forma de pensamento social (MOSCOVICI, 1978) e, nesta perspectiva, cumpre três funções: possibilitar aos indivíduos dominar e dar sentido ao mundo; facilitar a comunicação e transformar o conhecimento científico em sentido comum (MOÑIVAS, 1994).

O referencial metodológico é como um guia do pesquisador para a coleta e análise dos dados do estudo e será adequado quando satisfizer a busca do pesquisador pelo seu objeto (MERIGHI e PRAÇA, 2003). Pelo desejo de estudar a vivência de um fenômeno natural, o ciclo gravídico-puerperal, associado à gravidade de morbidade materna sob o enfoque das

próprias mulheres que passaram por essa problemática, o referencial metodológico escolhido foi o do **Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)**.

O **DSC** é uma forma de organizar e tabular dados qualitativos verbais, obtidos em depoimentos e cartas, entre outras fontes. Considera-se que para obter um pensamento em escala coletiva, é preciso somar os discursos coletados por meio de uma questão aberta formulada a um conjunto de indivíduos, de forma que tenha sido possível às pessoas expressarem um pensamento e, portanto, elaborarem um discurso. Deste discurso poderão, então, ser extraídas as **expressões-chave**; estas são agrupadas em torno de **ideias centrais** ou **ancoragens** semelhantes, compondo um ou vários discursos-síntese na primeira pessoa do singular (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003a).

De forma a melhor compreender o referencial utilizado, descrevem-se a seguir, de forma mais detalhada, as figuras utilizadas.

As **expressões-chave (ECH)** são pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, que revelam a essência do depoimento, resgatando sua literalidade. São a matéria-prima para construção do **DSC**, sendo consideradas como "[...] uma *prova discursivo-empírica* da verdade das ideias centrais e das ancoragens e vice-versa" (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003a, p. 17, grifos do autor).

A **ideia central (IC)** é: "[...] uma expressão linguística que revela e descreve, da maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de **ECH**, que vai dar nascimento, posteriormente, ao **DSC**" (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003a, p. 17, grifos do autor). "É uma descrição sucinta do sentido de um ou vários depoimentos e não uma mera interpretação deles, tendo, portanto, a função de individualizar um dado discurso ou conjunto de discursos, de

acordo com as especificidades semânticas contidas em cada um deles" (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003a, p. 25).

Em relação à **ancoragem (AC)**, figura metodológica que tem seu nome inspirado na teoria da representação social, é "[...] a manifestação linguística explícita de uma dada teoria, ideologia ou crença, que o autor do discurso professa e que, na qualidade de afirmação genérica, está sendo usada pelo enunciador para enquadrar uma situação específica" (Lefèvre e Lefèvre, 2003a, p. 17, grifos do autor).

Por sua vez, o **DSC**, considerada a principal das figuras metodológicas, "é um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pelas **ECH** que têm a mesma **IC** ou **AC**" (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003a, p. 18 grifos do autor).

Um discurso pode ter mais de uma ideia central e, considerando o conjunto dos discursos individuais, esses podem ter ideias centrais semelhantes e/ou complementares. Para a construção do DSC, são extraídos da íntegra de cada depoimento, após análise, os trechos que contenham as expressões-chave. Esses trechos serão limpos de particularidades, expressões e ideias repetidas e agrupados de acordo com a ideia central (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003a; LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003b).

Todos os trechos das expressões-chave, com ajustes ortográficos feitos sempre que necessários, serão utilizados para a construção do DSC, acrescentando apenas conectivos que ligam as partes e conferem coerência ao discurso (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003b). Assim, o DSC é um discurso-síntese que reúne em um discurso as ECH/ICs semelhantes e representa a fala social ou o pensamento coletivo na primeira pessoa do singular (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003a, p. 28).

Destaca-se que a aplicação da técnica do DSC a um grande número de pesquisas empíricas tem demonstrado sua eficácia para o processamento e a expressão de opiniões coletivas (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2006).

### 3.2. Sujeitos do Estudo

Constituíram-se sujeitos desta investigação 16 mulheres que sobreviveram à morbidade materna grave, que não demonstravam nenhum tipo de complicação que impedisse sua comunicação e que tivessem idade igual ou superior a 18 anos. Pelo exposto, o critério de inclusão esteve relacionado com o quadro de morbidade, independentemente de a gestação ter terminado em parto ou abortamento e tratar-se de gestante ou puérpera. Assim, incluíram-se no estudo uma gestante e 15 puérperas, das quais uma evoluiu para seu terceiro abortamento.

Ressalta-se que a abordagem qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir representatividade e o número de sujeitos deve ser estabelecido de forma a permitir abordar o problema investigado em múltiplas dimensões (MINAYO, 2003),

### 3.3. Local do Estudo

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 uma unidade auxiliar da Faculdade de Medicina de Botucatu, o Hospital das Clínicas. Este serviço foi inaugurado na década de 1950 pelo governo do Estado de São Paulo e atualmente integra o Sistema Único de Saúde, sendo referência terciária para 68 municípios do interior do Estado. Tem como missão o ensino, a pesquisa e a assistência, conta com 415 leitos operacionais, distribuídos nas quatro especialidades básicas: Clínicas Médica, Cirúrgica, Obstétrica e Pediátrica.

A maternidade deste Hospital oferece atendimento pré-natal e ao parto a mulheres portadoras de patologias como hipertensão, cardiopatia, diabetes, alterações útero-placentárias, infecções genitais, gestação gemelar ou múltipla, entre outras. Mensalmente, atende em média 100 parturientes e 10 a 20 mulheres cuja gestação evolui para aborto, e conta com 29 leitos sendo 9 cirúrgicos e 20 clínicos.

O atendimento é realizado por médicos docentes, residentes da área de Ginecologia e Obstetrícia, internos e, eventualmente, quando encaminhadas, as gestantes, parturientes e puérperas são avaliadas por outras especialidades médicas, como nefrologia e cirurgia plástica, entre outras. Além do atendimento médico, equipe multiprofissional composta por enfermeiro, assistente social, psicólogo e nutricionista também atende às mulheres.

### 3.4. Coleta e Análise de Dados

No período de 1º de outubro de 2008 a 31 de março de 2009, segundo o Livro de Registro do Centro Obstétrico do Hospital das Clínicas, foram realizados 640 partos; dessas mulheres, 95 apresentaram morbidade materna, sendo que 16 puderam ser classificadas como portadoras de morbidade materna grave e oito morbidade materna *near miss*.

Embora a princípio houvesse a pretensão de inclusão desses 24 casos graves, não foi possível a inclusão dos casos *near miss*, pois seis mulheres evoluíram para óbito e duas apresentavam sequelas importantes na esfera neurológica, especialmente relacionada à confusão mental, impossibilitando a participação no estudo.

Os dados foram coletados a partir de entrevista semiestruturada, definida como uma fonte de informação de dados relativos a falas, ideias, crenças, conduta ou comportamento presente ou futuro, razões conscientes

ou inconscientes de determinadas crenças, sentimentos, maneiras de atuar ou comportamento e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Assim, o informante, seguindo de forma espontânea os seus pensamentos e relatando as suas experiências dentro do foco principal imposto pelo investigador, inicia sua participação na elaboração do conteúdo do estudo e pesquisa (MINAYO, 2003).

Tem-se por pressuposto que a entrevista não representa uma conversa neutra, pois se constitui em um meio de coletas dos fatos relatados por atores sociais, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada (CRUZ NETO, 2003).

As entrevistas foram realizadas no hospital, no momento em que as puérperas já estavam de alta hospitalar, em uma sala previamente preparada, em clima de tranquilidade, promovendo privacidade tanto para a pesquisadora quanto para as mulheres, sem limite de tempo, com poucas intervenções e com duração média de 30 minutos. O momento da alta foi escolhido 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 um momento de maior estabilidade física.

A explicação sobre o estudo e o convite para participação deram-se de forma cordial e informal, buscando deixar a gestante à vontade e tranquila para a entrevista. No início da entrevista, as mulheres mostraram-se tranquilas e participativas, porém, no decorrer das falas, deixaram aflorar sua emoção, muitas vezes manifestada através do choro, explicitando sua confiança no término favorável da situação, especialmente em relação à adequada evolução do recém-nascido.

As entrevistas foram gravadas em MP3 e após o término do trabalho as gravações foram destruídas. Em nenhum momento ocorreu, por parte das

entrevistadas, qualquer objeção ao uso do gravador, tendo os discursos fluído normalmente. A saturação dos dados ocorreu quando os conteúdos começarem se repetir, sem que houvesse fatos novos a serem interpretados.

O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição<sup>1</sup>, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (DENZIN e LINCOLN, 1994). O roteiro utilizado é apresentado em anexo (Anexo 1).

A transcrição das fitas foi realizada pela pesquisadora, obedecendo à ordem em que ocorreram as entrevistas e, nesse momento, para garantir o anonimato e omitir os nomes reais das mulheres, as gravações e transcrições passaram a ser identificadas com siglas: E 1 a E 16.

