UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

DANIELA VITTI RIBEIRO DA SILVA

Morbidade Materna Grave: estudo qualitativo sobre a
experiência de um grupo de mulheres

RIBEIRÃO PRETO

2014

DANIELA VITTI RIBEIRO DA SILVA

Morbidade Materna Grave: estudo qualitativo sobre a
experiência de um grupo de mulheres

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de
Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à saúde da mulher no ciclo
vital

Orientador: Flávia Azevedo Gomes-Sponholz

RIBEIRÃO PRETO

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Silva, Daniela Vitti Ribeiro da

Morbidade Materna Grave: estudo qualitativo sobre a experiência de um grupo de mulheres. Ribeirão Preto, 2014.

86 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientador: Flávia Azevedo Gomes-Sponholz

1. Saúde materna. 2. Morbidade Materna Grave. 3. Vivência. 4. Representações sociais.

SILVA, Daniela Vitti Ribeiro da

Morbidade Materna Grave: estudo qualitativo sobre a experiência de um grupo de mulheres

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de
Pós-Graduação Enfermagem Saúde Pública.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

*A todas as guerreiras que um dia se aventuraram
pelos caminhos da gestação de um novo ser
humano.*

AGRADECIMENTOS

Deixo aqui meu profundo agradecimento para todas as pessoas que direta ou indiretamente, contribuíram na construção deste trabalho e na minha jornada de amadurecimento pessoal e profissional nesses dois anos de mestrado.

*Agradeço primeiramente à **minha família** pelo apoio e incentivo, em especial à minha irmã e amiga que esteve sempre presente e torcendo em todos os momentos.*

*Agradeço também ao meu namorado **Jean Felipe Marques** pelo apoio, incentivo e companheirismo que foram tão importantes para a realização deste trabalho. E também pelas longas e calorosas discussões sobre ciência, educação e saúde que me abriram os olhos e ajudaram a amadurecer meus propósitos como pessoa e profissional.*

*Sou muito grata também às **mulheres** que me receberam em um momento tão delicado, dividindo comigo suas histórias.*

*Agradeço à minha orientadora **Profa. Dra. Flávia Azevedo Gomes-Sponholz**, pela dedicação, carinho e delicadeza com que me conduziu nas descobertas deste trabalho.*

*Agradeço também aos meus amigos **Monise Martins**, pelo apoio, amizade e por dividirmos as dificuldades e conquistas da pós-graduação; ao **Vander** e **Jefferson** por me ajudarem a desvendar os caminhos das representações sociais e da antropologia.*

*Minha vinda a Ribeirão Preto proporcionou experiências de vida muito ricas, agradeço assim a todas as **pessoas que conheci** e com as quais aprendi e cresci muito nesse curto tempo de convivência.*

*Agradeço ao **Departamento de Ginecologia e Obstetrícia** do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, por permitir e apoiar o desenvolvimento deste trabalho.*

*Agradeço às professoras **Juliana Stefanello** e **Zeyne A. P. Scherer** pelas elucidações e importantes contribuições no Exame de Qualificação.*

*À **CAPES** pelo apoio financeiro que possibilitou o desenvolvimento deste trabalho.*

*Tem dias que a gente se sente
Como quem partiu ou morreu
A gente estancou de repente
Ou foi o mundo então que cresceu
A gente quer ter voz ativa
No nosso destino mandar
Mas eis que chega a roda-viva
E carrega o destino pra lá*

*Roda mundo, roda-gigante
Rodamoinho, roda pião
O tempo rodou num instante
Nas voltas do meu coração*

*A gente vai contra a corrente
Até não poder resistir
Na volta do barco é que sente
O quanto deixou de cumprir
Faz tempo que a gente cultiva
A mais linda roseira que há
Mas eis que chega a roda-viva
E carrega a roseira pra lá*

*Roda mundo, roda-gigante
Rodamoinho, roda pião
O tempo rodou num instante
Nas voltas do meu coração*

*A roda da saia, a mulata
Não quer mais rodar, não senhor
Não posso fazer serenata
A roda de samba acabou
A gente toma a iniciativa
Viola na rua, a cantar
Mas eis que chega a roda-viva
E carrega a viola pra lá*

*Roda mundo, roda-gigante
Rodamoinho, roda pião
O tempo rodou num instante
Nas voltas do meu coração*

*O samba, a viola, a roseira
Um dia a fogueira queimou
Foi tudo ilusão passageira
Que a brisa primeira levou
No peito a saudade cativa
Faz força pro tempo parar
Mas eis que chega a roda-viva
E carrega a saudade pra lá*

*Roda mundo, roda-gigante
Rodamoinho, roda pião
O tempo rodou num instante
Nas voltas do meu coração*

*Roda mundo, roda-gigante
Rodamoinho, roda pião
O tempo rodou num instante
Nas voltas do meu coração*

*Roda mundo, roda-gigante
Rodamoinho, roda pião
O tempo rodou num instante
Nas voltas do meu coração*

Roda Viva - Chico Buarque

RESUMO

SILVA, D. V. R. da. **Morbidade Materna Grave: estudo qualitativo sobre a experiência de um grupo de mulheres**. 2014. 86 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

As taxas de morte materna vêm diminuindo em diversos países como resultado de esforços para atingir o Quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, o qual estipulou redução da morte materna no Brasil de 56/100.000 nascidos vivos para 16/100.000 nascidos vivos. Os estudos sobre a Morbidade Materna Grave vêm contribuir para compreensão das causas da morte materna, uma vez que se referem às mulheres que sobreviveram a graves complicações na gestação, parto ou puerpério. Neste contexto, o presente trabalho buscou conhecer e analisar as vivências, por parte de mulheres, em relação a um episódio de Morbidade Materna Grave. Utilizando o método qualitativo, foi possível compreender a vivência subjetiva das mulheres sobre a Morbidade Materna Grave. As mulheres que participaram do estudo foram identificadas durante internação decorrente do estado mórbido, sendo contatadas no hospital. Um segundo encontro foi agendado para realização de entrevista semiestruturada. Foram entrevistadas 16 mulheres que passaram por um episódio de Morbidade Materna Grave. As entrevistas foram transcritas e analisadas, segundo a análise de conteúdo. A análise das entrevistas permitiu identificar quatro temáticas: “gravidez não é doença... mas eu adoeci”; “não estou doente, isso deve ser da gravidez”; tratamento: um mal necessário; superação x alerta constante. As participantes apresentaram uma representação de saúde como ausência de doença e de saúde como algo incapacitante. Essa representação vai ao encontro da dificuldade em identificar os sintomas da morbididade em estágios iniciais, buscando auxílio apenas quando os sintomas estavam em estado avançado e interferindo na rotina das mulheres. A gestação foi representada como uma doença, uma vez que a experiência da Morbidade Materna Grave se sobressaiu à experiência da gestação. A Morbidade Materna Grave foi entendida como uma experiência negativa relacionada às dificuldades do tratamento e hospitalização. Também foi possível identificar nas falas das mulheres a presença de medo, preocupação com o feto, frustração da gravidez idealizada, trauma, mas também aprendizado e um propósito de Deus como aspectos positivos da experiência. Como consequência do evento mórbido, as mulheres relataram maior preocupação com a saúde e mudança em alguns comportamentos que possam evitar uma recaída. Diante esses achados, percebemos a importância de um acompanhamento efetivo no pré-natal e puerpério que possibilite uma maior reflexão sobre saúde e autocuidado, além de oferecer um suporte mais efetivo para as dificuldades e sequelas da Morbidade Materna Grave.

Palavras-chave: Saúde materna. Morbidade Materna Grave. Vivência. Representações Sociais.

ABSTRACT

SILVA, D. V. R. da. **Severe Maternal Morbidity: a qualitative study on the experience of a group of women.** 2014. 86 f. Dissertation (Master's degree) – School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Maternal death rates are decreasing in many countries as a result of efforts to achieve the fifth Millennium Development Goal, which stipulates reduction of maternal death in Brazil from 56/100.000 live births to 16/100.000 live births. Studies on the Severe Maternal Morbidity helps to understand the causes of maternal death because it refers to women who have survived serious complications during pregnancy, childbirth or puerperium. In this context, the present study searched to understand and analyze the experiences of women about an episode of Severe Maternal Morbidity. By using the qualitative method, it was possible to understand the subjective experience of women about Severe Maternal Morbidity. Participants were identified and contacted during hospitalization due to a morbid state. A second meeting was scheduled to undergo semistructured interview. We interviewed 16 women who had an episode of Severe Maternal Morbidity. The interviews were transcribed and analyzed according to content analysis. The data analysis allowed us to identify four themes: “pregnancy is not a disease... but I got sick”; “I'm not sick, it must be part of the pregnancy”; treatment: a necessary evil; overcoming x constant alert. Participants represent health as absence of disease and health as something disabling. This representation meets the difficulty in identifying the symptoms of morbidity in early stages, seeking help only when symptoms were at an advanced stage and interfering in women's routine. Pregnancy was represented as a disease once the experience of Severe Maternal Morbidity overcame the experience of pregnancy. The Severe Maternal Morbidity was perceived as a negative experience related to the difficulties of treatment and hospitalization. It was also possible to identify in the women's speech the presence of fear, concern for the fetus, and frustration of idealized pregnancy, trauma, but also learning and a purpose of God as positive aspects of the experience. Because of the morbid event, women reported greater concern about health and change in some behaviors that may prevent relapse. Given these findings, we realize the importance of an effective monitoring prenatal and postpartum that provides a larger reflection on health and self-care besides offering more effective support for the difficulties and consequences of Severe Maternal Morbidity.

Keywords: Maternal health. Severe Maternal Morbidity. Experience. Social Representations.

RESUMEN

SILVA, D. V. R. da. **Morbilidad Materna Grave: estudio cualitativo en la experiencia de un grupo de mujeres.** 2014. 86 f. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Las tasas de mortalidad materna están disminuyendo en muchos países, como resultado de los esfuerzos para alcanzar el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio, que estipulaba la reducción de la muerte materna en Brasil 56/100.000 nacidos vivos y 16/100.000 nacidos vivos. Los estudios sobre la Morbilidad Materna Grave vienen contribuir a la comprensión de las causas de muerte materna, ya que se refieren a las mujeres que han sobrevivido a graves complicaciones durante el embarazo, el parto o el puerperio. En este contexto, el presente estudio trata de comprender y analizar las experiencias, por las mujeres, para un episodio de la Morbilidad Materna Grave. Usando el método cualitativo, fue posible comprender la experiencia subjetiva de las mujeres en la Morbilidad Materna Grave. Las mujeres que participaron en el estudio se identificaron durante la hospitalización debido al estado mórbido, eran contactado en el hospital. Una segunda reunión fue programada para someterse a la entrevista semiestructurada. 16 mujeres que habían tenido un episodio de Morbilidad Materna Grave fueron entrevistados. Las entrevistas fueron transcritas y analizadas de acuerdo con el análisis de contenido. El análisis de los datos permitió identificar cuatro temas: “El embarazo no es una enfermedad... pero me enfermé”, “No estoy enfermo, tiene que ser el embarazo”, tratamiento: un mal necesario; superación x constante alerta. Los participantes presentaron una representación de la salud como ausencia de enfermedad y la salud como algo incapacitante. Esta representación se reúne a la dificultad en la identificación de los síntomas de la morbilidad en los primeros tiempos, la búsqueda de ayuda sólo cuando los síntomas se encontraban en una etapa avanzada y que interfiere en la rutina de la mujer. Embarazo se representa como una enfermedad, ya que la experiencia de la Morbilidad Materna Grave sobresalió a la experiencia del embarazo. La Morbilidad Materna Grave se entiende en relación con las dificultades para el tratamiento y la experiencia negativa de hospitalización. También fue posible identificar en el discurso de las mujeres la presencia del miedo, la preocupación por el feto, la frustración idealizado embarazo, trauma, sino también el aprendizaje y el propósito de Dios como aspectos positivos de la experiencia. Como consecuencia del evento mórbido, las mujeres informaron de una mayor preocupación por la salud y cambiar algunos comportamientos que pueden prevenir las recaídas. Dados estos resultados, nos damos cuenta de la importancia de un seguimiento eficaz prenatal y posparto que ofrece una reflexión mayor sobre la salud y el autocuidado, y proporcionar un apoyo más eficaz a las dificultades y consecuencias de la Morbilidad Materna Grave.

Palabras clave: Salud materna. Morbilidad Materna Grave. Experiencia. Representaciones Sociales.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Perfil sociodemográfico das participantes	40
Quadro 2 - Perfil obstétrico das participantes do estudo	43

LISTA DE SIGLAS

CPAV	Condições Potencialmente Ameaçadoras da Vida
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
DRS XIII	Departamento Regional de Saúde XIII
FMRP/USP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MMG	Morbidade Materna Grave
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO	19
1.1 Revisão da literatura	21
1.1.1 Incidência e determinantes da Morbidade Materna Grave	21
1.1.2 Um olhar social da maternidade e da Morbidade Materna Grave	23
2 OBJETIVOS	27
2.1 Objetivo geral	27
2.2 Objetivos específicos	27
3 MARCO TEÓRICO.....	29
4 MÉTODO.....	34
4.1 O cenário do estudo	34
4.2 As participantes do estudo	35
4.3 A coleta dos dados	35
4.4 Os aspectos éticos	37
4.5 Forma de análise dos resultados	37
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
5.1 Caracterização das participantes do estudo	39
5.2 A construção social da Morbidade Materna Grave	45
5.2.1 “GRAVIDEZ NÃO É DOENÇA... MAS EU ADOECI”	46
5.2.1.1 Compreendendo a morbidade materna como uma presença negativa.....	47
5.2.1.2 Percebendo-se incapacitada para o dia a dia – “algo não vai bem...”	51
5.2.2 “NÃO ESTOU DOENTE, ISSO DEVE SER DA GRAVIDEZ”	52
5.2.3 TRATAMENTO: UM MAL NECESSÁRIO	56
5.2.4 SUPERAÇÃO X ALERTA CONSTANTE	58
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63

REFERÊNCIAS	66
--------------------------	-----------

APÊNDICES	77
------------------------	-----------

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	77
---	----

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista Semiestruturada	79
--	----

APÊNDICE C - Questionário de dados obstétricos e sociodemográficos	80
--	----

ANEXOS	84
---------------------	-----------

ANEXO A - Aprovação pelo Departamento de Ginecologia e Obstetrícia	84
--	----

ANEXO B - Aprovação pelo Comitê de Ética do hospital das clínicas da FMUSP - RP.....	85
--	----

ANEXO C - Aprovação pelo Comitê de Ética da EERP/USP	86
--	----

Apresentação

APRESENTAÇÃO

Foi na escolha do tema “abortamento induzido” para um projeto de pesquisa requerido na disciplina de Metodologia Científica, no segundo ano de graduação em Psicologia, que me deparei com questões voltadas à saúde materna. Partindo dessa escolha, comecei a ler e estudar sobre a grande e polêmica questão do abortamento no Brasil e no mundo. Tais leituras trouxeram importantes informações sobre o papel da mulher na sociedade contemporânea e a relação da gravidez com a saúde da mulher e políticas públicas. Esse trabalho, realizado inicialmente como requisito da disciplina, tornou-se meu projeto de iniciação científica, o qual foi desenvolvido entre os anos de 2005 e 2006. A partir dele também iniciei meu contato com a pesquisa e o mundo científico, apresentando o trabalho, resultado desta pesquisa, na V Conferencia Internacional de Psicología de La Salud, em Havana, no ano de 2008. E que também resultou na minha primeira publicação científica em 2010.

Devido a este trabalho fui convidada a participar da coleta de dados de um estudo já em andamento, desenvolvido por professores da universidade onde me graduei. O estudo era sobre *near miss* materno¹. Meu primeiro contato com o tema foi através de uma reunião de apresentação dos dados parciais da pesquisa aos membros da unidade de saúde onde os dados eram coletados. A universidade onde cursei Psicologia não tinha, em sua grade, ênfase na área da saúde pública, sendo assim, essa foi a primeira vez que entrei em contato com o termo *near miss* materno.

Iniciei a coleta de dados após um treinamento. Nesse período tive um intenso e próximo contato com o serviço de saúde e com as mulheres que têm filhos no serviço público brasileiro. Logo de início, minha visão bastante romantizada da gestação e da maternidade foi confrontada pela difícil realidade enfrentada por aquelas mulheres. As inseguranças e angústias provocadas pela gravidez, as dificuldades socioeconômicas vividas por muitas daquelas mulheres e até mesmo as mulheres hospitalizadas por agravos de saúde decorrentes do abortamento (induzido ou não) fizeram com que eu refletisse e reconstruísse toda a minha visão de mundo voltada à maternidade.

