



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

de Godoy, Sandra Regina; Gualda, Dulce Maria Rosa; Bazilli Bergamasco, Roselena; Tsunechiro,
Maria Alice

Percepção da causalidade e dos sinais de near miss atribuídos por mulheres sobreviventes

Texto & Contexto Enfermagem, vol. 17, núm. 3, julho-setembro, 2008, pp. 536-543

Universidade Federal de Santa Catarina

Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71417317>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

**PERCEPÇÃO DA CAUSALIDADE E DOS SINAIS DE NEAR MISS
ATRIBUÍDOS POR MULHERES SOBREVIVENTES**
PERCEPTION OF CAUSALITY AND SIGNS OF NEAR MISS REFERRED BY SURVIVING WOMEN
**PERCEPCIÓN DE LA CAUSALIDAD Y DE LAS SEÑALES DEL NEAR MISS IDENTIFICADOS POR
MUJERES SUPERVIVIENTES**

Sandra Regina de Godoy¹, Dulce Maria Rosa Gualda², Roselena Bazilli Bergamasco³, Maria Alice Tsunechiro³

¹ Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da Fundação Educacional de Fernandópolis. São Paulo, Brasil.

² Doutora em Enfermagem. Professor Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EUSP). São Paulo, Brasil.

³ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da EUSP. São Paulo, Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Complicações na gravidez. Saúde da mulher. Medicina reprodutiva.

RESUMO: O objetivo deste artigo é relatar a percepção de sinais e a causalidade de complicações das mulheres que sobreviveram ao processo de *near miss* no período grávido-puerperal. O referencial teórico utilizado foram conceitos da antropologia médica. Os dados foram coletados por meio de entrevistas organizadas em narrativas com 13 mulheres egressas de uma unidade de terapia intensiva e analisados segundo os passos da história oral. Relataram que, durante o período da ocorrência do *near miss* percebiam que “algo estava errado”, que havia dificuldades no atendimento, queixando-se da assistência recebida. Apontaram a falta de esclarecimento e orientação sobre o tratamento, sobre formas de lidar com situações adversas na gestação e sobre as possibilidades de agravamento das doenças preexistentes. Concluiu-se que a maioria das mulheres foi vítima da falta de informação sobre sua condição de saúde, levando-as a procurar assistência apenas quando o quadro clínico exigia atendimento de emergência.

KEYWORDS: Pregnancy complications, Women's health. Reproductive medicine.

ABSTRACT: The objective of this paper is to report the perception of signs and the causes identified by surviving women of the near miss process in the pregnant-delivery cycle. The theoretical framework was based on medical anthropology concepts. Data collection was carried out through interviews arranged as narratives by 13 women who were in an intensive care unit and analyzed according to oral history procedures. During the period of near miss occurrences, the women realized that “something was wrong” and reported their difficulties in obtaining care. They complained about the care received. They pointed out a lack of clarification and orientation concerning their treatment and how to deal with adverse situations during pregnancy. This study concludes that the majority of these women were victims of a lack of knowledge about their own health situation, which led them to search for care only when their clinical status demanded emergency procedures.

PALABRAS CLAVE: Complicaciones del embarazo. Salud de la mujer. Medicina reproductiva.

RESUMEN: El objetivo de este artículo es reportar la percepción de señales y las causas de complicaciones en mujeres supervivientes del proceso de *near miss*, en el período de embarazo y puerperio. Como marco teórico, se utilizaron conceptos de la antropología médica. Los datos han sido recolectados por medio de entrevistas organizadas en narrativas, con 13 mujeres salidas de una unidad de terapia intensiva, y han sido analizados según los pasos de la historia oral. Las mujeres reportaron que durante la ocurrencia del *near miss* se dieron cuenta de que algo “iba mal”, que había problemas en la atención médica, y se quejaron de la asistencia recibida. Apuntaron fallos en el esclarecimiento y la orientación sobre el tratamiento, sobre las formas de tratar con situaciones adversas en el embarazo y sobre las posibilidades de agravamiento de enfermedades preexistentes. La mayoría de las mujeres no tenía información sobre su salud, lo que las llevó a buscar asistencia apenas cuando el cuadro exigía atención de emergencia.

