


Severe obstetric morbidity - near miss. Meaning for surviving women: oral history.

Morbidade materna grave - *near miss*. O significado para mulheres sobreviventes: história oral.

**Sandra Regina de Godoy 1; Roselena Bazilli Bergamasco 2;
Dulce Maria Rosa Gualda 2; Maria Alice Tsunechiro 2**

1 Fundação Educacional de Fernandópolis FEF; 2 Escola de Enfermagem da USP

Abstract: The aim of this study was to understand the meaning of the near miss experience during pregnancy, labor, birth and puerperium in the life of the women who survived. The conceptions of Medical Anthropology were used as the theoretical framework for the analysis and the Oral History as the methodological reference. The research was developed including women who live in a micro-region of the northwest of São Paulo state and Fernandópolis district. Thirteen women who returned from the intensive care unit of a municipal general hospital, from 2003 to 2005, participated in this study. The interviews were presented as narratives. The data showed that the experience of a severe complication with risk of death was remarkable, unpleasant, evidencing feelings of suffer, fear and worry. The women noticed that "something is wrong", then they looked for a health service unit and evaluated the assistance given. The main women's worry was related to the child, the husband and the family. The findings of this study permitted to have a comprehensive vision of the experience of the women who faced the risk of maternal death and survived, as well as the changes in their lives and the ways of coping and overcoming the difficulties found.

Keywords: women's health, reproductive medicine, pregnancy complications, qualitative research.

Resumo: O objetivo deste estudo foi compreender o significado da experiência de near miss no período gravídico-puerperal na vida de mulheres sobreviventes. O referencial teórico baseou-se em conceitos da Antropologia médica e o metodológico, na história oral. A pesquisa foi desenvolvida com mulheres residentes na microrregião do Noroeste paulista, tendo como referência o município de Fernandópolis. Participaram 13 mulheres egressas da Unidade de Terapia Intensiva de um hospital geral do município, no período de 2003 e 2005. As entrevistas foram apresentadas na forma de narrativa. Os depoimentos mostraram que a experiência

USER

Username	<input type="text"/>
Password	<input type="password"/>
<input type="checkbox"/> Remember me	
<input type="button" value="Login"/>	

ARTICLE
TOOLS

-  [Abstract](#)
-  [Print this](#)
-  [article](#)
-  [Indexing metadata](#)
-  [How to cite item](#)
-  [Finding References](#)
-  [Email this article](#) (Login required)
-  [Email the author](#) (Login required)
-  [Post a Comment](#) (Login required)

FONT SIZE

JOURNAL
CONTENT

Search	<input type="text"/>
All	<input type="button" value="▼"/>
<input type="button" value="Search"/>	

Browse

- [By Issue](#)
- [By Author](#)
- [By Title](#)

INFORMATION

- [For Readers](#)
- [For Authors](#)
- [For Librarians](#)

ABOUT THE
AUTHORS

Sandra Regina de Godoy
Fundação Educacional de

de vivenciar uma complicação com risco de morte foi marcante, desagradável, evidenciando sofrimento, sentimentos de medo e preocupação. As mulheres perceberam que "algo está errado", procuraram os serviços de saúde e avaliaram a assistência recebida. As maiores preocupações foram com o filho, o marido e familiares. Os achados do estudo permitiram obter uma visão compreensiva da experiência de mulheres que vivenciam e sobreviveram ao risco de morte materna e as mudanças que ocorreram em suas vidas e formas de enfrentamento e superação das dificuldades verificadas.

Palavras-chave: saúde da mulher, medicina reprodutiva, complicações na gravidez, pesquisa qualitativa.

Introdução

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

No Brasil, o Ministério da Saúde vem, desde 1988, incentivando a formação de Comitês Estaduais para a Redução da Morte Materna, como uma das estratégias para diminuição desse quadro, assim como a participação em compromissos internacionais, além de adotar uma série de medidas para melhorar a qualidade da assistência obstétrica ⁽¹⁻²⁾.