¹ *Near miss* materno refere-se às mulheres que passaram por uma condição ameaçadora da vida no período gravídico-puerperal e que teriam morrido se não recebessem cuidados necessários (PATTINSON, R. C.; HALL, M. Near misses: a useful adjunct to maternal death enquiries. **British Medical Bulletin**, Oxford, v. 67, n.1, p. 231-43, 2003).

O contato mais próximo com o serviço e com os profissionais de saúde também revelou várias facetas antes desconhecidas por mim. A falta de estrutura, questões organizacionais, de políticas públicas e muitos outros aspectos do funcionamento de um serviço de saúde me chamaram muito a atenção. A maneira como tudo isso interfere na rotina de trabalho, na qualidade dos serviços prestados pelos profissionais de saúde, nas relações estabelecidas entre estes, nas relações destes com os pacientes e na saúde de todos que estão ali.

No mesmo ano, também realizei estágio em outra unidade hospitalar, coordenando um grupo socioeducativo de incentivo ao aleitamento materno junto a outra estagiária, em parceria com profissionais da saúde de diversas especialidades. Foi nesse contato e no aprofundamento nas questões sociais, psicológicas e físicas vividas pelas mulheres gestantes que minha visão da maternidade mudou e amadureceu muito.

Depois de formada, dentre outros empregos, trabalhei durante um ano na prefeitura da minha cidade (de aproximadamente 40 mil habitantes), no CRAS – Centro de Referência da Assistência Social. Lá também coordenei, com a assistente social, um grupo socioeducativo para gestantes. Além disso, fui voluntária de um projeto, onde fazíamos visitas semanais a pacientes adultos de uma unidade hospitalar. No setor de visitação, encontrávamos pacientes hospitalizados devido a acidentes, ao tratamento do câncer, ao tratamento de doença renal grave, entre outras condições de agravo à saúde.

Lidar com a doença exige esforços além do comum. É sentir-se frágil, considerar de perto a finitude. Adoecer durante ou após uma gestação, parece, a meu ver, um desafio emocional muito grande, mas que ainda é enfrentado por muitas mulheres.

Foram essas experiências da vida acadêmica e como recém-formada que chamaram a atenção à maneira como as pessoas lidam com a doença. E foi visto como essa experiência, que se expressa no corpo físico, interfere em todos os aspectos de vida de uma pessoa. Com esse olhar e acreditando na pesquisa científica como um dos recursos para desenvolver melhores condições de enfrentamento e superação do adoecer na gestação, surgiu a vontade de ingressar em um programa de Mestrado. O que essas mulheres compreendem por saúde e doença, quais são os comportamentos voltados ao autocuidado e a situação social e econômica dessas mulheres. Tudo isso faz parte da experiência de adoecer em um momento tão delicado da vida da mulher. E é sob esses aspectos que nos debruçamos nas páginas que se seguem.

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, mais de meio milhão de mulheres morre por causas relacionadas à gestação, ao parto e ao pós-parto, no mundo. Destas mortes, aproximadamente 99% ocorrem em países em desenvolvimento, sendo um evento raro em países desenvolvidos. Em 2008, as taxas de mortalidade materna nas regiões em desenvolvimento (290/100.000 nascidos vivos) foram 20 vezes maiores que nas regiões desenvolvidas (14/1000.000 nascidos vivos) (WHO, 2010). Condições sociais, de educação e de saúde, historicamente, são aspectos envolvidos na ocorrência de mortes maternas (SIMÕES; ALMEIDA, 2011).

Melhorar a saúde materna e, por conseguinte, reduzir a mortalidade materna em três quartos entre 1990 e 2015 é o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio. A meta almejada é de, no máximo, 16 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos (GONÇALVES; FERREIRA, 2004). Para lograr essa meta, necessita-se do conhecimento preciso das causas e da razão de mortalidade materna e ainda de intervenções assertivas.

No Brasil, a redução significativa da mortalidade materna, de forma a atender aos acordos internacionais não foi totalmente atingida. O Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (BRASIL, 2010) aponta, no Brasil, uma redução na razão de mortalidade materna desde 1990. A mortalidade materna declinou de 120/100.000 nascidos vivos em 1990 para 56/100.000 nascidos vivos em 2010 (WHO, 2012), sendo divulgada uma razão de mortalidade materna oficial de 75 óbitos por 100.000 nascidos vivos. No entanto, mediante a aplicação de fatores de correção, esta razão ajusta-se para duas ou até quatro vezes a mais do que mostram os números oficiais (BRASIL, 2007).

A real magnitude das mortes maternas é desconhecida, dada a dificuldade na obtenção de dados precisos (SIMÕES; ALMEIDA, 2011). A subnotificação das mortes, relacionada a incorreções técnicas no preenchimento das Declarações de Óbito, configura-se em um dos pontos críticos para a identificação de óbitos maternos, pois compromete a qualidade da informação e o conhecimento dos determinantes das mortes (SOARES; AZEVEDO; WATANABE, 2008). Ainda, os casos de mortes maternas são apenas uma parte de todo o problema concernente à assistência à saúde de muitas mulheres, uma vez que um crescente de mulheres em idade reprodutiva sofre por complicações durante o ciclo grávido-puerperal (CECATTI et al., 2009).

Uma nova estratégia adotada nos países desenvolvidos é o estudo da Morbidade Materna Grave, a partir do reconhecimento de que por trás dos casos de óbito existem dezenas

de mulheres que sobrevivem a complicações graves durante o ciclo grávido-puerperal (MATIAS et al., 2009). Estima-se que, para cada óbito materno, haja de 20 a 30 mulheres que vivenciam algum tipo de morbidade, quer seja aguda ou crônica, com sequelas que comprometem as atividades de vida prévias à complicação obstétrica (TABASSUM et al., 2013).

Os eventos mórbidos no ciclo grávido-puerperal configuram-se em um novo indicador de saúde materna, visto que a morbidade materna ocorre com maior frequência do que os óbitos maternos e possibilita a captação de um número maior de informações, uma vez que as próprias mulheres sobreviventes constituem a fonte de informação (SOUZA; CECATTI; PARPINELLI, 2005; PATTINSON et al., 2009).

Em países desenvolvidos, a Morbidade Materna Grave vem sendo estudada há duas décadas; alguns estudos referindo-se a este evento como *severe obstetric morbidity*, *acute severe maternal mortality*, *near miss mortality* e *near miss morbidity* (BASKETT; STERNADEL, 1998; MARTINS, 2006). Os critérios para a classificação da Morbidade Materna Grave foram padronizados pela Organização Mundial da Saúde apenas em 2011 (WHO, 2011), o que levou os estudos anteriores a apresentarem uma grande variação nas estimativas do evento (SOUZA et al., 2007; LOBATO et al., 2012).

A Morbidade Materna Grave é um *continuum* que se inicia com a ocorrência de uma complicação durante a gestação, parto ou pós-parto e cujo desfecho pode ser a morte, permitindo-se reconhecer, separadamente, um grupo de extrema gravidade, conhecido como *near miss* (AMARAL; LUZ; SOUZA, 2007).

Near miss materno é definido como uma mulher que quase morreu devido a complicações na gravidez, parto ou até 42 dias após o término da gravidez, mas sobreviveu. Representa as condições de extrema gravidade ou quase morte (SAY; SOUZA; PATTINSON, 2009).

Três abordagens são utilizadas para identificar um caso de *near miss*, sendo (i) critérios clínicos relacionados à Morbidade Materna Grave, (ii) necessidade de intervenções relacionadas à complexidade de manejo e (iii) evidências orgânicas (SAY; SOUZA; PATTINSON, 2009; CECATTI et al., 2011; PACAGNELLA, 2011).

A partir desses critérios, foram estabelecidas as condições potencialmente ameaçadoras da vida (CPAV), que se referem aos casos de Morbidade Materna Grave, incluindo os casos de *near miss*. Uma vantagem a ser considerada na utilização de CPAV está na maior ocorrência, em números absolutos, de CPAV em comparação aos eventos *near miss*, facilitando a operacionalização dos estudos.

A identificação dos casos de Morbidade Materna Grave, entretanto, é sensível ao contexto em que ocorrem. Segundo van den Akker et al. (2013), os critérios definidos pela OMS não são eficazes em um contexto sem estrutura laboratorial adequada e escassez de profissionais que façam monitoramento clínico. Questões culturais que envolvem a mulher, a maternidade e o cuidado à saúde; a estrutura e acesso a serviços de saúde; políticas públicas também fazem parte do cenário da Morbidade Materna Grave, influenciando seu surgimento e desenrolar. Trata-se, então, de um evento que vai além das complicações fisiológicas e perpassa todos os aspectos de vida da mulher.

A presente investigação busca conhecer e analisar as vivências da mulher sobrevivente a um episódio da Morbidade Materna Grave. Assim, esperamos que este estudo ofereça elementos para o avanço do conhecimento científico, possibilitando melhores formas de interação individual e coletiva entre usuárias do sistema de saúde e os profissionais que as atendem.

1.1 Revisão da literatura

1.1.1 Incidência e determinantes da Morbidade Materna Grave

Segundo Souza et al., (2006), a incidência da Morbidade Materna Grave pode variar de acordo com os critérios utilizados e com o nível de desenvolvimento do país estudado, sendo a incidência maior em países em desenvolvimento. Segundo Say, Pattinson e Gulmezoglu (2004), a prevalência da Morbidade Materna Grave, no mundo, varia entre 0,8 e 8,23%, de acordo com os critérios de classificação e de diagnóstico encontrados em cada estudo. Estima-se que 1,4 milhão de mulheres sofra um evento de Morbidade Materna Grave a cada ano (HARDEE; GAY; BLANC, 2012).

Estudos mostram que a maior incidência de Morbidade Materna Grave é encontrada na África (entre 0,05% e 14,98%), seguida pela Ásia e América Latina e Caribe, com incidência entre 0,02% e 5,07% e 0,34% e 4,93% respectivamente. As regiões desenvolvidas apresentaram a menor incidência de Morbidade Materna Grave. Na Europa, a taxa varia de 0,04% a 0,79%, na América do Norte está entre 0,07% e 1,38% (TUNÇALP et al., 2012).

Estudo realizado na Argentina encontrou incidência de 1,5% de condições potencialmente ameaçadoras da vida e 0,8% de Morbidade Materna Grave (KAROLINSKI et al., 2013). No Brasil, a razão de Morbidade Materna Grave, utilizando os critérios definidos pela OMS, é de 9/1000 nascidos vivos (MORSE et al., 2011). Estudo anterior à definição dos critérios de Morbidade Materna Grave, realizado no Brasil, encontrou razão de 6,8/1000 partos (LUZ et al., 2008).

Dentre as complicações mórbidas, muitos estudos (GHAZAL-ASWAD et al., 2013; LUZ et al., 2008; MORSE et al., 2011; SHEN et al., 2013) apontam a hipertensão como a principal causa da Morbidade Materna Grave. Outras importantes causas da Morbidade Materna Grave são hemorragia e aborto (KAROLINSKI et al., 2013; GHAZAL-ASWAD et al., 2013).

O aumento das taxas de sobrevivência das mulheres após a ocorrência da Morbidade Materna Grave implica que as mulheres, sua família e a sociedade terão de se defrontar com os desdobramentos relacionados à morbidade (PACAGNELLA et al., 2010).

Pouco sabemos sobre as repercussões da Morbidade Materna Grave, a longo prazo, para a saúde da mulher. A forma como se adaptaram, reagiram, sobreviveram, bem como o significado de terem vivido uma experiência de quase morte são aspectos que permanecem pouco estudados. É sabido que as sequelas decorrentes da Morbidade Materna Grave afetam as mulheres no âmbito da saúde física, mental e sexual e algumas habilidades como as cognitivas, de mobilidade e de participação na sociedade (TABASSUM et al., 2013).

Estudo realizado com mulheres que passaram por uma experiência do evento durante a gravidez, parto ou puerpério, retrata que, para as participantes, essa experiência “trouxe marcas difíceis de apagar, como alteração na auto-imagem (sic), “gelo nos pés”, dor de cabeça adquirida pelo chuveiro, dependência da presença do marido e depressão” (GODOY, 2006, p. 174). Também é importante considerar outros fatores como o tipo de parto, intervenções médicas e complicações obstétricas que podem afetar negativamente a qualidade de vida das mulheres (CECATTI et al., 2009).

Quando a vulnerabilidade da mulher e as consequências físicas, emocionais, sociais e econômicas da morbidade materna são levadas em consideração, conseguimos ver a morbidade materna como um problema de saúde pública com custos sociais e financeiros elevados para o Estado (PACAGNELLA, et al., 2010).

Assim, superar uma situação de ameaça à vida, também, oferece alguns benefícios a essas mulheres no que diz respeito ao sentimento de superação (CARVALHEIRA; TONETE;

PARADA, 2010; ELMIR et al., 2012; GODOY et al., 2008) e à melhora no autocuidado (GODOY et al., 2009).

Juntos, estudos de morbidade e mortalidade materna possibilitam instrumentalizar mudanças no modelo de assistência à mulher e sua família, com vistas a que se atinja a maternidade segura em nosso país.

1.1.2 Um olhar social da maternidade e da Morbidade Materna Grave

A maternidade compreendida como uma construção social designa o lugar das mulheres na família e na sociedade e está em constante transformação (SCAVONE, 2001a). Existe uma concepção dominante de maternidade na qual se destacam a relação afetiva mãe/bebê, o amor da mãe pelo filho, a dedicação e abdicação como indicadores do que se espera da maternidade (PORTO, 2011). A ideia de maternidade reflete as diferenças entre os sexos e entrelaça os valores atribuídos à sexualidade e à reprodução presentes no contexto social em questão (VECCHIO², 1990 apud PORTO, 2011).

A maternidade é vivenciada de maneira particular por cada mulher, e sua construção é influenciada também pela cultura, além do contexto social da mulher, família e comunidade (CORREIA, 1998).

Ao contrário do que é extensamente disseminado, a maternidade não pode ser reduzida a um estado natural da mulher, assim como o amor materno não pode levar em conta apenas o instintivo, mas deve ser vista, também, como algo complexo que é condicionado por fatores emocionais, sociais, culturais e da história de vida de cada mulher (CORREIA, 1998). Um estudo antropológico realizado em um bairro da periferia de Pernambuco, entre os anos de 1997 e 1998, revelou que o papel da mulher era o de cuidar da casa e dos filhos, tarefas que a aproximavam da casa, já que a rua era vista como lugar de prostituição e drogadição (DALSGAARD, 2006). Para essas mulheres, não ser mãe estava fora de cogitação, no entanto, em condições econômicas desfavoráveis, ter mais do que dois filhos era tido como irresponsabilidade dos pais que não conseguiriam educar tantos filhos. O papel materno, neste

² VECCHIO, S. A Boa Esposa. In: KLAPISCH-ZUBER, C. (Org.). **História das Mulheres**. Edições Enfrentamento, Porto, 1990.

contexto, relaciona-se com a condição financeira que permita vestir, alimentar e proporcionar saúde e educação aos filhos.

Estudos mostram que, no Brasil, a maternidade ainda hoje é tida como algo inerente à mulher, e o não cumprimento desta realização acarreta frustração dos sonhos e das fantasias femininas (DALSGAARD, 2006; TRINDADE; ENUMO, 2001). Neste contexto, não desejar a maternidade é visto como algo fora do normal, como uma decisão decorrente de algum problema ou trauma (TRINDADE; ENUMO, 2001).

Na sociedade europeia e norte-americana moderna, a gravidez e o parto passam a ser vistos cada vez mais como uma condição médica que necessita assim de diagnóstico e tratamento médico (HELMAN, 2003). Para Correia (1998), este *status* de doença atribuído à gestação leva a mulher a desenvolver uma falta de confiança na sua capacidade em seguir com uma gestação e dar à luz sem intervenções médicas.

Apesar da proximidade com o ambiente hospitalar durante o período da gestação e no parto, a experiência do adoecer pode dar outro tom à experiência da maternidade. O adoecer, caracterizado pela presença do sofrimento, angústia e esperança pela cura (LAPLANTINE, 2010), também sofre influências do contexto social e cultural e pode interferir na experiência da maternidade. Na vigência de uma complicação da gravidez, crescem-se várias outras emoções e as dificuldades vindas das adaptações emocionais exigidas pelo novo *status*. Em decorrência do risco obstétrico, surge o medo real em relação a si própria e ao seu filho (QUEVEDO; LOPES; LEFREVE, 2006). A partir de então seu corpo é de responsabilidade da equipe de saúde, a qual impõe regras de conduta, enquanto a mulher passa por todo o processo de forma passiva. Neste contexto, os aspectos psicossociais da mulher e o significado da experiência do parto podem ser ignorados pela equipe (GUALDA, 2002).