Roselena Bazilli Bergamasco
Endereço: Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
05403-000 - São Paulo, SP, Brasil
E-mail: roselena@usp.br

Artigo original: Pesquisa
Recebido em: 14 de janeiro de 2008
Aprovação final: 15 de agosto de 2008

INTRODUÇÃO

A morbidade materna tem sido cada vez mais foco de atenção dos estudiosos da área de saúde da mulher, considerando que sua proporção é bem maior do que o evento do óbito. É muito relevante compreender por que mulheres grávidas adoecem, do que adoecem e quais são as repercussões para sua saúde.

Um dos maiores desafios a serem enfrentados é quando a morbidade materna torna-se grave ou as intercorrências são muito graves, sendo percebidas como um evento *near miss* com repercussões prejudiciais à saúde física, mental e social da mulher e sua família.

Near miss é definido como mulheres em condições graves de risco de vida, que quase morrem, mas, com boa sorte ou cuidados, sobrevivem. Esta sobrevivência depende da enfermidade, de sua saúde, de facilidades e cuidados prestados a elas e do pessoal da equipe de saúde.¹

Os autores comentam ainda que os critérios usados para identificar um *near miss* variam muito, o que dificulta sua incorporação em pesquisas sobre morte materna. Apontam três métodos para identificar a morbidade materna grave: 1. Critérios clínicos relacionados a uma enfermidade específica - as morbidades de doenças específicas como pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia, síndrome HELLP (Hemolysis Elevated, Liver Enzymes, Low Platelets Count), hemorragia grave, *sepsis* grave e ruptura do útero foram definidas cuidadosamente; 2. Critérios baseados em intervenção - uma intervenção específica como a admissão em uma unidade de cuidados intensivos ou um procedimento como histerectomia ou transfusão de sangue maciça; 3. Critérios baseados na disfunção do sistema de órgãos - esse sistema é pautado no conceito de que existe uma seqüência de eventos que vão da boa saúde à morte, sendo que a seqüência é um evento clínico negativo, a que se segue uma síndrome inflamatória sistemática, como resposta a disfunção dos órgãos, sua falência e, finalmente, a morte. Um *near miss* seria aquela situação em que a mulher sofre uma disfunção e falha dos órgãos, mas que sobrevive.¹

A presença de qualquer um desses indicadores em uma gravidez, da concepção aos 42 dias após o parto, constitui um *near miss*. Após o caso identificado, a causa obstétrica primária pode, então, ser reconhecida e classificada.

Em uma publicação de revisão bibliográfica, os autores do presente estudo realizaram uma

busca eletrônica em bases de dados com objetivos de analisar as diferentes definições operacionais de *near miss* e, foram identificados 38 artigos em um universo de 1.247, sendo 19 estudos em países desenvolvidos e, em igual número, em países em desenvolvimento. Destes, 20 adotaram definições relacionadas à complexidade do manejo; em seis estudos, a definição estava relacionada à disfunção de órgãos; em outros 10, a definição de *near miss* relacionava-se à presença de sinais e sintomas ou entidades clínicas específicas e em dois estudos foi adotada uma definição mista de *near miss*. Concluíram que a incidência de *near miss* tende a ser maior nos países em desenvolvimento e que a definição de disfunção orgânica é a mais adotada.²

Para a Organização Mundial da Saúde não existe uma definição universalmente aplicável ao *near miss*.³ Uma das principais vantagens de se utilizar casos de *near miss* ao invés de mortes maternas para as auditorias ou análises de casos, é que as complicações obstétricas ocorrem com maior frequência do que as mortes, o que possibilita uma análise quantitativa mais abrangente.

Alguns estudos sobre o tema vêm sendo realizados, procurando evidenciar as questões conceituais e clínicas, entretanto, não foram encontrados estudos que abordem a experiência da mulher sobrevivente.²

Este trabalho prioriza a necessidade de estudar a experiência vivida pelas mulheres, com o objetivo de ampliar o olhar dos profissionais de saúde e todos os envolvidos para além das questões de ordem numérica (razão de morbidade e mortalidade materna). Assim, realizamos um estudo utilizando como critério de morbidade materna grave *near miss* a internação em unidade de cuidados intensivos de mulheres com complicações graves, obstétricas ou clínicas, no período gestacional, no parto ou no pós-parto.⁴ Os resultados mostraram que a experiência de vivenciar uma complicação com risco de morte foi marcante, desagradável, evidenciando sofrimento, sentimento de medo e preocupação, sobretudo com o filho, o marido e familiares. O estudo revelou também como as mulheres perceberam o problema, as mudanças que ocorreram em suas vidas e formas de enfrentamento e superação das dificuldades vivenciadas.