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

Além da mortalidade, a morbidade materna tem sido cada vez mais foco de atenção, já que sua proporção é bem maior do que o evento do óbito. É relevante compreender por que mulheres grávidas adoecem, do que adoecem e quais são as repercussões para sua saúde.

Segundo o Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde⁽⁴⁾, é pequena a parcela de mulheres grávidas portadoras de doenças que se agravam com a gestação ou são desencadeadas nesse período, mas é preciso dedicar uma atenção especial a esse grupo, cujas gestantes possuem características específicas ou sofrem agravos, apresentando maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto ao feto como à mãe, identificadas como "gestantes de alto risco".

Quanto à morbidade materna grave *near miss*, Souza et al.⁽⁵⁾ realizaram busca eletrônica em bases de dados com objetivos de analisar as diferentes definições operacionais de *near miss* nos

Fernandópolis,
SP, Brasil
Brazil

Doutora em
enfermagem,
mestre e
especialista em
enfermagem
obstétrica,
professora da
Fundação
Educacional de
Fernandópolis

Roselena Bazilli
Bergamasco
<http://www.ee.usp.br>
Escola de
Enfermagem da
Universidade de
São Paulo, SP,
Brasil
Brazil

Doutora em
Enfermagem.
Professora
Doutora do
Departamento de
Enfermagem
Materno-Infantil
e Psiquiátrica da
Escola de
Enfermagem da
USP

Dulce Maria Rosa
Gualda
<http://www.ee.usp.br>
Escola de
Enfermagem da
USP

Obstetriz.
Professora Titular
do Departamento
de Enfermagem
Materno-Infantil
e Psiquiátrica da
Escola de
Enfermagem da
USP

Maria Alice
Tsunechiro
<http://www.ee.usp.br>
Escola de
Enfermagem da
USP

Doutora em
Enfermagem.
Professora
Doutora do
Departamento de
Enfermagem
Materno-Infantil
e Psiquiátrica da
Escola de
Enfermagem da
USP. Orientadora

LANGUAGE
 English

diversos estudos encontrados, identificaram 38 artigos em um universo de 1.247, sendo 19 estudos em países desenvolvidos e, em igual número, em países em desenvolvimento. Destes, 20 adotaram definições relacionadas à complexidade do manejo (exemplo: admissão em UTI). Em seis estudos, a definição estava relacionada à disfunção de órgãos; em outros dez, a definição de *near miss* relacionava-se à presença de sinais e sintomas ou entidades clínicas específicas e em dois estudos foram adotadas uma definição mista de *near miss*.

Os autores concluíram que a incidência de *near miss* tende a ser maior nos países em desenvolvimento, sendo a definição de disfunção orgânica a mais adotada. Assim, o estudo da morbidade materna *near miss* pode trazer contribuições para melhoria da atenção obstétrica e subsidiar o combate à morte materna.

Um estudo que se aproxima do propósito desta pesquisa, foi realizado por Filippi e colaboradores que utilizaram relatos de mulheres (lembicanças) de suas complicações obstétricas para identificar episódios graves de morbidade⁽⁶⁾.

Os relatos de três grupos de mulheres, um com complicações graves, outro com complicações moderadas e outro sem complicações alguma foram obtidos através de um questionário. Para cada categoria de morbidade *near miss*, um ou dois tipos de casos atípicos foram classificados da seguinte forma: 1) casos atípicos mórbidos e 2) casos atípicos saudáveis. Os autores concluíram que o questionário foi capaz de detectar, com certa exatidão, ataques de eclâmpsia, sangramento anormal no terceiro trimestre e, por um tempo passado de dois anos, todos os episódios de hemorragia independentes da duração. De forma geral, os melhores resultados foram obtidos por meio de eventos graves e antes do parto (eclâmpsia e sangramento antes do trabalho de parto) do que por complicações no fim extremo da continuidade (trabalho de parto prolongado, sangramento durante o parto). Para os autores, este estudo poderia defender o uso de entrevistas retrospectivas individuais na pesquisa para avaliação comunitária da eclâmpsia e sangramento em países em desenvolvimento⁽⁶⁾.