Um aspecto comum da Morbidade Materna Grave, identificado por diversos estudos (GODOY et al., 2008; RÖÖST et al., 2009; SOUZA et al., 2009; CARVALHEIRA; TONETE; PARADA, 2010; STORENG et al., 2010; ELMIR et al., 2012; SNOWDON et al., 2012; TUNÇALP et al., 2012), é a presença de sentimentos de medo e insegurança, tanto em relação à morte como em relação ao bem-estar do bebê. Segundo os autores, a experiência da Morbidade Materna Grave pode ser traumática para a mulher e, até mesmo, para o companheiro como mostrou estudo realizado por Snowdon et al. (2012) no Reino Unido.

As dificuldades encontradas durante o evento também foram relacionadas por muitas mulheres à angústia da falta de informação. A dificuldade de relação com a equipe de saúde e não saber o que estava acontecendo foi mencionado por muitas mulheres como algo ruim, gerador de angústias e ansiedade (WEEKS et al., 2005; GODOY et al., 2008; GODOY et al.,

2009; RÖÖST et al., 2009; SOUZA et al., 2009; CARVALHEIRA; TONETE; PARADA, 2010; STORENG et al., 2010; JONKERS et al., 2011; SNOWDON et al., 2012; TUNÇALP et al., 2012).

Outro estudo realizado com mulheres que tiveram complicações, durante o período gestacional, evidenciou que as mulheres sabem muito pouco sobre a doença que as aflige, tendo acesso apenas a informações do senso comum (LEAL, 2004). A escuta dessas mulheres possibilitaria orientá-las de forma mais eficaz, fazendo com que as mulheres tivessem melhores condições de enfrentar as dificuldades advindas do evento mórbido, tornando-se menos vulneráveis às doenças.

2 Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Conhecer e analisar as vivências, por parte de mulheres, em relação a um episódio de Morbidade Materna Grave.

2.2 Objetivos específicos

Depreender os significados atribuídos pelas mulheres à vivência da Morbidade Materna Grave no último ciclo grávido-puerperal.

Identificar o conteúdo social e cultural que influencia as concepções das mulheres sobre a Morbidade Materna Grave.

3 Marco teórico

3 MARCO TEÓRICO

Ao contrário do ideal de maternidade, onde a mãe deve estar preparada para amar, criar e educar seu filho (AZEVEDO; ARRAIS, 2006), abordamos alguns dos aspectos mais difíceis da maternidade que é o enfrentamento de graves complicações que podem colocar em risco a vida da mãe e do bebê. As mulheres com Morbidade Materna Grave devem adaptar-se a mudanças além das já conhecidas mudanças de papéis que uma gestação normalmente as impõe.

O cuidado à saúde e o controle da morbidade tornam-se, então, o foco principal da vida da mulher. Considerando que a experiência da doença é representada de diferentes formas, a depender do momento histórico, sociedade, cultura e indivíduos (LAPLANTINE, 2010), nos propomos a conhecer e analisar as vivências de mulheres sobreviventes a um episódio da Morbidade Materna Grave, identificando os conteúdos sociais e culturais da experiência de quase morte no ciclo gravídico-puerperal.

Para tal, não faremos uso da Teoria das Representações Sociais e, sim, do fenômeno das Representações Sociais, com um aporte antropológico para realizar análise mais ampla do contexto onde essas representações foram construídas. Antes, porém, faz-se necessária breve introdução histórica e teórica de ambas as abordagens, justificando a escolha feita.

A Teoria das Representações Sociais surge com a publicação do livro de Moscovici (1961), *La Psychanalyse: son image et son public*. No campo da Psicologia Social, mas provinda da Sociologia, a Teoria das Representações Sociais inaugura uma nova Psicologia Social. Até então um campo da Sociologia, a Psicologia Social passa a ser utilizada por psicólogos, mais que por sociólogos (GUARESCHI; JOVCHELOVITCH, 2012).

As teorias vigentes até então tratavam fenômenos coletivos e individuais separadamente. Considerado a grande fonte de inspiração de Moscovici, Durkheim divide a área em dois campos de conhecimento: o estudo das representações individuais, de domínio da Psicologia, e o estudo das representações coletivas, de domínio da Sociologia, sobre o qual desenvolve sua teoria (GUARESCHI; JOVCHELOVITCH, 2012).

Durkheim se propõe, então, a compreender como pensam as sociedades a respeito de suas próprias experiências. Essas representações seriam homogêneas e vividas pelos membros dessa sociedade da mesma forma, tendo a função de preservar o vínculo entre seus membros, prepará-los para pensar e agir de modo uniforme. As representações coletivas seriam externas aos sujeitos, se impondo e moldando esses sujeitos. Entretanto, estudos realizados sob essa

ótica evidenciaram sua ineficácia para analisar sociedades modernas, com uma estrutura dinâmica e que apresentam constantes mudanças (MOSCOVICI, 2001).

Após quase meio século de escuridão, sem que as representações coletivas fossem discutidas e muito utilizadas, Moscovici propõe um novo olhar ao conhecimento do senso comum. Amplia o conceito de representações, quando considera a importância dos processos cognitivos na construção das representações. As representações passam a ser sociais, e não mais coletivas, uma vez que têm um objeto comum a ser representado, são compartilhadas e são também produto da divisão do trabalho (MOSCOVICI, 2001).

É com o reconhecimento dos processos cognitivos que as representações sociais passam a ser valorizadas no campo da Psicologia Social. Nessa perspectiva, as representações sociais são construídas a partir da internalização das experiências, práticas e modelos que são socialmente transmitidos ao sujeito. A representação social sempre terá como ponto de partida um objeto a ser simbolizado e interpretado pelo sujeito. Passa por processos psíquicos que atrelam às representações características do sujeito e do objeto, assim como da posição social e processos ideológicos desse sujeito (JODELET, 2001).

Representações sociais são, assim, conhecimentos construídos nas relações sociais sobre um objeto. Por serem compartilhadas, as representações interferem também na realidade que o construiu. Criando um ciclo de construções e reconstruções da realidade pelo indivíduo, parte de uma coletividade. Segundo Jodelet (2001), as representações são transformadas, mais do que reproduzidas durante a comunicação, pois podem sofrer distorções, suplementações e abstrações, alterando sua forma inicial.

As representações sociais podem ser observadas nos discursos que são mediados por palavras, mensagens e imagens midiáticas, explicitados em condutas e em organizações materiais e espaciais. Trata-se de um fenômeno complexo e dinâmico que envolve elementos diversos como informação, cognição, ideologia, normas, crenças, valores, atitudes, etc. (JODELET, 2001).

Combina assim conceitos sociológicos e psicológicos que permitem compreender os processos de dinâmicas sociais e psíquicas, formando um complexo teórico de grande importância (JODELET, 2001).

As representações da realidade podem ser entendidas como sistemas de interpretação que influenciam nossa relação com o mundo e com os outros, uma vez que orientam e organizam as condutas e comunicações sociais. As representações sociais não são apenas a codificação da realidade pelo sujeito, mas também transformam a transmissão e assimilação

dos conhecimentos, a definição das identidades individuais e grupais, interferindo na vida social (JODELET, 2001).

As representações sociais têm assim a função de difusão e assimilação de conhecimento, além de interferir no desenvolvimento individual e coletivo, na definição das identidades pessoais e sociais, na expressão dos grupos e nas transformações sociais (JODELET, 2001).

Apesar de seu reconhecimento, a Teoria das Representações Sociais, desenvolvida por Moscovici, sofre fortes críticas quanto ao alcance da análise da sociedade em que a representação é construída. A grande contribuição de Moscovici foi dar forma à representação, esclarecer sua estrutura interna e perceber o papel do indivíduo e da comunicação na disseminação e construção da representação. Por outro lado, não desenvolveu com tanta solidez os conceitos necessários para se analisar a sociedade, o ambiente e as relações onde a representação é construída (VIANA, 2008).

Dessa forma, outras Ciências têm articulado seus conceitos com a representação social como um fenômeno, como é o caso da Sociologia e da Antropologia (JODELET, 2001). A Antropologia tem como objeto de estudos aquelas representações que são amplamente disseminadas e que permanecem por longo período no grupo social. Além disso, o estudo das representações culturais considera importante a análise do conteúdo das representações, se caracterizando, assim, por um trabalho interpretativo (JODELET, 2001).

Para Laplantine (2001), as representações sociais, na perspectiva antropológica, articulam o individual e o social, sendo uma forma de expressão dos conhecimentos ao mesmo tempo em que servem de instrumento na construção do social. Sendo assim, o estudo das representações sociais pode envolver o produto da representação, bem como seu processo de construção (JODELET, 2001).

Para analisar as representações sociais, utilizam-se os conceitos de *corpus* e núcleo central. Dessa forma, todos os discursos e comportamentos de uma determinada população referentes a uma determinada situação podem ser chamados de *corpus*. Adotando o postulado cognitivista, esse *corpus* passa a ser uma estrutura coerente que possui um núcleo central, onde se encontram os conteúdos de maior importância ou que são mais frequentes (FLAMENT, 2001).

Em torno do núcleo central, encontram-se elementos periféricos que compõem o *corpus* da representação. São esses elementos que dão sustentação ao núcleo central, mas que podem mudar mais facilmente. Já o núcleo central, trata-se da própria representação, a qual

pode ser transformada no decorrer de longos períodos de tempo, conforme os avanços encontrados na sociedade observada (FLAMENT, 2001).

Por meio da pesquisa qualitativa, sob a perspectiva das representações sociais, poderemos ter acesso ao que sabem, pensam e quais os comportamentos das mulheres, gestantes ou puérperas sobreviventes de um episódio de Morbidade Materna Grave, sobre o adoecer no ciclo grávido-puerperal, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias preventivas da mortalidade materna e de agravos à saúde das mulheres nesse período.

4 Método

4 MÉTODO

Este projeto de pesquisa está inserido em uma pesquisa maior denominada “Morbidade materna grave: repercussões na saúde da mulher e do neonato” – Projeto Universal Edital MCT/CNPq n.024/10 que teve por objetivo caracterizar a Morbidade Materna Grave em mulheres atendidas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, quanto às causas e ao desfecho do evento e quanto a fatores sociais, demográficos, obstétricos, neonatais e emocionais.

Para alcançarmos os objetivos deste estudo, elegemos a abordagem qualitativa, a qual compreende os sujeitos na sua realidade, de acordo com as próprias descrições de suas vivências (POLIT; HUNGLER, 1995). A pesquisa qualitativa vem sendo amplamente utilizada em saúde e na atenção à saúde e sua vantagem é estudar as pessoas em seus ambientes naturais complementando as pesquisas de base quantitativas (POPE; MAYS, 2005). Nogueira-Martins e Bógus (2004) afirmam que a pesquisa qualitativa em saúde também tem sua importância por contribuir para o diagnóstico situacional e para o acompanhamento e avaliação de ações implementadas.

A metodologia qualitativa se justifica, uma vez que trabalha com significados, motivos, crenças, valores e atitudes como parte da realidade social, onde o ser humano interpreta suas ações a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2007).

4.1 O cenário do estudo

O estudo foi realizado no município de Ribeirão Preto – SP, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, localizado no *Campus* da Universidade de São Paulo, reconhecido como centro de referência regional para a saúde. Este serviço atende pacientes encaminhados das Unidades de Saúde de Ribeirão Preto e dos demais municípios do Departamento Regional de Saúde XIII (DRS XIII). Em 2012, o HCFMRP-USP realizou 480.696 consultas, 110.631 procedimentos, 368.514 exames especializados e 1.788 partos. O hospital conta com a Unidade de Ginecologia e Obstetrícia que presta assistência hospitalar a usuárias internadas e nos ambulatórios. O setor de atenção obstétrica está dividido em

gestação de alto risco, moléstia infecciosa na obstetrícia, pré-natal normal e pré-natal patológico (HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2012).

4.2 As participantes do estudo

As participantes foram recrutadas durante a internação decorrente do evento mórbido. Na escolha das participantes, procuramos privilegiar os sujeitos sociais que detêm os atributos a serem investigados, uma vez que a pesquisa qualitativa trabalha com atores sociais em relação a grupos sociais, possibilitando a reflexão em todas as suas dimensões (MINAYO, 1994).

Dessa forma, foram entrevistadas mulheres que sobreviveram a um episódio de Morbidade Materna Grave. A identificação das mulheres foi realizada por meio de visita diária à Unidade de Internação Clínica em Ginecologia e Obstetrícia, Ala A do HCFMRP-USP, unidade em que as mulheres com episódio de Morbidade Materna Grave permanecem. Nesse momento, foram identificadas as características pessoais e obstétricas das mulheres e as relativas à Morbidade Materna Grave.

Foram incluídas as mulheres admitidas no HCFMRP-USP que tenham recebido o diagnóstico de disfunção orgânica de acordo com os critérios de Morbidade Materna Grave utilizados; mulheres que residam no município de Ribeirão Preto; e mulheres que aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídas as mulheres cujo recém-nascido faleceu após o parto, nasceu com grave deficiência ou passou por período de internação, quando a seleção foi realizada no período pós-parto. Justificamos a exclusão pelo fato de que estas situações em si já são favoráveis às alterações emocionais dificultando relacioná-las à situação de Morbidade Materna Grave.

4.3 A coleta dos dados

As mulheres, após serem identificadas em visita diária à Unidade de Internação Clínica em Ginecologia e Obstetrícia, Ala A do HCFMRP-USP, através da coleta de dados

obstétricos em prontuário, e após certificação com a equipe médica ou de enfermagem da condição de bem-estar para o primeiro contato, foram convidadas a participar da pesquisa. Neste primeiro contato com a mulher, foram explicados os objetivos da pesquisa e sua finalidade. Mediante a aceitação em participar da pesquisa, foi firmado um acordo para a realização de um segundo encontro, para a coleta dos dados, que poderia ser no domicílio da mulher ou em qualquer outro local de sua escolha. Nesse momento, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta dos dados foi realizada dentro dos 30 primeiros dias após a alta hospitalar.

Os dados foram coletados por meio de dois instrumentos ou estratégias:

(i) questionário psicossocial e sociodemográfico, elaborado com base em experiências prévias dos pesquisadores e cotejado com a literatura nacional e internacional, para a obtenção de informações demográficas, sociais, obstétricas e as relativas ao evento de Morbidade Materna Grave.

(ii) entrevista semiestruturada, elaborada com o intuito de identificar as representações sociais das mulheres sobre a vivência da Morbidade Materna Grave, o conhecimento que estas têm sobre este evento, crenças e comportamentos. A entrevista possui um roteiro de questões que norteou o tema central, como o que é saúde e doença, quais atitudes tomadas quanto ao autocuidado, como foi a última gestação, como foi passar por um episódio de Morbidade Materna Grave, quais as consequências e expectativas após o evento mórbido. A entrevista foi feita no domicílio da mulher ou outro local de escolha e de consenso, gravada e transcrita para análise.

A amostra foi definida de acordo com o conceito de saturação teórica, ou seja, as entrevistas foram encerradas no momento em que estas não contemplaram novos conteúdos que respondessem às questões deste trabalho (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Dentre 43 mulheres que contemplaram os critérios para a inclusão na pesquisa, cinco recusaram participar do estudo e três mulheres não puderam ser contatadas, durante o horário estipulado para a coleta de dados.

Foram recrutadas para o estudo 35 mulheres. Dessas, duas não compareceram à entrevista, não sendo possível reagendá-las, 16 não desejaram fazer a entrevista, e uma mulher mudou de cidade após o parto. Assim, das 35 mulheres que aceitaram participar inicialmente do estudo, 16 chegaram até o final.

4.4 Os aspectos éticos

A presente pesquisa vem tratar assim, de um aspecto delicado da vida humana, sendo necessário que todos os cuidados fossem tomados para garantir que as participantes sejam preservadas e respeitadas em sua vontade. Esta pesquisa foi realizada de acordo com as diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e encaminhada a um Comitê de Ética em pesquisa.

O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, sob o protocolo CAAE: 05672012.7.3001.5440 (ANEXO A, e teve a aquiescência do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas – FMRP/USP (ANEXO B) e do Comitê de Ética do Hospital das Clínicas – FMRP/USP (ANEXO C).