Para caracterização das mulheres, especialmente em relação a dados clínicos, sociais, da história reprodutiva, da assistência pré-natal e intercorrências da gestação atual, foram coletados dados dos prontuários, a partir de um instrumento elaborado pela pesquisadora com esta finalidade. As variáveis contidas neste instrumento, apresentado em anexo (Anexo2), incluem dados relacionados à identificação: idade, escolaridade e estado civil; admissão - data da internação e investigação dos prontuários, sinalizando se contemplavam anotações referentes ao pré-natal e dados clínicos; pré-parto e parto - conduta e acompanhamento; puerpério - evolução clínica, motivo da transferência/encaminhamento, tipo de morbidade materna grave apresentada pela mulher e data da alta hospitalar.

Os dados relativos à caracterização das mulheres estudadas são apresentados de forma descritiva. Para a análise dos dados qualitativos, utilizou-se como referencial metodológico o DSC e suas quatro figuras metodológicas: expressões-chave, idéias centrais, DSC e ancoragem.

### 3.5. Procedimentos Éticos

A participação das 16 mulheres foi voluntária e, no momento em que concordavam em participar da pesquisa, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (Anexo 4 - Of. nº 294/08-CEP). Assim, os requisitos mundialmente aceitos para pesquisas que envolvem seres humanos foram atendidos e respeitaram-se as normas preconizadas pela Resolução nº196/96, do Conselho Nacional de Saúde, relativa à pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

## 4. Resultados e Discussão



#### 4.1. Caracterização das Entrevistadas

A caracterização das mulheres evidencia grande variedade etária, estando as 16 mulheres entrevistadas na faixa entre 19 e 43 anos, o que permite classificá-las como em idade fértil, que segundo o Ministério da Saúde, compreende mulheres com idade entre 10 e 49 anos e representam 65% do total da população feminina do Brasil, ou seja, parcela importante da população e alvo da atenção das políticas de saúde (BRASIL, 2004b).

Com relação ao grau de escolaridade, 10 entrevistadas (62,5%) relataram ter o ensino médio completo ou incompleto e seis (37,5%) ter ensino fundamental completo ou incompleto. Esses resultados são diferentes do encontrado em outro estudo desenvolvido com gestantes de alto risco hospitalizadas em hospital universitário, onde a autora verificou que 58,8% das mulheres tinham o ensino fundamental incompleto (ZAMPIERI, 2001).

A escolaridade materna é um dos indicadores do nível socioeconômico e importante influenciador dos índices de saúde materno-infantil. Assim, o conhecimento do grau de escolaridade pode subsidiar a equipe multidisciplinar no sentido de adequar as orientações sobre a gestação, parto e puerpério à clientela assistida (OSIS, 1993).

As mulheres casadas e aquelas que viviam relação estável constituíram a maioria das gestantes: 87,5%, sendo que apenas 12,5% delas (dois casos) declararam-se solteiras. Situação conjugal instável ou ausência de companheiro são situações apresentadas como fatores de risco gravídico e, como tal, agravantes para as complicações obstétricas, como parto pré-termo, baixo peso ao nascer e morte perinatal (TEDESCO, 2000; ARAGÃO; SILVA; ARAGÃO; BARBIERI; BETTIOL; COIMBRA, 2004). Em contraponto, o fato de viver com companheiro é considerado como um fator favorável para a gestação, pois o casal tem a oportunidade de assumir e

dividir a responsabilidade pela vida do filho, o que, consequentemente, influencia positivamente o resultado perinatal (OSIS, 1993; ARAGÃO; SILVA; ARAGÃO; BARBIERI; BETTIOL; COIMBRA, 2004).

A história reprodutiva da mulher, especialmente com relação a complicações obstétricas e sua paridade, também são fatores que merecem atenção da equipe que assiste à gestante. Dentre as mulheres entrevistadas, seis (37,5%) eram primigestas e cinco (31,2%) estavam vivenciando a gestação, no mínimo, pela terceira vez. Uma das entrevistadas estava na terceira gestação e ainda não tinha nenhum filho vivo, devido a abortamentos prévios.

A ocorrência de abortamentos, porém, não tem necessariamente relação com gestação de alto risco. Do ponto de vista clínico, 10 a 15% das gestações terminam espontaneamente no primeiro trimestre, sendo a grande maioria dos casos determinados por causas cromossômicas ou genéticas (REZENDE e MONTENEGRO, 2008).

Todas as mulheres relataram ter realizado acompanhamento pré-natal ao longo da gestação, a maioria, 13 casos (81,3%), em unidade básica de saúde de seus municípios de origem e três mulheres (18,7%) em clínicas particulares, sendo encaminhadas para serviço terciário devido a intercorrências na gestação em curso.

A atenção pré-natal de baixo risco é realizada para estabelecer um processo de vigilância à saúde das mulheres grávidas, com o propósito de controlar riscos (COSTA; HARDY; OSIS; FAUNDES, 1995). O PHPN, além de estabelecer como procedimento mínimo a realização de seis consultas de pré-natal, aponta que essas devem ser realizadas preferencialmente ao longo da gravidez, sendo pelo menos uma no primeiro trimestre gestacional, duas no segundo e três no terceiro trimestre (BRASIL, 2004a). Não se questiona a importância desse procedimento para que se consiga realizar

uma assistência pré-natal efetiva, incluindo o acolhimento à mulher desde o início da gravidez; a realização de intervenções oportunas, preventivas ou terapêuticas; o acompanhamento periódico e contínuo de todas as gestantes, visando assegurar seu seguimento em intervalos preestabelecidos e a garantia de continuidade da assistência em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde (BRASIL, 2000a).

A maioria das gestantes, 14 casos (87,5%), teve como tipo de parto a cesariana e duas (12,5%) tiveram partos normais e, mesmo considerando-se tratar-se de serviço terciário, a prevalência de cesariana foi elevada.

O Brasil apresenta uma das taxas de cesárea mais elevadas do mundo e tem sido citado como um dos exemplos mais claros do uso abusivo deste procedimento (BARROS e HIRAKATA, 2003). Este fato se deve ao aprimoramento das técnicas cirúrgicas e do suporte médico pré e pós-parto, que contribuiu para o entendimento da cesárea como procedimento inócuo e supervalorizado. Assim, houve uma ampliação das indicações médicas para esse tipo de parto. Em 1985, a OMS indicou que taxas de cesárea superiores a 15% são medicamente injustificáveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985). Entretanto, vem ocorrendo um aumento global das taxas que passaram, no Brasil, de 32% em 1994 para 40,2% em 1996. A redução para 36,9% no período de 1996-1999 foi seguida por um recrudescimento nas taxas para 39,9% em 2002.

A busca por fatores que justifiquem o aumento nas taxas de cesárea é essencial para que soluções possam ser pensadas. As indicações absolutas, em que a vida da mãe e/ou do feto estejam em risco, vêm sendo superadas por indicações relativas (FAÚNDES e CECATTI, 1991). Nesse sentido, alguns autores têm relatado uma probabilidade aumentada de parto cesárea entre mulheres com hipertensão na gestação, pré-eclâmpsia, diabetes

gestacional e peso fetal estimado acima de 4000 g (WEISS; MALONE; EMING; BALL; NYBERG; COMSTOCK; et al., 2004).

Os motivos relacionados ao encaminhamento para a realização de acompanhamento pré-natal ou mesmo para ser hospitalizada no serviço terciário foram variados, entretanto houve a predominância da pré-eclâmpsia, intercorrência apresentada por 13 mulheres (81,3%), conforme pode ser observado no Quadro 1. Segundo a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2000), a hipertensão arterial é a doença que mais frequentemente complica a gravidez, acometendo de 5 a 10% das gestantes, sendo responsável por uma taxa importante de morbimortalidade perinatal e materna.

**Quadro 1** - Morbidade materna que motivou o encaminhamento e/ou hospitalização das mulheres entrevistadas ao serviço terciário. Botucatu, 2009.

| Entrevistadas | Morbidade materna                          |
|---------------|--------------------------------------------|
| E 1           | Hemorragia pós-parto grave e histerectomia |
| E 2           | Rotura uterina e histerectomia             |
| E 3 a E 12    | Pré-eclâmpsia grave                        |
| E 13          | Abortamento                                |
| E 14 a E 16   | Pré-eclâmpsia grave                        |

As síndromes hipertensivas constituíram o grupo de patologias mais frequentes apresentadas por gestantes atendidas em um hospital de referência para gestação de alto risco (TASE, 2000). No presente estudo, apenas três mulheres não apresentaram diagnóstico de pré-eclâmpsia grave. A primeira, apresentou hemorragia pós-parto grave, quadro de hipovolemia,

recebeu no total oito bolsas de concentrados de hemácias e passou por histerectomia de urgência. A segunda, tinha história de dois abortamentos recentes, sem causa definida, e nenhum filho vivo e a terceira apresentou rotura uterina, hemorragia grave, recebeu no total cinco bolsas de concentrados de hemácias e também precisou passar por histerectomia.