O presente artigo apresenta a percepção da mulher que vivenciou a experiência de *near miss*, "quase morte" relativa à sintomatologia, à causalidade da morbidade, à assistência recebida pelos profissionais e às repercussões para a sua vida.

CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo qualitativo tendo como referencial teórico os conceitos da antropologia médica e referencial metodológico da história oral.

A pesquisa qualitativa foi escolhida por vir ao encontro do objetivo proposto para este estudo, que é ouvir as experiências vividas pelas mulheres acerca de um evento adverso e conhecer seu impacto nas suas histórias de vida. Desta forma, pretendemos contribuir para uma maior reflexão sobre o tema e criar possibilidades de mudanças no processo de trabalho dos profissionais da saúde.

A antropologia médica é um ramo da antropologia que trata de como as pessoas, nas diferentes culturas e grupos sociais, explicam as causas das doenças, os tipos de tratamento em que acreditam e aos quais recorrem quando ficam doentes.

Nesta perspectiva, “[...] saúde e doença produzem experiências pessoais intensas, ao mesmo que possibilitam a construção de eventos socialmente significativos. Saúde e doença são fenômenos socialmente padronizados e a posição pessoal do indivíduo tem importância nas experiências. A padronização social da doença tem um caráter temporal se concebido em termos de suas dimensões históricas ou em diferentes estágios do curso da vida ou biografia individual”.^{5,25}

A contribuição da antropologia tem sido evidenciada nos trabalhos realizados na Enfermagem, tanto na compreensão do fenômeno saúde-doença como nas ações de prevenção, tratamento, planejamento e avaliação dos serviços de saúde, considerando as crenças, os valores e conhecimentos da população estudada.⁵

Coleta de dados

Para a coleta de dados, foi utilizado o processo metodológico da história oral, em razão da necessidade de obter depoimentos de mulheres que se identificam por um motivo – ter vivido uma morbidade grave no ciclo grávido-puerperal, ou seja, passaram por uma quase perda da própria vida, em decorrência de complicação grave. O uso deste método fundamenta-se no direito à participação social e no direito de cidadania dessas mulheres que sofreram este evento adverso da obstetrícia. A intenção central é “dar voz” a essas mulheres que se calam diante do sofrimento vivido. As intenções complementares vieram da análise das narrativas adquiridas.

Na história oral, o depoente é o sujeito principal, é o “colaborador”, conforme a terminologia utilizada para definir o relacionamento entre o entrevistado e entrevistador. É fundamental porque estabelece uma relação de compromisso entre as partes.⁶

Local

Esta investigação foi desenvolvida em uma região do interior paulista, tendo como referência a cidade de Fernandópolis, localizada a noroeste do Estado de São Paulo, distante 555 km da capital paulista.

Procedimentos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo sob o N° 447/2005. Houve autorização do hospital para a realização da pesquisa. Todas as colaboradoras, após estarem cientes e esclarecidas da proposta do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando a participação na pesquisa.

Amostra

Foram identificadas pelos prontuários no Serviço de Arquivo Médico e Estatística mulheres sobreviventes atendidas na unidade de terapia intensiva de um hospital geral de Fernandópolis, no período de 2003 a 2005. Esta instituição atende usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e outros conveniados com abrangência de 11 municípios circunvizinhos. Após o contato inicial, 13 aceitaram participar do estudo. As entrevistas foram realizadas no local escolhido por elas, sendo que a maior parte optou pelo domicílio.⁶

No ato da gravação, foi registrada a sua vontade ou não de ser identificada pelo nome ou pseudônimo. Todas manifestaram o desejo de manter o próprio nome, já que a história do contexto de sua própria vida seria gravada e foi acordado que apenas o nome seria registrado.⁶

Na realização da entrevista, a pergunta de corte utilizada foi – Conte-me como foi para você ter vivido esse momento de quase morte em sua vida?

Análise dos dados

O tratamento das entrevistas foi realizado em três fases, a saber – transcrição, textualização e transcrição. O passo seguinte foi a conferência.⁶

Primeiramente, as entrevistas foram rigorosamente transcritas. Em seguida textualizadas, quando eliminadas as questões e agregadas às respostas passando o texto para o domínio exclusivo do narrador. Houve algumas correções para tornar a narrativa mais clara. Na etapa da transcrição houve uma recriação da narrativa pelo pesquisador em concordância com o colaborador, para tornar o texto mais vivo ao leitor.