4.5 Forma de análise dos resultados

Utilizamos a técnica de análise de conteúdo, para organizar os dados. Esta técnica sistematiza a descrição dos conteúdos, possibilitando a obtenção de indicadores que deduzem o conhecimento emanado (BARDIN, 1977).

Ainda utilizando a técnica de análise de conteúdo, optamos por seguir a modalidade temática. As fases de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação propostas por Bardin (1977), foram seguidas. Dessa forma, podemos compreender a lógica peculiar e interna do grupo que está sendo estudado e identificar os códigos sociais que regem seu discurso e comportamento (MINAYO, 2007).

Para fundamentar a análise e discussão dos dados, adotamos o referencial teórico da representação social, dentro de uma perspectiva cultural, nos apropriando de seus conceitos.

5 Resultados e Discussão

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados em duas partes: a primeira refere-se ao perfil das participantes do estudo, com os dados relativos à caracterização sociodemográfica e obstétrica, e a segunda parte são os dados relativos às representações das participantes sobre o episódio de Morbidade Materna Grave em suas vidas.

5.1 Caracterização das participantes do estudo

A idade das participantes do estudo variou entre 16 e 37 anos, e a média de idade foi de 25,5 anos. Quanto à escolaridade, metade das mulheres entrevistadas completou o ensino médio, cinco não completaram o ensino médio, duas completaram o ensino fundamental, e uma mulher não completou o ensino fundamental. Quanto ao estado civil, sete mulheres se declararam solteiras e nove, casadas. Em relação à atividade de trabalho, duas mulheres disseram ser do lar, seis mulheres encontravam-se desempregadas no momento da entrevista e oito estavam trabalhando, sendo que, destas, quatro disseram trabalhar no mercado informal.

O perfil sociodemográfico das participantes está apresentado no Quadro 1. Com a finalidade de preservar a identidade das mulheres foram utilizados nomes fictícios para descrevê-las.

<i>Nome / Idade</i>	<i>Cor</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>Ocupação</i>	<i>Renda*</i>	<i>Moradia</i>	<i>Estado Civil</i>	<i>Religião</i>
Sofia (33)	Preta	Ensino Médio Completo	Mercado Formal	R\$840,00	Emprestada	Solteira	Católica
Marina (34)	Parda	Ensino Médio Completo	Desempregada	R\$500,00	Emprestada	Solteira	Não tem
Catarina (29)	Preta	Ensino Médio Completo	Do lar	R\$800,00	Emprestada	Casada	Evangélica
Camila (25)	Parda	Ensino Médio Incompleto	Mercado Formal	R\$2.500,00	Alugada	Casada	Evangélica
Valentina (29)	Preta	Ensino Médio Completo	Mercado Formal	R\$1.200,00	Alugada	Casada	Evangélica
Joana (37)	Preta	Ensino Médio Completo	Mercado Informal	R\$3.000,00	Alugada	Casada	Católica
Raquel (25)	Branca	Ensino Fund. Incompleto	Mercado Informal	R\$2.000,00	Própria	Casada	Católica
Bruna (23)	Preta	Ensino Médio Completo	Desempregada	---	Própria	Solteira	Crê em Deus
Rafaela (24)	Parda	Ensino Médio Completo	Desempregada	---	Própria	Solteira	Crê em Deus
Letícia (18)	Branca	Ensino Médio Incompleto	Mercado Informal	---	Própria	Solteira	Crê em Deus
Mônica (20)	Preta	Ensino Médio Completo	Mercado Formal	R\$3.000,00	Própria	Casada	Evangélica
Laiane	Preta	Ensino Médio Completo	Mercado Informal	R\$2.000,00	Própria	Casada	Evangélica
Laura (28)	Branca	Ensino Fund. Completo	Desempregada	R\$1.500,00	Própria	Solteira	Evangélica
Vanessa (17)	Branca	Ensino Médio Incompleto	Desempregada	---	Alugada	Casada	Evangélica
Andressa	Parda	Ensino Fund. Completo	Do lar	R\$1.200,00	Própria	Casada	Católica
Kelly (16)	Parda	Ensino Médio Incompleto	Desempregada	R\$678,00	Própria	Solteira	Crê em Deus

*O salário mínimo no ano da entrevista era de R\$678,00 (DIEESE, 2014). Fonte: DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE). **Salário mínimo nominal e necessário**. 2014. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/analisecestabasica/salarioMinimo.html>>. Acesso em: 04. 03. 2014.

Quadro 1 – Perfil sociodemográfico das participantes

Pouco mais da metade das mulheres (56,25%, n=9) vive com o companheiro, enquanto 43,75% (n=7) são solteiras. Apenas três (18,75%) mulheres vivem somente com os filhos. Observamos que o modelo mais tradicional de família, constituído por pais e filhos, está presente em nove das dezesseis mulheres entrevistadas, sendo que em uma dessas famílias o pai da mulher entrevistada também vive com a família nuclear. Nas demais famílias, a constituição não segue o modelo tradicional, além da ausência do companheiro, estão presentes outros membros familiares mais distantes. Dentre as novas configurações familiares, as que não possuem outros membros adultos, como no caso das famílias matrifocais, podem apresentar maior vulnerabilidade, necessitando de uma rede de apoio formada também por pessoas mais distantes como vizinhos e conhecidos (DURHAM, 1983).

Em relação à situação financeira no momento da entrevista, 43,75% (n=7) das mulheres possuem renda familiar até R\$1.500,00 reais, 25% (n=4) apresentam renda entre R\$2.000,00 e R\$3.000,00. Quatro (25%) mulheres não souberam informar a renda familiar. A renda informada foi a renda familiar total. Considerando que a família com a maior renda identificada, de R\$3.000,00, é formada por quatro pessoas e a família com a segunda maior renda é formada por três pessoas, a renda *per capita* das famílias das mulheres entrevistadas não ultrapassa R\$1.000,00. Já a menor renda *per capita* encontrada foi de R\$113,00. Quanto à moradia, podemos observar que 56,25% (n=9) possuem moradia própria, 25% (n=4) vivem de aluguel e 18,75% (n=3) vivem em casa emprestada por familiares.

Quanto à ocupação, duas (12,5%) se declararam como sendo do lar, seis (37,5%) mulheres estavam desempregadas, quatro (25%) trabalhavam no mercado formal e quatro (25%), no mercado informal. A participação da mulher no mercado de trabalho não significa garantia de emprego e condições dignas de trabalho. Na região metropolitana de São Paulo, as mulheres representam 52,7% dos desempregados (SEAD, 2014). Segundo Campos e Teixeira (2010), o trabalho feminino ainda está amplamente ligado ao trabalho precário e informal. Além disso, a participação das mulheres no mercado de trabalho pode implicar no acúmulo de tarefas desempenhadas pelas mulheres, mesmo quando o companheiro está desempregado (CYRINO, 2009).

Das mulheres que trabalham, três são as únicas provedoras, e quatro mulheres disseram auxiliar nas despesas da casa. O número de mulheres chefes de família vem crescendo, passando de 24,9% das famílias, em 1998, para 34,9% das famílias em 2008 chefiadas por mulheres (IBGE, 2009). No entanto, as mulheres chefes de famílias apresentaram aumento na taxa de desemprego em 2013 (SEAD, 2014). Mesmo na posição de chefes de família, as mulheres que vivem em situação de vulnerabilidade social encontram-se

em posição de subordinação à figura masculina e em situação de violência (CYRINO, 2009; PINTO et al., 2011). São mulheres que apresentam vínculos trabalhistas frágeis ou atividades pouco produtivas, devido ao acúmulo de funções do trabalho e do cuidado da casa e dos filhos (SEAD, 2014).

Das seis mulheres desempregadas, quatro possuem ensino médio completo. No total, oito (50%) mulheres têm o ensino médio completo, e outras cinco (31,25%) têm o ensino médio incompleto. A educação formal, nas camadas populares, pode ser entendida como necessária para melhorar as condições de vida (PASSOS; GOMES, 2012). No entanto, as mulheres que têm um ou mais filhos apresentam grau escolar inferior ao das mulheres que não têm filhos (IBGE, 2013). Além das condições sociais e econômicas, a gravidez também pode interferir no grau de escolaridade das mulheres de baixa renda.

A maioria (75%, n=12) das mulheres declarou ter pele de cor preta ou parda, e quatro (25%, n=4) mulheres declararam ter cor de pele branca. Os avanços na diminuição das desigualdades sociais ainda são muito pequenos frente à desigualdade encontrada no Brasil (LIMA, 2012). Como vemos a maioria das mulheres entrevistadas, que se encontram em situação de vulnerabilidade social, é de cor preta ou parda.

Quanto à religião, sete (43,75%) mulheres são evangélicas, 25% (n=4) são católicas e 25% (n=4) acreditam em Deus apesar de não terem uma religião. Mesmo dizendo ter uma religião, a qual pode ser importante suporte emocional durante um evento de Morbidade Materna Grave (GODOY et al., 2008; SOUZA et al., 2009; CARVALHEIRA; TONETE; PARADA, 2010), a religião foi mencionada por poucas mulheres durante as entrevistas.

As mulheres entrevistadas apresentam pouca estabilidade financeira e baixa escolaridade. Vale ressaltar, então, o impacto que a experiência da Morbidade Materna Grave pode ter na vida de mulheres com vínculos empregatícios frágeis e uma rede de apoio escassa. As limitações impostas no desempenho de atividades, as internações hospitalares e o tratamento são aspectos que podem diminuir ou acabar com a renda gerada pela mulher e dificultar o cuidado dos demais filhos.

Apresentamos o perfil obstétrico de cada uma das participantes no Quadro 2.

<i>Nome e Idade</i>	<i>Número de Filhos Vivos</i>	<i>Momento ciclo grávido-puerperal</i>	<i>Número de consultas Pré-Natal</i>	<i>Resolução da Gravidez</i>	<i>Critérios de MMG</i>
Sofia (33)	3	Puerpério	12	Cesárea	- Pré-eclampsia grave - Terapia anticonvulsivante - Internação hospitalar por mais de uma semana
Marina (34)	1	Gestação	13	---	- Iminência de eclampsia - Complicações renais
Catarina (29)	2	Puerpério	10	Parto normal	- Iminência de eclampsia
Camila (25)	1	Gestação	---	---	- Iminência de eclampsia - Transferência entre hospitais
Valentina (29)	1	Gestação	4	---	- Asma grave
Joana (37)	2	Puerpério	12	Parto normal	- Iminência de eclampsia
Raquel (25)	1	Puerpério	8	Cesárea	- Choque séptico - Cesárea de urgência - Ventilação mecânica - Internação hospitalar por mais de uma semana
Bruna (23)	3	Puerpério	---	Cesárea	- Iminência de eclampsia
Rafaela (24)	2	Puerpério	0	Cesárea	- Eclampsia - Terapia anticonvulsivante
Letícia (17)	1	Puerpério	---	---	- Complicações renais
Mônica (20)	1	Puerpério	12	Parto normal	- Complicações renais
Laiane	3	Gestação	6	---	- Iminência de eclampsia - Terapia anticonvulsivante
Laura (28)	0	Gestação	3	---	- Complicações renais
Vanessa (17)	0	Gestação	---	---	- Complicações renais
Andressa	3	Gestação	2	---	- Complicações renais
Kelly (16)	1	Puerpério	4	Cesárea	- Eclampsia - Terapia anticonvulsivante

Quadro 2 – Perfil obstétrico das participantes do estudo

Das entrevistadas, sete (43,75%) eram gestantes e nove (56,25%) eram puérperas, seis (37,5%) eram primíparas e 10 (62,5%) múltiparas. A média de filhos foi de 1,5 filho por mulher. Segundo Scavone (2001b), a transformação da maternidade como algo natural que define a identidade feminina, para uma maternidade consciente e controlada com o auxílio dos métodos contraceptivos e conceptivos, justifica a diminuição do número de filhos.

A maioria das mulheres entrevistadas realizou acompanhamento pré-natal. A Organização Mundial da Saúde recomenda que devam ser realizadas, ao menos, seis consultas de pré-natal em gestações de baixo risco. Já na gestação de alto risco, as consultas devem ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo (BRASIL, 2013). Quando a gestação é diagnosticada como sendo de alto risco, a gestante é referenciada ao sistema hospitalar (BRASIL, 2001). Dentre as puérperas que revelaram o número de consultas do pré-natal, apenas uma realizou um número bem abaixo do número de consultas preconizadas pela OMS, e uma puérpera não fez pré-natal.

Quanto aos critérios de Morbidade Materna Grave identificados, oito (50%) mulheres apresentaram complicações hipertensivas e cinco (31,2%) apresentaram complicações renais, uma (6,25%) mulher apresentou complicações hipertensivas e renais, uma (6,25%) mulher teve choque séptico e outra (6,25%) apresentou quadro de asma grave. Luz et al. (2008) também identificaram as doenças hipertensivas como uma das principais complicações da Morbidade Materna Grave.

Quanto à forma de resolução da gravidez, dentre as nove puérperas entrevistadas, cinco (55,5%) foram submetidas à cesárea, sendo duas sob anestesia geral, três (33,33%) partos normais e um tipo de parto não foi possível identificar em prontuário. As taxas de cesárea no Brasil estão muito acima dos 15% recomendados pela OMS, sendo que, em 2008, 48,4% dos partos foram cesarianas (PATAH; MALIK, 2011). Como observado no Quadro 1, em um dos casos houve indicação de cesárea de urgência, não havendo justificativa explícita de indicação das demais cesarianas.

Quanto aos aspectos psicossociais, identificamos que a maioria das gestações (75%, n=12) não foi planejada, porém 58% (n=7) destas gestações eram desejadas. Das dezesseis mulheres entrevistadas, 37,5% (n=6) afirmaram não ter planejado, nem desejado a última gestação. Estudo realizado na região Sul do Brasil encontrou 65% de gravidez não planejada, estando a baixa renda familiar relacionada ao não planejamento da gravidez (PRIETTSCH et al., 2011). O acesso a métodos contraceptivos, assim, parece não ser suficiente para evitar a gravidez não planejada, havendo necessidade de ações mais efetivas em planejamento familiar.

As mulheres foram questionadas também quanto à necessidade de buscar algum apoio emocional ou ajuda financeira na última gestação. Três (18,75%) mulheres não buscaram algum tipo de ajuda durante ou após a última gestação. A maior necessidade apresentada pelas mulheres foi de apoio emocional (81,25%, n=13). Destas, seis (37,5%) mulheres buscaram apoio emocional com familiares, quatro encontraram apoio em amigos e três buscaram serviço público de saúde mental, como, por exemplo, a psicoterapia. Ajuda financeira foi solicitada por seis (37,5%) mulheres, sendo que três buscaram ajuda com familiares, uma com amigos, uma com o companheiro e outra buscou instituições governamentais.

De forma geral, podemos afirmar que as mulheres entrevistadas tiveram acesso a um serviço de saúde durante a gestação; no entanto, passaram por graves complicações, sendo a grande maioria complicações hipertensivas e renais na gestação e/ou pós-parto. Apesar de grande parte das gestações ser desejada, 37,5% (n=6) disseram que não queriam engravidar novamente.

Quanto às condições sociais, a maioria das mulheres vivia com outros familiares. Metade das mulheres tem o ensino médio completo, e todas as famílias apresentaram renda *per capita* na faixa da pobreza. Quase metade das mulheres entrevistadas se declarou dependente financeiramente de familiares.

5.2 A construção social da Morbidade Materna Grave

Antes de apresentarmos as categorias identificadas nas falas das mulheres entrevistadas, é importante conhecer um pouco sobre o grupo ao qual pertencem e com os quais se relacionam, uma vez que cada indivíduo pertence a vários grupos que podem servir de ancoragem de suas opiniões e crenças (DOISE, 2001).

Segundo Laraia (1986), cada grupo possui um sistema cultural próprio que quando entra em contato com outro sistema cultural, ambos os grupos são influenciados alterando seus sistemas culturais. Desta forma, é importante considerar os grupos com os quais as mulheres entrevistadas se relacionam para compreender a gênese da representação social da Morbidade Materna Grave.

O grupo representado pelas mulheres entrevistadas é o grupo de gestantes e puérperas que passaram por um episódio de Morbidade Materna Grave. São mulheres de classe baixa que vivem na área urbana de uma cidade de porte grande situada na região Sudeste do Brasil. Disso podemos entender que são mulheres com recursos financeiros e sociais limitados,

usuárias exclusivamente do Sistema Único de Saúde para promoção, proteção e recuperação de sua saúde.