A hemorragia pós-parto (HPP) é uma das cinco principais causas de mortalidade materna tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento (DILDY, 2002). A OMS estima que 20 milhões de casos com morbidade materna anualmente têm como causa a HPP (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999).

A HPP é classificada em precoce, quando ocorre dentro das primeiras 24 horas, e tardia após 24 horas e até seis semanas após o parto. A HPP precoce compreende 80% de todos os casos, sendo a atonia uterina sua maior causa (PEREIRA; NUNES; PEDROSO; SARAIVA; RETTO; MEIRINHO, 2005).

O abortamento é considerado intercorrência obstétrica, sendo definido como a expulsão do conceito antes de sua viabilidade, com menos de 22 semanas de gestação, podendo ocorrer espontaneamente ou de forma induzida (COSTA; HARDY; OSIS; FAUNDES, 1995). O abortamento se destaca como complicação por poder resultar não apenas em consequências físicas, mas também psicológicas (ZIEGEL e CRANLEY, 1985), especialmente em casos de repetição.

Destaca-se que, além de suas funções biológicas, o útero associa-se ao conceito de feminilidade, por relacionar-se ao papel reprodutor da mulher e à sua vida sexual. Isso significa que as mulheres podem ver o útero como aspecto importante de sua sexualidade, de maneira que a sua perda se refletirá sobre o que elas percebem como sua capacidade de fêmea, incluindo o desejo sexual e a libido. Através de atendimentos a mulheres

histerectomizadas, percebeu-se que elas só se dão conta da importância do útero como garantia de ser mulher após sua retirada. Com essa percepção, sofrem abalo em sua identidade feminina, pois para elas o útero simboliza a sua capacidade sexual. Com a retirada dele, a mulher passa a sentir-se diminuída, pois acredita estar incapacitada sexualmente para sentir prazer (NOVOA, 1996).

Pelo exposto, é possível inferir que a necessidade de realizar uma cirurgia para retirada do útero produza emoções conflitivas, traumáticas, de insegurança e ansiedade. Isso porque, além dos medos que tradicionalmente uma cirurgia pode despertar nas pessoas, no caso da histerectomia, acrescentam-se as dúvidas e inquietudes com respeito à condição da mulher após a retirada do útero (COSMO e CARVALHO, 2000).

#### **4.2. Análise dos Discursos do Sujeito Coletivo**

A pesquisa de representação social tem como objetivo resgatar o imaginário social sobre um tema (LEFÈVRE e LEFÈVRE 2003a). Neste sentido, examinando as falas das mulheres entrevistadas, puderam-se identificar as representações sociais com relação à morbidade materna grave. Assim, na tentativa de resgatar o imaginário dessas mulheres sobre a morbidade que estavam vivenciando, são apresentados os resultados da análise qualitativa das entrevistas realizadas. No final dos discursos, são identificadas as entrevistadas que contribuíram para a formação daquela ideia central e, conseqüentemente, do DSC.

É importante destacar que, ao realizar a análise qualitativa emergiram quatro temas: Descrevendo a programação e o desejo de se ter um filho; Percebendo seu problema de saúde, sua influência na gestação e para o conceito; Superando o choque inicial no pós-parto e Experiência gestacional: desejos, frustrações e superação. Para cada tema, no mínimo

dois e, no máximo, quatro DSC foram construídos, totalizando 11 discursos, todos eles apresentados, revelando a diversidade do conteúdo discursivo das entrevistadas.

### **Tema 1 - Descrevendo a programação e o desejo 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 este processo aspectos transgeracionais e culturais, associados ao que se espera de uma menina e de uma mulher, tanto dentro da família como numa determinada sociedade (ARAGÃO, 2006).

A gravidez é um evento biologicamente natural, porém especial na vida da mulher e, como tal, desenvolve-se em um contexto social e cultural que influencia e determina a sua evolução e a sua ocorrência (TSUNECHIRO e BONADIO, 1999). 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 (MALDONADO, 1997).

As ICs e os DSCs que emergiram dos dados, em relação Tema 1 foram:

***DSC 1** - Não foi planejada (a gestação) assim, totalmente, foi descuido meu mesmo. Aconteceu, eu não tinha mais intenção de engravidar, mas não que ela não tenha sido muito bem vinda, muito bem quista. Eu passei por dois abortos antes dessa gravidez, foi aborto antes do segundo mês os dois, eu não sei o motivo até hoje...mas 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 (Idéia Central A - Não planejei, mas está sendo uma bênção. Entrevistas 1-3, 7-15).*

As mulheres relatam o não planejamento em relação à 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 que os problemas advindos desta situação são recompensados pela oportunidade de ser mãe.

O acontecimento de gestação não planejada é frequente entre mulheres de diferentes faixas etárias e escolaridades, todavia, o fato de a gravidez não ter sido programada não significa que o filho não seja desejado (SILVA; SANTOS; PARADA, 2004).

A despeito de uma gravidez não planejada, em geral, trazer sentimentos de rejeição, a reação inicial não se cristaliza para sempre: uma atitude inicial de rejeição pode dar lugar a uma atitude predominante de aceitação e vice-versa (MALDONADO, 1997).

Destaca-se que o DSC1 ancora-se na visão de que para ser mãe não é necessário gerar biologicamente um filho. A vivência de uma gestação de risco emerge do DSC2:

**DSC 2** - *Não planejei, eu estava tomando remédio, tudo, mas daí uma falha e fiquei grávida... eu não podia com qualquer anticoncepcional, porque dava dor de cabeça em mim. 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 (Idéia 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 um evento que punha em risco sua vida e a do bebê.

O medo, a ansiedade e as expectativas têm origem nas experiências vividas anteriormente pela mulher e nas informações recebidas. Desta forma, ao entrar na maternidade, a mulher já tem uma ideia preconcebida de como será desencadeado o processo do parto, de como será atendida e quais as dificuldades que terá que enfrentar (BRÜGGEMANN, 2001).

Quando a condição de risco é pré-existente, a gravidez representa, em alguns casos, uma nova chance de vida, agrega-se à gestação valor e as complicações são enfrentadas com mais disposição (TEDESCO, 2000).

Em suas vivências a mulher, especialmente ao tornar-se gestante, tem o direito de ser informada, de conhecer o próprio corpo, de aprender seus deveres de gestante e mãe e de viver para criar seu filho. Acrescenta-se, ainda, que o direito à informação e à orientação da mulher não se restringe somente ao período gravídico, mas deveria acontecer em todas as fases do seu ciclo vital, em especial quando a mulher apresenta patologias que podem interferir em uma gestação (PELLOSO, 1999).

O medo da morte foi exposto pelas mulheres não como sendo 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, causando marcas profundas nos familiares e profissionais (ASSIS, 2004).

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 (Idéia 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 (DELGADO, 2002). Este discurso ancora-se na visão de que um filho completa o casamento.

## **Tema 2 - Percebendo seu problema de saúde, sua influência na gestação e para 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, no DSC4 e DSC5, onde também se apreende a importância da religião.

*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 (Idéia 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 preocupações 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 pelo 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 (BELAND e PASSOS, 1978).

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 venho aqui todos os dias, é porque eu me encontrei muito na igreja (Idéia Central B - Encontrei força na minha igreja. Entrevistas 1-2, 5, 13 e 15)*

Neste discurso é percebido que a fé religiosa é tida como resultado de esperança e fortalecimento, propiciando a luta para dar continuidade e enfrentar as dificuldades. A esperança e a fé parecem ser reforçadas pela confiança em Deus e surgem como um princípio orientador do pensamento e da ação.

Muitas vezes, o apelo ao restabelecimento da saúde, por meio de aspectos religiosos, acontece não só com relação ao problema de saúde, mas em vários sentidos, dimensões da vida humana que não estão dissociados da saúde, como aspectos psicológicos, sociais e culturais, entre outros. O universo religioso existe e é significativo na vida dos indivíduos, sendo um importante recurso utilizado na busca de resposta para problemas de saúde (FIGUEIRA, 1996; RINGDAL, 1996). As pessoas religiosas podem encontrar certo significado em situações ameaçadoras de vida e até em situações com resultados fatais prováveis (MICKLEY, 1992). Pelo exposto, a religiosidade e a espiritualidade podem ser consideradas importantes aliadas das pessoas que sofrem e/ou estão doentes (FLECK; NEWLANDS; BOLOGNESI; ROCHA, 2003).

Pode-se observar o quanto a crença religiosa, muitas vezes, contribui para o enfrentamento das dificuldades advindas da condição de risco gravídico. 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. Na vida, deve-se sempre decidir por algo, se sujeitando, muitas vezes, às consequências de suas atitudes, correndo riscos (MARTINS e BICUDO, 1989).