Diante do exposto, reforçamos a necessidade de estudar a experiência vivida pelas mulheres, para ampliar o olhar dos profissionais de saúde e todos os envolvidos para além das questões de ordem numérica (razão de morbidade e mortalidade materna).

Para o presente estudo, utilizamos como critério para considerar caso de morbidade materna grave *near miss*, a internação em unidade de cuidados intensivos de mulheres com complicações graves, obstétricas ou clínicas, no período gestacional, no parto e no pós-parto.

Esta pesquisa teve como objetivo compreender o significado da experiência de *near miss*, “quase morte”, no período gravídico-puerperal na vida de mulheres sobreviventes.

Caminho teórico-metodológico

Este estudo foi desenvolvido sob a abordagem da metodologia qualitativa, tendo como referencial teórico conceitos da antropologia médica e referencial metodológico da história oral.

Minayo⁽⁷⁾ descreve que este tipo de pesquisa trabalha com o "universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos", não sendo possível a redução nem a operacionalização de variáveis.

Esta definição vem ao encontro do objetivo proposto para este estudo, pois, ouvir as experiências vividas pelas mulheres de um evento adverso e conhecer seu impacto nas histórias de vida, poderá contribuir para maior reflexão e talvez possibilidades de mudanças no processo de trabalho dos profissionais da saúde.

Para a condução do estudo, apoiamo-nos em conceitos e pressupostos do Processo Saúde-Doença sob o ponto de vista da Antropologia Médica.

Para Gualda, Bergamasco⁽⁸⁾, a saúde é considerada uma condição básica para a qualidade de vida e a doença representa uma ameaça ao senso de segurança, sendo geradora de ansiedade. Dessa forma, saúde e doença são fenômenos socialmente padronizados e a posição da pessoa tem importância nas experiências. Essa padronização social tem caráter temporal se concebida em termos de suas dimensões históricas ou em diferentes estágios do curso da vida ou biografia individual.

Kleinman⁽⁹⁾ ao buscar o significado de doença, usa a palavra com três significados distintos: *illness*, é a maneira que a pessoa doente e os membros de sua família ou rede social ampliada percebem, convivem e respondem aos sintomas e deficiências; *disease*, a forma que o profissional de saúde percebe o problema, considerando a doença em termos biológicos baseada no modelo biomédico e; *sickness*, o entendimento do problema em seu senso genérico por meio de uma população em relação às forças macrossociais (econômica, política, institucional). As doenças variam em sua forma, algumas são breves e interferem de forma mínima na vida das pessoas, outras têm um curso mais longo e outras ainda, nunca desaparecem, como no caso das doenças crônicas. Algumas são mais incapacitantes, impondo perdas funcionais sérias e, outras, menos incapacitantes.

A contribuição da antropologia tem sido evidenciada nos trabalhos realizados na Enfermagem, tanto na compreensão do fenômeno saúde-doença como nas ações de prevenção, tratamento, planejamento e avaliação dos serviços de saúde, considerando as crenças, os valores e conhecimentos da população estudada⁽⁸⁾.

Para obtenção dos dados, utilizamos o processo metodológico da História Oral, em razão da necessidade de obter depoimentos de mulheres que se identificam por um motivo: ter vivido uma morbidade grave no ciclo grávido-puerperal, ou seja, passaram por uma quase perda da própria vida por complicação grave no período gestacional, no parto ou no pós-parto. Para isso, foi importante

trabalhar com a memória dessas mulheres sobre esse fato circunstancial⁽¹⁰⁾.

O uso deste método fundamenta-se no direito à participação social e no direito de cidadania dessas mulheres que sofreram este evento adverso da obstetrícia. A intenção central é “dar voz” a essas mulheres que se calam diante do sofrimento vivido e as intenções complementares vieram da análise das narrativas adquiridas.