São mulheres que têm acesso ao serviço de saúde e que, em sua maioria, fizeram ou estavam fazendo acompanhamento pré-natal de acordo com o previsto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005). Segundo Abreu (2003), os serviços de saúde ofertados pelas sociedades possuem crenças, conhecimentos e saberes culturais específicos, fundamentalmente oriundos da medicina ocidental. Os órgãos formadores, que disseminam tais crenças e saberes, refletem o que a sociedade maior pensa e sabe sobre saúde e doença (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004).

Sabemos que as mulheres entrevistadas estão em contato com outros grupos que podem ter sistemas culturais diversos, como os grupos religiosos por exemplo. No entanto, no presente estudo não investigamos o contato com os demais grupos sociais de forma a permitir uma análise mais profunda destes na construção da Representação Social da Morbidade Materna Grave. A análise e a interpretação dos dados serão realizadas, assim, partindo dos elementos emergentes das entrevistas e considerando o contato dessas mulheres com o SUS.

Dadas as considerações necessárias, partimos para a análise das entrevistas propriamente ditas. A saturação dos dados foi realizada segundo Fontanella; Ricas; Turato (2008) e se deu nas categorias *conceito de saúde*, *Morbidade Materna Grave* e *comportamento de cuidado à saúde*.

Seguindo a análise proposta por Bardin (1977), foram identificadas as categorias: saúde, doença, gestação com Morbidade Materna Grave, autocuidado, serviços de saúde, percepção dos sintomas, tratamento e consequências. Destas categorias identificaram quatro grandes áreas abordadas nas entrevistas: “GRAVIDEZ NÃO É DOENÇA... MAS EU ADOECI”; “NÃO ESTOU DOENTE, ISSO DEVE SER DA GRAVIDEZ”; TRATAMENTO: UM MAL NECESSÁRIO; SUPERAÇÃO X ALERTA CONSTANTE.

Serão apresentados os resultados encontrados em cada temática, seguindo com a discussão do tema.

5.2.1 “GRAVIDEZ NÃO É DOENÇA... MAS EU ADOECI”

Para compreender melhor a representação da Morbidade Materna Grave, exploramos, junto às mulheres, seu entendimento sobre saúde e doença. Para as mulheres entrevistadas,

saúde está relacionada a um bem-estar necessário para desempenhar as atividades diárias como cuidar da casa, dos filhos e trabalhar. Assim, a saúde é representada como a ausência de doenças que as incapacitem de realizar tais atividades.

“Saúde é poder fazer tudo. Andar, ah (respirar), não ter dor de cabeça.”
(Camila)

“Ah, porque quando a gente está com saúde a gente faz tudo, a gente vai para todos os lugares. A gente não fica dependendo dos outros né. Então eu acho que saúde é o mais importante.” (Laura)

5.2.1.1 Compreendendo a morbidade materna como uma presença negativa

Complementar à visão de saúde, a doença é entendida como a presença de sintomas ou manifestações que geram dependência e sofrimento. A doença foi relacionada com tomar medicação e ficar hospitalizada.

“Uma pessoa doente... é difícil pra trabalhar, doente fica na cama. ... Depender dos outros.” (Catarina)

“Ah, doença é uma coisa que derruba a gente. Que a gente tem que depender de muita gente. Tem que tomar remédio. Tem que ir para o hospital. Então doença para mim é isso. É, é uma coisa que ninguém quer. Que para totalmente a vida da gente.” (Laura)

Percebemos uma compreensão de saúde e doença bastante diferente do conceito proposto pela Organização Mundial de Saúde: “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez”.

Segundo Helman (2003), as definições de saúde variam de acordo com a classe social. Assim essa visão funcional da saúde, segundo o autor, é bastante comum dentre as populações mais pobres que têm maior necessidade de continuar trabalhando, independente de como se sentem. Ademais, estas representações podem estar sustentadas no princípio socialmente aceito de que gravidez não é doença.

Compreendemos aqui a importância da dimensão social na vivência da saúde e da doença para essas mulheres, indo ao encontro de Augé³ (1986 apud LAPLANTINE, 2010)

³ AUGÉ, M. L'Anthropologie de la maladie. In: **L'Homme**, v. 26, n. 97-98, p. 81-90, 1986.

quando afirma a presença da dimensão social da doença em todas as sociedades, existindo forte ligação entre a percepção individual e o simbolismo social da doença. O reconhecimento da doença pelo outro também é parte importante do processo de adoecer e requer que haja um consenso sobre o que é saúde e doença entre as pessoas (HELMAN, 2003).

O local onde este estudo foi realizado corresponde a uma região privilegiada no Estado de São Paulo, quanto ao setor saúde, permitindo o acesso, acompanhamento e uma relação mais próxima dos usuários com os serviços de saúde no nível primário de atenção à saúde. Em contraposição à nossa percepção, Backes et al. (2009) defendem que estes serviços de saúde funcionam de acordo com a lógica biomédica, com enfoque na doença (BACKES et al., 2009). A representação de saúde e doença das mulheres entrevistadas pode, assim, ter sido ancorada nas vivências durante a complicação no ciclo grávido-puerperal tanto em suas casas quanto nos serviços de saúde. Helman (2003) apresenta diversos estudos onde a saúde e a doença são entendidos de forma mística e sobrenatural. Ao contrário do que se encontra nesses estudos, a saúde e a doença não foram abordados sob essa ótica pelas mulheres entrevistadas. Mas tendo como principal característica a valorização da presença ou ausência de sintomas, o que vai ao encontro da lógica de funcionamento dos serviços de saúde no Brasil.

Compreender a concepção de doença para essas mulheres é importante, uma vez que a gestação, após um episódio de Morbidade Materna Grave, passa a ser representada como uma doença. Quando questionadas a respeito da última gestação, a maioria das mulheres entrevistadas disse estar sendo uma gestação difícil pelas complicações de saúde, pelo tratamento estabelecido e pelos riscos iminentes. Apenas três mulheres relacionaram a gestação como algo bom, destas, duas disseram que a gravidez foi boa até o início das complicações.

“Muito complicada. (...)Foi por causa da pressão alta que eu tive. Então passei uma gravidez, do início até o fim... sofrendo. Porque, um dia estava bem, no outro dia estava ruim. Então, fiquei mais dentro do hospital do que em casa com a gravidez que eu tive.” (Sofia)

“Foi uma gestação tranquila até sete meses. Agora que começou a ter pressão alta, falta de ar.” (Camila)

Encontramos como núcleo central a gestação como um evento negativo relacionado a aspectos da doença, como sintomas, tratamento e prognóstico. Estudos sobre o significado da experiência da Morbidade Materna Grave também encontraram a forte relação da gestação

com a experiência negativa da morbidade (CARVALHEIRA; TONETE; PARADA, 2010; GODOY et al., 2008).

Como parte do *corpus*, identificamos também a presença de medo, preocupação com o feto, frustração da gravidez idealizada, trauma, aprendizado e um propósito de Deus.

A experiência da Morbidade Materna Grave foi, assim, fonte de medo para as mulheres.

“Eu fiquei traumatizada. Fiquei até com medo de morrer. O médico falou pra mim que foi até por isso que eu não cheguei a morrer. Minha complicação. Me deu pré-eclampsia. Nunca imaginei que ia me dar isso. (...) Os médicos falaram que foi um milagre eu ter sobrevivido. Ixi eu fiquei um pouco traumatizada” (Raquel)

“Ah. Eu fiquei louca. Fiquei com medo. Nunca aconteceu isso comigo. (...) Quase que eu morri.” (Rafaela)

Além do medo pela própria saúde, as mulheres demonstraram preocupação com a saúde do feto.

“O médico falou que era arriscado ficar com ele na barriga, aí tirou ele. Ainda bem que não ficou na incubadora, nada. Ele já ficou comigo. (...) Aí depois eu fui acalmando, fui ficando, porque eu vi que era arriscado para o meu filho.” (Bruna)

“Fiquei com medo dela nascer com algum problema. Mas ela não teve nada. Fiquei boba de ver.(...) Fez exame do pezinho e não deu nada. Quando é pra ter algum probleminha, já aparece no exame do pezinho.” (Raquel)

Sentimentos como esses também podem estar presentes em uma gestação normal (BORTOLETTI et al., 2007). Entretanto, a ameaça real à saúde e vida da mulher e bebê podem intensificar tais emoções, transformando a gestação em um momento de muita angústia e sofrimento como mencionado pelas mulheres entrevistadas neste e em outro estudo realizado no Brasil (SOUZA et al., 2009). Para Bortoletti et al. (2007), tais emoções não devem ser ignoradas uma vez que podem servir de gatilho para o surgimento de transtornos psíquicos importantes, bastante frequentes nas mulheres em idade reprodutiva. Assim, é de extrema importância a valorização da atenção à saúde mental da gestante e puérpera que passam por um episódio de Morbidade Materna Grave.

Por não serem esperadas nem desejadas, as complicações que caracterizam a Morbidade Materna Grave podem fazer com que as mulheres sintam-se frustradas por não ter a gestação que idealizaram.

“Ah, eu tento pensar que não está interferindo. Que está tudo certo. Mas eu não sei () é desemprego, é, é um monte de coisa. Não é um problema só. Gravidez não é um problema né”. (Marina)

“Então, cada hora foi um, foi um problema atrás do outro. Coisa que a gente não espera quando está grávida. A gente espera ter uma gestação saudável, uma coisa boa. Então, assim, você vê muita gente falando “Ah a gravidez é um momento em que você fica, seu auge”. Eu não. Minha gravidez, eu senti dor do começo ao fim. Então pra mim não foi uma coisa tão legal.” (Mônica)

A idealização da gestação como um momento sublime, relacionado apenas a aspectos bons e de amor, e as expectativas sobre a gestação e o futuro bebê relacionam-se, em partes, com a representação da maternidade encontrada na sociedade hoje. Segundo Correia (1998), essa representação está em transformação, decorrente das conquistas do movimento feminista, com a conquista do mercado de trabalho e da autonomia para decidir sobre ter ou não filhos. Entretanto, tais mudanças ocorrem de forma lenta, estando menos presentes nas classes pobres (SCAVONE, 2001b).

Podemos pensar que a maternidade vista como algo natural, relacionada intrinsecamente ao papel feminino ainda esteja mais presente nas classes baixas. Como exemplo disso no Brasil, segundo Scavone (2001b), as mulheres pobres manifestam o desejo de ter filhos mais e com menor idade que as mulheres de classes sociais mais abastadas. Com essa visão de maternidade como natural e quase que única fonte de realização para a mulher, se relaciona o ideal do amor materno, incondicional. Uma visão bastante diferente da realidade enfrentada por mulheres que tiveram sérias complicações durante a gestação. Isso fez com que uma das mulheres entrevistadas chegasse a questionar a decisão de ter engravidado.

“Oh. Não me arrependi. Mas assim. Eu falo que se eu soubesse que ia ter todas essas complicações. Acho que eu não tinha mexido de ficar grávida. Porque não sabia né.” (Raquel)

Além da frustração com a gravidez, essa mesma mulher sentiu muito por não ter podido amamentar sua filha devido às complicações decorrentes da Morbidade Materna Grave.

“Era aquilo que eu queria pra mim. Ai meu Deus, só eu que fiquei. As mães logo iam pra casa, amamentavam. Nem isso eu pude fazer. Amamentar. Por causa das medicações que são fortes.” (Raquel)

O aleitamento materno é uma prática amplamente recomendada pela OMS (WHO, 2009), e diversas estratégias vêm sendo implantadas no Brasil para evitar o desmame precoce. Como é o caso do Programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) que mobilizou os profissionais de saúde, gerando mudanças na rotina e condutas que incentivem o aleitamento materno (LAMOUNIER et al., 2008). No entanto, a impossibilidade de amamentar pode gerar frustração e sofrimento na mulher, como visto na fala acima.

Por outro lado, algumas mulheres mencionaram aspectos positivos da experiência da Morbidade Materna Grave. Uma das mulheres percebeu essa vivência como um aprendizado e a outra como um propósito de Deus. A segunda contou que em decorrência de seu estado de saúde grave, sua família passou a ficar mais unida.

“Eu acho que o que trouxe de bom isso, foi que ajudou a gente a se unir. O dia em que eu passei mal mesmo. Aí, a menina do centro obstétrico estava falando assim “parece que a sua família inteira está aí na porta”. (...) Vieram todos no dia da visita e começaram a brigar porque todos queriam subir. Então, o que me trouxe de bom foi isso. Porque todo mundo, todo mundo se uniu mais sabe. Todo mundo, eu vi que todo mundo está mais assim, um mais preocupado com o outro.” (Laiane)

5.2.1.2 Percebendo-se incapacitada para o dia a dia – “algo não vai bem...”

Na visão das mulheres, saúde é a ausência de desconfortos e incômodos que as impediriam de realizar as atividades do dia a dia.

Dessa forma, percebem a doença apenas quando se sentem incapacitadas para cuidar da casa e dos filhos. Os sintomas mais brandos, que não as impediram de realizar as atividades do dia a dia, parecem não ter sido considerados nas falas das mulheres. Uma vez que a doença é vista como algo que “derruba”, podem ignorar sintomas iniciais que poderiam ser tratados evitando o avanço da doença. Verificamos, assim que a presença ou ausência de sintomas, bem como a disposição para realizar as atividades diárias estão no cerne das representações sociais dessas mulheres sobre a saúde e a doença.

Podemos entender a importância dada à capacidade em realizar as atividades diárias, mesmo durante uma gravidez, uma vez que são mulheres que não dispõem de muitos recursos que as auxiliem nessas atividades. Necessitando, assim, de um corpo que suporte o trabalho e que possa cuidar da casa e dos filhos.

Ao pensarmos na dimensão do trabalho, compreendemos a importância do bem-estar para que as mulheres, mesmo que não estejam saudáveis no sentido mais amplo, possam continuar desempenhando suas atividades. Das 16 mulheres entrevistadas, seis (37,5%) estavam desempregadas no momento da entrevista, e quatro (25%) trabalhavam no mercado informal, portanto, sem direitos trabalhistas como a licença-maternidade. Sem vínculo empregatício, estas mulheres mediante uma complicação no ciclo grávido-puerperal, como a Morbidade Materna Grave, estão sujeitas a perder o emprego, desestabilizando ainda mais a renda familiar. Mesmo que as mulheres realizem algum tipo de trabalho autônomo, os proventos podem ficar comprometidos com a diminuição do rendimento das atividades.

Corroborando os nossos achados, na Escócia, um estudo mostrou que as mães da classe operária não consideravam seus filhos doentes, enquanto estes pudessem caminhar e brincar normalmente (BLAXTER; PATERSON⁴, 1980, apud HELMAN, 2003).

A experiência da Morbidade Materna Grave parece ter se sobressaído à experiência da gestação, o que levanta a seguinte questão: se a superação do evento mórbido torna-se o centro da gestação, como ficam as adaptações psicológicas, sociais e econômicas causadas por uma nova gestação? O evento mórbido acumula-se às necessidades adaptativas naturais da gestação, vivenciadas pela mulher em um curto período de tempo. Essa sobrecarga de eventos deve ser considerada pelos serviços e profissionais de saúde não só durante a gestação, mas também após o parto, garantindo, assim, que a mulher receba o suporte necessário à sua demanda biológica, emocional, social e espiritual.

5.2.2 “NÃO ESTOU DOENTE, ISSO DEVE SER DA GRAVIDEZ”

Nesta temática discorreremos sobre a percepção dos sintomas pelas mulheres e as atitudes tomadas, tendo como norte a representação de saúde e doença apresentada na temática anterior.

Pudemos identificar que as mulheres perceberam que algo não estava bem consigo, mediante a presença de sintomas fortes, como dores de cabeça ou nas costas. Ainda, algumas mulheres relacionaram a intensidade dos sintomas à diminuição do desempenho nas

⁴ BLAXTER, M.; PATERSON, F. Attitudes to health and use of health services in two generations of women in social classes 4 and 5. Report to DHSS/SSRC Joint Working Party on Transmitted Deprivation (inédito), 1980.

atividades do dia a dia. Uma mulher chegou a desmaiar, só assim convenceu-se de que não estava bem.