Ressalta-se que ao fazer uma justaposição de crença e conhecimento, pode-se valorizar pouco a origem de uma patologia, creditando a Deus a

força necessária para superar o desafio da doença, da gravidez e da condição de ser mãe (VIEIRA, 2004).

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. (Idéia Central C - Foi horrível, senti que estava matando a minha filha. Entrevistas 3-15).*

No DSC 6, a gravidez foi representada como a possibilidade de perda do bebê. Contribuíram com sua elaboração praticamente todas as entrevistadas, ficando claramente exposta a grande preocupação dessas mulheres com relação à vida de seus filhos. Ter um filho saudável é, em geral, o que mais importa a elas (RIECHELMANN, 1997).

Na gravidez de alto risco afloram emoções, sentimentos de culpa e falhas que podem complicar sua evolução. Acredita-se que possa ocorrer certo distanciamento do bebê, como mecanismo de defesa, quando há risco de morte fetal. Além disso, a partir do momento em que se torna possível à gestante a percepção dos movimentos fetais, pode surgir sentimento de medo da responsabilidade de ser mãe, unido à noção de ceder parte da própria vida, aparecendo a vida como limitada, finita (TEDESCO, 1997).

Culpa pode, novamente, ser apreendida do DSC 7.

*DSC 7 - Eu fico pensando, aqui, onde foi que eu errei? O que aconteceu? Eu fico lembrando da minha gestação inteirinha, não dá, eu me sinto culpada. É duro, mesmo a médica falando que é a placenta que não funciona mais, que é ela que está dando um jeito do meu organismo não aceitar mais e que é um perigo pra mim. Eu me sinto culpada, fico tentando achar um erro durante a minha gestação, fico lembrando, sabe, da minha gestação inteirinha... Porque o meu organismo está rejeitando o meu filho? (Idéia Central D - Me sinto culpada por tudo o que aconteceu. Entrevistas 3, 6 e 13)*

Frente a esse discurso, a gestação associada à morbidade materna grave foi representada pelas entrevistadas como algo associado a falhas da própria mãe durante a gestação, resultando na rejeição de seu organismo ao feto e gerando culpa. Neste 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 (PERES, 2001). Este conceito não é inequívoco na psicologia, sendo geralmente definido como um estado emocional produzido pelo conhecimento que o indivíduo tem de ter violado regras morais (REBER, 1985). Mais especificamente, a culpa se caracteriza pelo fato de que estas regras morais foram internalizadas pelo indivíduo, distinguindo-se, portanto, do medo da punição vinda de fora. A culpa também se distingue do sentimento de vergonha, o qual envolve o reconhecimento da "transgressão" por parte de outras pessoas. Esta definição, geralmente aceita, enfatiza a culpa como uma experiência interna que ocorre num nível intraindividual, sem consideração de aspectos interpessoais (LEITÃO, 1999).

Os sentimentos de culpa, ansiedade, impotência e menos valia desabrocham nessas gestantes e podem até modificar o curso da gestação, alterando, inclusive, o nível de satisfação com a assistência pré-natal (TEDESCO, 2000).

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 ter tido problemas durante a gestação que resultaram no nascimento de um filho prematuro. Isso se deve ao fato de que a mãe pode imaginar ter um filho perfeito, saudável, a termo e poder estar com ele em casa, em seguida ao seu nascimento. A autora continua expondo suas considerações acerca desta interação mãe/filho, dizendo que a mãe sente medo do bebê prematuro, por este ser muito pequeno e por isso tem medo de tocá-lo, acreditando que ele pode "romper", além do que, demanda muito mais cuidados (MARTINEZ, 2006).

O nascimento de um bebê antes do termo caracteriza um 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 isto, 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, são responsáveis pelas sensações de perda e pelo desenvolvimento do "luto antecipado" (SILVA, 2000).

### Tema 3- Superando o choque inicial no pós-parto

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 por alcançar o objetivo de desenvolver uma assistência de qualidade.

Desvendar o real na assistência às gestantes em todo o seu contexto não é uma tarefa fácil e esta dificuldade também se deve à escassez de literatura específica referente ao tema comunicação entre os membros da equipe de saúde e as gestantes, e ao número limitado de locais onde a assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal é desenvolvida por uma equipe multiprofissional integrada (SILVA, 2002). Essas questões podem ser percebidas no DSC 8.

***DSC 8** - 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, não tinha tomado nenhum tipo de medicamento pra auxiliar no pulmão, pra respirar, o quadro estava estável e era só eu ter paciência pra poder levantar que eu poderia vê-la a qualquer momento. Naquele mesmo dia, depois que eu voltei da anestesia, melhorei, levantei e fui, acho que eram umas nove horas da noite, daí eu fui ver minha filha pequenininha, muito linda (Idéia Central A - Fiquei sem saber notícias sobre o meu filho após o nascimento. Entrevistas 3, 5-6, 8).*

Do DSC 8 emerge a questão que, em decorrência da gestação de alto risco, pode nascer uma criança que não tem 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 justificativa pela falta de informações é, porém, prontamente aceita pela mãe, que ancora sua fala nas 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.

No ciclo familiar, não existe estágio algum que provoque mudança mais profunda, ou que tenha um desafio maior para as famílias, do que a chegada de uma criança. No caso do nascimento de um recém-nascido de risco, seja prematuro ou doente, a família se vê frente a uma experiência desgastante e desafiadora, o que ocasiona profundas alterações na dinâmica familiar e se prolonga com a internação do filho (BALDINI e KREBS, 2000).

A comunicação, nesta perspectiva, é um recurso terapêutico que dá acesso à autonomia, à confiança mútua e à segurança, permitindo estabelecer interações entre a equipe de saúde e a família. Como um desafio na busca da qualidade da assistência, essa ferramenta orienta as intervenções e consolida uma concepção do fazer saúde no contexto hospitalar (BITTES JÚNIOR e MATHEUS, 2000).

O sofrimento, frente à situação de ter um filho em estado grave, pode ser percebido no DSC 9.

*DSC 9 - 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 (Idéia 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 estas 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.

Desde a descoberta da gravidez pelo casal, o bebê que está por vir passa a ser pensado, imaginado e representado pela percepção que eles oferecem aos movimentos originados e através das características idealizadas, sejam físicas ou comportamentais. Deste modo, o futuro bebê é formado tanto biologicamente quanto subjetivamente na individualidade dos pais, que dão forma ao bebê imaginário (BRASIL, 2002).

O período puerperal foi identificado e descrito por essas mulheres como um período difícil, devido à instabilidade emocional, mais do que justificada numa situação de gravidade do recém-nascido, como a vivenciada pelas mulheres entrevistadas. É muito comum, durante a gestação/ puerpério, o aumento da sensibilidade, ou seja, oscilações de humor, como crises de nervoso e choro justificadas pelas alterações do metabolismo. Mesmo nas mulheres que aceitam a gravidez, podem acontecer sorrisos e

choro com facilidade, manifestando irritação e vulnerabilidade a estímulos externos que antes não as afetavam (MALDONADO, 1997).

A ausência de intervenções direcionadas à mãe acompanhante, para ouvi-la e apoiá-la nesse difícil processo de ter um filho internado em uma unidade de alta complexidade assistencial, não atende suas necessidades de mulher inserida numa família concreta, vivenciando momentos difíceis no processo do nascimento de modo súbito. 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 anátomo-fisiológico, a fim de que a mulher não seja vista como um ser isolado do seu contexto social (JAVORSKI, 1997).

#### **Tema 4- Experiência gestacional: desejos, frustrações e superação**

Diante deste tema, todas as mulheres descreveram a gestação como um período difícil, de muito sofrimento e medo de perder o filho. Houve a dificuldade de elas olharem 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. Vivencia nessa fase, uma situação constante de tensão, se sente vulnerável e, embora tenda a esperar pelo que deseja, sente medo do inesperado, conforme pode ser apreendido do DSC10.

*DSC 10 - 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, a gente tinha programado*

*tudo isso: pegar uma câmera, filmar o nascimento dela, 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 (Idéia Central A - Foi uma experiência dolorosa Entrevistas 3 e 6).*

A gestação de risco foi representada, no DSC10, como dolorosa, por resultar no nascimento de uma criança em estado grave, impossibilitando que ações de recepção previamente idealizadas se concretizassem.

Como anteriormente apontado a gravidez é uma situação crítica que, naturalmente, proporciona alterações fisiológicas e emocionais, que justificam a presença de um certo grau de ansiedade. Entretanto, quando vários motivos geram um grau de ansiedade mais intenso, maior será a possibilidade de ocorrerem complicações obstétricas na gravidez, parto e puerpério (MALDONADO, 1997).

Outros temores da maternidade se expressam, com frequência, em sonhos e fantasias, o que pôde ser apreendido no DSC10. Assim, é bastante comum sonhar com o parto, com as alterações corporais e com o bebê, expressando expectativas em relação a ele (MALDONADO, 1997).