Outro passo muito importante no uso da história oral diz respeito à conferência que é o reconhecimento do texto procedido pela conferência e pela autorização que determinam se o colaborador identificou-se ou não com o resultado. Neste estudo, todas as narrativas foram conferidas pelas colaboradoras, sendo que, em três delas, foi preciso refazer alguns parágrafos a pedido das mesmas.

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

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

RESULTADOS

A análise das narrativas permitiu identificar como as mulheres vivenciaram e sobreviveram ao processo do *near miss*, ocorrido em diferentes momentos do processo gravídico-puerperal - na fase gestacional, no parto e no pós-parto. Das narrativas, foram identificadas frases ou afirmações que se relacionam com o fenômeno estudado. Este artigo aborda a categoria “Percepção do problema”, cujos subtemas são – percepção dos sinais e sintomas da complicação grave e sua causalidade.

Percepção dos sinais e sintomas da complicação grave

As mulheres perceberam os sinais e sintomas da complicação grave por meio da sensação física

de “não se sentirem bem”, do sentimento de que “algo estava errado ou diferente”, como dores, tontura, nervoso, sangramento vaginal, aumento de peso acima do esperado e edema, entre outros. Algumas relataram que havia algo “estranho” já no momento em que se percebeu grávida, quando comparado com experiências anteriores.

Uma das colaboradoras que havia tido, anteriormente, uma gravidez tubária, negava a possibilidade de nova gravidez e complicações, mesmo diante dos mesmos sintomas.

A gravidez não entrava na minha cabeça, é por isso que deu tudo errado [...] eu não acreditava naquilo, fui adiando, só fui ao médico na última hora. [...] Tive algo que não era bem um sangramento. Era preta, uma coisa preta que mal sujava a calcinha. Estava tudo na barriga, fiquei muito tempo sem oxigênio no cérebro, sem pulso, sem pressão, sem nada (E1).

Outras mulheres que apresentaram gestações de alto risco anteriormente tinham noção da possibilidade de complicações.

Pode-se constatar tal fato no depoimento: *o diabetes aumentou a partir do sexto mês e junto a pressão, também, aumentou [...] eu ficava com muito medo de acontecer alguma coisa com o nenê e comigo também. [...] Eu fiquei dois dias na UTI (Unidade de Terapia Intensiva) de novo por causa do diabetes e da pressão que subiu (E2).*

Em uma depoente que apresentou três abortamentos, foi detectada hipertensão arterial desde o quarto mês. No dia do parto, foi para o hospital sentindo-se mal, com a pressão arterial elevada e bastante nervosa: *a minha pressão tinha subido muito e tinha matado a nenê. E ele falou também que ia tentar me salvar. [...] deu começo de uma eclâmpsia por causa da pressão que não abaixava. [...] eu não desinchava (E3).*

Uma das mulheres, mãe de dois filhos adultos, engravidou sem planejamento. Estava iniciando um tratamento para uma “mancha” detectada na mamografia. Começou o pré-natal e, após a ultra-sonografia, foi detectada gravidez ectópica rota e um quadro de hemorragia. Foi operada imediatamente. Na residência, após alta hospitalar, apresentou dificuldade respiratória e distensão abdominal e percebeu que havia “algo errado” e ligou para a médica que fez a cirurgia: *voltei para o hospital no dia 24, ela (médica) viu que eu estava com febre e com frio. Não tinha ninguém pra fazer o ultra-som pra ver como estava, tive que fazer um raio X que constatou que tinha vários [...] coágulos, inflamação, que já tinha envolvido tudo de pus lá dentro. Eles resolveram fazer a cirurgia novamente (E1).*

Duas mulheres perceberam alguns sinais e sintomas de gravidade no momento da ocorrência da complicação. Eram primigestas, com gestação de baixo risco e apresentaram a complicação no parto e logo após. Uma delas comenta que teve hemorragia vaginal na retirada manual da placenta, realizada pelo médico: *ele conseguiu pegar [...] e foi aí que me deu hemorragia [...] mas ele conseguiu limpar. [...] vi que ele ficou nervoso! Escutei a hora que ele mandou ir pro centro cirúrgico [...] eu estava com frio e foi a hora que percebi a complicação* (E4).

Outra passou por uma gravidez anterior complicada que resultou em óbito fetal. Cinco meses depois engravidou novamente. Nesta gestação, encontrava-se muito bem, com disposição para as atividades que precisava cumprir, quando: *senti um corrimento [...] Percebi que estava sangrando [...] Eu percebia que estava perdendo muito sangue, mas até chegar a conclusão que estava com hemorragia [...] eu sentia que esguichava no meu Joelho. Aí que percebi que estava muito forte, estava perdendo muito sangue [...]* (E5).

Assim, mesmo passando por hemorragia, não percebia que seu caso era grave e corria risco de morte, pois a atenção estava voltada para a possibilidade da perda do filho: *quando meu marido fala: você quase morreu, não tenho noção disso! Não sinto noção de perigo [...]. Em nenhum momento, nem quando estava lá na UTI, nem quando falaram que não dava mais pra me levar pra Rio Preto, senão poderia morrer no meio do caminho. Não passava pela minha cabeça que eu fosse morrer. E, até hoje, não passa* (E5).

Uma colaboradora, durante a gestação, ficou internada para controle da hipertensão arterial, queixa de dor abdominal e presença de sangramento vaginal. Ao retornar para casa, não faz o repouso orientado pelo médico e teve complicações: *olhei pra mão e não enxergava, percebi que ia me dar uma crise convulsiva. Então, vim pra dentro [...] mas só consegui chegar até a área do fundo e não me lembro de mais nada. Eu cá, acho que deu crise convulsiva* (E6).

A maior parte das mulheres considera que dor de cabeça, tonturas e edema são indicativos de que algo não está bem com a gravidez. Uma delas embora sentisse tontura e dor de cabeça que pareciam insuportáveis, só percebeu a gravidade na UTI, quando o médico foi conversar com ela: *eu não agüentava [...] dor de cabeça, uma tontura, deitava não estava bom, e a dor de cabeça doía tudo, tudo. [...] Percebi que meu caso era grave no dia que eu tive ele. Quando o médico falou pra mim que se eu tivesse demorado mais um pouquinho, teria morrido, eu e o nenê dentro de casa* (E7).

Percepção da causalidade da complicação grave

As mulheres atribuem diversos motivos referentes às causas para o problema apresentado. Os relatos a seguir explicam a causalidade das complicações graves e o entendimento dessas mulheres sobre as doenças.

Para algumas, o problema foi motivado por fatores naturais, representados por causas orgânicas: *[...] eu tenho uma incompetência cervical [...] o útero não agüenta o peso do bebê [...] Ele não agüenta o peso, abre e solta o bebê, até o quarto mês dá pra operar e fazer a circlagem* (E5).

Algumas mulheres souberam das causas das complicações pelos profissionais médicos, após a ocorrência do evento e descreveram a causalidade como alterações anatomofisiológicas: *eu não sei o que causou o meu problema [...] nem percebi o que estava acontecendo. Complicou o negócio da placenta que tinha grudado* (E4).

Várias mulheres empregaram o termo “nervoso”, por acreditarem que as complicações possam ter aparecido pelo “nervoso que passaram durante a gravidez”: *não tive problema, eu tive nervoso na gravidez inteira [...] fui muitas vezes pro hospital com dor [...] Acho que era por causa do nervoso* (E7).

Na percepção de uma colaboradora as causas foram orgânicas e falhas de assistência: *a médica falou que o pique que ele deu foi profundo, que ele cortou muito fundo e não viu, costurou só por fora, por dentro ficou sangrando, foi muito fundo* (E8).

Outra depoente acredita que a causa da complicação foi a alimentação em excesso, manifestada pelo aumento de peso e pelo nervoso que passou durante a gravidez: *eu acho que a minha pressão subiu muito porque (risadas)[...] eu comi demais. Comi tanta coisa, até bobageira comia* (E7).

Para uma mulher, as causas da complicação são hereditárias e decorrentes de doenças crônicas preexistentes, conforme o depoimento: *a minha mãe tem diabetes, a minha tia, a minha avó; que eu saiba, são essas três. É de família mesmo. [...] Na quinta gravidez, eu tive que fazer um tratamento em Rio Preto. Minha pressão estava alta e apareceu diabetes* (E9).

Outra também acredita em causas orgânicas e psicológicas, referindo uma sucessão de episódios, como a perda da mãe, o diagnóstico da diabetes e ganho ponderal exagerado, que alteraram o curso de sua vida: *[...] com a perda da minha mãe, comecei a ficar obesa [...] Fiquei 50 quilos acima do meu peso, passei a ser diabética. Minha saúde descontrolou, fiquei hipertensa, com vários, vários problemas* (E10).

Algumas mulheres encontram explicações para a ocorrência das complicações como fatalísticas, nomeadas aqui como “obras do sagrado”, sendo um “desígnio de Deus”, ou seja, uma causa independente de sua vontade, como pode ser observado, a seguir: [...] *falo assim [...] tinha que passar, isso é uma coisa que Deus coloca: você tem que passar por isso pra dar valor em outras coisas, acho que é uma provação, que a gente vê até onde suporta [...] Deus não quis que eu tivesse outro filho [...]* (E11).

DISCUSSÃO

Toda narrativa é sempre e, inevitavelmente, a construção, a elaboração, a seleção de fatos e as impressões.⁶ Portanto, como discurso em constante elaboração, a narrativa em história oral é uma versão dos fatos e não os fatos em si.

Por entender que as narrativas contêm expressões e experiências singulares, reconhecemos a existência de diversos aspectos que precisam ser trabalhados, sob distintos olhares e interpretações. Procuramos ser fiéis aos relatos das colaboradoras que contêm uma experiência sofrida, porém, transformadora na vida de cada uma.

A análise das narrativas deste estudo possibilitou compreender como as mulheres vivenciam a experiência de um evento adverso em suas vidas reprodutivas que poderia ter conseqüências fatais.

A morbidade materna *near miss* é identificada como um processo complexo de interpretação, pela qual as mulheres, em suas contingências históricas e biográficas, atribuem significados próprios às complicações decorrentes do processo de gravidez.

Trata-se de um evento multidimensional que abrange várias dimensões. A temporal, pois ocorrem mudanças de significado a partir do tempo decorrido e a compreensão das mulheres é continuamente confrontada com outras experiências diferentes e diagnósticos construídos pelos amigos e familiares. A dimensão singular, na qual há uma diferença de percepção e significado para as mulheres, considerando aquelas com experiências anteriores de gestação de alto risco e as com ou sem gestação e parto anterior de baixo risco. Por fim, a dimensão cultural é manifestada nas crenças individuais das mulheres e famílias, observadas na diferença entre valores e atitudes relacionados ao evento.⁴

É por meio da cultura somática feminina* que as mulheres aprendem ou aprenderam a receber os sinais que seus corpos emitem na doença e na saúde, criando uma quase linguagem corporal feminina que, muitas vezes, é transmitida de mãe para filha, de amiga para amiga, de comadre para comadre; enfim, entre mulheres.⁷ Esses sinais vão receber maior ou menor atenção, dependendo da cultura e da época vivida pelo grupo social a que pertencem e manifestam-se em maneiras diferentes de agir ou aderir ao tratamento nas suas diversas fases do período reprodutivo. A autora complementa que “os sinais emitidos pelo corpo feminino são apreendidos pela experiência pessoal de cada mulher que interage, por sua vez, com o grupo social do qual faz parte”.^{7:132}

Nesta pesquisa, as mulheres perceberam, pelas sensações de seus corpos, os sinais de que “algo errado” estava acontecendo, interpretados como complicação, por vezes comparados com experiências de gravidezes e partos anteriores. No entanto, muitas depoentes não distinguiram a presença do risco de morte, mas, esses sinais indicaram a necessidade de buscar auxílio nos serviços de saúde.

A percepção de hemorragia e a sensação dolorosa foram os principais sintomas indicativos de anormalidade. O sangramento é um sinal constante do parto e a presença de anormalidade ou de doenças é questão primordial à mulher e aos profissionais.⁸

A dor é tida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, decorrente de lesão real ou potencial dos tecidos do organismo. Pode ser dor aguda, ao exercer um papel de alerta indicando que algo está errado e a presença de doença crônica, cujas causas são sofrimento, estresse e incapacidade.⁹

Nas narrativas apresentadas, existem várias queixas de dor, em especial da dor aguda que esteve presente na gravidez, no parto e no pós-parto, em diversas intensidades, sendo mostrada como causa para identificação de que “algo estava errado”, levando as mulheres em busca do serviço de saúde ou à percepção de complicação grave. No processo de parturição, a dor é um fenômeno esperado e as mulheres aprendem, desde meninas, que o parto é muito sofrido e doloroso, ouvindo histórias e vivências

* *Cultura somática feminina é designada pela autora utilizando-se do conceito de Boltanski de cultura somática, no qual ele demonstra como existem regras que determinam o grau de interesse e de atenção que convém dar às sensações doentias e, de maneira geral, às sensações corporais e ao próprio corpo.*

da família ou amigas que, muitas vezes, dificultam a experiência de nascimento.

Conforme a compreensão das mulheres do estudo, a causalidade da complicação grave vivida deu-se por diferentes maneiras: por causas orgânicas, psíquicas e fatalísticas; sendo as doenças preexistentes, os sentimentos negativos e o destino os mais apontados.

Observamos que muitas doenças físicas são explicadas como originárias de problemas emocionais. Como exemplo para as gestantes, o susto pode provocar aborto ou má-formação congênita. As causas sobrenaturais circunscrevem o universo dos espíritos e os seres transcendentais: Deus, santos, espíritos que se expressam pelo corpo, exemplo, o mau-olhado, encosto, olho grande que explicam os transtornos graves, debilitação da saúde, perda de bens materiais, desemprego, etc.¹⁰

Em vários depoimentos, foi mencionado o “nervoso” como fator motivador da complicação e estressante no processo de gravidez, algumas vezes ligado à sensação dolorosa, outras pela atitude de determinado familiar. O “nervoso” da mãe afeta o filho, deixando-o, também, mais agitado, conforme foi evidenciado no estudo.

Em nosso país, a categoria do “nervoso” ou a “doença dos nervos” está muito presente na vida das pessoas, havendo sido realizados vários estudos para sua interpretação. Dentre eles, destacamos o estudo a respeito do significado do nervoso para uma população moradora de um bairro popular em Salvador. Nas narrativas produzidas, o nervoso ressalta um caráter polissêmico, abarcando um conjunto complexo de signos e encontra-se associado a diversas situações e contextos causais.¹¹

A percepção da complicação grave às mulheres apresenta aspectos positivos, negativos e interferências nas doenças preexistentes.

No período de internação na UTI, as reações e sentimentos da mulher e dos familiares podem variar de indiferente para um medo real, pois ela acredita ter potencialmente uma doença grave ou sérios sintomas da complicação. Este período pode tornar-se o que alguns autores chamam de limbo, ou seja, a mulher e as pessoas de seu convívio, sobretudo, os familiares, parecem estar suspensos no tempo enquanto esperam o desfecho, que pode confirmar ou não seus temores.¹² O tempo de espera da evolução da doença é traduzido em sinais de ansiedade, angústia e desamparo e pode ser preenchido com pensamentos de morte e pân-

nico, levando a mulher e a família a questionar se realmente o que estão vivenciando é situação de gravidade e de risco de morte.

Outro aspecto negativo refere-se, em especial, aos profissionais médicos que não fornecem informações sobre o ocorrido, nem à mulher, nem aos seus familiares.

Alguns autores sugerem mudanças que conduzem a reflexão sobre a humanização da medicina, em particular, a relação médico-paciente para o reconhecimento da necessidade de maior sensibilidade diante do sofrimento ou necessidade das mulheres, como conhecer suas realidades, ouvir suas queixas e encontrar estratégias que facilitem as adaptações ao estilo de vida exigido, muitas vezes, pela doença.¹³

As dúvidas e o desconhecimento de fatores de risco e as formas de tratamento e controle das doenças e de cuidado com os desconfortos próprios da gestação demonstrados pelas mulheres denotam uma qualidade de assistência obstétrica questionável.

Ressaltamos que todas as colaboradoras deste estudo tiveram acompanhamento pré-natal, com início no primeiro trimestre de gestação, realizado por médicos ou enfermeiros, como preconizado no manual técnico sobre atendimento pré-natal humanizado.¹⁴ No entanto, algumas não o mencionaram e nem perceberam que deveriam ter recebido atendimento pré-natal especializado, considerando as histórias de saúde pessoal e obstétrica de doenças crônicas, adquiridas na gestação e/ou intercorrências anteriores.

Todo serviço de atenção pré-natal de baixo risco deve dispor da possibilidade de referência dos casos de alto risco identificados.¹⁵ Desse modo, ao considerar que, na região de Fernandópolis, há disponibilidade de serviço de gestação de alto risco, localizado no Ambulatório de especialidades, a questão é: porque as gestantes com complicações não foram atendidas nesses serviços?

Documentos do Ministério da Saúde expressam claramente que as mulheres grávidas portadoras de doenças preexistentes que se agravam com a gestação ou são desencadeadas nesse período precisam de atenção especial, pois têm maiores probabilidades de evolução e desfecho desfavorável, tanto ao feto como à mãe.¹⁶

As colaboradoras do estudo que eram portadoras de doenças preexistentes e as que as desenvolveram no curso da gestação, mencionaram algumas dificuldades no cuidado de sua saúde, sobretudo

em relação ao conhecimento da doença, ao reconhecimento dos sinais e sintomas de gravidade, às formas de tratamento e aos cuidados requeridos.

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados permitiram obter uma visão abrangente da experiência de mulheres que vivenciaram e sobreviveram ao risco de morte materna e considerar que a desumanização esteve fortemente presente durante o atendimento, o que indica a necessidade de estudos mais aprofundados a respeito de questões éticas relativas às ações dos profissionais.

A crescente tecnologização do cuidado mostra que o resgate de uma visão antropológica holística é urgente para cuidar da dor e do sofrimento humanos em suas várias dimensões (física, social, psíquica, emocional e espiritual). O cuidado solidário que alia a competência técnico-científica e humana em meio à dor e sofrimento do outro, é uma chance preciosa para nossa sensibilidade e, assim, para humanizar-nos nesse processo.¹⁷

É preciso que haja melhor investimento de qualidade na formação e aprimoramento dos profissionais de saúde em relação a alguns aspectos como ética, direitos reprodutivos e questões de gênero. A educação permanente deve ser instituída como conceito de qualificação dos profissionais de saúde para exercício da ação integral em saúde, a fim de desenvolver habilidades para manejo de problemas de saúde e tecnologias, respeitando as diferenças e especificidades da clientela e da família.

Pode-se concluir ainda que a maioria das mulheres foi vítima da própria falta de informação sobre sua condição de saúde, o que as levou a procurar assistência apenas quando o quadro clínico exigia atendimento de emergência. Além disso, foram vítimas, também, da negligência e ou imperícia de alguns profissionais de saúde, o que nos leva a repensar o nosso compromisso e a responsabilidade perante as pessoas, famílias e sociedade.

O conhecimento derivado desta investigação poderá contribuir para formulação de programas acadêmicos e institucionais, de capacitação específica dos profissionais de saúde, bem como das pessoas e suas famílias.

REFERÊNCIAS

- 1 Pattinson RC, Hall M. Near misses: a useful adjunct to maternal death enquiries. *Br Med Bull.* 2003 Dec; 67(1):231-43.
- 2 Souza JR, Cecatti JG, Parpinelli MA, Souza MH, Serruya SJ. Revisão sistemática sobre morbidade materna *near miss*. *Cad Saúde Pública.* 2006 Fev; 22(2):255-64.
- 3 World Health Organization. Beyond the numbers: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. Geneva: WHO; 2004.
- 4 Godoy SR. "Minha vida de agora em diante...": experiências de mulheres sobreviventes da morte materna. [tese] São Paulo (SP): Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem; 2006.
- 5 Gualda DMR, Bergamasco RB, organizadoras. Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença. São Paulo (SP): Ícone; 2004.
- 6 Meihy JCSB. Manual de história oral. 4ª ed. São Paulo (SP): Loyola; 2002.
- 7 Scavone L. Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais. São Paulo (SP): Unesp; 2004.
- 8 Filippi V, Ronsmans C, Gandaho T, Graham W, Alihonou E, Santos P. Women's reports of severe (near miss) obstetric complications in Benin. *Stud Fam Plann.* 2000 Dec; 31(4):309-24.
- 9 Vilela Filho O. Prefácio. In: Carvalho MMMJ. Dor: um estudo multidisciplinar. São Paulo (SP): Summus; 1999. p. 7-8.
- 10 Minayo MCS. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. *Cad Saúde Pública.* 1988 Out-Dez; 4(4):363-81.
- 11 Rabelo MC. Saúde mental: agências terapêuticas e redes sociais. [relatório de pesquisa]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia. Núcleo de Estudos em Ciências Sociais e Saúde; 1997.
- 12 Corbin JM, Strauss A. organizadores. Unending work and care: managing chronic illness at home. San Francisco (CA): Jossey-Bass; 1988.
- 13 Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad Saúde Pública.* 1999 Jul-Set; 15(3):647-54.
- 14 Ministério da Saúde (BR). Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
- 15 Costa AM, Guilhem D, Walter MIMT. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública.* 2005 Out; 39(5):768-74.
- 16 Ministério da Saúde (BR). Gestaçao de alto risco: manual técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
- 17 Pessini L. Humanização da dor e do sofrimento humanos na área da saúde. São Paulo (SP): Loyola; 2004.