O método da história oral temática foi a modalidade considerada mais apropriada para este estudo, pois as narrativas das mulheres que sobreviveram ao risco de morte materna formam o conteúdo principal das análises.

Na história oral, o depoente é o sujeito principal, é o “colaborador”, conforme a terminologia utilizada para definir o relacionamento entre o entrevistado e entrevistador. É fundamental porque estabelece uma relação de compromisso entre as partes. Há maior dependência do colaborador, pois, além do uso da entrevista, ele deve autorizar a publicação de parte ou do todo da entrevista, pode e deve participar das etapas de transcrição e revisão do texto⁽¹⁰⁾.

Esta investigação foi desenvolvida em uma região do interior paulista, tendo como referência a cidade de Fernandópolis, localizada a noroeste do Estado de São Paulo, 555 km da capital paulista, 120 km de São José do Rio Preto. É o município referência da microrregião e destaca-se como importante pólo nos aspectos político, econômico (comercial e agro-industrial), cultural e educacional.

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Processo nº 447/2005/CEP-EEUSP). Os sujeitos da pesquisa foram 13 mulheres sobreviventes que foram atendidas na unidade de terapia intensiva de um hospital geral de Fernandópolis, no período de 2003 a 2005.

A entrevista ponto zero foi realizada com uma das enfermeiras da unidade de terapia intensiva (local de internação das mulheres) que conhecia um pouco da história das mulheres. Em seguida, foi feito o contato com essas mulheres, para solicitar sua colaboração na realização da pesquisa.

A maioria das entrevistas foi realizada nos domicílios das colaboradoras em Fernandópolis ou nos municípios vizinhos. As colaboradoras foram informadas da necessidade da conferência do texto narrado.

Na realização da entrevista, é necessário utilizar uma “pergunta de corte”, uma questão que perpassa todas as entrevistas, devendo referir a comunidade de destino que marca a identidade do grupo analisado. A pergunta de corte foi: Conte-me, como foi para você ter vivenciado esse momento de quase morte em sua vida?

O tratamento das entrevistas foi realizado em três fases conforme recomendado por Meihy: transcrição, textualização e transcrição. Outro passo muito importante no uso da história oral é a conferência, o reconhecimento do texto e a autorização que determinam se o colaborador identificou-se ou não com o resultado.

A análise das narrativas desta pesquisa teve como suporte referencial a Antropologia da Saúde, baseando-se na construção de temas centrais abordados pelas colaboradoras, cujos eixos norteadores foram o processo saúde-doença e a experiência do processo gravídico-puerperal vivida pelas mulheres sobreviventes de complicações graves. Neste artigo destacamos os significados e os sentimentos vividos pelas mulheres que passaram por morbidade materna grave *near miss* sob o ponto de vista das próprias mulheres.

Resultados

As narrativas permitiram identificar os significados e sentimentos vivenciados pela mulher no processo da experiência do *near miss* que ocorreu em diferentes momentos do ciclo gravídico-puerperal, na fase gestacional, no parto e no pós-parto.

A experiência das mulheres revela sentimentos aflorados, suas crenças e concepções. As narrativas vão além do significado da experiência, pois, o mais importante era contar como foi que ocorreram a complicações e as dificuldades vivenciadas.

Nas narrativas apresentadas, a maioria das experiências foi tida como negativa, e descritas de maneira ruim, difícil, horrível, com muito sofrimento e dor, causando tristeza, depressão e culpa. Foi um momento muito marcante em suas vidas e inesquecível. Como observado abaixo:

(...) Isso foi terrível na minha vida, não consegui esquecer (...) Que dor interminável! Parecia que ia morrer (...) na minha cabeça, eu não ia voltar.
(Néia)

A experiência de ter vivido esse momento na minha vida... foi muito ruim. Ah! foi tão difícil ... sofri bastante nessa gravidez. Não quero passar de novo por isso. (Leila)

Para a mulher, a experiência expressa as marcas do ocorrido, como ruim e doloroso e a evidência do “aviso divino” para ter mais cuidado em uma próxima gestação.