Do DSC10 emergem também aspectos relativos à ocorrência do parto antes do esperado, do planejado. As mães que vivenciam o processo de prematuridade do filho podem reagir de diferentes formas à situação de tensão. Algumas parecem se entregar totalmente ao bebê, mantendo um intenso envolvimento. Porém, a grande maioria desenvolve um processo mais lento, confiando nos cuidados especializados da equipe, mas também desenvolvendo medo, insegurança e rejeição por aquele ser tão pequeno e

frágil, tão diferente do desejado. O futuro desta criança dificilmente é imaginado pelos pais (BOWLBY, 2006).

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. O que se observa é que na rotina dos serviços de saúde não se dá a devida importância à opinião da mulher sobre a conduta a ser adotada, nem se tem estudos representativos que associem a sua aceitação sobre a via de parto aos resultados perinatais obtidos. Na maioria das instituições, o que se observa são protocolos pouco flexíveis, onde a autonomia e a liberdade de escolha da mulher, na prática, acabam sendo tolhidas. 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, leva a mulher a ficar com medo e acuada (TEDESCO; MAIA; MATHIAS; BENEZ; CASTRO; BOURROUL; REIS, 2004).

Situação de superação de todos os problemas emerge do DSC 11.

***DSC 11** - 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 conseguiu ganhar peso, mesmo em jejum conseguiu ganhar peso, então está melhorando, logo vai estar nos meus braços... (Idéia Central B - Logo ele vai estar nos meus braços Entrevistas 3-4, 6-7, 10-11, 15).*

No DSC 11, mais uma vez, o foco em questão está no filho. A gravidez associada à morbidade materna grave é representada como algo que pode terminar bem. Este 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.

## 5. Considerações Finais



A abordagem qualitativa de pesquisa utilizada neste estudo mostrou-se adequado 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.

Neste estudo, notou-se grande expectativa das mulheres com relação ao futuro de suas vidas e dos filhos, durante a gestação ou mesmo após o nascimento. Elas mostram-se apreensivas, com medo da morte, medo do inesperado e de perder o filho. Porém, manifestaram uma grande esperança de vitória, ao término de todo processo pelo qual estavam passando. Ficou evidente o desejo de voltarem a ter uma vida saudável e, muitas vezes, ancoraram-se à crença religiosa, por acreditarem que Deus lhes daria a 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 das gestantes à superação das complicações.

Nos discursos, observou-se que, para essas mulheres, a percepção do risco de morte traz diversos sentimentos e com diferentes intensidades. Esses sentimentos, como medo e ansiedade, podem ser amenizados quando a gestante é bem informada em todos os momentos de sua gestação, inclusive sobre os motivos de sua transferência para o pré-natal de alto risco e sobre o diagnóstico de risco na gravidez. Assim, não se tem dúvidas de que a assistência pré-natal, atenta aos cuidados tanto físicos quanto emocionais, é indispensável para amenizar esses medos e dúvidas.

Por esse motivo, é necessário que a equipe multiprofissional esteja atenta e compreenda as percepções da gestação de risco para as gestantes, para que possa auxiliá-las na superação dos obstáculos impostos pelo risco gravídico, através de um cuidado que vise a uma melhor qualidade de vida.

---

Em alguns discursos, o sentimento de culpa foi exposto, cabendo, portanto, ao profissional de saúde, confortar e apoiar as mulheres sobre os fatores determinantes de eventuais complicações gestacionais.

Outro aspecto significativo a ser explorado é a 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, respeitando suas expectativas e individualidade. Considerando as necessidades maternas, os profissionais de saúde em geral e, de forma particular o enfermeiro, poderão aprimorar o cuidado prestado a elas e a seus filhos, proporcionando mais segurança, valorizando a autoestima e a confiança no processo de cuidado.

Nesse mesmo contexto é visto ainda como muito importante a forma como são transmitidas as informações, principalmente, a respeito do estado de saúde dos recém-nascidos e as condutas médicas adotadas para os seus cuidados, pois são questões que podem gerar ansiedade nas mães. Em outros momentos foi percebido que os próprios profissionais de saúde dificultam o vínculo, pois não usam uma linguagem de fácil compreensão materna e essa reflexão deve ser feita. Ainda neste contexto, deve-se considerar que a mãe precisa ser apoiada e algumas vezes preparada para ouvir e existem momentos oportunos para que isso ocorra.

Espera-se que este trabalho possa contribuir para um cuidado de enfermagem voltado às necessidades maternas, viabilizando ações mais eficazes. Espera-se, também, que possa contribuir com a reflexão dos profissionais de saúde, com vistas a um cuidado integral e não generalizado, à promoção da saúde e a prevenção de agravos ao grupo materno infantil.

ALONSO, L. K. Movimentos sociais e cidadania: a contribuição da psicologia social. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **A cidadania em construção: uma reflexão transdisciplinar**. São Paulo: Cortez, 1994. p. 74-92.

AQUINO, E. Repensando a mortalidade nos marcos dos direitos reprodutivos de jovens e adolescentes. **Perspect. Saúde Direitos Reprod.**, v.5, p.10-15, 2002.

ARAGÃO, V.M.F.; SILVA, A.A.M.; ARAGÃO, L.F.; BARBIERI, M.A.; BETTIOL, H.; COIMBRA, L.C. Risk factors for preterm births in São Luís, Maranhão, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.1, p. 57-63, 2004.

ARAGÃO, R. De mãe para filha: a transmissão da maternidade. In: MELGAÇO, R. (Org.). **A ética na atenção ao bebê: psicanálise, saúde e educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

ARAUJO, L.D.S. **Querer/poder amamentar: uma questão de representação?** Eduel: Londrina, 1997.

ASSIS, I. L. R. **Gravidez de alto risco: a percepção das gestantes**. 2004. 90f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

BALDINI, S.M.; KREBS, V.L.J. Reações psicológicas nos pais de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva. **Pediatr. Mod.**, v.36, p.242-624, 2000.

BARROS, A.J.D.; HIRAKATA, V.N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC. Med. Res. Method.**, v.3, n.1, p.21, 2003.

BARUFFI, L. M. **O cuidado cultural à mulher na gestação**. Passo Fundo: Ed. Da UPF, 2004.

BASKETT, T.F.; STERNADEL, J. Matrenal intensive care and near miss mortality in obstetrics. **Br. J. Obstet. Gynaecol.**, v.105, p.981-984, 1998.

BELAND, I.L.; PASSOS, J.Y. **Enfermagem clínica: aspectos fisiopatológicos e psicossociais**. São Paulo: EPU/EDUSP, p. 1037-77, 1981.

BITTES JÚNIOR, A.B.; MATHEUS, M.C.C. Comunicação. In: CIANCIARULLO, T.I. **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 61-73.

BONADIO, I. C.; TSUNECHIRO, M. A. A experiência vivenciada por mulheres grávidas no contexto de um serviço de pré-natal. In: MERIGHI, M. A. B.; PRAÇA, N. S. **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 81-91.

BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. 5.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006. (Psicologia e Pedagogia).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Bioética. 1996; 4(2): 15-25.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**: informações para gestores e técnicos. Brasília, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 4. ed. Brasília, 2000b.

BRASIL. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 199 p.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**: método mãe canguru. Manual do curso, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, 2004a. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Indicadores e dados básicos**: Brasil 2004. 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. 3.ed. Brasília, 2006a. 160p

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS, Sistema de Informações Hospitalares [online]. Brasília, 2006b.

BRÜGGEMAM, O.M. Conhecendo as percepções da mulher sobre a assistência recebida na maternidade. In: OLIVEIRA, M.E.; ZAMPIERI, M.F.M.; BRÜGGEMAM, O.M. **A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento**. Florianópolis: Cidade Futura, 2001. 131p.

CECATTI, J.G.; ALBUQUERQUE, R.M.; HARDY, E.; FAUNDES, A. Mortalidade materna em Recife: causas de óbitos maternos. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 20, n. 1, p. 7-11, 1998.

CECATTI, J.G.; SOUZA, J.P.; PARPINELLI, M.A.; KRUPA, F.G.; OSIS, M.J.D. Research on severe maternal morbidities and near-misses in Brazil: what we have learned. **Reprod. Health Matters**, v. 15, p. 125-133, 2007.

COSMO, M.; CARVALHO, J.W.A. Pensando sobre o período pré-operatório na histerectomia. **Rev. Soc. Brás. Psicol. Hosp.**, v.3, p. 27-32, 2000.

COSTA, R.G.; HARDY, E.; OSIS, M.J.D.; FAUNDES, A. A decisão de abortar: processo e sentimentos envolvidos. **Cad. Saúde Publica**, v.11, n.1, p.97-105, 1995.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22.ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 51-66.

DA-SILVA, V.A.; MORAES-SANTO, A.R.; CARVALHO, M.S.; MARTINS, M.L.P.; TEIXIERA, N.A. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. **Braz. J. Med. Biol. Res.** V.31, p.799-804.1998

DELGADO, J. A. A família vivenciando situações de saúde-doença: um conhecimento em construção. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. (Orgs). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002. p. 443-456.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. editors. **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.

DILDY, G.A. Postpartum hemorrhage: new management options. **Clin. Obstet. Gynecol.**, v. 45, n.2, p. 330-344, 2002.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J.G. A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cad. Saúde Pública**, v. 10, n. 3, p.356-367, 1994.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA - FEBRASGO. **Assistência pré-natal: manual de orientação**. Rio de Janeiro, 2000.

FERREIRA, C. E. **Avaliação de um protocolo de assistência pré-natal de baixo risco no HC - UNICAMP**. 2002. 86f. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

FIGUEIRA, S. M. A. **Jesus, o médico dos médicos. A cura no pentecostalismo segundo usuários de um serviço local de saúde**. 1996. 123f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

FILIPPI, V.; RONSMANS, C.; GANDAHOU, T.; GRAHAM, W.; ALIHONOU, E.; SANTOS, P. Women's reports of severe (near miss) obstetric complication in Benin. **Stud. Fam. Plann.**, v. 31, p.309-324, 2000.

FILIPPI, V.; BRUGHA, R.; BROWNE, E.; GOHOU, V.; BACCI, A. DE BROWERE, V. et al. Obstetric audit in resource poor settings: lessons from a multi-country project auditing 'near miss' obstetrical emergencies. **Health Policy Plann.**, v.19, p.57-66, 2004.

FLECK, M.P.A.B.; NEWLANDS, Z.; BOLOGNESI, G.; ROCHA, N.S. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Rev. Saúde Pública**, v.37, n.4, p.446-455, 2003.

FONSECA, P. T. Gravidez de alto risco. **Cad. Bioética**, n. 2, p. 43-46, 1993.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GODOY, S.R. **Mortalidade materna**: em busca do conhecimento. 2001. 119f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

GOMES, R.; CAVALCANTI, L.F.; MARINHO, A.S.N.; SILVA, L.G.P. Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, p. 62-67, jul. 2001.

GUALDA, D. M. R.; MERIGHI, M.A.B.; OLIVEIRA, S.M.J.V. Abordagens qualitativas: sua contribuição para a enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 29, n. 3, p. 297-309, 1995.

HOGA, L. A. K. As práticas anticoncepcionais no cotidiano de uma comunidade. In: MERIGHI, M. A. B.; PRAÇA, N. S. (Orgs.). **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 47-57.

JAVORSKY, M. **Os significados do aleitamento materno para as mães de prematuros em cuidado Canguru**. 1997. Dissertação (Mestrado). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1997.

JODELET, D. Représentations sociales: un domaine en expansion. In: JODELET, D. (Org.). **Les representations sociales**. Paris: Presses Universitaires de France, 1984. p.31-61.

LAURENTI, R.; JORGE, M.H.P.M.; GOTLIEB, S.L.D. A mortalidade materna nas 3. capitais brasileiras: algumas características e estimativas de um fator de ajuste. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.7, n.4, p.449-460, 2004.

LEFRÈVE, F.; LEFRÈVE, A.M.C. Princípios básicos e conceitos fundamentais do discurso do sujeito coletivo. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos)**. Caxias do Sul: Educs, 2003a. p. 13-35.

LEFRÈVE, F.; LEFRÈVE, A.M.C. Como fazer o discurso do sujeito coletivo passo a passo. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos)**. Caxias do Sul: Educs, 2003b. p. 37-57.

LEFRÈVE, F.; LEFRÈVE, A.M.C. Preâmbulo. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos)**. Caxias do Sul: Educs, 2003c. p. 9-11.

LEFRÈVE, F.; LEFRÈVE, A.M.C. O sujeito coletivo que fala. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.20, p.517-524, 2006.

LEITÃO, H. A. L. **Gender Differences in Children's Moral Concern for Others: An Empirical Leinnian Investigation**. University of Kent, Canterbury. England, 1999.

LOPES, M. H. M.; CAMPOS, C. J. G. Estudos qualitativos de enfermagem em saúde reprodutiva. In: BARROS, N. F.; CECATTI, J. G.; TURATO, E. R.

(Orgs.). **Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares**. Campinas, SP: Komedi, 2005. p. 145-151.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 1997. 229p.

MANTEL, G.D.; BUCHMANN E.; REES, H.; PATTINSON, R.C. Severe acute maternal morbidity: a pilot study of a definition for a near-miss. **Br. J. Obstet. Gynaecol.**, v. 105, n.9, p. 985-990, 1998.

MARTINEZ, J.G. Neonato prematuro em riesgo de deterioro de vínculo padres-hijo: coping. **Desarrollo Enferm.**, v.14, n.3, p.99-104, 2006.

MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: EDUC, 1989.

MERIGHI, M. A. B.; PRAÇA, N. S. Pesquisa qualitativa em enfermagem. In: \_\_\_\_\_. **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 1-3.

MICKLEY, J.R.; SOEKEN, K.; BELCHER, A. Spiritual well-being, religiousness and hope among women with breast cancer. **Image J. Nurs. Sch.**, v.24, n.4, p.267-272, 1992.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado da Saúde. **Manual de orientações para comitês de prevenção do óbito fetal e infantil**. Belo Horizonte: SAS/SES, 2004b. (Programa Viva Vida).

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22.ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 9-29.

MOÑIVAS, A. Epistemologia y representaciones sociales: concepto y teoria. **Rev.de Psicol Geral y Aplic.** n.4, p.409-19, 1994.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.

MOSCOVICI, S. Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. da UERJ, 2001. p. 45-66.

MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P. Comunicação e informação em saúde no pré-natal. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 7, n. 13, p. 109-118, 2003.

NASCIMENTO, E. R. Política de atenção à saúde da mulher no Brasil: historicamente a quem se destina? **Rev. Baiana Enferm.**, v. 5, n. 1, p. 79-86, 1992.

NASHEF, S.A.M. What is a near miss? **Lancet**, v.361, p.180-181, 2003.

NEME, B.; MARETTI, M. Assistência pré-natal. In: NEME, B. **Obstetrícia básica**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000. p. 117-133.

NOVOA, A.M. Histerectomia: efeitos emocionais na identidade feminina. *Opinião*, v.6, p.193-195, 1996.

OSIS, M. J. D.; HARDY, A.; FAÛNDES, A.; ALVES, G. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v. 27, n.1, p. 49-53, 1993.

PATTINSON, R.C.; HALL, M. Near misses: a useful adjunct to maternal death enquiries. *Br. Méd. Bull.*, v.67, p.231-243, 2003.

PELLOSO, S. M. **Mortalidade materna**: o que os números não revelam... 1999. 211f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

PENNA, L. H. G. et al. Enfermagem obstétrica no acompanhamento pré-natal. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 52, n. 3, p. 385-391, 1999.

PEREIRA, A.; NUNES, F.; PEDROSO, S.; SARAIVA, J.; RETTO, H.; MEIRINHO, M. Compressive uterine sutures to treat postpartum bleeding secondary to uterine atony. *Obstet Gynecol.*, v.106, n.3, p.569-572, 2005.

PERES, U.T. Culpa. In: \_\_\_\_\_. **Por que a culpa?** São Paulo: Escuta, 2001. p.7-14.

PRAÇA, N. S. Sistematização da assistência à gestante de alto risco: estratégia para o ensino de enfermagem obstétrica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 96-104, 1994.

- 
- REBER, A. **Dictionary of Psychology**. London: Penguin Books, 1985.
- REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- RIEHELMANN, J. C. A mulher atual: perspectivas frente à gestação. In: TEDESCO, J. J. A.; ZUGAIB, M.; QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1997. p. 40-53.
- RINGDAL, G.I. Religiosity, quality of life, and survival in cancer patients. **Soc. Ind. Res.**, v.38, p.193-211, 1996.
- RUTTER, M. Resilience: some conceptual considerations. **Journal of Adolescent Health**. 1993 Dez; 14 (Não consta o nº): 626-31.
- SILVA, G.R.G. **O ambiente frio e cuidado morno: a enfermagem possibilitando a aproximação entre pais e filhos na UTI neonatal**. 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- SILVA, V.W. **A comunicação interpessoal entre os profissionais de saúde e gestantes na assistência pré-natal**. São Paulo: Manole, 2002. 155p.
- SILVA, M.R.S. **A construção de uma trajetória resiliente durante as primeiras etapas do desenvolvimento da criança: o papel da sensibilidade materna e do suporte social [tese]**. Florianópolis (SC): Pós Graduação em Enfermagem/ UFSC; 2003.

SILVA, L.; SANTOS, R.C.; PARADA, C.M.G.L. Compreendendo o significado da gestação para grávidas diabéticas. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 12, n. 6, p. 899-904, 2004.