“Porque na madrugada começou a me dar dor nas costas e na barriga. Aí eu comecei, era uma dor, era uma dor que, era uma dor tão insuportável que você queria bater a cabeça na parede ou sair andando. De tão insuportável que era. Aí eu vi que já não estava bem”. (Laura)

“Eu comecei, eu percebi que eu não estava bem, porque comecei a inchar muito antes da hora. Porque o inchaço vem sempre no final. Mas, na hora... ia trabalhar me dava tontura, dor de cabeça, não estava bem... não estava naquele mesmo ritmo de fazer serviço. Sempre assim mais devagar, cansaço...” (Sofia)

“É, comecei a ter muita dor de cabeça, muita tontura. Eu cheguei a desmaiar no serviço duas vezes. Então foi chegando uma hora que eu falei “eu preciso ver o que está acontecendo”. (Laiane)

A dificuldade das mulheres em perceber os sintomas das complicações também foi verificada em estudo realizado no Brasil sobre o significado da MMG, por Godoy et al. (2009).

Estudos sobre Morbidade Materna Grave vêm investigando as causas que levam as mulheres a desenvolver complicações tão graves, mesmo tendo acesso a serviços de saúde, como é o caso das mulheres deste estudo. Para Knight, Self e Kennedy (2013), a tomada de decisão em buscar ou não ajuda especializada é um dos fatores que podem atrasar a atenção à mulher e levar a complicações obstétricas graves. Outros dois fatores como o acesso a serviço de saúde e o recebimento do cuidado apropriado também fazem parte do “modelo das três demoras” que podem levar ao agravamento das complicações obstétricas (KNIGHT; SELF; KENNEDY, 2013).

Segundo estudo realizado no Brasil, por Pacagnella (2011), os atrasos relacionados ao paciente e aos familiares foram encontrados em 39,3% dos casos de mulheres com condições potencialmente ameaçadoras da vida. Destes, 4,4% das mulheres demoraram em buscar o serviço de saúde. Já nos casos de morte materna, o atraso em buscar o serviço de saúde chegou a 26,4% dos casos. O que mostra uma relação entre o atraso em buscar ajuda e a gravidade do caso (PACAGNELLA, 2011).

Percebemos a presença de sintomas já em estado avançado no momento em que a mulher busca ajuda. Tal comportamento vai ao encontro da representação de doença apresentada por essas mulheres. Segundo Zola (1966), o conceito mais amplo de saúde pode interferir na decisão do paciente de buscar ou não o serviço de saúde. Perceber a doença como

algo ruim e incapacitante pode levar à demora na busca de auxílio ao cuidado com a própria saúde, procurando ajuda apenas quando a doença passa a ser incapacitante, como podemos observar nas falas acima. Assim como, representar a saúde como um bem-estar que possibilita desempenhar as atividades diárias pode limitar o cuidado à saúde, de forma mais ampla, mesmo em momento de intenso contato com o serviço de saúde através do pré-natal.

Existem outros fatores que podem interferir na tomada de decisão em buscar o serviço de saúde disponível. Segundo Helman (2003), seriam o acesso ao serviço, as condições financeiras do paciente para arcar com os custos em transporte, medicação, etc., suas experiências prévias com o serviço, como o paciente percebe o problema de saúde e como as outras pessoas percebem seu problema de saúde. Quanto aos custos, as mulheres entrevistadas arcaram com os custos do transporte público para a realização do pré-natal. As mulheres com Morbidade Materna Grave são referenciadas à assistência hospitalar, a qual, para a maioria das mulheres entrevistadas, não se localiza próximo à sua residência.

Segundo Gualda (2002), a relação do paciente com os profissionais de saúde pode interferir na decisão de buscar ou não ajuda nesses serviços. Em estudo feito pela autora, mulheres grávidas optaram por permanecer em casa durante o parto, mesmo sabendo que o serviço hospitalar oferecia melhores condições, devido a experiências anteriores negativas e a condições socioeconômicas.

Quando questionadas quanto às atitudes e aos comportamentos tomados em relação à saúde, a maioria das mulheres disse procurar o serviço de saúde ou o médico para identificar o problema e tomar as devidas providências. Algumas mulheres disseram aguardar um tempo ou se automedicar.

“É, eu procurei o médico, aqui no posto do bairro. Aí do bairro, mandaram para o HC. Porque estava bem alta já. Aí de lá, comecei a fazer encaminhamento lá, me cuidar lá. Porque, mandava fazer, corria e fazia. Diminuir o sal, essas coisas, tudo que tinha que diminuir.” (Sofia)

“Ah, eu espero pra ver se melhora um pouco. Mas depois eu procuro uma, uma unidade básica. (...) Às vezes tem que procurar emergência né. É na emergência você consegue a consulta. Demora umas horinhas, mas você consegue consultar. Mas, dependendo, se tiver que passar com especialista, você tem que ir no PSF pra agendar mesmo. Aí demora.” (Valentina)

“Ah eu vou ao médico só em último caso (risos). Primeiro eu fico em casa, sofrendo (risos) depois eu vou ao médico. Geralmente uns cinco ou seis dias depois. (...) Eu não gosto de ir ao médico. Eu prefiro eu mesma tomar algum remédio, alguma coisa assim.” (Mônica)

Abreu (2003) categoriza os serviços de saúde disponíveis em algumas sociedades como Sistema Oficial, Sistema Popular e Sistema Informal. O Sistema Oficial se refere aos serviços oferecidos pelo Estado à população; já o Sistema Popular se remete aos indivíduos conhecidos pelo poder de cura, como os curandeiros e benzedeiras; e o Sistema Informal abrange as práticas culturais que não se enquadram nos sistemas anteriores, como a automedicação, cuidados prestados por familiares, conselhos e tratamentos recomendados por conhecidos, vizinhos, etc.

Nas falas das mulheres entrevistadas, pudemos identificar a relação destas com o Serviço Oficial, uma vez que estas foram contatadas dentro do ambiente hospitalar e afirmaram buscar o posto ou médico quando percebem que não estão bem de saúde. O Serviço Informal foi mencionado com menor frequência por mulheres que disseram se automedicar na presença de sintomas indesejados. Não se identificou porém, nenhuma referência ao Serviço Popular, uma vez que nenhuma das mulheres disse buscar esse tipo de auxílio à saúde.

Notamos, assim, a importância do serviço de saúde na construção social e na relação que as mulheres têm com a saúde e a doença. A representação de saúde e doença encontrada nas falas das mulheres, segundo Lefevre e Lefevre (2004), é a mesma representação encontrada na nossa sociedade como um todo. A saúde como ausência de doença e a doença como algo a ser eliminado. Segundo Piccinini et al. (2012), as ações realizadas durante o pré-natal baseiam-se no modelo biomédico, deixando de lado aspectos sociais e emocionais da gravidez, parto e puerpério.

Para Lefevre e Lefevre (2004), os serviços de saúde devem seguir a lógica da promoção de saúde e não a de evitar a doença. Para isso é necessário preparar os profissionais e transformar suas representações de saúde para levar a ações que promovam a saúde ao invés de simplesmente eliminar a doença.

As ações medicalizadas e informativas realizadas durante o pré-natal são pouco eficazes nas mudanças de hábitos e crenças das mulheres quanto aos cuidados, durante a gestação, parto e puerpério. Uma vez que a imensa gama de informações e transformações que ocorrem nesse curto período de tempo pode não ser absorvida de forma significativa pelas mulheres.

A transformação do sistema cultural dos serviços e profissionais de saúde torna-se necessária. Assim, o sistema cultural formado pelo grupo de mulheres com Morbidade Materna Grave pode ser influenciado, transformando as representações de saúde e doença encontradas hoje.

5.2.3 TRATAMENTO: UM MAL NECESSÁRIO

Nesta categoria temática serão apresentados e discutidos dois aspectos importantes da experiência da Morbidade Materna Grave, provenientes da análise dos dados: o tratamento e a hospitalização.

O tratamento foi relatado pelas mulheres como necessário, mas também como fonte de sofrimento, inseguranças e angústias.

Quando questionadas sobre a gestação, a maioria das mulheres relacionou a gestação à morbidade por meio do tratamento e da hospitalização decorrentes do agravo instalado. Estes aspectos concretizam o significado da doença tornando-a visível e palpável.

O tratamento medicamentoso, apesar de ser fonte de insegurança para algumas mulheres, devido ao medo de complicações para o feto, foi mencionado como sendo necessário para o controle da morbidade.

“Pra mim foi ruim. Porque eu nunca tinha tido isso. Então era aqueles remédios toda hora. Toda hora remédio, remédio, remédio.” (Bruna)

“Mas, () você fica com a preocupação, vai tomar remédio, vai passar para o seu filho.” (Valentina)

As adaptações de horário, da alimentação e do ritmo diário, necessárias durante o tratamento medicamentoso, exigem grande empenho por parte do paciente e podem ser vistas como o lado negativo do tratamento (LEITE; VASCONCELLOS, 2003). No caso das gestantes, a preocupação com o feto e futuro bebê soma-se a essas adaptações.

A hospitalização também foi mencionada pela maioria das mulheres como uma experiência ruim, porém necessária. Para algumas mulheres, a hospitalização se compara a uma prisão.

“Foi horrível. Muito ruim. Mexeu totalmente comigo. Eu fiquei nervosa. Porque eu tenho os dois pequeninhos também. Aí queria vir embora, não vinha. Ficava presa. Porque todas as internações que eu tive, eu ficava mais de cinco dias. E as que eu fiquei... dezoito dias. Então, sofri bastante. É complicado. Mexeu muito com o meu emocional. Eu só chorava. No início que estava lá... nasceu, alegria. Nasceu, graças a Deus. Aí, depois começou já assim, queria ir embora logo. Já acabou o problema? Vamos embora? Eu fiquei bem nervosa. Ainda bem que deu tudo certo.” (Sofia)

“Foi horrível né. Porque eu ficava pensando nos meus outros dois bebezinhos. Quando eu estava lá, eu estava bem. Eles me davam remédio. Eu vinha embora, chegava aqui e começava a passar mal.” (Bruna)

Além de limitar a autonomia e atividades das pacientes, a hospitalização, por sua vez, traz preocupações com os filhos que ficaram em casa, outros familiares e os cuidados da casa. A internação hospitalar também é percebida com uma privação ao paciente em estudo realizado no Sul do Brasil (OLIVEIRA et al., 2012).

No entanto, uma das mulheres disse conseguir controlar a pressão, apenas durante a hospitalização, pois era obrigada a fazer repouso.

“Eles querem que eu fique deitada, eu não consigo ficar deitada. Aí eu fico com medo, entendeu? () E aqui eu tenho que ficar deitada, é onde a pressão abaixa”. (Marina)

Apesar de a maioria das mulheres ter elogiado o atendimento recebido durante a hospitalização, uma das mulheres apresentou diversas queixas quanto ao atendimento da UTI.

Ah, o atendimento deles é ótimo né. Eu entendo a parte deles, que eles querem o que é melhor pra mim, mas eu não consigo ficar aqui dentro. Para mim é estressante. (Marina)

“A experiência não foi muito boa. Não gostei não. (...) Porque não podia fazer nada. Dependia deles. Tinha enfermeiras que não tinha paciência com a gente. (...) Aí, muitas vezes eu também me debatia, eles me amarravam na cama, porque eu me debatia muito. Eu estava muito nervosa. É a situação que eu estava né. Ah, sei lá, não gostei. Quando fui pro quarto não, não tenho reclamação depois que eu fui pro quarto.” (Raquel)

Em relação à qualidade do serviço de saúde como um todo, algumas mulheres falaram da demora para ser atendidas, outras mulheres disseram ser o atendimento ruim, e duas mulheres reclamaram da falta de informação por parte dos profissionais de saúde.

“Ah, é fácil assim, que nem tem postinho ali. Mas você vai lá, minha filha do céu, você não tem atendimento nenhum. Aí você tem que ficar correndo nos postinhos para ver quem te atende primeiro. Mas aqui, esse pedaço aqui, esse negócio de saúde é muito difícil.” (Laura)

“Ah, uma demora. É aí tem que pedir exame, e demora. Então, para mim não é muito bom não. (...) Eles tem que falar o que a gente tem. Não ficar esperando.” (Andressa)

“Trataram-me bem. Aí, dessa vez também foi bem tranquilo. Mas, em minha opinião, é o seguinte. Eu acho que eles demoram muito pra (diagnosticar), porque parece que eles não dão ouvido para o que o paciente está sentindo. (...) (Ninguém vem falar) o que está acontecendo. “Olha, você vai tomar tal remédio pra isso”. (...) Aí eu acho que eles têm que dar uma atenção, tem que explicar pra gente o que a gente tem. O que está acontecendo. Tudo o que vai ser, entendeu? Não é que a gente é uma cobaia, que estão (aprendendo) sobre a gente. A gente também tem o nosso outro lado.” (Valentina)

Apesar de ter sido pouco mencionada neste estudo, a falta de informação sobre diagnóstico e procedimentos é uma queixa comum de pacientes no Brasil (SOUZA et al., 2009; CARVALHEIRA; TONETE e PARADA, 2010) e em países como Gana (TUNÇALP et al., 2012), Holanda (JONKERS et al., 2011), Bolívia (RÖÖST et al., 2009) e Burkina Fasso (STORENG et al., 2010). A falta de informação sobre diagnóstico e prognóstico pode causar sentimentos de medo e angústia, em especial na Morbidade Materna Grave que também pode oferecer algum risco ao bebê.

A comunicação entre paciente e profissional é uma das chaves para alcançar o cuidado humanizado, transmitindo segurança e amenizando a ansiedade gerada pelo evento. Entretanto, muitas falhas ainda são observadas. Segundo Gualda (2002), a não compreensão das informações transmitidas pelo profissional pode levar à não adesão por parte do paciente, dificultando assim o cuidado à saúde deste. Para muitos profissionais é difícil ver e compreender os valores culturais do paciente, especialmente quando esses diferem de seus valores pessoais. Isso pode resultar na rotulação do paciente como resistente, não cooperador por parte do profissional e na evasão do paciente do serviço de saúde. Além disso, a rotina de trabalho determinada pelo contexto hospitalar também não é favorável a um atendimento integral e humanizado (GUALDA, 2002).

A enfermagem tem se preocupado com o atendimento das necessidades de seus pacientes. Entretanto, a formação no modelo biomédico dificulta a compreensão de características específicas do ciclo gravídico-puerperal, como crenças, valores, comportamento e o significado das experiências vivenciadas nesse período (GUALDA, 2002).

5.2.4 SUPERAÇÃO X ALERTA CONSTANTE

Mesmo não apresentando mais os sintomas da morbidade que tiveram durante a gestação ou puerpério, a ameaça da recaída está bastante presente na vida das puérperas, o que gera ansiedade e inseguranças.

“Mas agora eu, qualquer coisinha eu tenho medo de ficar doente. Mas agora graças a Deus eu estou bem. Estou me recuperando muito bem. Agora não pode ficar fazendo extravagância né. Agora tem que ficar um pouco mais quieta (risos).” (Laura)

“Ainda tem essa pressão, pra quem tem problema de pressão alta, não tem jeito né. Mesmo você tomando a medicação, você sabe que às vezes acontece dela desestabilizar. Então, para mim é conviver um dia após o outro. Não fico pensando muito assim, muito longe para não ter, para não ficar ansiosa.” (Joana)

A constante preocupação com o tratamento da morbidade, nos casos crônicos, e o medo da recaída também foram identificados em outro trabalho realizado no Brasil com mulheres que experienciaram um episódio de Morbidade Materna Grave (GODOY, 2006).

As gestantes entrevistadas ainda estavam passando pelo tratamento do evento mórbido, mas três das sete gestantes entrevistadas apresentaram expectativas de melhora e superação da morbidade, após o nascimento do bebê.

“Bem. Eu acho que vai chegar na hora do neném nascer, fique bem. Porque depois que o neném nascer, não tenha mais esse problema. Que a pressão abaixe. (Espero) que normalize.” (Camila)

Como consequência de uma experiência emocional intensa, algumas mudanças de comportamento foram mencionadas pelas mulheres. A atenção redobrada com a saúde foi citada por nove mulheres.

“Para mim agora é me preocupar mais com a minha vida, minha saúde. Cuidar de mim mesmo.” (Kelly)

“Mas aí a gente toma mais cuidado né. (...) para não acontecer tudo de novo.” (Vanessa)

Outra consequência foi o cuidado com a alimentação identificado na fala de algumas mulheres. Assim, as mulheres que tiveram complicações hipertensivas disseram ter diminuído a quantidade de sal consumida. Já as mulheres que tiveram complicações renais disseram ter aumentado a ingestão de água.

“Ah, mudou assim, eu acho que foi minha alimentação mesmo. Ter que me cuidar mais, tomar mais água. Porque eu tive muita infecção. Mexeu com a parte renal também. Então, só isso mesmo que mudou.” (Mônica)

“Tem que comer comida sem sal... pouco. Fica sem sal a comida. É ruim. Mas eu tenho que cuidar da minha saúde. Tem que... cuidar da saúde dos meus filhos também.” (Rafaela)

Em estudo realizado por Godoy (2006), a maior preocupação com o autocuidado após o evento mórbido também foi mencionada pelas mulheres entrevistadas. No entanto, os

estudos realizados não especificam quais comportamentos ou crenças sofreram influência da experiência da MMG.