Essa experiência que eu tive foi ruim. Foi dolorosa e ficou muito, como eu vou te dizer... ficou registrado aqui. Ficou muito marcado. Alguns parentes mesmo falaram assim... é Dani, dessa vez deu certo, você tem que agradecer a Deus porque você se salvou, numa hora dessa, não era pra você estar aqui. Viu a complicações que você teve? Então, pensa bem antes de ter outro filho, e outra... isso aí é mesma coisa de você ter um aviso. (Daniela)

As experiências anteriores de abortamento e as tentativas para engravidar contra a orientação médica transformaram a complicação da gestação em algo marcante e sofrido, como relatado abaixo:

Essa experiência me marcou muito, foi porque eu sofrí muito desde a primeira (gravidez). Aquela esperança, aquela expectativa, pensava: talvez a primeira perdeu e a segunda vai dar certo.
(Luzanira)

As alterações ocorridas em sua estética corporal e o afastamento da família em dias festivos foram aspectos apontados pelas mulheres e que contribuíram para que a experiência se tornasse mais sofrida.

(...) Foi uma coisa que, além dos 26 pontos que já tinha levado, cortou de novo e ainda subiu mais 29, a barriga da gente fica toda torta, deformada depois (...) Foi muito difícil... passar o Natal e o Ano Novo lá (choro), mas... (Rosangela)

No entanto, para algumas mulheres, viver as complicações foi ruim, mas passar pela gravidez e terem filhos saudáveis foi muito positivo e que, de certa forma, amenizou a experiência negativa.

A experiência que eu tive com esse problema foi boa, só a complicação que eu tive na gravidez, que foi muito ruim... (Carla)

Olha as experiências que tive foram desagradáveis por causa da minha saúde, mas não a experiência de ter um filho entendeu? (Maria Alice)

A experiência vivida também foi considerada de forma mais abrangente, citando desde o início da gravidez ser diferente da primeira gestação em função de sua idade, peso corporal, dificuldade de autocuidado, sem ter conhecimento da complicação da hemorragia.

(...) Antes da minha gravidez, eu estava com 112 quilos, fui pra 140 quilos (...) Pra mim estava bem, eu não sei... Ninguém falou nada se teve um problema grave. Em momento algum, falaram que eu corria risco de vida... (Claudete)

O susto e o medo foram apontados com grande freqüência, sobretudo o medo da morte relacionado ao cuidado do filho que nasceu e dos anteriores; medo do ambiente da UTI e do Centro Cirúrgico (equipamentos e equipe de saúde).

(...) Fiquei com medo de morrer na hora que estava no Centro Cirúrgico, fiquei pensando... E

escutando o médico conversar com outro rapaz e falei: Ai, meu Deus! Eu não posso morrer, nem conheci minha filha. Não foi só na nenê que eu pensei, foi no meu marido também. (Daniela)

Eu fiquei com muito medo. (...) eu chorava, chorava, com medo de acontecer alguma coisa com o nenê e comigo também. (Maria Alice)

Aqui fiquei assustada, porque aquele monte de aparelho em cima de mim e aquele monte de médico. Achei que poderia morrer, fiquei pensando: estou morrendo e não estou sabendo, fiquei com muito medo. (Iolanda)

Outros sentimentos manifestados pelas mulheres foram arrependimento e culpa, sobretudo, por não terem acatado a recomendação médica, não serem capazes de cumprir o destino de ser mãe (ter filhos) ou não realizar os cuidados com a criança.

Se voltasse no tempo, não faria isso, como no dia que eu vim do hospital, se tivesse ido ver a pressão todos os dias daquela semana, tinha evitado às vezes de dar a crise convulsiva. (Leila)

Hoje eu estou bem, mas me arrependo sabe? Porque acha eu não ir ver elas, as minhas nenês? (Carol)

A preocupação esteve presente em alguns depoimentos e foi relacionada aos filhos ou marido. As mulheres não relataram a preocupação com a própria vida, pelo contrário, escolhem passar por riscos de morte para serem mães.

(...) Na UTI, falei que queria ver a nenê (...) Só que não podia por causa de que na UTI ela corria risco de pegar alguma infecção ou alguma coisa assim (...) Não foi só na nenê que eu pensei, foi no marido também. (Daniela)

As mulheres relataram sentimentos de raiva, pela não valorização da queixa por parte dos profissionais de saúde e familiares e por não terem podido velar o filho como parte da experiência de luto, como podemos observar no relato:

(...) Três dias depois me falaram que tinham levado, tinham enterrado, feito o velório... Eu fiquei com muita raiva, porque queria ter ido... Não deu tempo de pedir para ver o bebê. (Valquíria)

O sentimento de frustração foi vivenciado por várias mulheres colaboradoras, em diferentes momentos, embora nem sempre verbalizado:

Era pra ser uma coisa tão perfeita, tão esperada que eu tinha planejado tudo certinho e bem na hora do parto foi acontecer isso? Eu não vi meu filho na hora que ele nasceu, (...) Uma pessoa que foi para o hospital ter nenê e de repente vai parar no CTI.(Néia)

Era tudo que eu não queria. Fazer cesárea, porque queria ter um parto normal. (...) Não deu tempo de pedir para ver o bebê.(Valquíria)

(...) sempre quis ser mãe. (...) mas tive uma gravidez tubária (...) Na segunda gravidez, o mesmo problema (...) Uma coisa que você idealizou a vida inteira não deu certo (...) Não adianta fazer plano, ter sonho, porquê o meu virou pesadelo...é isso, que eu sou... Uma frustrada! (Rosana)

Discussão

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

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

Para a maioria das mulheres, as implicações foram negativas, pois adquiriram doenças, sofrimento e medos não existentes antes e aumentou a barreira para concretizar o sonho de ser mãe. Dessa forma, algumas necessitam de acompanhamento psicológico em função das queixas de tristeza, depressão, medo de relacionar-se com as pessoas.

O sofrimento parece constituir um "significado flutuante", que admite a contradição de significados que se movimentam entre o concreto e o abstrato. Desse modo, para a mulher, o sofrimento tem um significado concreto de doença física, bem como pode ser entendido pelos significados que vão além dos limites da experiência da doença física, fornecendo elementos para que sua identidade social seja construída⁽¹¹⁾.

Nesse sentido, o sofrimento traz à lembrança significados de vulnerabilidade e determinação, medo e coragem, fraqueza e força, provocando na mulher e pessoas de seu convívio, sentimentos e emoções.

No período de internação na UTI, as reações e sentimentos da mulher e dos familiares podem variar de indiferente para um medo real, pois ela acredita ter potencialmente uma doença grave ou sérios sintomas da complicaçāo. Este período pode tornar-se o que Corbin e Straus chamam de *limbo*, ou seja, a mulher e as pessoas de seu convívio, sobretudo, os familiares, parecem estar suspensos no tempo enquanto esperam o desfecho, que pode confirmar ou não seus temores. O tempo de espera da evolução da doença é traduzido em sinais de ansiedade, angústia e desamparo e pode ser preenchido com pensamentos de morte e pânico, levando a mulher e a família a questionar se realmente o que estão vivenciando é situação de gravidade e de risco de morte⁽¹²⁾.

As colaboradoras do estudo que eram portadoras de doenças preexistentes e as que as desenvolveram no curso da gestação, mencionaram algumas dificuldades no cuidado de sua saúde, sobretudo, em relação ao conhecimento da doença, ao reconhecimento dos sinais e sintomas de gravidade, às formas de tratamento e aos cuidados requeridos.