SPINK, M. J. P. **A medicina e o poder de legitimação das construções sociais de igualdade e diferença: uma reflexão sobre cidadania e gênero.** In: SPINK, M. J. P. (Org.). **A cidadania em construção: uma reflexão transdisciplinar.** São Paulo: Cortez, 1994. p. 93-103.

SPINK, M.J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: GUARESCUI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais.** 2.ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 1995. p.117-145.

SOUZA, J.R.; CECATTI, J.G. The near miss maternal morbidity scoring system was tested in a clinical setting Brazil. **J Clin Epidemiol.** 2005;58(9):962-3.

STONES, W.; LIM, W.; AL-AZZAWI, F.; KELLY, M. An investigation of maternal morbidity with identification of life-threatening 'near miss' episodes. **Health Trends**, v.23, p.13-15, 1991.

TASE, T. H. **Caracterização das mulheres atendidas em um hospital escola referência para gestação de alto risco.** 2000. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Obstétrica e Neonatal) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

TEDESCO, J. J. A. Aspectos emocionais da gravidez de alto risco. In: TEDESCO, J. J. A.; ZUGAIB, M.; QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1997. p.99-108.

TEDESCO, J. J. A. Gravidez de alto risco - fatores psicossociais. In: \_\_\_\_\_. **A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra**. São Paulo: Atheneu, 2000a. p. 29-41.

TEDESCO, R.P.; MAIA, N.L.; MATHIAS, L.; BENEZ, N.A.; CASTRO, V.C.L.; BOURROUL, G.M.; REIS, F.I. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.26, n.10, p.791-980, 2004

TSUNECHIRO, M. A.; BONADIO, I.C. A família na rede de apoio da gestante. **Fam. Saúde Desenvol.**, Curitiba, v. 1, n. 1/2, p.103-106, 1999.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.3, p.507-514, 2005.

UNITED NATIONS POPULATION FUND. **Maternal mortality update 2002 - a focus on emergency obstetric care**. New York: United Nations Population Fund, 2003.

VIEIRA, R.J.S. **Câncer de mama e gravidez subsequente: um olhar sociocultural**. 2004. 108f. (Tese de Doutorado) - Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2004.

WATERSTONE, M.; BEWLEY, S.; WOLFE, C. Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study. **Br. Med. J.**, v.322, n.7294, p.1089-1094, 2001.

WEISS, J.L.; MALONE, F.D.; EMING, D.; BALL, R.H.; NYBERG, D.A.; COMSTOCK, C.H. et al. Obesity, obstetric complications and cesarean delivery rate: a populationbased screening study. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.190, n.4, p.1091-1097, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate technology for birth. **Lancet**, v.2, p.436-437, 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Reduction of maternal mortality: a joint WHO/UNFPA/UNICEF. Geneva: WHO, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Maternal mortality in 2000:** estimates developed by WHO, UNICEF, and UNFPA. Geneva: World Health Organization, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Beyond the numbers:** 3 reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. Geneva: WHO, 2004.

WORLD BANK STATEMENT. Geneva: World Health Organization, 1999.

ZAMPIERI, M. F. M. Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 22, n.1, p. 140-166, 2001.

ZEEMAN, G.G. Obstetric critical care: a blueprint for improved outcomes. **Crit. Care Med.**, v.24, n.9, suppl., p.S208-S214, 2006.

ZIEGEL, E.; CRANLEY, M.S. Complicações obstétricas. In: ZIEGEL, E.; CRANLEY, M.S. **Enfermagem obstétrica**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985. p. 494-528.

Anexos



### **7.1 Anexo 1: Roteiro para Entrevista Qualitativa**

Fale sobre as questões a seguir, considerando sua experiência ao vivenciar uma doença materna grave.

1. A sua gestação foi planejada?

2. Como foi essa experiência, de ter passado por uma doença materna grave e ter sobrevivido?

## 7.2 Anexo 2: Instrumento para Caracterização das mulheres

### 1. Dados de Identificação

|                     |           |
|---------------------|-----------|
| 1. Questionário n : | ANUMERO   |
| Nome da Mãe:        | ANOME     |
| Estado civil:       | ACIVIL    |
| Escolaridade:       | AESCOLA   |
| Endereço:           | AENDEREÇO |

### 2. Admissão – Estado Clínico

|                                                 |                                        |                                     |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| Data Internação<br>Hospitalar<br>____/____/____ | Data Alta Hospitalar<br>____/____/____ | Data Investigação<br>____/____/____ |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|

|                          |              |             |               |               |            |
|--------------------------|--------------|-------------|---------------|---------------|------------|
| Pré-natal                | Sim ( 1 )    | Não ( 2 )   | N. consultas: |               | APRENATAL  |
| História gestacional     | Sim ( 1 )    | Não ( 2 )   |               |               | AHISGEST   |
| N de parto               | Sim ( 1 )    | Não ( 2 )   |               |               | ANPARTO    |
| Idade gestacional        | semanas      | Dias        |               |               | AIDGEST    |
| Tipo de parto            | Normal ( 1 ) | Fórceps (2) | Cesárea ( 3 ) | Não houve (4) | ATIPOPARTO |
| Tempo de puerpério       | dias         |             |               |               | ATEMPUERP  |
| pulso                    | bpm          | Sim ( 1 )   | Não ( 2 )     |               | APULSO     |
| Pressão sanguínea        | sist         | Diast       | Não ( 2 )     |               | APRESAN    |
| Dinâmica uterina         | Sim ( 1 )    | Não ( 2 )   |               |               | ADINUTE    |
| Dilatação do colo        | Sim ( 1 )    | Não ( 2 )   |               |               | ADILCOLO   |
| Batimentos cardio-fetais | Sim ( 1 )    | Não ( 2 )   |               |               | ABATFET    |
| Apresentação fetal       | Cefálica (1) | Pélvica (2) | Anômala (3)   |               | AAPRESFET  |
| Membrana amniótica       | Integra (1)  | Rota(2)     |               |               | AMEMAMNI   |
| sangue                   | grupo        | Fator Rh    |               |               | ASANGUE    |
| Sangramento vaginal      | Sim ( 1 )    | Não ( 2 )   |               |               | ASANVAG    |
| ocitocina                | Sim ( 1 )    | Não ( 2 )   |               |               | AOCITO     |
| antibióticos             | Sim ( 1 )    | Não ( 2 )   |               |               | AATB       |

### 3. Pré-parto – Conduta e Acompanhamento

|                                                                                                                                                                                                |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Nº de gestações incluindo esta _____                                                                                                                                                           | PGESTA   |
| Onde fez pré-natal?<br>[1] UBS [2] UNESP [3] particular/convênio [4] não fez pré-natal                                                                                                         | PPNONDE  |
| Onde ficou antes do parto?<br>[1] enfermaria com puérperas [2] sala de pré-parto [3] em maca<br>[4] sentada no banco [5] internou no período expulsivo                                         | PLOCALPP |
| Hora da admissão ____:____                                                                                                                                                                     | PHORAAD  |
| Hora do Parto ____:____                                                                                                                                                                        | PHORAPA  |
| Foi solicitado o cartão da gestante?<br>[1] sim [2] não                                                                                                                                        | PCARTAO  |
| Admissão feita por:<br>[1] médico [2] enfermeira [3] auxiliar de enfermagem<br>[4] estudante [5] outro _____                                                                                   | PADMIS   |
| Foi feito dinâmica uterina na admissão?<br>[1] sim [2] não                                                                                                                                     | PDINA    |
| Foi feito toque na admissão?<br>[1] sim [2] não                                                                                                                                                | PTOQUE   |
| Foi verificada a pressão arterial na admissão?<br>[1] sim [2] não                                                                                                                              | PPA      |
| Foi auscultado o bebê na admissão?<br>[1] sim [2] não                                                                                                                                          | PFOCO    |
| Foi fornecido pelo hospital na admissão:<br>[1] camisola [2] lençol de cama [3] toalha [4] nada                                                                                                | PROUPA   |
| Foi permitida a presença (ou oferecido a possibilidade) de um acompanhante junto à gestante durante o trabalho de parto?<br>[1] sim [2] não [3] não corresponde (parturiente sem acompanhante) | PACOMPA  |
| Quantas vezes a parturiente foi examinada durante o trabalho de parto?<br>[1] nenhuma [2] 1 [3] 2 [3] 3 [3] 4 [3] 5 ou mais                                                                    | PEXATP   |
| O bebê foi auscultado com pinard antes do parto?<br>[1] sim [2] não                                                                                                                            | PPINARD  |
| O bebê foi auscultado com sonar antes do parto?<br>[1] sim [2] não                                                                                                                             | PSONAR   |
| A parturiente teve sua pressão medida antes do parto?<br>[1] sim [2] não                                                                                                                       | PPRESSAO |
| Foi feito tricotomia no hospital?<br>[1] sim [2] não                                                                                                                                           | PTRICOT  |
| Foi feito lavagem intestinal no hospital?<br>[1] sim [2] não                                                                                                                                   | PLAVAG   |
| Foi orientado jejum durante o trabalho de parto?<br>[1] sim [2] não                                                                                                                            | PJEJUM   |
| Foi orientado repouso durante o trabalho de parto?<br>[1] sim [2] não                                                                                                                          | PDEITAR  |
| Foi instalado soro durante o trabalho de parto?                                                                                                                                                | PVEIA    |

|                                                          |                                           |         |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------|
| [1] sim                                                  | [2] não                                   |         |
| A bolsa foi rompida neste hospital antes do parto?       |                                           | PROTURA |
| [1] espontaneamente                                      | [2] rotura artificial (pelo profissional) | [3] não |
| Houve alguma forma de controle não farmacológico da dor? |                                           | PDOR    |
| [1] sim                                                  | [2] não                                   |         |