Apesar de importantes, as mudanças de comportamento mencionadas pelas mulheres deste estudo são bastante pontuais e parecem ser motivadas pelo medo da recaída. Nesse caso, à medida que o medo se vai, o comportamento também pode voltar ao que era antes da Morbidade Materna Grave. Assim como a representação de saúde e doença, os comportamentos gerados pela experiência da MMG, também, são focados na extinção dos sintomas específicos da morbididade. A experiência da Morbidade Materna Grave, por si só, parece não ser suficiente para provocar reflexões e mudanças nas crenças e atitudes quanto ao cuidado da própria saúde.

É importante que os serviços e profissionais de saúde ofereçam espaços onde a mulher possa fazer reflexões mais profundas e consistentes sobre sua saúde e a experiência da MMG. A consulta de enfermagem, por exemplo, que poderia ser um espaço para educação em saúde, ainda é realizada apenas de forma informativa (RIOS; VIEIRA, 2007; SHIMIZU; LIMA, 2009). Para que as orientações sejam absorvidas pelas mulheres, é necessário que haja um vínculo entre paciente e profissional, dando maior significado às orientações recebidas (LÍBERA et al., 2011; SILVA et al., 2012).

Os grupos socioeducativos realizados com gestantes podem ser uma importante estratégia de educação em saúde, uma vez que possibilitam um maior envolvimento e acolhimento das necessidades trazidas pelas mulheres que participam de forma mais ativa. Segundo Prost et al. (2013), a realização de grupos educativos para gestante é um importante instrumento na redução da mortalidade materna e neonatal entre mulheres que vivem em área rural, e que deve ser considerada em outros contextos. No Brasil, entretanto, a realização de grupos com gestantes ainda é uma estratégia pouco utilizada.

Estratégias como essa também poderiam auxiliar na superação de sentimentos que possam ficar após o evento mórbido como o sentimento de culpa mencionado por uma das mulheres.

“Que foi assim, um pouquinho por causa de mim. Porque eu abusava um pouquinho das coisas que eu comia. Então eu fui um pouquinho culpada, hoje eu consigo ver.” (Letícia)

Estudos realizados no Brasil por Souza et al. (2009), Godoy et al. (2009) e Carvalheira, Tonete e Parada (2010) também identificaram o sentimento de culpa pelas complicações enfrentadas em algumas mulheres que passaram por um episódio de Morbidade

Materna Grave. Um estudo realizado em Burkina Fasso (STORENG et al., 2010) identificou um sentimento de culpa referente às dificuldades econômicas da família, já que o serviço de saúde não é totalmente de graça, tendo que a família da mulher realizar grandes esforços para arcar com os custos com o cuidado da sua saúde.

Frente aos riscos que a MMG impõe à mulher e ao feto, é compreensível que surjam sentimentos negativos e comportamentos para evitar novas complicações. Entretanto, três das 16 mulheres entrevistadas disseram que “conseguiram” a laqueadura com a justificativa de evitar complicações que possam levá-las a óbito. São mulheres entre 22 e 33 anos, com três filhos, sendo que uma tem apenas uma filha.

“A moça, não sei se é médica ou enfermeira. Porque pra mim é tudo igual por causa do uniforme. Eu não perguntei se ela era médica. Ela entrou no quarto e falou pra mim que eu vou fazer laqueadura, porque não posso mais engravidar. De jeito nenhum eu posso.” (Raquel)

Dessas mulheres, apenas Raquel questionou a realização da laqueadura e mostrou conhecimento sobre vasectomia.

“Até meu marido pode operar né, pra não ter mais filho. Antigamente não tinha, agora tem para os homens né.” (Raquel)

A laqueadura é um recurso importante e de direito das mulheres, mas por sua característica de ser irreversível deve ser escolhida como último recurso. No Brasil, a laqueadura já foi muito utilizada de forma indiscriminada, chegando a ser moeda de troca por voto em ano eleitoral (DALSGAARD, 2006). Não é possível, nem objetivo, contestar a indicação da laqueadura, no entanto, é possível perceber na fala das mulheres a imposição por parte dos profissionais e a passividade da mulher na tomada de decisão.

Percebemos assim que, apesar dos aspectos positivos de superação e aprendizagem mencionados pelas mulheres, as consequências da Morbidade Materna Grave são em geral, bastante negativas. Reforçamos mais uma vez então, a importância e necessidade de um acompanhamento mais efetivo durante a gestação e após o parto, com vistas a oferecer o suporte necessário para a superação de tais conflitos e inseguranças vivenciados por essas mulheres.

6 Considerações Finais

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar o significado de viver e sobreviver a experiências de quase morte, durante o ciclo grávido-puerperal, permitiu-nos identificar como as mulheres perceberam a instalação do evento mórbido e quais foram os desdobramentos desta vivência.

Pudemos identificar que, para as mulheres que participaram deste estudo, os seguimentos público e privados de sua vida estiveram envolvidos na vivência da Morbidade Materna Grave, como marido, outros filhos, o conceito, os profissionais de saúde, bem como as estruturas: casa, hospital e local de trabalho.

Acompanhar uma mulher em situação de Morbidade Materna Grave, independente do vínculo desenvolvido, inclui respeito ao desejo de ser mãe, os aspectos culturais e o suporte social de cada mulher, considerando a humanização da assistência a ela, ao recém-nascido e à sua família.

A representação social da saúde e da doença nos foi apresentada como ponto de partida para compreendermos como as mulheres viveram o episódio de Morbidade Materna Grave que as levou a procurar assistência mediante um quadro clínico que exigia atendimento de emergência. A procura tardia pelo serviço de saúde, a não percepção da doença mediante sinais e sintomas que não as incapacitassem de exercer as atividades do dia a dia guardaram laços estreitos com o significado de doença como algo que derruba e limita.

Este estudo evidenciou também o medo, o sofrimento e as frustrações causadas pela Morbidade Materna Grave principalmente durante a gestação, momento em que a saúde e vitalidade fetal ainda encontram-se veladas. Neste sentido, a atenção à saúde mental deve então ser uma das prioridades no cuidado à mulher com Morbidade Materna Grave, não apenas durante a gestação e puerpério, mas pelo tempo necessário para superar os conflitos causados por essa experiência.

Outro aspecto que consideramos importante neste estudo foi o relato de que a falta de informação teria contribuído para o aumento da ansiedade e medo durante a hospitalização. Nós consideramos que os profissionais de saúde que atendem e cuidam de mulheres em situação de Morbidade Materna Grave precisam, além de capacitação técnica e científica, ter condições para acolher e valorizar as queixas das pacientes. Saber sobre seu estado de saúde é um dos direitos do paciente e dever dos profissionais. Orientar de forma clara e acolhedora ainda não ocorre de forma adequada e eficaz em nosso país.

Mesmo após uma experiência difícil como a da Morbidade Materna Grave, as mulheres apresentaram mudanças pontuais em seu comportamento, sendo identificadas mudanças relacionadas exclusivamente ao tipo de morbidade que apresentaram. Tomando como uma representação a doença sendo aquela que incapacita, estar de volta à rotina pode garantir a superação da Morbidade Materna Grave. Ainda neste sentido, mediante a superação da recaída, o medo pode deixar de existir, dando espaço aos estilo de vida anterior ao evento mórbido. Assim, depreendemos que as mudanças provocadas pela Morbidade Materna Grave foram pontuais e superficiais, não levando a uma reflexão mais ampla sobre saúde e doença.

Esperamos que a presente investigação traga contribuições para a realização de ações que tenham por finalidade a melhoria da assistência à mulher no ciclo grávido-puerperal, para a maternidade segura e consciente. Para tanto, verificamos a necessidade de parcerias com outros setores, como a assistência social e saúde mental, além de oferecer espaços de acolhimento, orientação e educação em saúde. Os estudos em Morbidade Materna Grave têm seu papel no subsídio da redução da mortalidade materna, mas também por mostrar a importância do impacto que a experiência da Morbidade Materna Grave tem sobre a vida da mulher, evidenciando a necessidade de atenção e de cuidados específicos para essas mulheres.

Referências

REFERÊNCIAS

- ABREU, W. C. **Saúde, doença e diversidade cultural**. Lisboa: Instituto Piaget, 2003. (Coleção Medicina e Saúde).
- AMARAL, E.; LUZ, A. G.; SOUZA, J. P. D. A morbidade materna grave na qualificação da assistência: utopia ou necessidade? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p.484-9, set. 2007.
- AZEVEDO, K. R.; ARRAIS, A. R. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 269-276, 2006.
- BACKES, M. T. S. et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.111-7, jan./mar. 2009.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 7. ed. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BASKETT, T. F.; STERNADEL, J. Maternal intensive care and near-miss mortality in obstetrics. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, London, v. 105, p.981-4, 1998.
- BORTOLETTI, F. F. et al. **Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar**. Barueri: Manole, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Gestante de alto risco: sistemas estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3. ed. Brasília, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**. Relatório nacional de acompanhamento de objetivos de desenvolvimento do milênio: melhorar a saúde materna 2010: reduzir a mortalidade materna. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 32).

CAMPOS, M. S.; TEIXEIRA, S. M. Gênero, família e proteção social: as desigualdades fomentadas pela política social. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 20-28, jan./jun. 2010.

CARVALHEIRA, A. P. P.; TONETE, V. L. P.; PARADA, C. M. G. L. Sentimentos e percepções de mulheres no ciclo gravídico puerperal que sobreviveram à morbidade materna grave. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, 8 telas, 2010.

CECATTI, J. G. et al. Brazilian network for the surveillance of maternal potentially life threatening morbidity and maternal near-miss and a multidimensional evaluation of their long term consequences. **Reproductive Health**, London, v. 6, n. 15, p. 1-10, 2009.

CECATTI, J. G. et al. Pre-validation of the WHO organ dysfunction based criteria for identification of maternal near miss. **Reproductive Health**, London, v. 8, n. 22, p. 1-7, Aug. 2011.

CORREIA, M. J. Sobre a maternidade. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 16, n. 3, p. 365-371, 1998.

CYRINO, R. Trabalho, temporalidade e representações sociais de gênero: uma análise da articulação entre trabalho doméstico e assalariado. Dossiê. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 11, n. 21, p. 66-92, jan./jun. 2009.

DALSGAARD, A. L. **Vida e esperanças: esterilização feminina no Nordeste**. São Paulo: Editora UNESP, 2006

DOISE, W. Atitudes e representações sociais. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001. p. 187-203.

DURHAM, E. R. Família e reprodução humana. In: DURHAM, E. R. et al. **Perspectivas antropológicas da mulher**. Rio de Janeiro: Zahar, 1983. p.13-44.

ELMIR, R. et al. Between life and death: Women's experiences of coming close to death, and surviving a severe postpartum haemorrhage and emergency hysterectomy. **Midwifery**, London, v. 28, n. 2, p. 228–235, 2012.

FLAMENT, C. Estrutura e dinâmica das representações sociais. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEAD). **A presença feminina no mercado de trabalho em 2013 na região metropolitana de São Paulo**. Mulher e Trabalho. 2014. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/mulher/boletins/resumo_boletim_MuTrab25.pdf>. Acesso em: 07. 03. 2014.

GHAZAL-ASWAD, S. et al. Sever acute maternal morbidity in a high-income developing multiethnic country. **Maternal and Child Health Journal**, New York, v. 17, n. 3, p. 399-404, 2013.

GODOY, S. R. **Minha vida de agora em diante...: experiências de mulheres sobreviventes da morte materna**. 2006. 220 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

GODOY, S. R. et al. Severe obstetric morbidity - near miss. Meaning for surviving women: oral history. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 7, n. 2, 2008.

GODOY, S. R. et al. Repercussions of Near miss and women's perception of care received in the critical care unit. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n.2, p.162-8, 2009.

GONÇALVES, M. B. R. O.; FERREIRA, A. H. B. Saúde: objetivo 4: reduzir a mortalidade infantil; Objetivo 5: melhorar a saúde materna; Objetivo 6: combater HIV/AIDS, a malária e outras doenças. Belo Horizonte: PUC Minas/ IDHS, 2004.

GUALDA, D. M. R. **Eu conheço minha natureza: a expressão cultural do parto**. Curitiba: Ed. Maio, 2002.

GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

HARDEE, K.; GAY, J.; BLANC, A. K. Maternal morbidity: neglected dimension of safe motherhood in the developing world. **Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice**, v. 7, n. 6, p. 603-617, 2012.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (HCFMRP-USP). **Relatório de atividades 2012**. 2012. Disponível em: <http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/upload/RelatoriodeAtividades_HCRP_2012.pdf>. Acesso em: 05. 02. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. (Diretoria de Pesquisas. Estudos e Pesquisas - Informação Demográfica e Socioeconômica, 26).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais 2013**. Uma análise das condições de vida da população brasileira. Cidade, 2013. (Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Populações e Indicadores Sociais. Gerência de Indicadores Sociais).

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001.

JONKERS, M. et al. Severe maternal morbidity among immigrant women in the Netherlands: patients' perspectives. **Reproductive Health Matters**, v. 19, n. 37, p. 144–153, 2011.

KAROLINSKI, A. et al. The epidemiology of life-threatening complications associated with reproductive process in public hospitals in Argentina. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Oxford, v. 120, n. 13, p. 1685-1695, 2013.

KNIGHT, H. E.; SELF, A.; KENNEDY, S. H. Why are women dying when they reach hospital on time? A systematic review of the “third delay”. **PloS One**, Cambridge, v. 8, n. 5, p. 1-9, 2013.

LAMOUNIER, J. A. et al. Iniciativa hospital amigo da criança, mais de uma década no Brasil: repensando o futuro. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 161-169, 2008.

LAPLANTINE, F. Antropologia dos sistemas de representações da doença: sobre algumas pesquisas desenvolvidas na França contemporânea reexaminadas à luz de uma experiência brasileira. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. 4 ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

LARAIA, R. B. **Cultura: um conceito antropológico**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1986.

LEAL, M. V. P. Conhecimentos e sentimentos de mulheres portadoras de doença hipertensiva específica da gravidez. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 17, n. 1, p. 21-26, 2004.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de saúde, ou, a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 775-82, 2003.

LÍBERA, B. D. et al. Avaliação da assistência pré-natal na perspectiva de puérperas e profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4855-4864, 2011.

LIMA, M. "Raça" e pobreza em contextos metropolitanos. **Tempo Social**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 233-54, 2012.

LOBATO, G. et al. Comparing different diagnostic approaches to severe maternal morbidity and near-miss: a pilot study in a Brazilian tertiary hospital. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, Amsterdam, v. 167, n. 1, p. 24-28, 2012.

LUZ, A. G. et al. Morbidade materna grave em um hospital universitário de referência municipal em Campinas, Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 281-6, 2008.

MARTINS, A. L. **"Near Miss" e mulheres negras em três municípios da região metropolitana de Curitiba**. 2006. 107 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

MATIAS, J. P. et al. Comparações entre dois métodos para investigação da mortalidade materna em município do Sudeste brasileiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 559-65, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MORSE, M. L. et al. Morbidade materna grave e near misses em hospital de referência regional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 310-322, 2011.

MOSCOVICI, S. **La psychanalyse, son image et son public**. Paris: P.U.F., 1961.

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

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 44-57, 2004.

OLIVEIRA, S. G. et al. Internação domiciliar e internação hospitalar: semelhanças e diferenças no olhar do cuidador familiar. **Texto Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 591-99, jul./set., 2012.

PATTINSON, R. et al. On behalf on the WHO working group on maternal mortality and morbidity classifications. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 87, n. 10, p. 1-3, 2009.

PASSOS, G. O.; GOMES, M. B. Nossas escolas não são as vossas: as diferenças de classe. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 28, n. 02, p. 347-366, jun. 2012.

PACAGNELLA, R. C. **Morbidade materna grave: explorando o papel das demoras no cuidado obstétrico**. 2011. 116 f. Tese (Doutorado em Tocoginecologia) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

PACAGNELLA, R. C. et al. Rationale for a long-term evaluation of the consequences of potentially life-threatening maternal conditions and maternal “near-miss” incidents using a multidimensional approach. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, Toronto, v. 2, n. 8, p.730-8, 2010.

PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 185-94, fev. 2011.