Na visão de algumas mulheres, a perspectiva de uma nova gestação mostra a força que a maternidade exerce em suas escolhas de vida. A experiência de quase morte, mesmo que intensa e causadora de sofrimento, pode ser superada na possibilidade de nova gravidez. São poucas as que não gostariam de ter outro filho, apesar da recomendação contrária do médico. Isto evidencia as crenças e os valores que elas detêm quanto ao papel da mulher diante da reprodução humana.

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

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

Assim sendo, a sobrevivência à morbidade materna *near miss*, às mulheres mostra formas variadas de pensar e viver, além de diferentes desfechos.

Conclusão

Ao finalizar este estudo, consideramos que a compreensão da experiência da mulher com morbidade materna grave vai além do estado biológico/patológico. É preciso que ela seja olhada em todo seu ser, buscando o significado da maternidade, suas crenças e

valores mergulhados em sua cultura. Para tanto, devemos compreender e respeitar os rituais e oferecer possibilidades para sua efetivação.

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

Referências

1. Tanaka ACD. Mortalidade materna no Brasil. *Jornal Femea* [periódico online]. 1999; 81:9-11. Disponível em: <http://www.cfemea.org.Br/jornalfemea/1999/femea81> [Acesso em 23 jul. 2001].
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual dos comitês de mortalidade materna. 2^a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
3. Godoy SR. Mortalidade materna: em busca do conhecimento [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2001.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Gestação de alto risco: manual técnico. 3^a ed. Brasília; 2001.
5. Souza JR, Cecatti JG, Parpinelli MA, Souza MH, Serruya SJ. Revisão sistemática sobre morbidade materna *near miss*. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(2):255-64.
6. Filippi V, Ronsmans C, Gandaho T, Graham W, Alihonou E, Santos P. Women's reports of severe (near miss) obstetric complications in Benin. *Stud Fam Plann*. 2000; 31(4): 309-24.
7. Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 12^a ed. Petrópolis: Vozes; 1994. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social; p. 9-29.
8. Gualda DMR, Bergamasco RB, organizadoras. Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença. São Paulo: Ícone; 2004.
9. Kleinman A. The illness narratives: suffering, healing and the human condition. New York: Basic Books; 1988. The meaning of symptoms and disorders; cap. 1, p. 3-30.
10. Meihy JCSB. Manual de história oral. 4^a ed. São Paulo: Loyola; 2002.
11. Rodrigues N, Caroso CA. Idéia de sofrimento e representação cultural da doença na construção da pessoa. In: Duarte LFD, Leal OF. Doença, sofrimento, perturbação, perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. cap. 8, p.137-49.
12. Corbin JM, Strauss A. Unending work and care: managing chronic illness at home. San Francisco: Jossey-Bass; 1988.

13. Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15(3): 647-54.

Contribuição das autoras: todas as autoras contribuíram para este estudo, tendo Maria Alice Tsunechiro participado como orientadora, Roselena Bazilli Bergamasco e Dulce Maria Rosa Gualda na revisão da análise e interpretação dos dados e revisão final do texto e Sandra Regina de Godoy como orientada, responsável pela realização de todo o processo de pesquisa.

Endereço para Correspondência: Roselena Bazilli Bergamasco. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 Cerqueira César – São Paulo (SP) CEP: 05403-000. E-mail: roselena@usp.br

Nota: O artigo foi elaborado a partir de um recorte da tese doutorado: "Minha vida de agora em diante...": experiências de mulheres sobreviventes da morte materna. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, defendida em setembro de 2006.

Financiado por: CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Concessão de bolsa de doutorado.



OBJN old issues (2002 until 4(2), 2005)

The articles published in Online Brazilian Journal of Nursing are indexed, classified, linked, or summarized by:

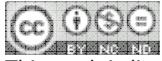


Sources of Support:



The OBJN is linked also to the main Universities Libraries around the world.

Online Brazilian Journal of Nursing. ISSN: 1676-4285



This work is licensed under a [Creative Commons:Noncommercial-No Derivative Works License](#).