#### 4. Parto

|                                                                                                                      |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Tipo de Parto                                                                                                        | PTIOPAR   |
| [1] Normal [2] 1ª cesárea [3] cesárea repetida [4] Fórceps                                                           |           |
| Profissional que fez o parto                                                                                         | PPROFPAR  |
| [1] Obstetra [2] Enfermeira [3] Parteira [4] Aux. Enf. [5] Residente [6] estudante [7] Médico do pré-natal [8] outro |           |
| Parto ocorreu na sala de parto?                                                                                      | PLOCALPAR |
| [1] sim [2] não                                                                                                      |           |
| Foi verificada a pressão na sala de parto, ?                                                                         | PPASP     |
| [1] sim [2] não                                                                                                      |           |
| Foi auscultado o bebê na sala de parto?                                                                              | PFOCOSP   |
| [1] sim [2] não                                                                                                      |           |
| Teve acompanhante na sala de parto?                                                                                  | PACOSP    |
| [1] sim [2] não                                                                                                      |           |
| Foi feito episiotomia?                                                                                               | PEPISIO   |
| [1] sim [2] não [3] não corresponde (cesárea)                                                                        |           |
| Foi feito algum tipo de anestesia?                                                                                   | PANES     |
| [1] bloqueio local [2] peridural [3] raqui [4] não                                                                   |           |
| Mostraram o bebê para a mãe na sala de parto?                                                                        | PVIUBEBE  |
| [1] sim [2] não                                                                                                      |           |
| O bebê mamou na sala de parto?                                                                                       | PMAMOUSP  |
| [1] sim [2] não                                                                                                      |           |
| Uso de medicação na sala de parto – ocitócico (injeção/soro)                                                         | PMEDPAR   |
| [1] sim [2] não                                                                                                      |           |
| Uso de outros medicamentos na sala de parto                                                                          | POUMEDPA  |
| [1] sim [2] não                                                                                                      |           |

#### 5. Status da Transferência

|                       |           |           |          |
|-----------------------|-----------|-----------|----------|
| Veio de outro serviço | Sim ( 1 ) | Não ( 2 ) | ASERVIÇO |
| De onde?              |           |           | AONDE    |
| Motivo/ razão         |           |           | ARAZAO   |

#### 6. Morbidade Materna

| Causas               |     | CID |
|----------------------|-----|-----|
| Hipertensão          | ( ) |     |
| Hemorragia anteparto | ( ) |     |
| Hemorragia pós parto | ( ) |     |
| Sepse gestacional    | ( ) |     |

|                                  |     |  |
|----------------------------------|-----|--|
| Sepse puerperal                  | ( ) |  |
| Sepse (aborto)                   | ( ) |  |
| Pré-eclampsia grave              | ( ) |  |
| Eclampsia                        | ( ) |  |
| Síndrome Hellp                   | ( ) |  |
| Hemorragia grave                 | ( ) |  |
| Sepse grave                      | ( ) |  |
| Ruptura uterina                  | ( ) |  |
| Edema pulmonar                   | ( ) |  |
| PCR                              | ( ) |  |
| Hipovolemia - transfusão         | ( ) |  |
| Admissão UTI por seps            | ( ) |  |
| Histerectomia emergência         | ( ) |  |
| Icterícia presença pré-eclampsia | ( ) |  |
| Cetoacidose diabética            | ( ) |  |
| Trombocitopenia aguda            | ( ) |  |
| Complicações anestésicas         | ( ) |  |
| Acidente anestésico              | ( ) |  |
| Doença não obstétrica            | ( ) |  |

## 7. Encaminhamento à UTI

|                       |           |           |         |
|-----------------------|-----------|-----------|---------|
| Houve encaminhamento? | Sim ( 1 ) | Não ( 2 ) | AENCUTI |
|-----------------------|-----------|-----------|---------|

## 8. Desfecho Materno

|                      |                         |              |           |
|----------------------|-------------------------|--------------|-----------|
| Estada hospitalar    | Dias                    |              |           |
| Condições de alta    | Bom estado de saúde ( ) | Seqüelas ( ) | Óbito ( ) |
| Especificar seqüela: |                         |              |           |
| Causa de morte:      |                         |              |           |

### 7.3 Anexo 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A Senhora está sendo convidada a participar de um projeto de pesquisa, que tem como título “Sentimentos e percepções de mulheres no ciclo gravídico-puerperal que sobreviveram a morbidade materna grave”.

Este projeto de Pesquisa tem por objetivo compreender a experiência de mulheres no ciclo gravídico-puerperal, que sobreviveram a morbidade materna grave, por exemplo, que sobreviveram a alguma disfunção orgânica materna, ou determinada doença como eclampsia e também algum grau de complexidade do manejo assistencial, como admissão em UTI ou realização de histerectomia.

Sendo você uma das possíveis participantes, peço autorização para realizar a pesquisa, caso concorde, solicito que assine o termo de Consentimento a seguir. Informo que será preservado sigilo quanto a seus dados pessoais e sua identidade e que a entrevista será gravada, sendo as fitas destruídas ao término do trabalho.

Declaro que o presente projeto de pesquisa foi explicado em detalhes quanto ao seu desenvolvimento e após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, será elaborado em 2 vias, sendo 1 cópia entregue ao sujeito da pesquisa e outra será mantida em arquivo pelo pesquisador.

Tendo sido informada sobre a pesquisa “Sentimentos e percepções de mulheres no ciclo gravídico-puerperal que sobreviveram à morbidade materna grave”, realizada pela Enfermeira Ana Paula Pinho Carvalheira, sob orientação da Profa Adj. Cristina Maria Garcia de Lima Parada, concordo em participar da mesma.

Botucatu, de de 200 .

-----  
Paciente

-----  
Pesquisador

**Ana Paula Pinho Carvalheira**

Rua: Miguel Di Credde, 267, apto B,  
Jardim Panorama – Botucatu-SP

Fone: 14 3882 7621

e-mail: [nanacarvalheira@bol.com.br](mailto:nanacarvalheira@bol.com.br)

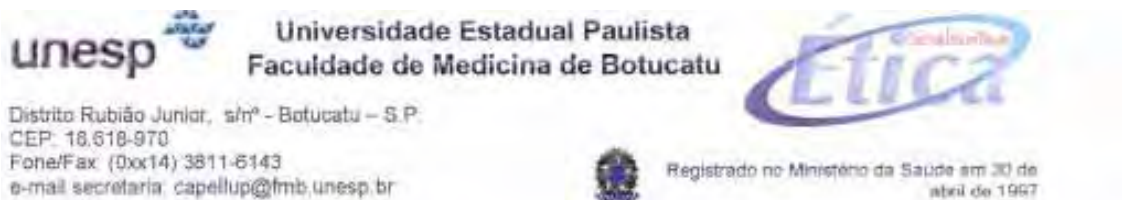
**Cristina Maria Garcia de Lima Parada**

Rua: Jorge Barbosa de Barros, 718, Jardim  
Paraíso – Botucatu-SP

Fone: 14 3815 6167 e-mail:

[cparada@fmb.unesp.br](mailto:cparada@fmb.unesp.br)

#### 7.4 Anexo 4: Ofício com Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP



Botucatu, 04 de agosto de 2008

Of. 294/08-CEP

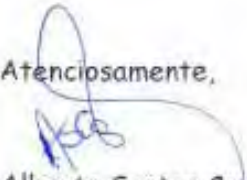
Ilustríssima Senhora  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cristina Maria Garcia de Lima Parada  
Departamento de Enfermagem da  
Faculdade de Medicina de Botucatu.

Prezada Prof<sup>a</sup> Cristina,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa "Sentimentos e percepções de mulheres no ciclo gravídico-puerperal que sobrevivem à gravidade de morbididades maternas caracterizadas como near miss", a ser conduzido por Ana Paula Pinho Carvalheira, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator **parecer favorável**, aprovado em reunião de 04/08/2.008.

Situação do Projeto: **APROVADO**. **Apresentar Relatório Final de Atividades ao final da execução deste projeto.**

Atenciosamente,

  
Alberto Santos Capelluppi  
Secretário do CEP