PICCININI, C. A. et al. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 28, n. 1, p. 27-33, jan./mar. 2012.

PINTO, R. M. F. et al. Condição feminina de mulheres chefes de família em situação de vulnerabilidade social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 105, p. 167-179, jan./mar. 2011.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

POPE, C.; MAYS, N. Métodos qualitativos na pesquisa em saúde. In: POPE, C. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

PORTO, D. O significado da maternidade na construção do feminino: uma crítica bioética à desigualdade de gênero. **Revista Redbioética/UNESCO**, Rio Negro, v. 1, n. 3, p. 55-56, 2011.

PRIETSCH, S. O. M. et al. Gravidez não planejada no extremo sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1906-16, out. 2011.

PROST, A. et al. Women's groups practicing participatory learning and action to improve maternal and newborn health in low-resource settings: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet**, London, v. 381, n. 9879, p. 1736-46, 2013.

QUEVEDO, M. P.; LOPES, C. M. C.; LEFEVRE, F. Os significados da maternidade para mulheres cardiopatas e diabéticas com gravidez de risco. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 12-21, 2006.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 477-86, 2007.

RÖÖST, M. et al. Social differentiation and embodied dispositions: a qualitative study of maternal care-seeking behaviour for near-miss morbidity in Bolivia. **Reproductive Health**, London, v. 6, n. 13, p. 1-10, 2009.

SAY, L.; PATTINSON, R. C.; GULMEZOGLU, A. M. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity near miss. **Reproductive Health**, London, v. 1, n. 3, p. 1-5, 2004.

SAY, L.; SOUZA, J; PATTINSON, R. Maternal near miss--towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, London, v. 23, n. 3, p. 287-96, 2009.

SCAVONE, L. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Cadernos Pagu**, Campinas, n.16, pp. 137-150, 2001a.

SCAVONE, L. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. **Interface _ Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 5, n. 8, p.47-60, 2001b.

SHEN, F. et al. Factors associated with maternal near-miss morbidity and mortality in Kowloon Hospital, Suzhou, China. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, Baltimore, v. 123, n 1, p. 64-67, 2013.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G. de. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 387-92, 2009.

SILVA, R. M. et al. Cartografia do cuidado na saúde da gestante. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 635-42, 2012.

SIMÕES, P. P.; ALMEIDA, R. M. V. R. Geographic accessibility to obstetric care and maternal mortality in a large metropolitan area of Brazil. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, Baltimore, v. 112, n. 1, p. 25-29, Jan. 2011.

SNOWDON, C. et al. Information-hungry and disempowered: a qualitative study of women and their partners' experiences of severe postpartum haemorrhage. **Midwifery**, London, v. 28, n. 6, p. 791-9, 2012.

SOARES, V. M. N.; AZEVEDO, E. M. M. D.; WATANABE, T. L. Subnotificação da mortalidade materna no Estado do Paraná, Brasil: 1991-2005. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2418-26, 2008.

SOUZA, J. P. D.; CECATTI, J. G.; PARPINELLI, M. A. Fatores associados à gravidade da morbidade materna na caracterização do *near miss*. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 197-203, abr. 2005.

SOUZA, J. P. et al. Revisão sistemática sobre morbidade materna near miss. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 255-64, 2006.

SOUZA, J. P. et al. Appropriate criteria for identification of near-miss maternal morbidity in tertiary care facilities: a cross sectional study. **BMC Pregnancy Childbirth**, London, v. 20, n. 7, p. 1-8, 2007.

SOUZA, J. P. et al. An emerging “maternal near-miss syndrome”: narratives of women who almost died during pregnancy and childbirth. **BIRTH**, v. 36, n. 2, p. 149-58, 2009.

STORENG, K.T. et al. Beyond body counts: a qualitative study of lives and loss in Burkina Faso after ‘near-miss’ obstetric complications. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 71, n. 10, p. 1749-56, 2010.

TABASSUM, F. et al. Measuring maternal health: focus on maternal morbidity. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 91, p. 794-96, 2013.

TRINDADE, Z. A.; ENUMO, S. R. F. Representações sociais de infertilidade feminina entre mulheres casadas e solteiras. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 2, n. 2, p. 5-26, 2001.

TUNÇALP, Ö. et al. Listening to women’s voices: the quality of care of women experiencing severe maternal morbidity, in Accra, Ghana. **Plos One**, Cambridge, v. 7, n. 8, p. 1-8, 2012.

VAN DEN AKKER, T. et al. The WHO maternal near miss approach: consequences at Malawian district level. **PLoS One**, Cambridge, v. 8, n. 3, p. 1-6, 2013.

VIANA, N. **Senso comum, representações sociais e representações cotidianas**. Bauru, SP: Edusc, 2008. (Coleção Ciências Sociais).

WEEKS, A. et al. Personal accounts of ‘near-miss’ maternal mortalities in Kampala, Uganda. **BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Oxford, v. 112, n. 9, p. 1302-07, Sept. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). United Nations Children's Fund. **Baby-friendly hospital initiative**: revised, updated and expanded for integrated care. Section 1, Background and implementation. Geneva, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Trends in maternal mortality: 1990 to 2008: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank.** Geneva: World Health Organization, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health.** Geneva, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World health statistic 2012.** Geneva, 2012.

ZOLA, I. K. Culture and symptoms: an analysis of patients' presenting complaints. **American Sociological Review**, Washington, v. 31, n. 5, p. 615-30, 1966.

Apêndices

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DA PESQUISA: Representações sociais de mulheres sobre a vivência/sobrevivência de um episódio de morbidade materna grave.

PESQUISADOR: Daniela Vitti Ribeiro da Silva – Psicóloga CRP 06/93439 e Flávia Azevedo Gomes - Enfermeira COREN SP – 62099.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Eu, Daniela, sou psicóloga e estou lhe convidando para participar de uma pesquisa que estou realizando. Este documento, chamado termo de consentimento, é feito para lhe ajudar a compreender do que se trata a pesquisa para que você possa escolher se quer ou não quer participar, sem que isso seja algo forçado.

Para nós, realizar esta pesquisa é importante porque mesmo hoje em dia, muitas mulheres adoecem durante a gestação, no parto e no período depois do parto. Assim, queremos saber sobre essa experiência de adoecer durante ou depois da sua última gestação.

A intenção desta pesquisa é saber como foi para as mulheres que tiveram alguma complicação de saúde durante a gestação, no parto ou depois do parto, passar por essa experiência.

A sua participação será conversar comigo sobre como foi para você adoecer durante a gestação ou após o parto. Essa conversa não será gravada, você responderá a um questionário com seus dados como número de filhos, escolaridade, etc., e eu anotarei em um papel as suas respostas ou se você quiser, poderá respondê-lo sozinha. Eu irei ver você mais uma vez na comunidade, pode ser na sua casa, na Unidade de Saúde ou no local que você achar melhor. Dessa vez a conversa será gravada e será sobre como foi pra você adoecer durante a gestação ou durante ou após o parto. Esses nossos encontros terão duração de uma hora mais ou menos e você pode pedir para parar a conversa em qualquer momento. Outra coisa é que você poderá se emocionar, se angustiar enquanto conversamos, ou o contrário, sentir bem ao responder aos questionários, porque nossa conversa será sobre seus pensamentos, crenças e dia a dia. Se acontecer de sentir-se mal, me diga, paramos a conversa e combinamos outro dia, se você ainda quiser participar da pesquisa. Você não receberá nenhum pagamento por participar desta pesquisa, e acredito que você terá benefícios em sua saúde de forma indireta, por exemplo, com os resultados da pesquisa, esperamos saber como é para a mulher ter ficado gravemente doente na gestação, parto ou pós-parto e com isso oferecer um cuidado à saúde diferente.

Caso aceite, você ficará com uma cópia deste termo e pode entrar em contato comigo em qualquer momento, se desejar. Eu assumo o compromisso em manter em segredo a sua participação, seu nome e endereço; apenas o que você responder será usado na pesquisa. Quando a pesquisa ficar pronta, eu me comprometo em dar a você uma cópia com os resultados. Se você tiver menos de 18 anos, será preciso que o responsável legal por você, assine este termo juntamente conosco.

Eu quero reforçar que você poderá desistir de participar quando quiser, sem problema algum, é só avisar. Terá a garantia de receber respostas a qualquer pergunta sobre este trabalho em qualquer momento. Obrigada.

Eu, _____, _____ anos, RG número _____, depois de receber as informações sobre este trabalho, e sabendo dos meus direitos, concordo em participar da pesquisa que acabo de ser convidado.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____

Informante

Responsável

Pesquisadora

Eu, _____, RG número _____, responsável pela adolescente acima descrita, depois de receber as informações sobre este trabalho, e sabendo dos meus direitos, concordo com a participação da mesma na pesquisa.

Assinatura _____

Telefone para contato: 3602-3419 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
Profa. Dra. Flávia Azevedo Gomes. Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: (16) 3602-4403.

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. O que diferencia uma pessoa saudável de outra doente?
2. O que você costuma fazer quando percebe que não está bem?
3. Como foi sua última gestação?
4. Como foi para você ter uma complicação na gravidez/parto/puerpério?
5. Como percebeu que algo estava errado?
6. Como foi para você ser hospitalizada durante a gravidez?
7. Como foi o tratamento e o desfecho?
8. Como foi para você passar por tudo isso?
9. Como está sua vida após essa experiência?
10. Gostaria de falar mais alguma coisa?

APÊNDICE C

Questionário de dados obstétricos e sociodemográficos

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

IDENTIFICACAO:	Registro _____
Nome:	D. N.:
End.:	
Tel. Fixo:	Celular: Tel. Contato:
Cor autorreferida: () 1 branca, 2 preta, 3 amarela, 4 parda, 5 vermelha	
Escolaridade (): 1 Analfabeta 5 Ensino Médio Completo 2 Ensino Fund. Incompleto 6 Sup. Incompleto 3 Ensino Fund. Completo 7 Sup. Completo 4 Ensino Médio Incompleto	
Ocupação (): 1 desempregado, 2 do lar, 3 mercado formal, 4 mercado informal, 5 estudante	
Renda Familiar:	
Provedor (): 1 participante, 2 companheiro, 3 ambos, 4 outros:	
Religião (): 1 católica, 2 evangélica, 3 espírita kardecista, 4 protestante, 5 umbanda, 6 candomblé, 7 testemunha de Jeová, 8 creio em Deus, mas não tenho religião, 9 não tem, 10 outras:	
Estado civil (): 1 solteira, 2 casada, 3 viúva, 4 divorciada/separada	
Estado Marital (): 1 vivendo com companheiro independente do sexo, 2 tem um parceiro mas não vive junto, independente do sexo.	
Morada (): 1 própria, 2 alugada, 3 emprestada, 4 invadida.	
Constituição familiar*:	

* Pessoas com quem mora

QUESTIONÁRIO PSICOSSOCIAL

Gravidez planejada: () Sim () Não	Desejada: () Sim () Não
Teve algum suporte da família? () Financeiro () Emocional () Não () Outro:	
Teve algum suporte de amigos? () Financeiro () Emocional () Não () Outro:	
Teve algum suporte de vizinhos? () Financeiro () Emocional () Não () Outro:	
Teve algum suporte do companheiro? () Financeiro () Emocional () Não () Outro:	
Teve algum suporte de outras pessoas? () Financeiro () Emocional () Não () Outro:	
Tem algum tipo de suporte de instituições governamentais? () Sim () Não	
E privadas? () Sim () Não De que tipo?	
Não precisou de nenhum tipo de suporte ()	

FICHA DE DADOS OBSTÉTRICOS

IDENTIFICAÇÃO:	Registro _____
HISTÓRICO	
Número de gestações: ()	N. de partos: () N. de filhos vivos: ()
Número de abortos: ()	
Tipos de parto: cesárea () natural ()	
Complicações Gestação anterior: () Sim () Não Quais: _____	
GESTACÃO ATUAL	
Pré-natal: () Sim () Não N. de consultas: Obs.:	
Idade Gestacional na internação:	
() Feto único () Gemelar () Outros: _____	
Motivo da internação:	N. de internações: ()
Resolução da gravidez ()	
Intervenção clínica ()	
Intervenção cirúrgica ()	
CRITÉRIOS CLÍNICOS	
Pré-eclampsia grave () Sim () Não	
Iminência de eclampsia () Sim () Não	
Complicações renais () Sim () Não	
Eclampsia () Sim () Não	
Edema pulmonar () Sim () Não	
Cianose aguda () Sim () Não	
Distúrbios da coagulação () Sim () Não	
Oligúria () Sim () Não	
Choque séptico ou hipovolêmico () Sim () Não	
Icterícia () Sim () Não	
Perda da consciência por mais de 12h () Sim () Não	
Outros: _____	
GESTÃO CLÍNICA	
Admissão em UTI: () Sim () Não	
Histerectomia de Emergência por infecção ou hemorragia () Sim () Não	
Transfusão de sangue ou hemoderivados de Hb<7,0g/dl () Sim () Não	
Cesárea de urgência em decorrência de MMG () Sim () Não	
Uso contínuo de drogas vasoativas () Sim () Não	
Ventilação mecânica () Sim () Não	

Diálise () Sim () Não Ressuscitação cardiopulmonar () Sim () Não Laparotomia () Sim () Não Transferência entre hospitais () Sim () Não Internação hospitalar por mais de uma semana () Sim () Não Terapia anticonvulsivante com Sulfato de Magnésio 50% (MgSO₄) () Sim () Não Monitoramento centro-obstétrico > 24h por iminência de eclampsia () Sim () Não Observações: _____	
CRITÉRIOS LABORATORIAIS Creatinina $\geq 3,5\text{mg/dl}$ () Sim () Não () Não mencionado Bilirrubinas $> 6,0\text{mg/dl}$ () Sim () Não () Não mencionado Nível de saturação de O₂ inferior a 90% por mais de 60 min. () Sim () Não () Não mencionado Plaquetas < 50.000 () Sim () Não () Não mencionado Aumento de enzimas hepáticas (AST ou TGO, ALT ou TGP, DHL) () Sim () Não () Não mencionado	
Tipo de parto: _____ parto: _____	Complicações no puerpério: _____
Desfecho Recém-nascido: () 1 Alta 3 Óbito precoce (<7 dias) 5 Transferido 2 Internado 4 Óbito tardio (8-28 dias) 6 Não consta	
Data da entrevista: ____/____/____ Data da Internação: ____/____/____ Motivo da internação: Crítérios de Morbidade Materna: 1. 2. 3.	
Data Retorno: ____/____/____	
Observações: _____ _____ _____ _____	

Anexos

ANEXOS

ANEXO A

Aprovação pelo Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

Ribeirão Preto, 05 de julho de 2012.

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Flávia Gomes Sponholz

Prezada Professora,

O projeto intitulado “Representações sociais de mulheres sobre a vivência/sobrevivência de um episódio de morbidade materna grave”, protocolado sob nº 49/2012, de sua autoria, recebeu parecer favorável para ser desenvolvido junto ao Departamento, devendo ser enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, antes do início da coleta de dados.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Antonio Alberto Nogueira
Presidente da Comissão de Pesquisa do Departamento de
Ginecologia e Obstetrícia – FMRP-USP

ANEXO B

Aprovação pelo Comitê de Ética do hospital das clínicas da FMUSP - RP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ribeirão Preto, 19 de dezembro de 2012

Projeto de pesquisa: “Representações sociais de mulheres sobre a vivência/sobrevivência de um episódio de morbidade materna grave”

Pesquisadora responsável: Daniela Vitti Ribeiro da Silva e Profa. Dra. Flávia Azevedo Gomes-Sponholz

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

“O CEP do HC e da FMRP-USP concorda com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, que cumpre as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Diante disso, o HCFMRP-USP, como instituição co-participante do referido projeto de pesquisa, está ciente de suas co-responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos desta pesquisa, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Ciente e de acordo:

Drª Marcia Guimarães Villanova
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - HCFMRP-USP

Prof. Dr. José Alexandre de Souza Crippa
Coordenador Técnico Científico da Unidade
de Pesquisa Clínica – HCFMRP-USP

ANEXO C

Aprovação pelo Comitê de Ética da EERP/USP

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 185/2012

Ribeirão Preto, 12 de setembro de 2012

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 12 de setembro de 2012.

Protocolo CAAE: 05672012.5.0000.5393

Projeto: Representações sociais de mulheres sobre a vivência/sobrevivência de um episódio de morbidade materna grave.

Pesquisadores: Flávia Azevedo Gomes -Sponholz
Daniela Vitti Ribeiro da Silva

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof. Dra. Flávia Azevedo Gomes -Sponholz
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP