

MARIALDA MARTINS

**A TRANSIÇÃO DE SAÚDE-DOENÇA VIVENCIADA POR
GESTANTES HIPERTENSAS MEDIADA PELO CUIDADO
EDUCATIVO DE ENFERMAGEM**

CURITIBA
Agosto 2001

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A TRANSIÇÃO DE SAÚDE-DOENÇA VIVENCIADA POR
GESTANTES HIPERTENSAS MEDIADA PELO CUIDADO
EDUCATIVO DE ENFERMAGEM

MARIALDA MARTINS

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação em Enfermagem da Universidade
Federal de Santa Catarina. Como requisito para
obtenção do título de Mestre em Assistência de
Enfermagem**

**ORIENTADORA PROF^a DR^a IVETE PALMIRA
SANSON ZAGONEL**

CURITIBA

Agosto 2001

CURITIBA, 24 DE AGOSTO DE 2001

**A TRANSIÇÃO DE SAÚDE-DOENÇA VIVENCIADA POR
GESTANTES HIPERTENSAS MEDIADA PELO CUIDADO EDUCATIVO DE
ENFERMAGEM**

MARIALDA MARTINS

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

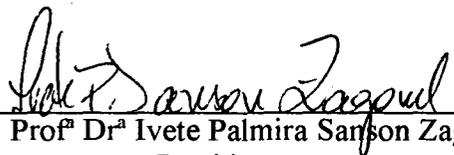
MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada em sua versão final em 24 de agosto de 2001, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Assistência de Enfermagem.

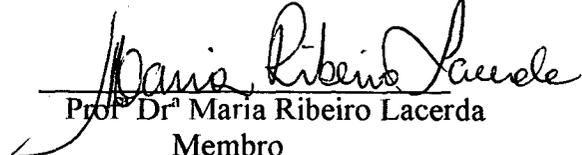


Prof^ª Dr^ª Denise E. Pires de Pires
Coordenadora da PEN/UFSC

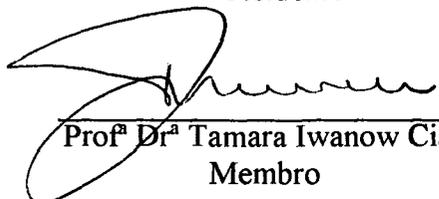
BANCA EXAMINADORA



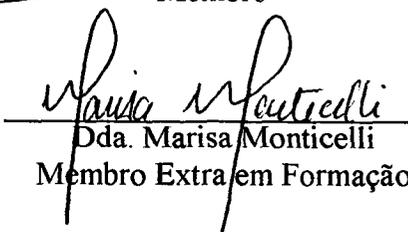
Prof^ª Dr^ª Ivete Palmira Sanson Zagonel
Presidente



Prof^ª Dr^ª Maria Ribeiro Lacerda
Membro



Prof^ª Dr^ª Tamara Iwanow Cianciarullo
Membro



Dda. Marisa Monticelli
Membro Extra em Formação

Prof^ª Dr^ª Marta Lenise do Prado
Membro Suplente

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por tudo que me ensinaram.

À Ivete, mais que uma orientadora, uma amiga, obrigado pela compreensão e pelo aprendizado. Sem você este trabalho não seria possível.

À Darci, pela sua fé inabalável que sempre me estimulou.

À Bene, pela solidariedade, apoio e presença constantes.

À minha irmã Alda, pela torcida.

Ao Emanuel, pelo carinho e incentivo.

À Coordenadora de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Prof^a Centa, por tornar este projeto possível.

Às mulheres gestantes portadoras de DHEG, que em um momento difícil de suas vidas se disponibilizaram a colaborar comigo.

A todos aqueles que de uma forma ou outra contribuíram para mais esta conquista.

VALEU !!!

RESUMO

O estudo teve como objeto o significado da transição de saúde doença atribuído pela gestante portadora de Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG). Teve como motivação as inquietações surgidas a partir de minha experiência como enfermeira docente na área de enfermagem obstétrica, quando pude perceber a lacuna no cuidado prestado a gestante que sofre complicações na evolução da gestação. Os objetivos do estudo basearam-se em apreender os significados que a gestante portadora de DHEG atribui à transição de saúde-doença diante da pluriversidade da vivência e cuidar da gestante portadora de DHEG, sob o enfoque educativo enquanto emergia o significado expresso pelos discursos. Utilizou-se como trajetória metodológica a pesquisa qualitativa. Os sujeitos da pesquisa foram gestantes portadoras de DHEG internadas em um hospital escola de Curitiba/PR. Para a obtenção dos discursos utilizei a entrevista semi-estruturada com a seguinte questão norteadora: “O que significa para você vivenciar a transição de saúde- doença enquanto portadora de DHEG”? Os depoimentos foram analisados através da análise de conteúdo de Bardin (1979) bem como à luz da teoria de transição proposta por Meleis (1997) para buscar a compreensão do vivido. Foi possível apreender importantes aspectos através das unidades de contexto: expressando a vivência da transição de saúde-doença: implicações de cuidado; sentimentos e percepções em relação à experiência da DHEG: o emergir do ser de cada cliente; o papel do enfermeiro/equipe no processo de cuidado educativo. Os resultados apontam a compreensão que a vivência da transição de saúde-doença ocasiona mudanças significativas ao ser mulher portadora de DHEG, à sua família e ao contexto social de convívio. A carência de informações gera sentimentos de medo, negação, conflito, insegurança, angústia, desespero, conduzindo à falta de consciência do cuidado de si. As necessidades expressas diante da transição, exigem o cuidado educativo, humanizado, transicional em busca de um viver saudável

ABSTRACT

THE HEALTH-TO-DISEASE TRANSITION EXPERIENCED BY HYPERTENSE PREGNANT WOMEN MEDIATED BY EDUCATIVE CARE IN NURSING

The present research aimed the meaning of the health-to-disease transition given by the PEHD pregnant woman. My experience as a teaching nurse in the Obstetrics area gave me this motivation—when I realized the existing gap in the care that the pregnant women receive when they suffer complications during their pregnancy. The aims of this research were described in learning what meaning the pregnant women suffering from PEHD give to the health-to-disease transition in face of the diversity of their experience and also in taking care of them on an educative basis. I used as a method the qualitative research, which showed to be fundamental to help me reach the target. This research was carried out with pregnant women suffering from PEHD who were in a school-hospital in Curitiba, PR. To obtain the answers I used a semi-structured interview with the standing question ‘What does it mean for you experiencing the health-to-illness transition when suffering from PEHD?’ The answers have been analyzed through the Bardin (1979) contents analysis process along with a transition theory proposed by Meleis (1997), scope in the search for understanding the process experienced by those women. It was possible to see important aspects from the context units—expressing the experience in the health-to-disease transition: care implications; feelings and perceptions related to the PEHD experience: the rising of each client’s self; and the nurse & team role in the educative care process. The results show that the health-to-disease experience cause serious changes to the ‘being’ of women suffering from PEHD, to their families and to their social environment. The lack of information produces fear, denial, conflict, insecurity, anguish and despair, which lead to a lack of conscience in their self-care. Their needs in face of that transition demand an educative care, humanized, transitional—in the search of a healthy living.

SUMÁRIO

RESUMO	IV
ABSTRACT.....	V
I. INTRODUZINDO A TEMÁTICA	01
II. MINHA CAMINHADA PROFISSIONAL.....	07
III. ESTABELECENDO A INQUIETAÇÃO	12
3.1. A questão norteadora.....	12
3.2. Objetivos	13
3.3. Pressupostos	14
IV. DESVELANDO A TEMÁTICA PELA LITERATURA	15
4.1. A contextualização da assistência obstétrica.....	15
4.2. A mortalidade materna: um olhar diferenciado	24
4.3. A doença hipertensiva específica da gestação sob a ótica do cuidado humanizado	29
V. EMBASAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO	41
5.1. A teoria da transição: a ênfase na transição de saúde–doença	41
5.2. O cuidado educativo frente ao processo de transição	51
VI. A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	58
6.1 O contexto de realização do estudo.....	66
6.2 Aspectos éticos.....	68
6.3. A escolha dos sujeitos	74
VII. EXPLICITANDO OS RESULTADOS.....	89
VIII. IDÉIAS CONCLUSIVAS	117
IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	126
ANEXOS.....	131

I. INTRODUZINDO A TEMÁTICA

Nos últimos anos, a humanidade alcançou enorme progresso nas áreas científica e tecnológica. Apesar de dispor de inúmeros recursos capazes de melhorar as condições de vida e saúde de milhões de seres humanos, uma grande parcela deles vive em condições indignas ou morre sem sequer ter acesso aos sistemas de saúde ou a medidas de prevenção que possam evitar as patologias mais simples ou melhorar sua qualidade de vida.

Berlinguer (1996, p. 61) afirma que *“sete milhões de adultos poderiam salvar-se a cada ano se fossem adotadas medidas terapêuticas pouco dispendiosas”*. Se refletirmos a respeito da mortalidade materna, percebemos que as estatísticas mundiais comprovam essa afirmação. A Organização Mundial da Saúde estima que aproximadamente 500.000 mulheres morrem a cada ano em todo mundo, em decorrência de complicações da gravidez, parto e puerpério (Ministério da Saúde, 1994). Segundo o Ministério da Saúde (1995, p.7), na América Latina as mortes maternas chegam a 30.000 a cada ano e o Brasil é *“o quinto país latino americano onde a gravidade do problema é maior. Aqui registram-se 134,7 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos”*. A mortalidade materna é um fenômeno inaceitável uma vez que, conforme afirma a OPAS, *“90 a 95% das mortes maternas são evitáveis com conhecimentos e tecnologia que se*

dispõe atualmente, e outra parcela seria evitável por medidas sociais..." (Ministério da Saúde, 1994, p. 45).

Mesmo conhecendo o importante impacto que medidas preventivas podem ter nos quadros de morbimortalidade, estas não vêm recebendo a mesma ênfase quando se trata da distribuição orçamentária dos governos, conforme enfatiza Berlinguer (1996).

Desconsiderando que a prevenção traz consigo inúmeras vantagens, o que evitaria a necessidade de usar serviços para os quais o acesso é diferente entre vários grupos sociais, o governo ainda "*reduz os problemas sanitários ao enfoque médico-hospitalar, limitando a compreensão científica e social dos quadros epidemiológicos registrados...*", como argumenta Garrafa (1995, p.60).

As taxas de mortalidade materna nos revelam a precária situação de saúde das mulheres. Muito mais que apenas números, essas estatísticas desvelam a magnitude do problema e também apontam para as características sociais do mesmo. Contudo, ainda não temos dados e informações reais, em consequência do subregistro e da subnotificação desses óbitos (Ministério da Saúde, 1994). Os números revelam que a maior parte dessas mortes ocorre em países pobres ou em desenvolvimento.

A grande disparidade entre países se torna visível quando comparamos dados de países desenvolvidos como Canadá e Estados Unidos - os quais apresentam, respectivamente, coeficientes de 4 e 9 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos - com países como Bolívia e Peru, que apresentam coeficientes de 303 e 480 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, respectivamente (Ministério da Saúde, 1994, p.11). Dessa forma, evidenciamos que a mortalidade materna é um importante indicador social para um país, bem como conduz a questionamentos a respeito das políticas de saúde e educação implementadas.

Constatamos, no cotidiano, que um número significativo de mulheres vivendo em países com altas taxas de mortalidade materna, ainda ocupam posição inferior na escala social, sofrendo discriminação e enfrentando barreiras no acesso às políticas de educação, nutrição e saúde.

O caráter social desse problema fica evidenciado, também, nos dados apreendidos pelo Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna do Estado do Paraná. Esses dados revelam o perfil da mulher que morre em consequência de problemas no ciclo gravídico-puerperal (ANEXO I). Esse perfil mostra que as mulheres às quais os dados se referem pertencem, na sua maioria, à classe social baixa e possuem pouca ou nenhuma escolaridade (CEPMM, 1997), reforçando a importância de se implementar medidas educativas como uma das medidas para a prevenção da mortalidade materna.

A educação para a saúde pode ser um recurso inestimável para a redução do número de mortes maternas. A educação das mulheres conduz ao autoconhecimento, despertando para o reconhecimento de suas necessidades e favorecendo também ao cuidado de si próprias.

Entre as causas mais comuns das mortes maternas encontra-se a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), um dos principais problemas da obstetrícia contemporânea, e que é definida por Rezende e Montenegro (1988, p.223) como sendo *“uma doença privativa da gravidez, a qual se manifesta após a 24^a semana e tem como sintomas a tríade característica: hipertensão, edema e proteinúria.”*

Oliveira e Arcuri (1997), citando dados da Organização Mundial da Saúde, referem a incidência da DHEG em 33% das gestações na China e 26% das gestações na Tailândia. Na população brasileira, a DHEG aparece em 5 a 10% das gestações, conforme

afirmação de Cavalheiro et al. (1989), citando Delascio e El Kadre. A alta incidência dessa doença resulta em elevado índice de mortes.

Kahale e Zugaib, citados por Melo et al. (1995, p. 5), afirmam que “5% das mulheres eclâmpicas vão a óbito em consequência das complicações clínicas envolvidas”. Segundo dados do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná, referentes ao período de 1997- 1999 a DHEG foi responsável por 16,8% dos óbitos maternos ocorridos no estado (CEPMM, 2000).

Ramos et al. (1995, p.123) afirmam que

“embora a hipertensão induzida pela gestação não possa ainda ser prevenida, o óbito materno pode, quase sempre ser evitado, mediante medidas simples que envolvem programas de assistência pré-natal com hierarquização de riscos, sistemas funcionais de referência e contra referência e padronização de conduta médica.”

Zumpano et al. (1990) recomendam repouso e orientação pré-natal, principalmente para gestantes de baixo nível sócioeconômico-cultural, como forma de minimizar as complicações da DHEG.

Outros dados encontrados na literatura reforçam o entendimento de que os óbitos maternos causados pela DHEG e suas complicações são evitáveis, desde que se previna a sua evolução para as formas mais graves bastando, para isso, medidas simples, como diagnóstico precoce, assistência pré-natal de qualidade e educação para a saúde durante todo o curso da gestação.

Pretendo, no desenvolvimento deste trabalho, baseado no cuidado educativo e na teoria da transição segundo a perspectiva sociológica de Meleis (1997), apreender o significado da transição de saúde-doença, com o objetivo de melhor conhecer as necessidades sentidas e os problemas vivenciados por gestantes internadas em um hospital

escola de Curitiba, colaborando assim, na prevenção das complicações dessa doença e evitando sua evolução para a mortalidade materna.

A intenção de desvendar o processo transicional de saúde-doença por que passa a mulher portadora de DHEG, baseia-se na forma como essas mulheres vem sendo assistidas nos diferentes níveis de atenção à saúde, em que se observa um direcionamento do assistir voltado aos aspectos que permeiam a patologia em si. Assim, o estudo foi desenvolvido durante o internamento das clientes por se considerar este momento de crise inserido no processo de transição, pois elas estão vivenciando significativas transformações pessoais, sociais e emocionais, as quais necessitam a compreensão para efetivar o verdadeiro cuidado.

Mudar de uma situação de saúde para a de doença durante a gestação envolve inúmeras nuances, que só podem ser expressas por quem as vivencia. A mulher necessita de cuidado pré-natal de qualidade e humanizado, para vivenciar esse processo de forma prazerosa e equilibrada. Somente essa forma de cuidado possibilita detectar precocemente alterações que coloquem em risco a gestação. Porém, percebe-se uma lacuna nesse cuidado. Nesse sentido, as mulheres internadas já estão percorrendo este caminho e transpondo de uma situação, ou seja, estão experienciando a transição de saúde-doença. Sendo assim, somente elas, poderão explicitar em seus depoimentos, o significado velado, invisível, de tal experiência. Assim, optei por trabalhar com gestantes internadas na intenção de melhor compreender esse momento.

Pela experiência que tenho em trabalhar com mulheres gestantes portadoras de patologias obstétricas, considero que apesar dos esforços em melhorar a assistência, ainda existe deficiência na atenção e estas não estão recebendo o que denomino cuidado

humanizado. Esse cuidado é abrangente, envolve todo o ser, é integral, incluindo a abordagem comportamental e técnico-científica, unindo a ciência e a sensibilidade.

A fim de prevenir a mortalidade materna, é necessário implementar medidas de cuidado que priorizem o ser mulher, considerando sua percepção, compreensão e interpretação da situação, as quais carregam a cultura, a educação, os valores de cada cliente. O conhecimento das respostas das clientes sobre a transição de saúde-doença auxilia a monitorar e promover o cuidado e autocuidado e ainda auxilia no empoderamento das mulheres para buscar desenvolver e utilizar seus próprios recursos frente a situações estressantes.

A mulher portadora de DHEG internada vivencia significados que necessitam ser explorados para melhor efetivar o cuidado, pois apresenta diferentes padrões de respostas às intervenções, a própria hospitalização, aos desafios, conflitos que a nova situação suscita. O relacionamento entre enfermeiro e cliente permite compartilhar experiências que, compreendidas possibilitam esse profissional planejar as ações de cuidado de forma mais congruente.

II. MINHA CAMINHADA PROFISSIONAL

Ao refletir sobre minha caminhada dentro do mundo da Enfermagem, reencontro o motivo maior, o qual fez com que optasse por uma atuação dentro da Obstetrícia. Acredito que essa escolha se deve ao fato de ter sido sempre apaixonada pelo milagre que é o nascer. Sempre vi com deslumbramento o processo do nascimento, desde a concepção, a divisão e a multiplicação das células, que se repete milhares de vezes, a alimentação, o desenvolvimento da pequena semente se enchendo de vida, adquirindo formas, crescendo, movimentando-se.

Lembro que na época em que era estudante no curso de graduação, nos primeiros contatos com a Obstetrícia, comparava esse processo com uma obra de arte, como se mãos hábeis de um alguém, trabalhando um material vivo e maleável, estivessem criando uma obra maravilhosa. O corpo humano, totalmente estruturado numa ordem lógica em órgãos e aparelhos. Esquecendo o lado materialista, científico, a linguagem da biologia, da genética, da química, me entusiasmava simplesmente com a obra do artista que, como retoque final, recebia um sopro de vida concretizando a maravilha do ser humano. Via o nascimento como uma estréia espetacular, num cenário imenso, o mundo.

E ali está ele, o ser humano, singular, que jamais será reproduzido, com todas as possibilidades, disposto a viver, vencendo seu primeiro obstáculo e saindo do ventre materno. Inspirar...Expirar...

O primeiro choro acontece iniciando o intercâmbio do corpo com o meio.

A mãe. Ah! a mãe. Ser humano, ser mulher, ser amor, frágil, delicada, forte, rude, lutadora. Ela que partilhou seu corpo em um processo de doação infinita...Vê eclodir de si a vida que dela se fez, e agora ali, tão dependente. E ela se fortalece nessa dependência para nutrir, proteger, cuidar...

Vendo assim o nascer, quis partilhar esse momento com todas as mulheres. Recém-formada, consegui o meu primeiro emprego em uma pequena maternidade. Iniciando minha caminhada assumi as funções de enfermeira, e desde então, venho atuando na área de obstetrícia. Ao mergulhar no mundo do “nascer institucionalizado”, inúmeras dúvidas surgiram. Senti, então, a necessidade de aprender mais. O que me fez aprofundar o saber e cursar a Especialização em Enfermagem Obstétrica da UFPR. Este curso me abriu as portas para a docência e para atuar em um hospital escola, centro de referência na área obstétrica.

Foi aí que encontrei o outro lado da obstetrícia; não apenas o nascer, mas também o morrer. A incongruência maior, vida e morte. Ao me deparar com a morte no momento em que se comemora a vida, me senti impotente. A morte por si só é uma interrogação para os homens e trabalhar com esse fenômeno se torna mais difícil quando se é profissional da área de saúde atuando em meio aos rituais de comemoração à vida, e estando preparado para evitar a morte a qualquer preço .

Mesmo sabendo que a morte é uma possibilidade real, venho contribuindo para combatê-la, não a morte que resulta de um processo de doença, inevitável, mas a Morte Materna, na maioria das vezes evitável.

No intuito de me fortalecer para enfrentar esse fenômeno, prontamente me disponibilizei para atuar como representante da instituição onde trabalhava, o Hospital de Clínicas da UFPR, junto ao Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna do Estado do Paraná.

Há dez anos, venho estudando a epidemiologia da Mortalidade Materna, participando dos trabalhos do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, ou seja, acompanhando a epidemiologia das Mortes Maternas no Estado do Paraná.

No decorrer desses dez anos, observo que entre as principais causas destas mortes, encontra-se a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG).

Segundo Rezende e Montenegro (1988, p.223) essa é uma:

“doença multissistêmica, ocorrendo habitualmente no final da prenhez, e caracterizada por manifestações clínicas associadas e peculiares: hipertensão, edema e proteinúria. Nas suas formas graves, em virtude da irritabilidade do sistema nervoso central, instalam-se convulsões e a doença é denominada eclampsia: ausentes as crises convulsivas trata-se de pré-eclampsia”.

A DHEG é considerada controlável na sua evolução se diagnosticada e tratada adequadamente, o que reforça a evitabilidade das mortes maternas que ocorrem em consequência do seu agravamento. Apesar disso, a DHEG continua evoluindo para suas formas mais graves, colocando em risco ou levando à morte dezenas de mulheres no Paraná e no Brasil. Esse fato que aumentou minha inquietação, pois sou enfermeira obstetra e mulher, levando-me a escolher esse tema para a dissertação de mestrado.

Embora hoje essa realidade faça parte do meu cotidiano, ainda me inquieta, pois acredito que por ser a gestação um processo fisiológico inerente à mulher, deveria

transcorrer de forma natural, sem oferecer riscos à sua vida. Engravidar e dar a luz deveria ser um processo seguro para qualquer mulher. A taxa de Mortalidade Materna é um indicador que nos revela a precariedade da assistência de saúde oferecida à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, sendo de grande impacto dentro do quadro de morbimortalidade das mulheres em idade fértil.

Esse indicador nos revela um problema de alta magnitude, um problema social, uma vez que ceifando a vida de mulheres jovens, com capacidade produtiva, deixam filhos menores e dependentes, gerando a desestruturação familiar e o aumento do número de crianças órfãs.

Outra consequência da Mortalidade Materna é a alta morbidade resultante da má assistência oferecida às mulheres em um período tão especial de suas vidas, pois certamente uma complicação no ciclo gravídico-puerperal que não seja tratada de forma adequada, poderá deixar seqüelas, as quais ultrapassam a dimensão física.

O atendimento de pouca qualidade prestado à gestante, parturiente e puérpera acarreta ainda um acréscimo aos números da morbi-mortalidade perinatal. No decorrer de anos de prática profissional tive oportunidade de observar no sistema de saúde vigente que as gestantes portadoras de DHEG são tratadas de forma totalmente impessoal, como apenas um caso de doença, não sendo respeitadas como ser humano, ficando totalmente à margem do tratamento instituído.

O estímulo maior para estudar e tentar modificar esta realidade vem da evitabilidade atribuída a essas mortes. O fenômeno se torna inaceitável quando reconhecemos a existência de conhecimento e tecnologia adequados para preveni-lo ou evitá-lo.

Diante disso, percebo uma lacuna no cuidado à gestante portadora de DHEG, principalmente relacionado à transição saúde -doença, em que a mulher se depara com uma mudança no seu cotidiano para enfrentar e adaptar-se à nova situação imposta. Percebo em minha atuação diária que os enfermeiros desconhecem esse enfoque, bem como todos os fatores envolvidos nessa passagem de um estado saudável para o de gestante de risco. O desconhecer conduz ao cuidado despersonalizado e técnico, o que dificulta à gestante visualizar a transição como um processo de mudança em busca do reequilíbrio e da captura do verdadeiro sentido da transição.

III. ESTABELECENDO A INQUIETAÇÃO

3.1 Questão norteadora

A gestação é um processo fisiológico inerente à mulher, o que nos leva a esperar que ela ocorra de forma natural, sem acarretar nenhum risco à sua vida. Apesar desse caráter, entretanto, muitos problemas podem acometer a saúde da gestante.

Docente, convivo diariamente, com mulheres que apresentam uma patologia associada à gravidez - gestantes de risco. Isso também ocorre no desenvolvimento das minhas atividades junto ao Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná (CEPMM), no qual freqüentemente me deparo com uma alta incidência da Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG). Isso significa, por conseqüência, um grande número de óbitos. Uma vez que a DHEG é considerada pelos profissionais de saúde como perfeitamente controlável na sua evolução, por que, então, permanece como uma das maiores causas de mortalidade materna?

As minhas reflexões sobre tal quadro epidemiológico, as condições de vida dessas gestantes, a evitabilidade das mortes e a atuação dos enfermeiros no processo de transição de saúde-doença, sugeriram a necessidade de conhecer essas mulheres, sua

realidade de vida e a forma como experimentam este processo, bem como identificar suas necessidades e dificuldades com relação ao cuidado de sua saúde.

O desenvolvimento de ações educativas pode constituir-se em um instrumento de humanização do cuidado, o qual também permite o conhecimento da realidade da gestante portadora de DHEG, sua vivência do processo transicional de saúde-doença e também auxilia na superação das dificuldades, alcançando a qualidade de vida na singularidade de cada ser.

Para obter tal propósito delinee a seguinte questão norteadora: **O que significa para a gestante internada portadora de DHEG, vivenciar a transição de saúde-doença?**

3.2 Objetivos

- Apreender que significados a gestante internada portadora de DHEG atribui à transição de saúde-doença diante da pluriversidade da vivência.
- Realizar o cuidado educativo à gestante internada portadora de DHEG enquanto o significado expresso pelos discursos emerge.

3.3 Pressupostos

Durante meu percurso como docente da disciplina Assistência de Enfermagem à Saúde da Mulher e, recentemente, no curso de Mestrado, selecionei alguns pressupostos que considero relevantes para subsidiar o desenvolvimento desse trabalho.

- O cuidado diante da transição de saúde-doença possibilita ao mesmo tempo à gestante portadora de DHEG; que está sob os efeitos negativos da situação, vivenciar o enfrentamento e ao mesmo tempo crescer com a verdadeira compreensão da vivência, mediante suporte para que desenvolva recursos para ultrapassar e solucionar as alterações provocadas. O cuidado deve estimular a liberação de sentimentos e potencialidades, com elevação da auto-estima, da segurança e da capacidade de entender o processo pelo qual passa;
- O cuidado de enfermagem deve ser humanizado, pautado na educação, auxiliando o autoconhecimento, que contribui para a participação da gestante de forma consciente na mudança da realidade de vida. O cuidado educativo é um instrumento que favorece à gestante o exercício da cidadania, pois auxilia na compreensão das reais necessidades e das dificuldades para o cuidado de si, enfrentadas pelas gestantes portadoras de DHEG, uma vez que essas mulheres carecem de informações que favoreçam a compreensão da doença e do risco inerente a ela.

IV DESVELANDO A TEMÁTICA PELA LITERATURA

4.1 A contextualização da assistência obstétrica

Os progressos da ciência no último século permitiram um intenso desenvolvimento tecnológico; o que aumentou a expectativa de vida, favoreceu o bem-estar material e o desenvolvimento humano como um todo. Infelizmente, as políticas econômica e social ainda não atingiram um nível capaz de promover a igualdade e a equidade no setor de saúde.

Há mais de vinte anos, em Alma Ata, diversos países afirmaram a necessidade e a possibilidade de se atingir a saúde para todos no ano 2000. Já passamos dessa data e ainda uma grande parte da população mundial vive à margem dos sistemas de saúde, mantendo-se uma desigualdade gritante no estado de saúde dos povos.

O Brasil é colocado entre os países mais desenvolvidos, com domínio tecnológico, avanços nas pesquisas, porém ainda persiste uma realidade de saúde que pode ser considerada indigna ao ser humano.

O Brasil, é um Estado democrático em cuja constituição está estabelecido direito à igualdade; contudo, os indicadores sociais revelam que esse direito dos cidadãos brasileiros é negado na prática.

No contexto da atenção à saúde da mulher pode-se considerar que ainda há muito a conquistar. Nos últimos anos muito foi feito no sentido de assistir à mulher cidadã, sendo criados diversos órgãos públicos e programas governamentais, voltados à atenção à saúde da mulher, dentre os quais pode-se destacar a criação do PAISM, Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher; Conselhos Nacionais, Estaduais e Municipais dos Direitos da Mulher e Delegacias de Atendimento às Mulheres.

Embora os ganhos sejam muitos, devem ser considerados como ponto de partida para conquistas maiores, como o direito ao cuidado de qualidade, possibilitando à mulher a vivência prazerosa da gestação, mesmo quando oferece riscos.

O PAISM, é um programa concebido para atender às necessidades de saúde da mulher de forma integral, uma vez que incorpora, além das ações de saúde tradicionais, voltadas à assistência ao pré-natal, parto e puerpério, àquelas dirigidas à anticoncepção, esterilidade, detecção precoce do câncer ginecológico, doenças sexualmente transmissíveis, sexualidade, adolescência, climatério e à mulher idosa. Atualmente pode-se considerá-lo parcialmente implantado. O que se observa na concretude das práticas de saúde é sua redução à assistência médico-ginecológica. Enquanto isso, assistimos ao aumento do risco reprodutivo, ou seja, o aumento da probabilidade da morte da mulher durante a vida reprodutiva devido a causas maternas.

Os índices de Morte Materna revelam a deficiência das políticas sociais e a inoperância do modelo assistencial de saúde brasileiro.

Na tentativa de mudar esta realidade, o governo brasileiro tem incentivado ações que merecem ser aqui destacadas. Medida de vital importância foi a instituição do Projeto Maternidade Segura, num esforço conjunto entre o Ministério da Saúde, FEBRASGO, UNICEF, OPAS e FNUAP, para o credenciamento de instituições que promovam a assistência integral à saúde da mulher e da criança. Para ser credenciada como Maternidade Segura, a instituição de saúde deve atender a pré-requisitos, cuja implementação incorrerá na melhoria da qualidade de atendimento (Brasil, 2001).

Em junho de 2000, a Portaria GM/MS nº 569/ GM instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento a ser executado de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados e municípios e pelo Distrito Federal, visando garantir às gestantes acesso a atendimento de qualidade, de forma humanizada e segura durante a gestação, parto e puerpério, mediante *“desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, promovendo a ampliação do acesso a essas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal; bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde”* (Ministério da Saúde, 2001).

Com relação à assistência Pré-Natal, o programa pretende que toda gestante o inicie até o quarto mês de gestação, realizando no mínimo seis consultas antes do nascimento e uma consulta até quarenta e dois dias após o nascimento, além da realização de exames laboratoriais e vacinação antitetânica.

O programa preconiza, ainda, a realização de atividades educativas como também privilegia a caracterização do risco das gestantes atendidas, garantindo o seu acesso a unidades de referência.

No programa está prevista a atuação do enfermeiro durante a realização das consultas de pré-natal e puerpério, o que representa uma oportunidade de ampliação na atuação profissional para a classe, assim como favorece o exercício da profissão de forma humanizada.

O desenvolvimento de ações de pré-natal que privilegiem a caracterização do risco, definindo unidades de referência para diagnóstico, para atenção ambulatorial de alto-risco e também para assistência ao parto é uma estratégia para a identificação precoce das gestantes portadoras de DHEG, favorecendo a intervenção adequada de forma precoce, podendo desta forma, resultar na diminuição das taxas de morbimortalidade materna em consequência desta e de outras intercorrências.

Espera-se, também, que esse programa traga uma melhoria na vigilância da Mortalidade Materna, incrementando o trabalho de investigação dos comitês de prevenção, uma vez que entre os indicadores de avaliação do impacto do mesmo se encontra o coeficiente de Mortalidade Materna dos municípios integrantes.

O programa se refere à capacitação dos profissionais envolvidos de acordo com sua competência. A necessidade de capacitação de médicos e profissionais de enfermagem é evidente nos dados do CEPMM do estado do Paraná, pois quando se refere aos casos de Morte Materna analisados no período 1997-99, atribui a responsabilidade à assistência médica em 45,9% dos casos analisados (CEPMM,2000, p.24).

Mesmo sendo a gestação um processo fisiológico, acarreta riscos para a mulher. Tedesco (1999, p. 29) conceitua a gestação de alto risco como *“aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ ou feto tem maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada.”* É fato que nem todas as mulheres correm o mesmo risco de morte, pois existem fatores que aumentam ou diminuem essa probabilidade. O

conhecimento destes fatores é de fundamental importância para que se desenvolvam ações para a prevenção da Mortalidade Materna.

Para que se identifique a gestante portadora de fatores de risco, surgiram inúmeras tabelas, elaboradas conforme as características da realidade de diferentes países ou regiões. Por ser o Brasil um país com grandes diferenças socioeconômicas e culturais, os fatores de risco reprodutivo podem divergir de uma região para outra.

Entre os fatores de risco reprodutivo apontados pela Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (1999) tem-se os Biológicos como idade (abaixo de 18 e acima de 35 anos); estatura (menor que 150 cm); peso antes da gestação abaixo de 40kg ou peso ganho durante a gestação, menor que 7 kg; história prévia de natimorto; óbito neonatal; partos complicados e recém-nascidos de baixo peso; anemia na gravidez; curto intervalo gestacional (menor que 24 meses). Como fatores de risco socioeconômico tem-se a baixa escolaridade e baixa renda e trabalho que exija demasiado esforço. Há a indicação de fatores de risco comportamental, entre os quais tabagismo e alcoolismo; práticas inadequadas de saúde e higiene.

Intercorrências obstétricas também representam fatores de risco, como hemorragias da primeira metade da gravidez, incluindo abortamento, gravidez ectópica, neoplasia trofoblástica gestacional; as hemorragias da segunda metade da gravidez, como placenta prévia, descolamento prematuro de placenta e rotura uterina; doença hipertensiva específica da gestação (pré-eclâmpsia e eclâmpsia); gestação múltipla, gestação prolongada (maior que 42 semanas); parto prematuro (entre 22 e 36 semanas); amniorrexe prematura; polidrâmnios e mola hidatiforme. O risco se relaciona, ainda, às intercorrências clínicas, como hipertensão arterial, diabetes, cardiopatias, infecção urinária, distúrbios nutricionais, incluindo anemia e distúrbios tireoideanos.

Saxell (200,p.87) acentua que são desenvolvidas poucas pesquisas para investigar as percepções da mulher gestante ao ser qualificada como de alto risco bem como seu conseqüente impacto na gravidez, nascimento e período pós-parto. Diz ainda que “ *embora muitas intervenções obstétricas sejam apropriadas e tem conduzido à melhoria dos resultados perinatais, nenhuma intervenção está livre de risco*”. A designação de estado de alto risco para uma gestante pode conduzir ao que se chama “efeito cascata” devido a intervenções de benefícios duvidosos e danos potenciais.

A autora complementa que o rótulo de alto risco pode gerar estresse e ansiedade na gestante, o que pode diminuir o seu senso de competência, bem como sua confiança na habilidade de conduzir a gestação de forma saudável.

O propósito primário do sistema de avaliação de risco é permitir a classificação da mulher a nível individual em diferentes categorias, para então planejar as ações. O objetivo da avaliação de risco sob a perspectiva de saúde pública é compreender a incidência de uma condição em determinada população e calcular o risco que outros grupos populacionais apresentam de desenvolver a mesma condição. Gestação de alto risco é aquela na qual a probabilidade de um desfecho adverso para a mulher ou para o bebê é maior do que para a população em geral.

Nesse sentido, Saxell (2000, p.89) explicita que existem nos USA mais de vinte instrumentos de avaliação de risco, enquanto que no Canadá há, atualmente, em torno de doze sistemas de avaliação de risco, variando no grau de confiança e sucesso. Refere que a aplicação de tais instrumentos podem gerar resultados falsos negativos e falsos positivos. O falso negativo ocorre quando a gestante de alto risco é classificada como de baixo risco, podendo aumentar significativamente a morbimortalidade materna. Se uma

gestante de baixo risco foi classificada como de alto-risco – falso positivo – pode resultar em procedimentos desnecessários e potencialmente prejudiciais.

Grimes et al., citados por Saxell (2000), desenvolveram uma abordagem holística e fenomenológica para avaliar o risco e compararam ao modelo médico tradicional. Além da história médica obstétrica, levaram em consideração o estado nutricional da mulher, sua vida e relações com estresse, padrões de comportamento, estilos de enfrentamento, crenças e atitudes frente ao nascimento e níveis de energia em relação a sua força interior. Os autores concluíram que esse método alternativo de avaliação de risco foi melhor sucedido do que a metodologia médica tradicional.

Smilkstein et al., apontados por Saxell (2000), sugerem a interação da avaliação de risco biomédica e psicossocial, pois assim seria possível identificar as mulheres que possam experienciar complicações na gestação.

Essas colocações indicam a necessidade de os enfermeiros desenvolverem seus próprios recursos de avaliação de risco, considerando em plano prioritário o ser mulher gestante, vivenciando uma gravidez que deve ser mantida dentro dos padrões de normalidade através do cuidado, levando em consideração as dimensões tecnológicas, instrumentais e expressivas. A avaliação não deve ser influenciada pela metáfora de que o corpo é uma máquina, despida de seu contexto social e cultural, mas considerar a subjetividade para julgamento e tomada de decisão, sabendo interpretar os sinais físicos de complicação, mas também os resultados que tal experiência acarreta à mulher.

É importante oferecer à mulher subsídios para que faça a interpretação do seu próprio risco, com autonomia na tomada de decisão, fazendo suas próprias escolhas mediante informação e educação em saúde. O período de pré-natal é o momento de apropriação consciente de seu estado de saúde, quando muitas vezes deixa de realizar

determinados procedimentos prescritos por entender qualitativamente diferente dos profissionais de saúde, o risco que está correndo. Talvez o enfoque de risco venha a permitir uma adequação do cuidado proposto às necessidades individuais de cada gestante.

A despeito das conquistas e melhorias no plano da assistência à saúde da mulher, silenciosamente, as complicações inerentes à gestação vem ceifando vidas de mulheres jovens e produtivas. Cabe aos gestores de saúde, além de compreender o caráter prioritário de se melhorar as condições de saúde da mulher, a elaboração e implementação de uma política social e econômica que diminua as desigualdades, reunindo esforços para que se torne real a equidade preconizada pelo nosso sistema de saúde.

O desafio, não somente dos gestores, mas dos profissionais de saúde, vai além da elaboração e implementação de uma política que diminua as desigualdades sociais. É premente a mudança do paradigma vigente no modelo de assistência brasileiro. É preciso fazer com que a assistência prestada à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal supere o modelo biomédico.

Além de políticas adequadas às necessidades de cada região do país, de uma vigilância constante dos índices de Mortalidade Materna e de suas causas geradoras, é preciso recuperar a rede pública de serviços de saúde, uma vez que toda a população tem direito a atendimento de qualidade. É importante salientar que a faixa da população acometida pelas complicações no ciclo gravídico-puerperal situa-se onde as carências socioeconômicas e culturais são maiores.

É necessário enfatizar que o cuidado pré-natal seja voltado para a qualidade e não para a produtividade, não sendo avaliada apenas pela cobertura. O cuidado pré-natal deve se preocupar não só com os aspectos fisiológicos da gestação, mas responder às necessidades psicológicas, emocionais, sociais e culturais de cada gestante. É preciso que

sejam valorizadas e implementadas ações de caráter educativo e preventivo. Se faz necessária a articulação de políticas de cuidado à saúde e de políticas sociais, para que sejam supridas carências de moradia, alimentação, educação e lazer, entre outras que acabam por determinar o caráter de risco da parcela da população que compõe a triste realidade da Mortalidade Materna no país.

As práticas educativas devem ser vistas como uma forma não só de humanização do cuidado, mas como um recurso que favorece a conscientização das mulheres sobre seus direitos, incentivando sua participação como sujeitos do cuidado.

Melhorias na qualidade do cuidado à saúde da mulher significam restaurar o direito reprodutivo, elevar o nível de vida da população carente e contribuir para que essa população lute contra a desigualdade num de seus pontos de maior incidência: a saúde.

O cuidado prestado à mulher deve transcender a implementação das políticas de saúde; deve ser um instrumento para o crescimento pessoal e para o exercício da cidadania.

4.2 A mortalidade materna: um olhar diferenciado

Considerando os fatores apontados no capítulo anterior percebe-se que a Mortalidade Materna é um indicador da realidade social de uma população.

Dados do Ministério da Saúde (2001) revelam coeficientes considerados como altos pela Organização Mundial de Saúde em continentes como África com 1000/100 mil nascidos vivos e Ásia com 280/100 mil nascidos vivos. Na América do Sul o coeficiente é de 200/100 mil nascidos vivos.

Menos de 30% dos países da América Latina estão garantindo uma maternidade segura às suas mulheres, com taxas inferiores a 30 óbitos por 100.000 nascidos vivos, como o que ocorre em Cuba, Costa Rica, Chile, Porto Rico, Uruguai, Estados Unidos e Canadá (CEPPM-PR, 1997).

No Brasil, dados de 1989 indicam uma taxa de mortalidade materna de 124 para 100.000 mulheres, no conjunto do país, com variação expressiva entre o máximo de 380 no Norte e o mínimo de 96 no Sul. A menor taxa é a do Rio Grande do Sul (60), e a maior do Pará (458), conforme o Ministério da Saúde, (2001).

A causa de maior incidência tem sido a Doença Hipertensiva Específica da Gestação, representando 16,8 % das mortes (CEPMM, 2000), o que revela deficiências nos serviços de saúde e má qualidade dos serviços pré-natais, já que se trata de uma patologia, em geral controlável com acompanhamento de peso e pressão arterial durante a gravidez.

Hemorragias na gestação, parto e puerpério respondem por 16,9 % das mortes (CEPMM, 2000), indicando a má qualidade da atenção ao parto e puerpério, a precariedade

dos bancos de sangue e a elevada porcentagem de cesarianas (para a qual contribuem também as laqueaduras).

No Brasil, assim como em muitos países, não é conhecida a real magnitude da mortalidade materna, em consequência da sub-notificação no atestado do óbito. As estatísticas oficiais de mortalidade no País, mostram um coeficiente de mortalidade materna próximo a 70 óbitos/100.000 NV. Por meio de pesquisas e dos Comitês de Investigação da Mortalidade Materna identificou-se que existe uma sub-notificação de cerca de 50% das mortes maternas, portanto o coeficiente deve ser corrigido para 140/100.000 NV.

Para a correção desse sub-registro é necessário treinamento dos profissionais médicos no correto preenchimento da declaração de óbito. Medida recente, que merece consideração, é a divulgada pelo Ministério da Saúde, que define o óbito materno como evento de Notificação Compulsória para a Vigilância Epidemiológica (Resolução 256/97, homologada em 12/02/98).

Indicador de fundamental importância da realidade social de uma nação, a mortalidade materna encontra-se em situação nada confortável no Brasil. O estudo da mortalidade materna tem se mostrado de grande valia para determinar as condições socioeconômicas e culturais de uma determinada população, assim como o nível de competência dos profissionais de saúde e as condições de saúde oferecidas.

É um fato indiscutível que determinadas populações, como a do Japão, Canadá e EUA tenham os seus coeficientes de mortalidade materna reduzidos em decorrência dos cuidados instituídos durante o acompanhamento pré-natal. Outros países menos favorecidos possuem coeficientes alarmantes, mostrando que há muito ainda por fazer.

Não resta dúvida de que a qualidade e a abrangência da assistência obstétrica e neonatal oferecidas à população são as principais responsáveis por tais indicadores. Por considerar de relevância a atuação nesse pilar da saúde brasileira, o Ministério da Saúde incentivou, a partir de 1988, a implantação de Comitês de Prevenção de Mortalidade Materna cuja finalidade é identificar, investigar e analisar os óbitos maternos com objetivo de apontar medidas de intervenção. O Brasil conta hoje, segundo dados do Ministério da Saúde (2001), com 14 Comitês atuantes a nível estadual.

Em 1994 a morte materna foi reconhecida como prioridade da saúde pública pelo Ministério da Saúde, quando foi instituído o dia 28 de maio como Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna.

Diante do quadro de assistência à saúde da mulher retratado persiste a indignação, principalmente quando se analisa a evitabilidade dessas mortes.

Conforme o Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná (1997) *“estima-se que para cada quatro nascimentos ocorra uma complicação na gravidez, parto ou puerpério, o que representaria cerca de 800.000 complicações no Brasil e 45.000 no Paraná”*. Segundo dados do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná, a DHEG foi a primeira causa de óbitos maternos por causa obstétrica no período de 1994-96, atingido 19% das mortes e no período de 1997-99 sendo atribuída a 16,8% dos casos. Dentre as principais causas de Mortalidade Materna, as Síndromes Hipertensivas apresentam-se como um dos agravos de maior incidência.

O aumento da cobertura e a melhoria da qualidade do cuidado à saúde da mulher representam as principais medidas a serem adotadas no sentido de mudar o panorama revelado pelos dados epidemiológicos. É de competência dos gestores de saúde a implementação de políticas públicas que priorizem a saúde da mulher. São necessárias

melhorias na rede hospitalar, ofertando equipamentos e condições para o atendimento, além do incremento dos bancos de sangue, tendo em vista os elevados índices de óbito por hemorragias, além de um rigoroso controle de infecção hospitalar. Faz-se necessária a reativação de leitos em maternidades com atenção especial à gestação de alto risco, criando ambulatórios de especialidades que possam suprir essa lacuna no atendimento pré-natal.

Salienta-se, ainda, a relevância da atuação das equipes multiprofissionais nos diversos estágios da vida da mulher, como no planejamento familiar, escolhendo o melhor momento para a gravidez, na tentativa de diminuir os índices de morte materna por abortamento provocado, bem como no suporte ao pré-natal precoce, dando condições para melhor aderência à consulta, facilitando a realização de exames complementares de forma mais ágil e eficiente, contribuindo, assim, para a diminuição das patologias intercorrentes no ciclo gravídico-puerperal.

É de fundamental importância que profissionais sejam reciclados constantemente e que se comprometam com a redução dos números de Mortalidade Materna no país.

Estratégias para o futuro incluem uma visão de cuidado para todas as mulheres de forma contínua, personalizada e não autoritária, respondendo às necessidades físicas, sociais, emocionais e culturais das mulheres. O cuidado é, então, constituído em cooperação entre a mulher e seus cuidadores, ou seja, a mulher é encorajada a participar e fazer escolhas a respeito de seu cuidado.

Benston, citado por Saxell (2000, p.101), propõe uma “*ciência para as pessoas*”, na qual os profissionais desenvolvem aplicações socialmente responsáveis de sua experiência e tornam essa experiência disponível onde seja mais necessário.

Os cuidadores da área obstétrica necessitam conceituar sua marcada discordância sobre o que constitui efetivo cuidado, quais os objetivos do cuidado e quais os melhores meios de alcançar o cuidado efetivo. Não há lugar para competitividade ou rivalidade, uma vez que o cuidado efetivo somente pode ocorrer quando ambos os cuidadores (médicos e enfermeiros) têm seus papéis na complementariedade. Benston referido por Saxell (2000, p.101), propõe ainda “*uma ciência com as pessoas na qual os profissionais e os leigos compartilhariam suas experiências para gerar uma síntese do conhecimento*”. Essa cooperação contribui para a diminuição do desequilíbrio hierárquico entre o profissional *expert* e o conhecimento leigo, o que criaria um processo mais democrático para determinar o que constitui o cuidado efetivo.

Propõe, finalmente, “*a ciência pelas pessoas*”, em que fornece para as pessoas leigas recursos para aprender mais sobre áreas técnicas exclusivas dos profissionais. Quando se oferece à mulher informações balanceadas e tempo para refletir sobre elas, é possível realizar um bom trabalho na tomada de decisão de quais problemas são importantes e quais estão relacionados ao risco. Somente rompendo o poder entre o conhecimento dos “*experts*” e o conhecimento leigo, pode-se abrir o diálogo com a mulher. É importante reconhecer a experiência da mulher sobre seu corpo e suas necessidades de cuidado de saúde.

4.3 A doença hipertensiva específica da gestação sob a ótica do cuidado humanizado

A Doença Hipertensiva Específica da Gestação é:

“uma das mais comuns complicações na gestação determinando graves complicações materno fetais. Estima-se que cerca de 50.000 mulheres morrem a cada ano em todo o mundo, vítimas das graves complicações relacionadas a patologia. Particularmente em países onde as condições de assistência materno infantil encontra-se muito longe do ideal” (Sass et al., 2000, p. 53).

Branden (2000, p.134) afirma que *“a hipertensão é a terceira principal causa de morte nos EUA, atingindo 7% de todas as gestações”*.

Kahhale e Zugaib (1995, p. 9) citam dados da Suécia, onde a ocorrência é de 265 gestantes hipertensas em 17.000 partos, ou seja, incidência de 1,6%. Os mesmos autores, citando trabalho que realizaram no período de 1981 a 1984 na clínica obstétrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, afirmam que a hipertensão arterial associada a gravidez foi a patologia mais freqüente, e representou 37,2% de todas as gestantes internadas naquele período. Segundo os mesmos autores (1995, p.11) a eclampsia também foi a principal causa de óbito materno nessa clínica no período de 1974 a 1983, sendo responsável por 36 % dos óbitos.

A DHEG vem sendo estudada e relatada por estudiosos há muitos anos, mas segundo Kahhale e Zugaib (1995, p. 1), *“ só no ano de 1900 foi feito o reconhecimento da hipertensão, edema e proteinúria associadas às convulsões da eclampsia”*.

Durante muito tempo essa patologia foi conhecida como toxemia gravídica. Atualmente as síndromes hipertensivas na gravidez recebem a seguinte classificação segundo o American College of Obstetricians and Gynecologists (Branden, 2000, p.136):

hipertensão crônica, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, hipertensão induzida pela gravidez, hipertensão crônica com pré-eclâmpsia superposta e hipertensão transitória.

Segundo Branden (2000, p, 136) a “*hipertensão induzida pela gravidez é caracterizada por hipertensão, proteinúria e edema. Existem duas formas básicas: pré-eclâmpsia (forma não convulsiva marcada pelo início da hipertensão aguda após a 20ª semana de gestação) e eclâmpsia (forma convulsiva que incide entre a 20ª semana da gestação e o final da primeira semana após o parto)*”

Em relação à tríade clássica dos sintomas da DHEG, Rezende e Montenegro (1988, p.223) definem como hipertensão “ *a pressão arterial (PA) que é igual ou superior a 140/90 mmHg*” e referem também que “ *os padrões americanos recomendam, como limites superiores de normalidade, em qualquer fase da gravidez, as cifras de 130/80 mmHg; acréscimos de 30 mmHg na pressão sistólica (PS) ou de 15 mmHg na diastólica (PD) são também considerados anormais, não importa os valores absolutos atingidos.*”

Os mesmos autores consideram a “ *proteinúria significativa, no 3º trimestre, aquela > 2+ (>1,0 – 3,0 g/l)*” (p.224).

Kahhale e Zugaib (1995, p.2) definem edema gestacional conforme a terminologia do Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (1972) como “*o excessivo acúmulo generalizado de líquidos nos tecidos, demonstrado por edema marcado de 1+ ou mais, após repouso de doze horas no leito ou pelo ganho de peso de 2.275 g (5 libras) numa semana.*”

Segundo El-Kadre e Delascio (1991, p.3) a DHEG “ *é entidade mórbida exclusiva e que só surge durante a gestação, principalmente de primigestas, que se instala clinicamente depois da 20ª semana, pela deflagração de uma hipertensão aguda associada ao edema e muito freqüente, à proteinúria, e que, eventualmente, exhibe*

alterações de coagulação e função hepática, e ainda poderá ter desfecho em convulsão e coma .”

A etiologia da DHEG ainda permanece desconhecida, embora inúmeras teorias tenham tentado explicar sua causa (Rezende e Montenegro,1995, p.224, Kahhale e Zugaib 1995, p.15 , El-Kadre e Delascio 1991, p.15).

Segundo Kahhale e Zugaib (1995, p.37).

“Apesar de todas as dúvidas e dificuldades no elucidamento dos mecanismos fisiopatológicos da pré-eclampsia, tem-se como certo que o fenômeno principal seria a presença do vasoespasmo arteriolar, ubíquo e universal, presente em todos os tecidos. Tal angioespasmo, ao que parece de aparecimento precoce na evolução da patologia determina maior resistência ao fluxo sanguíneo e, conseqüentemente, hipertensão arterial durante o evoluir da gestação.”

A DHEG provoca alterações nos principais sistemas do organismo, como insuficiência renal, edema pulmonar, alterações na perfusão utero-placentária, insuficiência cardíaca, lesões e hemorragia cerebral e distúrbios de coagulação sanguínea, levando a um prognóstico materno desfavorável que resulta na prevalência da DHEG como causa das mortes maternas.

Com o objetivo de reduzir as mortes maternas pela DHEG é necessário que se faça uma assistência preventiva, o que é dificultado pelas características da patologia até então demonstradas. A atuação preventiva a nível primário deveria se concentrar no combate ao agente etiológico, o que torna impossível a ação neste caso, restando a identificação precoce dos fatores de risco, os quais muitas vezes não podem ser eliminados, apenas minimizados.

A ação dos profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros e enfermeiros obstetras deve, então, concentrar-se no diagnóstico precoce da patologia durante o pré-natal, com imediato encaminhamento da cliente para a assistência a nível

secundário ou terciário, a fim de ser instituído o tratamento médico adequado, o qual visará ao controle do quadro clínico, impedindo a evolução e o agravamento da patologia instalada. É de fundamental importância a participação do profissional enfermeiro neste momento, prestando um cuidado de qualidade com ênfase nas ações educativas, que visem a conscientização e a participação da cliente no tratamento a ser instituído.

O cuidado sob a forma de educação se torna um instrumento de grande importância, haja visto que as mulheres que vem morrendo de DHEG são, na sua maioria, integrantes de uma faixa da população que apresenta carências socioeconômicas e diversidades culturais.

Com base em dados do Comitê Estadual de Prevenção de Mortalidade Materna do Estado do Paraná, tem-se o perfil da mulher que morre vítima da DHEG. No período de 1997-1999 ocorreram no estado do Paraná 440 óbitos de mulheres em idade fértil, por complicações durante o ciclo gravídico-puerperal, não incluindo os óbitos maternos tardios. Cerca de 66,1% desses óbitos foram decorrentes de causas obstétricas diretas, sendo a principal causa a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG), com 74 casos (16,8%), excluída a Hipertensão Arterial Crônica, que foi considerada como causa obstétrica indireta, com 13 casos (2,9%). Dos 74 casos ocorridos por DHEG foram analisados 72 casos a partir dos resumos clínicos elaborados pelo CEPMM do Paraná. Essa análise subsidiou a elaboração do perfil da mulher que morreu por DHEG no Estado do Paraná no período de 1997-99.

Com base nos dados analisados, podemos afirmar que a mulher que tem como causa morte a DHEG é casada, branca, jovem, com idade entre 25 e 34 anos, de baixa renda (até três salários mínimos) com escolaridade de 1º grau incompleto, o que revela uma fatia da população que teve sua vida ceifada em plena fase produtiva. Essas mulheres

fazem parte de uma grande faixa da população excluída da educação formal, o que dificulta sua inserção no mercado de trabalho, mas que, dentro de suas possibilidades, contribuía para o sustento da família (44 tinham ocupação remunerada fora do lar). As grandes carências nas dimensões da saúde e da educação tornam essas mulheres um grupo da população que encontra maiores dificuldades para conquistar bons padrões de saúde, que, por não ter seus direitos sociais atendidos encontra-se numa faixa caracterizada como de risco, relegada a sobreviver do assistencialismo. Fazem parte da faixa da população considerada pobre, a qual tem maior risco de adoecer e, quando adoecer, encontra maiores dificuldades para buscar alternativas de cuidado. As mortes aconteceram mesmo tendo essas mulheres acesso ao sistema de saúde como revelam os dados: 62 fizeram pré-natal e 28 realizaram mais de 6 consultas. Esses números nos fazem questionar a qualidade do serviço oferecido à população de baixo nível socioeconômico e cultural. Podemos inferir que essa população morreu pela ineficiência, dos cuidados à saúde. Os dados revelam que aspectos sócio-econômicos são determinantes e influenciam os números da mortalidade materna, os quais sempre são mais elevados nas regiões onde a pobreza é maior.

Educação e saúde se inter-relacionam, portanto a baixa escolaridade dessas mulheres condicionam atitudes que dificultam a obtenção de um nível de cuidado de si, bem como o acesso ao sistema de saúde considerado de qualidade.

Sabe-se que os grupos da população com menor renda, menor escolaridade e más condições de trabalho têm maiores dificuldades no cuidado à saúde, maior necessidade de informação e de cuidados preventivos, o que demonstra a necessidade de profissionais que valorizem a individualidade do ser humano, sendo capazes de interagir para atender às necessidades de cuidado de saúde de cada um. Sendo assim, o cuidado educativo se coloca como a forma de cuidado adequado.

O fato de essas mulheres terem morrido de uma patologia considerada evitável nas suas formas mais graves, a despeito de terem tido acesso ao sistema de saúde, (62 fizeram pré-natal e 71 tiveram assistência em nível hospitalar), demonstra claramente que é primordial a melhoria na qualidade do cuidado prestado, que as políticas públicas devem intervir no problema a fundo, visando à melhoria da qualidade dos serviços bem como o melhor preparo do profissional, fatores fundamentais no combate à mortalidade materna.

A necessidade de melhoria da qualidade do cuidado prestado à população carente fica demonstrada quando, dos 72 óbitos analisados, 71 foram considerados evitáveis, com a responsabilidade sendo atribuída à assistência médica em 62 deles. A melhoria de qualidade no cuidado prestado pode significar a restauração dos direitos humanos. Prestar cuidado de qualidade à mulher no ciclo gravídico-puerperal é garantir a ela o direito de reprodução sem colocar sua vida em risco, garantindo sua integridade física e emocional, utilizando recursos materiais e humanos adequados, extensivos ao produto da concepção. Isso implica assumir a responsabilidade perante todas as mulheres e não apenas àquelas de nível socioeconômico e cultural mais elevado.

É necessário que se estenda o cuidado ao conceito, uma vez que os dados nos revelam que dos 72 casos analisados, 23 conceitos morreram antes do nascimento e 2 morreram nos primeiros 7 dias de vida. Sabe-se que o descuido durante o pré-natal e o trabalho de parto é responsável por grande número de intercorrências no período neonatal.

Essa situação demonstra a necessidade de o profissional enfermeiro atuar como agente de transformação, por meio do cuidado educativo, discutir a real situação dessas mulheres, orientando, informando, detectando e tentando solucionar suas carências. O enfermeiro deve intervir no processo de evolução da DHEG a nível secundário, evitando seu agravamento, auxiliando estas mulheres a compreenderem sua realidade e a cuidarem

de si, fazendo-as “ ser mais”. Dessa forma, as desigualdades evidentes no setor de saúde e educação serão amenizadas, contribuindo para a humanização do cuidado.

Falar sobre a necessidade de humanização faz com que surjam algumas inquietações: como chegamos ao ponto de fazer uma campanha para humanizar algo que é inerente ao ser humano, o CUIDADO? Como pode então ser necessário tornar humana esta prática que já o deveria ser naturalmente, uma vez que é um fenômeno constitutivo da existência humana segundo Roach (1993)?

A humanização do cuidado nos remete a uma reflexão pela da história da assistência à saúde, com o intento de desvelar quando foi que a humanização do cuidado deixou de existir.

Nas últimas décadas da história, a visão mecanicista do homem foi se fortalecendo no contexto capitalista de desenvolvimento. No bojo desse movimento tecnicista surgiu a visão fragmentada do homem, o homem máquina que se viu dividido em corpo e alma, razão e emoção, aparelhos e órgãos. A sociedade se envolveu de uma visão positivista, paradigma que, segundo Waldow (1998, p.73), tem no dualismo e no reducionismo as principais características: “ *o primeiro, compreendendo a noção de que o corpo e mente são entidades distintas e separadas; o segundo, significando que qualquer sistema é passível de redução em partes mais simples ou menores*”.

Com o desenvolvimento tecnológico crescente nas últimas décadas, a assistência à saúde é prestada de forma a separar o doente e a doença. Norteadas pela visão dual do homem, tem como único objetivo reparar, tratar as funções das partes do corpo que não estejam funcionando de acordo com os padrões fisiológicos de normalidade. O homem acaba fragmentado em partes estudadas por especialistas que, de posse do conhecimento

científico e dos recursos tecnológicos, adotam cada vez mais posturas impessoais, tratando o cliente como uma doença. Nesse sentido, Collière (1989, p.142) estabelece que

“a predominância da hipertecnicidade e sua hipervalorização cria expectativas de um tipo de cuidados, baseados na imagem de uma saúde recuperação. A tecnicidade toma um valor mítico todo-poderoso, de recurso supremo a soluções de problemas sanitários, que não constituem objecto de uma análise de situações que permita compreender a natureza das dificuldades sentidas pelo doente, a família e os que o rodeiam. Ao criar repertórios de respostas a dar, perante a manifestação de sinais de uma ou outra doença, dá segurança aos doentes que confiam os seus corpos aos aparelhos todo-poderosos, aos medicamentos-refúgio que dissimulam, muitas vezes, um mal maior, deixando na sombra “o que torna doente”, o que faz com que “se fique doente” ou com que não haja outra forma de existir senão refugiar-se na doença”.

A mesma autora pontua ainda que:

“esta idealização da tecnicidade provoca uma desmotivação das pessoas perante os problemas de saúde e favorece a sua passividade. Entregam-se “aos que sabem por eles” e submetem-se ao que é considerado bom ou mau, sem interrogarem ou questionarem sobre os factos pessoais e coletivos que influenciam favorável ou desfavoravelmente o processo saúde doença.”

Quem cuida detém o poder do saber e utiliza-se desse conhecimento sem se importar com “quem é tratado”, tendo deste ser uma visão fragmentada, desconsiderando-o como o todo que é, com sua história, suas crenças, seus valores e seus papéis sociais.

Para Odent (1982), a separação do ser humano do seu contexto histórico leva à alienação e à desumanização. As relações tornam-se impessoais, a falta de comunicação é mais um fator de desumanização do cuidado.

A enfermagem pós-Nightingale também foi tomada por esta visão reducionista e tecnicista e passou por um período quando a técnica se tornou o alicerce da profissão. Junto com o desenvolvimento técnico a profissão se viu também num crescente impessoalismo, frieza e desumanização do cuidado.

A enfermagem moderna teve sua trajetória marcada pelo paradigma mecanicista que trata o homem como máquina, tendo um rápido desenvolvimento tecnológico, formando profissionais altamente técnicos. Em função das pressões sociais o enfermeiro passa por uma crise de identidade, dentro da dicotomia do pensar e do fazer.

Acompanhando o desenvolvimento técnico houve também o desenvolvimento intelectual e, mesmo que timidamente, o enfermeiro começou a refletir criticamente sobre o modelo biologicista pelo qual vinha sendo envolvido. Ao perceber que o cuidado vinha sendo uma ação mecanizada, os enfermeiros começaram a buscar instrumentos no próprio saber para retomar a essência de seu trabalho, o cuidado.

A reflexão sobre as formas de fazer enfermagem no cotidiano, levou a enfermagem a caminhar em direção à mudança, buscando transformar o fazer tecnicista num fazer humanista. O despertar da consciência de que o cliente precisa, além das habilidades técnicas do profissional, também de humanidade, calor e respeito fez com que o enfermeiro buscasse retomar o cuidado humanizado. Muitos estudos têm sido feitos sobre o cuidado na busca de encontrar o seu significado.

Para Ferreira (1995), humanizar é torna-se humano, dar condição humana. O paradigma humanista tem como preocupação central a valorização do homem, e o desenvolvimento de suas capacidades.

Cuidar de forma humanizada só é possível na troca, na relação interpessoal e no conhecimento do outro. O respeito ao ser humano é um aspecto essencial do cuidado humanizado. Atender às necessidades do ser cuidado, acreditar na sua capacidade de desenvolvimento e de crescimento, é fundamental para que se faça o cuidado humanizado, baseado no respeito às necessidades e com fé nas potencialidades do ser cuidado.

O respeito ao ser cuidado é um componente fundamental à realização do cuidado humanizado. Deve estar presente para que haja uma relação interativa, na qual o enfermeiro veja o ser cuidado como um ser humano único, singular, capaz de participar das decisões sobre seu cuidado. O respeito requer que se acredite na capacidade de o ser cuidado crescer e se tornar o “ser mais”. O cuidado desenvolvido dessa forma vai se constituir em um instrumento de crescimento do ser cuidado em busca da cidadania. Esse respeito vem como componente da atitude do profissional que cuida.

Para mudar o paradigma e chegar ao cuidado humanizado é preciso muito mais que mudanças nas rotinas e ações; é preciso mudar a postura do profissional que cuida. Uma atitude humanística exige que o enfermeiro se coloque no lugar do outro, buscando a compreensão das necessidades e dúvidas do ser cuidado, valorizando sua história, suas crenças e seus valores. É preciso vivenciar essa forma de cuidar nas relações entre enfermeiro e cliente. Para Collière (1989, p. 212),

“As relações/interações/associações do cuidado evoluem em qualidade na medida em que a construção da civilidade humana represente uma oposição às barbáries e à destruição da humanidade. Espera-se avançar no exercício da cidadania planetária, que por sua vez tem profundas raízes no modo de viver, de se relacionar, de se inteirar e se associar, mantendo-se a singularidade de cada ser. A consciência da cidadania e uma visão mais clara da realidade possibilitam determinar limites apropriados ao assecuramento de uma melhor condição de viver”

O cuidado humanizado implica atendimento das necessidades do ser cuidado nos aspectos biológico, psicológico, social e cultural, estimulando o ser cuidado à independência pelo desenvolvimento de suas potencialidades, desenvolvendo a consciência e favorecendo o exercício da cidadania.

Mas, muito mais que mudar a postura do profissional que cuida, o cuidado humanizado exige mudanças no modelo assistencial vigente; deve evitar posturas

paternalistas que, em nome do auxílio às pessoas, sonégam informações, menosprezando a capacidade intelectual do ser cuidado, interferindo na liberdade, na tomada de decisões sobre seu cuidado. A forma como a assistência à saúde vem sendo prestada tem uma perspectiva mais humanitarista que humanista. O humanitarismo é um instrumento de desumanização, pois resguarda os interesses dos opressores, os profissionais de saúde, detentores do saber técnico-científico que se utilizam da situação de dependência e passividade do ser cuidado, para dar continuidade à opressão, impedindo que este interfira na realidade, transforme-a e transforme-se, crescendo na cidadania e no ser mais, mantendo-se como os necessitados de assistência que legitimam o *status* dos profissionais.

“Os humanitários temem o desnudamento e a transformação do mundo. Estão empenhados em preservar o status quo, situação da qual são beneficiários e que lhes possibilita a manutenção da falsa generosidade”(Freire, 1997, p.60).

Para que a postura, atitude, forma de cuidar, tornem-se reais, é preciso conhecer o ser cuidado, compreender em que momento do seu ciclo vital ele se encontra. Para cuidar de gestantes é preciso compreender a gestação como um processo e não como um evento, é preciso ver a gestação não apenas como um conjunto de fenômenos físicos mas como um momento de transição na vida da mulher em que ocorrem mudanças profundas: é quando essa mulher assume a responsabilidade pela vida de um novo ser, é quando seu papel social se altera, criam-se expectativas, ocorrem sensações novas, anseios, dúvidas, temores. Nesse momento de transição é preciso que o profissional fuja do racionalismo técnico e valorize o subjetivo, o intuitivo.

Para que se cuide da gestante é preciso uma compreensão da gestação que vá além do fisiológico. Para se cuidar de uma gestante considerada de risco, como no caso da

gestante portadora de DHEG, é preciso compreender o que significa transição. Isso nos chama à reflexão sobre o evento da gestação enquanto processo transicional.

V. EMBASAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO

5.1 A teoria de transição: a ênfase na transição de saúde-doença

A vida de todo ser humano é permeada de transições, mudanças. As pessoas reagem diferentemente a diferentes tipos de mudança, ou a um mesmo evento em diferentes etapas do ciclo vital. É uma realidade extremamente complexa que acompanha e define a capacidade para enfrentar mudanças que ocorram no decorrer da vida. Compreender a transição requer uma análise das características individuais bem como dos fatores externos envolvidos.

As transições não ocorrem em ordem sequencial e as respostas ao mesmo evento são diferenciadas. Diante de qualquer mudança a pessoa necessita readequar-se, com novos comportamentos, novos relacionamentos e uma nova maneira de ver a si próprio.

A transição não está apenas ligada à idade cronológica, mas aos fatores que envolvem a pessoa em cada etapa do desenvolvimento no ciclo vital. A mudança ocorre, independentemente da idade, em vários domínios: social, psicológico, biológico,

comportamental, todos inter-relacionados ao modo de ser de cada um. Em qualquer época a maioria dos adultos está se ajustando, e a elaboração das inadequações resulta em crescimento.

Schlossberg (1981, p.5) enfatiza que *“ocorre uma transição se um evento ou não evento resulta em mudanças nos pressupostos da pessoa e do mundo, requerendo uma mudança correspondente no comportamento e relacionamentos da pessoa.”*

Considera-se evento as mudanças óbvias do ciclo vital, ou seja, aquelas que têm grandes possibilidades de ocorrer (casamento, nascimento do primeiro filho, começar a trabalhar, aposentadoria, morte de um parente próximo...). Não evento são as mudanças sutis, aquelas improváveis, que acontecem com poucas pessoas (promoção no emprego que nunca ocorre; perda de uma formatura, ser culpado de um crime, ter o lar destruído por um terremoto...).

Spierer; citado por Schlossberg (1981, p.6), explicita que *“a transição é qualquer mudança que tenha conseqüências importantes no comportamento humano”*. Pode ocorrer em conseqüência de fenômenos biológicos, sociológicos, ambientais ou outros, ter conseqüências imediatas ou manifestadas no futuro, ser evidentes ou permanecer sem serem notadas, ser súbitas ou cumulativas, como determinadas doenças.

A transição é definida pela pessoa que a experiencia, dependendo das mudanças que suscita. Assim, apresenta uma caráter positivo e um negativo, natureza ambivalente que depende do grau de adaptação da pessoa às mudanças inerentes ao processo transicional. Para ocorrer a adaptação à transição, a pessoa lança mão de estratégias que se desenvolvem ao longo do tempo, e vão modelando novos comportamentos.

Para Meleis (1997), os eventos de transição são basicamente três; desenvolvimental, situacional e de saúde-doença. Porém, podem incluir ainda os organizacionais e os educacionais. As transições desenvolvimentais são pontos críticos de transição, como a infância, adolescência, idade adulta e senilidade. Essa transição existe independentemente das culturas. As transições situacionais incluem eventos cotidianos esperados ou inesperados, como a morte, doença, acidentes, gestação. São os desafios mais importantes que uma pessoa enfrenta. A transição de saúde-doença denota uma mudança no estado de saúde, nas relações, nas expectativas. Inclui uma súbita mudança de papel que resulta de uma condição de bem-estar para a doença.

As transições são, portanto, componentes do domínio da enfermagem. Meleis (1997) enfatiza que as transições são de interesse multidimensional na sociologia, psicologia, biologia e fisiologia. Esse interesse não se situa apenas no objeto com o qual lidam, mas nos questionamentos a que o conhecimento das transições podem responder. A autora afirma que somente o enfermeiro tem interesse em articular o enfoque biopsicosociocultural das transições.

Ao trabalhar com o cuidado à saúde de imigrantes, Meleis (1997) designa a transição sociocultural, considerando os efeitos da transição sobre as necessidades biológicas, psicológicas, sociológicas e culturais do cliente, bem como os efeitos da transição no comportamento de doença, episódios de doença e estilos de enfrentamento. O interesse que emerge da perspectiva de enfermagem utiliza um modelo sociológico. É fundamental para a enfermagem conhecer como as pessoas enfrentam a transição e como o ambiente afeta esse processo.

O enfermeiro precisa compreender que a doença não propicia apenas uma mudança física, mas carrega consigo uma oportunidade para começar a viver de forma

consciente e deliberada, modificando o ritmo e a direção do processo de vivência individual.

A gestação é descrita por inúmeros autores como um período de crise pelo qual a mulher transita de forma deliberada ou não.

Crise foi definida por Caplan (1980), como uma fase de desequilíbrio, quando a pessoa encontra obstáculos e, não conseguindo superá-los com seus métodos usuais para a resolução de problemas, passa por um período transitório de desorganização. A pessoa em crise se sente incapaz de atuar normalmente para resolver seus problemas.

Toda crise é desencadeada quando fatores estressantes extrapolam a capacidade de enfrentamento da pessoa.

O estresse é definido por Pohodich, Ramer e Sasmor (1982, p.10) como *“uma pressão externa ou interna que põe à prova a capacidade do indivíduo ou família para enfrentar os problemas da vida”* :

A gestação se concretiza como um evento transicional, que acarreta inúmeras transformações, não apenas corporais mas também, emocionais e sociais, constituindo-se em transição existencial de grande importância, uma vez que ter um filho representa um compromisso irreversível. Isso torna a gestação por si só causadora de estresse.

Eizirik et al. (2001,p.19) apontam que *“as pesquisas recentes têm contribuído para esclarecer a correlação entre experiência estressantes e o surgimento de quadros psíquicos disfuncionais. O termo estresse surgiu para designar as forças envolvidas em uma situação de ameaça à homeostase”*. Os autores complementam argumentando que *“o estresse é referido como qualquer mudança física ou psicológica que rompe o equilíbrio do organismo.”*

As alterações decorrentes da gestação acontecem de forma individual e relacionadas ao contexto existencial da gestante, por isso é de transcendental importância que o enfermeiro se familiarize com essa vivência para que seja capaz de acolher suas ansiedades, temores, dúvidas, expectativas adotando uma postura que ultrapasse o cuidado técnico.

A gravidez para Zimmermann et al. (2001, p.29),

“ é um evento único, no qual, alterações metabólicas e hormonais causam mudanças estruturais que influenciam o comportamento. Qualquer pessoa identifica uma gestante pela barriga desproporcionalmente grande; porém, um observador um pouco mais atento também verificará uma forma diferente de pensar e agir”.

Durante a gestação, podem-se identificar períodos em que prevalecem determinados sentimentos. Assim, conforme Zimmermann et al. (2001, p.30), *“fica clara a associação entre a percepção da gravidez e o início de um período atribulado, no qual temores, ansiedades e alegrias estarão constantemente presentes e refletidos na conduta da gestante.”*

A gestação se desenvolve dentro de um “mito de maternidade feliz” e muitas vezes não existe espaço para que a mulher possa expressar apreensão e ansiedade. além do contentamento o que resulta em solidão. Dessa forma, a gestante necessita de um vínculo que lhe dê segurança, suporte e confiança.

Esse tipo de cuidado é praticamente inexistente no atendimento institucionalizado vigente, no qual predomina a visão tecnicista e reducionista, o que acaba resultando em maior sensação de desamparo e insegurança.

Quando se instala a DHEG, instala-se também o risco materno e fetal; saúde e doença se sobrepõem e isso reforça a necessidade de um cuidado humanizado, efetivado de forma a ouvir e a informar a gestante na tentativa de diminuir a ansiedade, uma vez que o sentimento de culpa pode estar presente, pois existe um clima de ameaça que paira no decorrer da gestação de risco e os efeitos dessa sensação não podem ser facilmente eliminados. Muitas vezes, a tranquilização vem do diálogo entre a gestante e o enfermeiro. A hospitalização pode oferecer segurança por um lado, pelo fato de colocar a gestante próxima aos recursos necessários ao seu tratamento mas, por outro, acarreta inúmeras mudanças no seu cotidiano, retirando-a do seu contexto, interrompendo temporariamente seu padrão de vida, reduzindo suas atividades rotineiras, despersonalizando-a. A monotonia gerada pela necessidade de repouso e pela dependência que se impõe quando há necessidade de receber cuidados especiais, são agravantes para a ansiedade e o medo, gerando a vulnerabilidade que deve ser respeitada por toda a equipe de saúde. O respeito deve ser manifestado pelo cuidado individual e com uma atitude que estimule a participação da gestante no cuidado de si. Torna-se fundamental a informação verdadeira sobre a sua situação de saúde. Consciente do problema, a gestante terá melhor condição de participar e decidir sobre seu cuidado, assim como vivenciar esse período de transição de forma mais segura.

Para que a enfermagem possa cuidar da gestante de forma individualizada e humanizada é de vital importância a compreensão do conceito de transição, conforme preconiza Zagonel (1998, p 56) ,

“Transição é um conceito relevante a muitos interesses em enfermagem. Sabe-se que um indivíduo comumente encontra-se em um certo equilíbrio homeostático, mas quando confronta-se com estresse e situações que exigem a utilização de seus recursos de enfrentamento e adaptação e não obtém sucesso, ocorre desequilíbrio. A transição pode ser utilizada como geradora de mudança e crescimento. Essa perspectiva aponta para a ênfase na

compreensão dos problemas que as pessoas desenvolvem à medida que se movimentam juntas através da vida. Esse movimento é transição.”

Muitos autores consideram transição e crise como sinônimos. Maldonado (1997, p. 25) referindo-se a crise e transição afirma que

“Podemos reservar o termo crise para os períodos de vida mais “dramáticos” ou “revolucionários” e empregar o termo transição existencial para os períodos que, como as crises, também são passagens de uma situação para outra, mas acontecem de modo mais tranqüilo, mais suave. Na verdade toda crise é uma transição, mas nem toda transição se constitui numa crise.”

Seguindo a linha de raciocínio da autora, podemos dizer que a gestação é um período de transição que se transforma em crise a partir da instalação da DHEG.

O momento de vida da gestante portadora de DHEG pode ser considerado um período de crise quando ela tem que enfrentar mudanças inesperadas. É a intensificação das alterações esperadas durante o ciclo gestacional normal. É o momento em que se depara com risco e perigo, os quais ameaçam sua integridade física e emocional, é a transição de saúde–doença se sobrepondo à transição gestacional com toda sua especificidade.

Transição, segundo Chick e Meleis (1986, p. 239) é *“uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro”* Naquele momento a gestante transita do *status* de gestante normal para o de gestante de risco. O homem transita pela vida estando em constante mudança e esse transitar ocorre dentro de um ritmo que vai da estabilidade à instabilidade e retorna novamente à estabilidade.

Para Chick e Meleis (1986, p. 242), a transição possui três fases: entrada, passagem e saída, mas sua duração é variável e *“as fases irão se confundir uma na outra, mais do que serão distintas”*. Afirmam ainda que a transição é um período entre estados completamente estáveis (p.238).

Para Hall (1981), toda transição está associada à mudança e desenvolvimento.

Na visão de Murphy (1990, p.3)

“o conceito de transição parece ser definido a partir de duas perspectivas teóricas principais. Em primeiro lugar, a abordagem de desenvolvimento ao longo da vida, na qual eventos importantes ocorrem, mas é dada maior ênfase ao contexto do evento e processo de mudança e assimilação, do que ao evento em si. A segunda perspectiva é que eventos da vida produzem desequilíbrio (pontos de crise) entre períodos de tempo mais estáveis. Esta abordagem enfatiza padrões da vida precedentes e subseqüentes e enfoca fortemente os resultados. Ambas as perspectivas definidoras sugerem que as respostas humanas à transição são complexas e podem ser afetadas por vários fatores.”

Essa mesma autora classifica a gestação como transição desenvolvimental maturacional baseada nos *“relógios biológico e/ou sociocultural”* (p.3).

Maldonado (1997, p. 27) afirma ser a gestação parte de um processo normal de desenvolvimento, representando *“possibilidade de atingir novos níveis de integração, amadurecimento e expansão da personalidade”*.

Ao analisarmos a DHEG associada à gestação sob o ponto de vista de Murphy (1990) essa patologia poderia ser classificada como *“evento inesperado e inoportuno”* caracterizando a gestação de risco como uma transição situacional que requer enfrentamento e adaptação extensivos.

Sob a ótica de Chick e Meleis (1986), a gestação é o evento que leva à transição e conforme as dimensões a ela atribuídas, a gestação associada a DHEG poderia ser classificada como transição múltipla.

Segundo Maldonado (1997, p.25) *“ pode acontecer também que uma situação no início vivida como transição venha a transformar-se numa crise quando há quebra muito violenta da expectativa...”*

Em revisão de literatura, Shumacker e Meleis (1994) encontraram a maternidade classificada como transição desenvolvimental.

Seja qual for a classificação ou definição, dada à transição da gestação, essa fase de transição existencial receberá significação de acordo com a percepção de quem a vivencia, o que lhe dá um caráter individual. Essa singularidade está presente na colocação feita por Chick e Meleis (1986, p.241): *“transição é um fenômeno pessoal, não um fenômeno estruturado. Os processos e resultados de transição estão relacionados a definições e redefinições de si próprio e da situação. Tais definições e redefinições podem ser feitas pela pessoa experienciando a transição ou por outras no ambiente”*.

A transição para existir de fato como vivência pessoal exige consciência da mudança e sempre resulta em comportamentos observáveis, tais como ansiedade, estresse, depressão.

Chick e Meleis (1986) afirmam, ainda, que apesar de existirem padrões de respostas comportamentais que podem se manifestar durante a transição, esta é sempre percebida de forma individual pela pessoa que experiencia a transição. Enfatizam: *“as dimensões descritas anteriormente poderiam fornecer ponto de partida para um instrumento, que permitiria ao enfermeiro gerar um perfil de como o indivíduo percebe a transição, na qual ele é o centro”*(p.243).

Maldonado (1997, p.33), afirma, em relação aos comportamentos observados durante a transição gestacional, que essa fase *“implica a perspectiva de grandes mudanças interpessoais e intrapsíquicas, o que por si só justificaria a existência de sentimentos opostos entre si como a ambivalência afetiva, a balança entre o querer e o não querer. Há sempre uma oscilação entre desejar e não desejar aquele filho”*.

A gestação evidencia o caráter singular do cuidado que deve ser dado a cada cliente, considerando a transição, conforme Chick e Meleis (1986, p.242), o significado

dado a transição por quem vivencia o processo “*é a única base de dados válida a partir da qual se planeja a intervenção*”.

Segundo afirma Zagonel (1998, p 62), “*a interação subjetiva entre enfermeiro e cliente resulta numa mudança na experiência subjetiva do cliente. O relacionamento enfermeiro – cliente facilita a saúde, fazendo com que o cliente através da experiência que vivencia restaure a harmonia interior e o potencial de cura.*”

A compreensão da transição em todos os seus aspectos é uma forma de a enfermagem desenvolver o cuidado humanizado, sem o risco de impor um significado pautado na experiência pessoal ou nos valores socioculturais, presumindo que ocorra de forma estereotipada, sob o risco de desprezar/desvalorizar a experiência da cliente e incorrer na desumanização do cuidado. O cuidado humanizado leva em consideração o sujeito da ação de cuidar.

O cuidado transicional oferece à cliente uma transição mais saudável, reforça seu potencial, facilita a adaptação, melhora sua capacidade de enfrentamento para que possa ter consciência da transição, revitaliza sua segurança e autoconfiança e, assim, inicia o cuidar de si, tornando esse processo de transição uma oportunidade de crescimento e valorização.

“*O objetivo para a enfermagem é que o cliente saia de qualquer interação com a enfermagem não somente mais confortável e mais capaz de lidar com o problema de saúde presente, mas também, melhor preparado para proteger e promover a saúde para o futuro*”(Chick e Meleis, 1986, p. 248).

5.2 O cuidado educativo frente ao processo de transição

A enfermagem é uma profissão que trabalha com o ser humano, na busca da sua promoção e, portanto, deve ter como objetivo fazer dele o “ser mais” e a educação é uma forma de promoção desse ser humano .

O homem diferentemente de outros animais, não nasce com suas capacidades desenvolvidas. É ao longo de sua vida, pelas relações que estabelece com os outros homens, no processo de socialização, que ele as desenvolve. Uma das razões pelas quais isso ocorre é que ele nasce e mantém, enquanto vive, a capacidade de aprender e de ensinar, transmitindo, mas também produzindo e modificando os conhecimentos e a cultura.

A educação está ligada diretamente a essa capacidade, é parte do processo de socialização que humaniza o homem, propiciando o desenvolvimento de suas capacidades. Contudo, embora ocorra em todas as sociedades, não se apresenta nelas de forma única.

Segundo Freire (1998, p.29), a educação implica uma busca realizada por um sujeito que é o homem e esse deve ser o sujeito de sua própria educação. Não pode ser o objeto dela. Ninguém educa ninguém. Por isso, afirma o autor, *“não podemos nos colocar na posição do ser superior que ensina um grupo de ignorantes, mas sim na posição humilde daquele que comunica um saber relativo a outros que possuem outro saber relativo.”*

A educação é um momento do processo de humanização. Freire (1999) tem um modo dialético de pensar, não separando teoria e prática, como faziam os positivistas clássicos. Para o autor, teoria, método e prática formam um todo, guiado pelo princípio da

relação entre o conhecimento e o conhecedor, constituindo, portanto, uma teoria do conhecimento e uma antropologia, nas quais o saber tem um papel emancipador.

Tendo em vista essa “humanização” do cuidado, busco conhecer profundamente, por meio do cuidado educativo, a realidade social das pessoas que atendo, nesse caso específico, as portadoras de DHEG. Entendo ser a educação um mediador entre a mulher portadora de DHEG e o enfermeiro, no sentido de ajudá-la a alcançar a estabilidade perdida diante da ocorrência da transição de saúde-doença.

Freire (1997) enfatiza a importância de afirmar as histórias que são baseadas em suas próprias experiências. A importância das histórias dos envolvidos não deveria ser ignorada pelos educadores. As histórias muitas vezes refletem o espírito da comunidade, se não sua memória coletiva, e também os silêncios que demonstram seu inconsciente reprimido. Tais histórias necessitam ser faladas, ouvidas e afirmadas, mas também criticadas quando personificam, muitas vezes de forma inconsciente, o racismo, o sexismo ou antagonismos que oprimem os outros. Essa atitude é amparada por trabalhos anteriores que atestaram que as pessoas só se interessam pela discussão quando a decodificação da mesma diz respeito, diretamente, a aspectos concretos de suas necessidades sentidas.

Conscientização é a palavra-chave da educação e no contexto do processo transicional, a consciência da mudança é fundamental para passar por ela de forma saudável e retornar à estabilidade. Dentro da perspectiva descrita anteriormente, o cuidado educativo é uma das dimensões da enfermagem que visa dar suporte às gestantes de risco, diminuindo o estresse e crise decorrentes das implicações da transição gestacional. Como a educação dá-se em qualquer lugar, inclusive nos hospitais, a enfermagem exerce o cuidado, sendo o educar, uma dimensão fundamental desse cuidar. Trata-se de cuidar-

educando. Educar enquanto aprende a aprender para educar, havendo troca e crescimento mútuo, com base na realidade vivenciada.

O processo de crescimento e conscientização do ser humano envolve as relações sociais; sendo assim, no desenvolvimento do cuidado transicional, o educador-enfermeiro deve respeitar a história, a cultura, o saber preexistente do educando, a cliente portadora de DHEG.

A postura ética do enfermeiro implica sensibilidade e respeito ao cliente. A sensibilidade é imprescindível para que se possa compreender e aceitar o ser humano na sua singularidade, a fim de compreender as diversas dimensões da transição gestacional. Isso exige do enfermeiro uma postura política e profissional de aceitação, respeito, e ainda, que resulte em respostas às necessidades da cliente. A postura ética no desenvolvimento do cuidado transicional deve ser a de respeito pela individualidade, considerando a singularidade, a história, o contexto de vida de cada uma das gestantes portadoras de DHEG.

A enfermagem é uma profissão que tem por essência o cuidado ao ser humano e dessa forma, não pode, no seu cotidiano, eximir-se da responsabilidade de resguardar o bem-estar de sua clientela.

O cuidado educativo desenvolvido a cada encontro entre o enfermeiro e as clientes é uma relação de troca; assim exige, respeito à maneira de existir de cada um, como afirma Freire (1997, p.25), *“ensinar não é transferir conhecimento, mas criar a possibilidade para a sua produção ou sua construção.”*

Na busca de tornar o cliente o “ser mais”, o educador-enfermeiro deve ter como base a fé e a esperança, pois não se consegue educar se não se acredita que o cliente tem potencial para a reflexão e para a ação. Acreditando que a reflexão é inerente ao ser

humano, deve fazer com que o cliente assuma o papel de sujeito no cuidado de si, uma vez que tem o saber adquirido no seu processo de viver e que tem capacidade de compreensão da sua realidade, desde que reflita sobre ela.

Desta forma, a educação deve ser a estratégia escolhida pelo enfermeiro para promover o cuidado transicional, pois permite às partes atuarem e pensarem criticamente.

Gadotti (1989, p.33) afirma que *“há uma sabedoria popular, um saber que se gera na prática social de que o povo participa, mas, às vezes, o que está faltando é uma compreensão mais solidária dos temas que compõem o conjunto deste saber.”*

O enfermeiro, acreditando na capacidade de ação e reflexão do cliente, não pode desprezar a compreensão que ele tem do mundo nem tampouco os seus saberes em torno da saúde. Portanto, ao despertar na gestante portadora de DHEG sua situação existencial, cria-se uma oportunidade para que reflita sobre sua realidade, abrindo caminho para seu crescimento e para a ação de cuidar de si e para que a transição ocorra de forma mais tranqüila. O cuidado educativo se torna uma exigência para que o enfermeiro atinja seu objetivo profissional de promover a cliente a “ser mais”.

Considerando que existem saberes diferentes, o profissional não pode colocar-se na posição de quem ensina um ignorante, mas sim na posição de quem comunica um saber relativo ao outro, que também possui um saber relativo, uma vez que educar implica fundamentalmente respeito aos sujeitos.

O cuidado educativo visa capacitar a cliente para a decisão, para a responsabilidade e vai acontecer na discussão concreta da realidade e dos problemas vivenciados por ela. A participação da cliente no cuidado educativo vai se efetivar pela comunicação, ou seja, na troca entre enfermeiro e cliente, na interação entre as partes.

O componente educativo esperado no desenvolvimento do cuidado transicional acontece quando, acreditando no caráter social do ser humano, estaremos compartilhando com a cliente as experiências vividas. Cada qual, trazendo sua experiência acumulada, seus valores e crenças, seu saber relativo, percebe-se, comunica-se, interage. No momento da interação os dois sistemas pessoais filtram informações, as quais poderão resultar em aprendizagem.

Enfermeiro e cliente poderão utilizar seu potencial e os recursos disponíveis para atingirem suas metas, o que significa, nesse contexto, o atendimento das necessidades sentidas/percebidas no vivenciar da transição da gestante portadora de DHEG. Desta forma, chega-se à expansão, ao desenvolvimento do “ser mais”, objetivo do cuidado educativo e do cuidado transicional.

O cuidado educativo pode ser um recurso inestimável para a prevenção/redução do número de mortes maternas. A educação das mulheres pode levá-las ao autoconhecimento, despertando-as para o reconhecimento da transição e das suas necessidades, favorecendo também o cuidado de si.

O cuidado educativo, mais uma vez, serve de instrumento de transformação, enquanto se constitui na troca de informações de forma simples, compreensível, verdadeira, respeitosa, mas adequada à capacidade de discernimento e compreensão do ser cuidado, facilitando seu crescimento, conscientização e exercício da cidadania. O humanismo requer que informação, decisão e responsabilidade sejam compartilhadas entre o ser cuidado e o cuidador.

O cuidado educativo pode ser um fator mediador no processo de transição, se for usado como estratégia de intervenção.

O cuidado educativo e o cuidado humanizado servem de estratégias de intervenção durante o processo de transição, uma vez que levam em conta a individualidade, a singularidade do ser cuidado e têm como objetivo o seu crescimento e a valorização da capacidade do ser humano.

Entendido como suporte na interação enfermeiro-cliente durante o processo de transição da gestante, o cuidado educativo proporciona um transitar o mais tranqüilo possível, minimizando padrões de resposta como ansiedade, estresse e depressão, uma vez que as necessidades da cliente, entre elas a educativa, estarão sendo atendidas.

Instrumento de cuidado no processo de transição, pois permite ao enfermeiro ouvir, conhecer, perceber a necessidade de cuidado de cada cliente, o cuidado educativo facilita a consciência do processo de transição porque valoriza o vivido pela cliente

Utilizar o cuidado educativo como estratégia para a efetivação do cuidado transicional é adequado, pois este deve estar *“voltado a uma maior sensibilização, conscientização e humanização, identificando no cliente fatores que indiquem a transição, com a finalidade de facilitar estes eventos em direção a uma transição mais saudável”* (Zagonel, 1999, p.27).

Isso requer do enfermeiro conhecimento das alterações inerentes à gestação, assim como postura ética de respeito à individualidade da cliente, dando a ela suporte face às respostas comportamentais esperadas.

O cuidado educativo como suporte facilita a busca pela cliente de recursos de cuidado necessários durante a transição, como enfatizam Schumacker e Meleis (1994, p.122) *“o nível de conhecimento e habilidade relevantes à uma transição é outra condição que influencia os resultados de saúde e podem ser insuficientes para encontrar as demandas de uma nova situação.”*

O cuidado educativo tem como componentes fundamentais o respeito ao ser humano como ser único, integral, dono de uma história pessoal e uma identidade social que não pode ser desprezada, sob pena de se incorrer na desumanização. Essa forma de cuidar facilita o crescimento do ser cuidado, pois acredita no seu potencial para fazer/decidir sobre o cuidado e para “ser mais”, desfazendo sua dependência em relação ao cuidador, na medida em que este se conscientiza da sua capacidade. Dessa forma, contribui para o exercício da cidadania.

VI. A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O método de pesquisa que subsidiou esse trabalho é a abordagem qualitativa. A análise baseou-se no referencial metodológico de Bardin (1979) através da análise de conteúdo, utilizando como instrumento de coleta das informações a entrevista semi-estruturada. Para a compreensão dos resultados apreendidos, utilizei a teoria da transição proposta por Meleis (1997) e também outros autores que tratam dessa temática.

A escolha pela abordagem qualitativa se deu de forma automática, uma vez que estou em busca do “ilness”, definido por Fábrega (1971, p.168) como “ *a percepção que o indivíduo possui de seu estado é a perspectiva leiga do fenômeno...*” Essa escolha foi reforçada ainda, pelo fato de a linha de pesquisa qualitativa responder às necessidades geradas pela questão norteadora, que me leva em busca da visão própria da gestante durante o vivenciar do processo transicional. Em uma pesquisa qualitativa, “*a coleta de dados tende a ser rica e intensa, focalizando a totalidade do fenômeno*” segundo Polit e Hungler (1995, p.286). A metodologia qualitativa permite uma maior aproximação entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa.

Toda atividade de pesquisa, na visão de Minayo (1998, p.10), constitui-se em atividade fundamental na produção do conhecimento, e que “*qualquer investigador deve colocar em questão os pressupostos inerentes a sua qualidade de observador externo que*

tende a importar para o objeto os princípios de sua relação com a realidade, incluindo-se aí suas relevâncias". Complementa referindo que numa oposição frontal ao positivismo, a sociologia compreensiva propõe a subjetividade como fundante do sentido e defende-a como constitutivo do social e inerente ao entendimento objetivo.

A pesquisa qualitativa no campo da saúde está submetida às mesmas vicissitudes, avanços, recuos, inter-relações e perspectivas da totalidade sociológica da qual faz parte.

Minayo (1998) enfatiza que qualquer investigação social contempla a característica essencial de seu objeto, ou seja, o aspecto qualitativo. Nesse sentido, a pesquisa qualitativa entendida como concepção teórica engloba um conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade, dentre as quais a análise de conteúdo.

A saúde para Minayo (1998, p.15-16)

“enquanto questão humana e existencial é uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais... A saúde e doença envolvem uma complexa interação entre aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição de significados... Saúde e doença são fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente... pois qualquer ação de tratamento, de prevenção ou de planejamento deveria estar alerta aos valores, atitudes e crenças dos grupos a quem a ação se dirige”.

Minayo (1998, p.13) considera a saúde como parte de uma realidade social que, apesar de algumas especificidades, requer uma abordagem qualitativa para as compreensão do significado de alguns fenômenos.

Escolhi como instrumento para a coleta das informações, a entrevista semi-estruturada (ANEXO III), porque pode ser utilizada para a obtenção de dados objetivos e subjetivos, como crenças, valores e sentimentos.

A entrevista, segundo Haguette (1992, p.86):

“pode ser definida como um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de

informações por parte do outro, o entrevistado". A mesma autora afirma que "a entrevista como qualquer outro instrumento está submetida a cânones do método científico, um dos quais é a busca de objetividade, ou seja a tentativa de captação do real, sem contaminações indesejáveis nem da parte do pesquisador nem de fatores externos que possam modificar aquele real original".

Segundo Minayo (1998, p.109) a entrevista é o instrumento adequado para a pesquisa qualitativa porque possibilita *"a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócioeconômicas e culturais específicas."*

A entrevista semi-estruturada permite ao entrevistador seguir livremente sua linha de pensamento dentro do tema previamente escolhido, levando ao desvelamento da realidade vivenciada pelo entrevistado.

Minayo (1998, p.99) afirma que a entrevista deve ser baseada em um roteiro, o qual deve facilitar a conversa e seu aprofundamento, servindo como um guia. Esse roteiro deve ser composto de

"itens que permitam o delineamento do objeto, em relação a realidade empírica e devem responder às seguintes condições: a) cada questão que se levanta faça parte do delineamento do objeto e que todas se encaminhem para lhe dar forma e conteúdo; b) permita ampliar e aprofundar a comunicação e não encarcerá-la; c) contribua para emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto do ponto de vista dos interlocutores."

O roteiro permite ao entrevistador, racionalmente selecionar, explorar determinados pontos que levem a novos questionamentos, considerando hipóteses ou objetivos formulados anteriormente. Partindo da livre expressão do entrevistado, o entrevistador pode chegar a pontos relevantes que venham a subsidiar o estudo.

Para que esses pontos relevantes sejam desvelados, é preciso buscar o não dito pelos entrevistados. Buscar os significados pela análise dos discursos, ou seja, a análise de conteúdo.

Existem inúmeras formas de análise que podem servir a uma pesquisa qualitativa, sempre com o objetivo de apreender o significado atribuído ao discurso dentre elas, está a análise de conteúdo. A análise de conteúdo permite prescrutar a realidade, por meio de questões que inquietam o pesquisador, não negligenciando o rigor científico. Minayo (1998, p.203) infere que

“a análise de conteúdos em termos gerais relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem”.

A análise de conteúdo é um método que vem sendo usado desde o século XVI e que atualmente vem servindo para o estudo de significados, de símbolos, representações, dados verbais ou comportamentais, que vão além do objetivo. É um método de pesquisa científico, passível de ser aplicado em diferentes campos e circunstâncias de pesquisa pela sua estruturação e pela forma como leva à organização de dados em de fases chegando sempre a resultados organizados e a uma conclusão, além disso, é flexível, favorecendo diversas abordagens filosóficas.

A análise de conteúdo para Rodrigues e Leopardi, (1999, p.19):

“É um meio de acessar as realidades subjetivas das representações simbólicas, possibilitando o desenvolvimento de novas tecnologias informacionais, pedagógicas e de desenvolvimento grupal. No caso da saúde permite o acesso às dimensões representacionais do processo de viver, adoecer, curar e morrer.”

Serve especificamente às análises em pesquisas qualitativas, quando permite ao pesquisador inferir significados ao discurso ou analisar o discurso manifesto.

Esse método parte de temas ou palavras agrupadas, segundo uma ou mais características, comparado-as entre si, o que permite ao pesquisador criatividade, exigindo também raciocínio. O agrupamento dos dados, os quais devem ser enumerados (codificados), é trabalhoso e corre o risco de ser influenciado pelo pesquisador. Para que isto não ocorra, é ideal que pelo menos duas pessoas participem dessa fase, como forma de garantir a clareza das categorias

Rodrigues e Leopardi (1999, p.100) dizem que

“a análise de conteúdo deve ser operacionalizada de forma objetiva e sistemática, com o estabelecimento de códigos para classificação das mensagens nas dimensões relevantes do conteúdo, para o que são selecionadas as variáveis (para o caso de pesquisa quantitativa), ou os conceitos (para o caso de pesquisa qualitativa) com os quais se deseja trabalhar”.

Para uma boa análise de conteúdo se faz necessário o domínio do conteúdo, pelo pesquisador e também um bom referencial teórico, objetivando chegar ao verdadeiro significado do subjetivo em relação ao real.

A análise dos dados coletados baseada na técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (1979, p. 105) permite desvelar o tema, que é *“ a unidade de significação que se liberta de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”.*

Bardin (1979) apresenta os pólos cronológicos que compõem o método de análise de conteúdo, em que se processa a categorização segundo o critério semântico, como análise temática. A operação de codificação realiza-se na transformação dos dados brutos visando alcançar o núcleo de compreensão do texto.

1ª FASE: PRÉ-ANÁLISE- corresponde a um período de intuições e tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar idéias iniciais, direcionando o desenvolvimento das operações sucedentes, tendo em vista a análise. Essa fase inclui:

a) leitura flutuante. Torna o conteúdo mais claro, em função dos objetivos e da elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final.

b) escolha dos documentos. Depende dos objetivos, ou seja, cujos objetivos decorrem dos documentos que formam o *corpus* a ser analisado, o qual corresponde ao conjunto de documentos necessários aos procedimentos analíticos. Algumas regras são importantes

- Regra da exaustividade, refere-se à contemplação de todos os elementos que digam respeito ao aspecto trabalhado;
- Regra da representatividade, relaciona-se a tamanho e ampla abrangência da amostra, ou, sendo o caso, o próprio universo;
- Regra da homogeneidade, refere-se ao fato de que os documentos retidos devem ser homogêneos, isto é, obedecer a precisos critérios de escolha, não fugindo aos mesmos. Por exemplo, no caso de entrevistas, que sejam todas sobre o mesmo tema, terem sido obtidas seguindo técnicas idênticas e realizadas por indivíduos semelhantes. Regra recomendada para a obtenção de resultados globais ou, para comparação entre os resultados individuais;
- Regra de pertinência, os documentos a serem trabalhados devem ser adequados, conforme seja o objetivo da análise;

c) formulação dos objetivos. Os objetivos estão sempre na perspectiva da finalidade geral da proposição do trabalho, em consonância com o quadro teórico e pragmático que direciona a obtenção dos resultados;

d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores. No caso de os textos serem considerados manifestações que contêm índices (elementos que podem ser agrupados em um determinado conjunto). Após escolhidos os

índices, é feita com precisão e segurança a construção de indicadores, quando também devem ser determinadas as operações de recorte do texto em unidades comparáveis de categorização (agrupamento de elementos pertencentes a um determinado conjunto ou classe) para análise temática e codificação para o registro dos dados;

e) **preparação do material.** Na qual é recomendada uma criteriosa e adequada preparação do material – sejam as entrevistas transcritas, artigos de jornais, fichas contendo respostas, dentre outros, a fim de que a análise seja procedida correntemente e sem prejuízos, resultando, então, que a fase da análise seja “não mais do que a administração sistemática das decisões tomadas”.

2ª FASE: EXPLORAÇÃO DO MATERIAL – nessa fase é feita a conclusão da preparação do material para a análise, em termos de operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas. Trata-se de operações aplicadas manualmente ou automaticamente.

3ª FASE: TRATAMENTO DOS RESULTADOS OBTIDOS E INTERPRETAÇÃO – recomenda que os resultados sejam estabelecidos em quadros, diagramas, figuras e modelos, utilizando-se operações estatísticas simples ou mais complexas, com base nas quais, poder-se-á, então, propor inferências e adiantar interpretações, conforme os objetivos previstos ou referentes a novos achados na pesquisa.

Minayo (1998, p.211) afirma que,

“A análise temática é bastante formal e mantém sua crença na significação da regularidade. Como técnica ela transpira as raízes positivistas da análise de

conteúdo tradicional. Porém há variantes na abordagem que no tratamento dos resultados trabalha com significados em lugar de inferências estatísticas. Essas variantes, de certa forma, reúnem, numa mesma tarefa interpretativa os temas como unidades de fala”.

6.1 O contexto de realização do estudo

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Centro Obstétrico da maternidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

Este foi o cenário escolhido por ser o local onde desenvolvo atividades de docência há dez anos e onde atuei como enfermeira assistencial por quatro anos. O fato de conhecer a realidade e o funcionamento do serviço tornou-se um facilitador para a minha opção.

O Hospital de Clínicas foi inaugurado em 1961 e tem como finalidade precípua promover o ensino, a pesquisa e a extensão nas áreas de saúde e afins. O hospital conta com 635 leitos e faz em média 2100 internações por ano.

A Direção Geral é composta por sete direções de área e três assessorias, entre as quais a Direção de Enfermagem. Esta é subdividida em cinco Coordenações de Área: Coordenação Clínica, Coordenação Ambulatorial, Coordenação Cirúrgica, Coordenação de Área Crítica e Coordenação Materno-Infantil. Cada uma dessas coordenações é composta por Serviços de Enfermagem. Na Coordenação Materno-Infantil situam-se os serviços de Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto, Ambulatórios de Ginecologia e Obstetrícia (Pré-natal, Reprodução Humana) e Pronto-Atendimento Tocoginecológico.

A Unidade de Centro Obstétrico é composta por três enfermarias, uma para parturientes, com seis leitos, uma para recuperação pós-anestésica com três leitos e uma para internamento de gestantes de risco, com necessidade de tratamento clínico, com

quatro leitos. A Unidade comporta ainda duas salas para partos normais, duas salas para cesarianas, duas salas para cirurgias ginecológicas e uma sala para curetagens.

As entrevistas foram realizadas no período de 10 a 30 de junho de 2001, no período da manhã, durante o cuidado educativo, inter-relacionando o cuidar, o educar e o pesquisar.

6.2 Aspectos éticos

No desenvolvimento do trabalho busquei o crescimento da cliente enquanto ser humano, gestante portadora de DHEG por meio do cuidado educativo, promovendo o desenvolvimento da consciência crítica de forma a permitir que estas mulheres passem pelo processo de transição de saúde-doença de forma tranqüila e saudável. Quando se fala de consciência, Freire in Gadotti, (1997, p.716) refere-se ao:

“conhecimento ou a percepção que consegue desocultar certas razões que explicam a maneira como “estão sendo” os homens no mundo, desvela a realidade, conduz o homem à sua vocação ontológica e histórica de humanizar-se, fundamenta-se na criatividade e estimula a reflexão e a ação verdadeira dos homens sobre a realidade, promovendo a transformação criadora. É a consciência “inquieta” pela casualidade”,

ou ainda estamos falando de *“uma relação complexa do sujeito para com o seu meio ambiente, relação que se exprime em sentimentos, atitudes, e no comportamento perante objetos, processos, pessoas e relações sociais”* (Leopardi, 1999, p.122).

Ao se tornarem conscientes, os seres humanos se tornam éticos segundo Freire, (1997, p.57), *“capazes de intervir no mundo, de comparar, de ajuizar, de decidir, de romper, de escolher, capazes de grandes ações, de dignificantes testemunhos, mas capazes também de impensáveis exemplos de baixaza e de indignidade”*.

O processo de crescimento e conscientização do ser humano envolve o aspecto social, as relações sociais nos quais é prioridade que o educador, o enfermeiro, no

desenvolvimento do cuidado transicional, respeite a história, a cultura, o saber preexistente do educando, a cliente portadora de DHEG.

A postura ética do enfermeiro implica sensibilidade e respeito ao cliente. A sensibilidade é imprescindível para que se possa compreender e aceitar o ser humano na sua singularidade que compreendida nas diversas dimensões exige do enfermeiro uma postura política e profissional de aceitação, respeito e que resulte em respostas às necessidades da cliente decorrentes do processo de transição.

A enfermagem é uma profissão que tem por essência o cuidado ao ser humano e, dessa forma, não pode eximir-se da responsabilidade de resguardar o bem estar de sua clientela. Portanto, a postura ética assumida no desenvolvimento desse estudo foi de respeito pela individualidade, considerando a singularidade, a história, o contexto de vida de cada uma das gestantes portadoras de DHEG participantes.

O cuidado educativo desenvolvido no encontro entre a enfermeira e as clientes estabeleceu-se enquanto relação de troca, exigindo assim, respeito a maneira de existir de cada um, como afirma Freire (1997, p.25), *“ensinar não é transferir conhecimento, mas criar a possibilidade para a sua produção ou sua construção”*.

A ética que permeou a realização desse estudo portanto, está *“longe de se restringir à simples normatização, dirige-se para outros horizontes que incluem a preocupação com o respeito à pessoa como cidadã e como ser social”* (Gelain,1995, p.16). De forma especial, ao prestar cuidado de enfermagem no desenvolvimento de uma perspectiva científica, cabe ao enfermeiro ter consciência da necessidade de proteger e respeitar o ser humano que está sob seus cuidados.

O respeito a individualidade, integridade e dignidade do ser humano, mulher gestante portadora de DHEG foram resguardados, uma vez que o desenvolvimento desse

estudo foi embasado no Princípio da Beneficência que segundo Polit e Hungler (1995, p.295) defende a máxima “*acima de tudo, não causar dano.*”

Os princípios da ética foram seguidos nas várias dimensões.

Antes de iniciar a coleta das informações submetemos o projeto à aprovação da Comissão de Ética e Pesquisa da instituição escolhida como local do estudo. Realizou-se uma reunião com as enfermeiras da Unidade de Centro Obstétrico, local onde se situa a enfermaria de médio-risco, na qual ficam internadas as gestantes consideradas de risco que requerem um tratamento especial. Expliquei sobre a realização e os objetivos do estudo, bem como a forma como seria desenvolvida a coleta das informações.

Após obter o consentimento da instituição, considerando os aspectos éticos relacionados à pesquisa e à aceitação por parte dos profissionais de enfermagem envolvidos diretamente na assistência, na unidade onde realizaria o estudo, passei a frequentar a unidade de centro obstétrico.

Tal motivação surgiu da necessidade de me familiarizar com as clientes internadas: realizar os primeiros contatos, aproximar-me e interagir com os sujeitos dessa trajetória, que atendiam aos critérios estabelecidos pelo estudo, apresentados a seguir, e então iniciar a viabilização da apreensão dos depoimentos. Além das visitas diárias à unidade, utilizei os prontuários, pois lá havia a indicação do diagnóstico médico, encontrando, portanto, potenciais participantes do estudo.

Minha presença na unidade foi aspecto facilitador, pois eu mesma começava a me tornar mais espontânea, tranqüila, familiarizada e já fazia os primeiros contatos de aproximação empática. Isso possibilitou um inter-relacionamento que foi se aprimorando durante todo o período de coleta das informações. Considero que a efetivação das entrevistas necessita da relação pessoa a pessoa, com contato íntimo, de confiança e até

mesmo de segurança, pois possibilita a expressão de sentimentos e percepções que somente conseguem ser exteriorizadas se houver a empatia como elemento intermediador das relações.

A abordagem inicial a cada cliente se deu na enfermaria, quando me identificava, apresentando-me como docente da UFPR. Num segundo momento explicava sobre a realização do estudo, bem como seus objetivos e a forma como as informações seriam coletados. Nessa conversa, esclarecia a cada uma das clientes, que elas tinham total liberdade para optar em participar ou não do estudo e também sobre a garantia de anonimato.

Após a concordância de cada uma delas em participar do estudo, pedia para que lessem e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO II).

As entrevistas foram realizadas e gravadas sempre na Unidade de Centro Obstétrico, mas nem sempre na enfermaria de médio-risco. Houve momentos em que foi necessário buscar um local que permitisse uma maior privacidade em função da presença de outras clientes na enfermaria.

A entrevista realizada foi baseada nas seguintes perguntas norteadoras:

- Gostaria que me falasse sobre sua gestação. Quando começou a ter o problema de pressão alta?
- O que você sabe sobre essa doença?
- Como é para você estar internada?

Antes do início das entrevistas propriamente ditas, coletei alguns dados de identificação dos sujeitos, tais como: nome, raça, procedência, idade, renda familiar, grau de instrução, atividade profissional, antecedentes obstétricos, idade gestacional e dados

referentes ao pré-natal da gestação atual. Esses dados foram sistematizados com o objetivo de compor um perfil da amostra utilizada para o estudo, o qual descrevo a seguir.

Em primeiro lugar, cada gestante, potencial sujeito desse estudo, recebeu todas as informações a respeito do trabalho a ser desenvolvido, suas finalidades e a metodologia a ser utilizada. Cada uma delas recebeu a garantia de anonimato e de que as informações fornecidas seriam utilizadas somente para fins desse trabalho.

Garanti o anonimato aos sujeitos participantes do estudo, identificando os depoimentos com letras gregas, o que se justifica pelo fato de a entrevista semi-estruturada permitir o desvelar de sentimentos, percepções, crenças, valores e comportamentos, o que poderia ser constrangedor e prejudicar a espontaneidade das clientes e conseqüentemente, a coleta das informações.

As gestantes não foram expostas a procedimentos nem foram utilizados equipamentos e medicamentos que pudessem trazer algum risco a sua integridade física ou psicológica.

A dignidade e o bem-estar psicológico das gestantes foram resguardados no desenvolvimento da entrevista semi-estruturada. Utilizei de atenção, bom senso e sensibilidade na realização das perguntas, e também ofereci toda a liberdade para responderem ou não às questões, bem como para recusarem-se a discutir situações de caráter pessoal, que porventura considerassem constrangedoras. A entrevista foi gravada após autorização das gestantes.

Foi assegurado às gestantes o direito de desistir de sua participação no trabalho no momento em que desejassem.

Após total informação, a cada gestante que decidisse voluntariamente participar do estudo, foi solicitada a assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO II).

Durante o desenvolvimento do estudo encontramos algumas limitações, dentre as quais o estado grave que a doença suscita, dificultando o cuidado educativo, somando-se a desinformação por parte das clientes, o total desconhecimento em relação à evolução da doença, suas complicações e prováveis conseqüências. Dessa forma, a limitação se configurou quando tivemos que decidir de que forma, no momento de agravamento do quadro, deveria ser discutida, com cada uma das clientes, sua real condição, sem provocar uma maior preocupação. Buscamos falar sempre a verdade e também as possibilidades de controle da doença, assim como a melhor forma para que a cliente participasse do cuidado de si, mostrando, assim, a possibilidade de controle da doença como forma de amenizar o estresse que a informação pudesse vir a causar. O cuidado educativo serviu como reforço à auto-estima das clientes, possibilitando um melhor enfrentamento da realidade.

Outra limitação encontrada foi a falta de conhecimento da equipe de saúde sobre o processo de transição, o que gera uma falta de compreensão da forma de cuidar desenvolvida, resultando na descontinuidade do cuidado educativo, humanizado.

O ambiente inadequado, a falta de privacidade, apareceu como um limitador, pois dificultou uma maior privacidade para a obtenção dos depoimentos.

6.3 A escolha dos sujeitos

As clientes que fazem parte do estudo são gestantes internadas na Unidade de Centro Obstétrico com diagnóstico de Doença Hipertensiva Específica da Gestação.

Essas gestantes são encaminhadas para tratamento clínico-obstétrico a este hospital, por ser o mesmo referência para atendimento de gestantes de risco. Sua procedência é variada, podendo ser do próprio ambulatório de Pré-natal do hospital ou encaminhadas das Unidades de Saúde de Curitiba, da Região Metropolitana ou de outras cidades do Estado do Paraná.

Por ser uma patologia obstétrica que coloca em risco a díade mãe-filho, a média de dias de internamento é variável, dependendo das condições clínicas e evolutivas de cada cliente. Logo após o internamento é instituído o tratamento indicado e, se for necessário, a interrupção da gestação é realizada, sempre levando em conta os agravos que colocam em risco a cliente e o feto.

Escolhi trabalhar com as mulheres internadas, portanto que chegam em estado grave e com risco de apresentarem as complicações inerentes à patologia. Algumas são encaminhadas pelos serviços, outras chegam ao hospital por livre escolha quando não se sentem bem.

Como critérios para a seleção das mulheres que comporiam a amostra desse estudo, estabeleci que deveriam ter diagnóstico de DHEG, estar internadas na unidade de centro obstétrico da referida maternidade e dar seu consentimento para a participação.

Entre as clientes internadas, encontram-se aquelas que:

- chegam à unidade de internação, é instituído o tratamento, ficam compensadas consideradas fora do estado grave, sem riscos imediatos, podem ter alta hospitalar aguardando em casa o termo da gestação;
- chegam à unidade de internação, é instituído o tratamento e, não sendo possível controlar os agravos da DHEG, permanecem um maior período internadas, até que sua condição clínica se mostre estável, tornando possível a interrupção da gestação.

Sabe-se que para a cliente o benefício maior é a interrupção da gestação, pois dessa forma diminuem os riscos de complicações e morte, apesar de restringir o tempo de desenvolvimento do cuidado educativo que as instrumentaliza para o cuidado de si, como gestantes portadoras de DHEG.

A amostra desse estudo compõe-se de cinco mulheres, gestantes portadoras de DHEG. Todas estavam internadas em unidade de médio-risco, quatro com quadro de pré-eclampsia grave e uma com quadro de eclampsia. Todas são brancas, sendo quatro procedentes de outros municípios e uma procedente de Curitiba. A idade das mulheres variou entre 15 e 30 anos, resultando em uma média de 21 anos, cuja renda familiar média é de 3,2 salários mínimos. O grau de instrução de três delas é de 1º grau incompleto e das duas outras é de 2º grau incompleto. Em relação à atividade profissional, uma tem vínculo empregatício e quatro são do lar.

Quanto aos antecedentes obstétricos tem-se duas primigestas, uma secundigesta e duas tercigestas. Das multigestas, apenas uma tem cesáreas anteriores.

Com relação à gestação atual, duas iniciaram o pré-natal no segundo mês de gestação, e que três iniciaram o pré-natal no terceiro mês de gestação. Todas foram atendidas inicialmente em unidades básicas de saúde (SUS), tendo sido encaminhadas para o pré-natal de unidade de referência quando do diagnóstico da DHEG. O número médio de

consultas realizadas até o momento da realização da entrevista foi de oito, sendo que duas delas vinham realizando acompanhamento semanal no momento do internamento. A idade média das gestações da amostra é de 36,8 semanas, sendo a menor de 30 semanas (duas gestantes) e a maior de 39 semanas (uma gestante).

Apenas duas, dessas gestantes, apresentaram outra complicação durante a gestação: uma infecção urinária e um episódio de sangramento vaginal.

Pode-se apreender pelo exposto que a DHEG acomete mulheres brancas e jovens e sempre a partir da segunda metade da gestação. Percebe-se também o baixo nível socioeconômico e cultural dessas mulheres, o que pode ser um fator contributivo para a incidência da DHEG, uma vez que a população considerada pobre apresenta carências pronunciadas em dimensões essenciais como nutrição, comportamentos de cuidado de saúde, acesso ao sistema de saúde. O baixo nível de educação formal identificado entre essas mulheres dificulta sua inserção no mercado de trabalho, acarretando em baixa renda familiar, o que, por sua vez, acarreta dificuldades para assumir comportamentos de cuidado essenciais como o uso de medicamentos e o repouso.

O pré-natal com um número médio de oito consultas não contribui de forma efetiva na evitabilidade da ocorrência das complicações da DHEG, o que vem de encontro ao que preconiza a literatura, uma vez que não é possível prevenir sua incidência, mas é possível detectá-la precocemente impedindo sua evolução para as formas mais graves que podem conduzir à Morte Materna. Pode-se inferir que a quantidade de consultas realizadas não reflete um atendimento de qualidade. Isso nos remete à lacuna deixada no cuidado oferecido à essas mulheres no que diz respeito ao cuidado educativo e a falta de políticas sociais que atendam as necessidades de uma faixa da população que, a despeito do acesso ao sistema de saúde, permanece exposta ao risco de Morte Materna.

Para explicitar minha entrada no campo onde realizei as entrevistas, considero importante delinear cada cliente sujeito desse estudo, sob minha ótica, quando observava atentamente cada uma com suas particularidades, modo de ser e se expressar, movimentos, gestos, expressões faciais, ações que demonstravam a real magnitude da situação, e aos meus olhos, evidenciavam a transição de saúde-doença. Nesse momento foi possível perceber além daquilo que era dito, expresso pela comunicação verbal, porque deixavam vir à luz o não dito, o que estava velado, denotando a dimensão invisível, porém de especial significado para as minhas inquietações.

ENTREVISTA 1: ALFA...7/6/2001

Ao iniciar o primeiro contato com Alfa, observei seu comportamento e percebi que estava extremamente agitada, sentando e levantando do leito e tornando a deitar, movimentos que se repetiram várias vezes.

Depois de alguns minutos falei sobre o real motivo da minha presença na enfermaria. Falei do meu estudo, ela demonstrou interesse e se posicionou sentada em uma cadeira junto ao leito. Expus os objetivos do estudo e como seria realizada a entrevista. Antes mesmo que solicitasse sua opinião sobre participar ou não da amostra, Alfa iniciou seu relato. Pedi a ela que esperasse um minuto enquanto eu ia preparar o gravador e buscar no posto de enfermagem minha pasta com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que ela assinasse.

Percebi que na sua agitação Alfa queria conversar. Se dirigia a mim de uma forma bastante simpática, demonstrando intimidade. Percebi que sua sacola estava ao lado do leito e havia uma muda de roupa pendurada na cadeira que ela ocupava. Perguntei sobre

a razão de a sacola estar no chão e ela me disse que estava pronta para ir embora, e que esperava naquela manhã a alta hospitalar. Durante esse tempo ela permaneceu sempre se movimentando entre a cadeira e o leito.

Pedi a ela que sentasse próxima ao gravador para que pudesse gravar seu depoimento. Assim, fiz a primeira pergunta e deixei que ela falasse. Foi muito fácil obter as informações junto a Alfa. Ela falou por um tempo aproximado de duas horas. Mesmo com a entrada de pessoas na enfermaria ela não interrompia seu depoimento. Algumas vezes tive que direcionar a conversa para os fatos relacionados à gestação e à ocorrência da DHEG, sem no entanto, interromper sua espontaneidade de falar, pois era como se ela quisesse pôr para fora algo que guardava há muito tempo.

Nessa entrevista Alfa deixou transparecer um forte sentimento de culpa por ter pensado no abortamento, e até mesmo tentado realizá-lo, intensa agitação motora e emocional, falta de consciência quanto aos riscos da DHEG e ainda que ela não priorizava o cuidado de si. Diante dessa percepção, coloquei em ação meus propósitos de estabelecer o cuidado educativo, o qual ultrapassava a técnica em si ou procedimentos mecânicos, pois vislumbrava as reais necessidades de Alfa, quais sejam, abordar de forma compartilhada seus medos, angústias e sentimentos expressos. Considero se que efetivou o cuidado educativo com ênfase no repouso necessário, a importância do internamento, cesárea, anestesia, oligodramnio, sentimento de culpa e, principalmente, a ênfase no autocuidado.

Após terminar de gravar o depoimento, ainda continuamos a conversa por mais alguns minutos e só me retirei com a chegada do almoço da cliente, que permanecia ansiosa aguardando a alta hospitalar. Durante a conversa pude desenvolver o cuidado educativo, retomando pontos da conversa nos quais identifiquei carência de informações ou a necessidade de suporte emocional.

ENTREVISTA 2: BETA 11/06/2001

Para realizar a entrevista com Beta, após obter as informações sobre sua condição clínica, dirigi-me a ela, apresentei-me e coloquei o motivo da minha visita. Após explicar os objetivos do meu estudo, a metodologia da coleta de informações e a necessidade da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, perguntei a ela se gostaria de participar. A cliente concordou prontamente, apesar de deixar transparecer uma certa indiferença pelo fato. Perguntei se ela gostaria de se dirigir a outro local onde pudéssemos ficar a sós e ela disse que não havia necessidade, que a cliente que se encontrava na mesma enfermaria dormia o tempo todo e que não iria atrapalhar seu depoimento. Beta me pareceu despreocupada e indiferente. Precisei, durante a entrevista questionar e incentivar sua fala, pois ela parecia não estar muito disposta a conversar. Em certo momento, perguntei a Beta se gostaria de interromper a entrevista, que não haveria nenhum problema se ela assim quisesse, porém ela afirmou que gostaria de continuar e que era mesmo “de poucas palavras”, mas estava achando bom conversar um pouco.

A única dificuldade durante a realização da entrevista foi o movimento constante dos acadêmicos de plantão na unidade, que entraram várias vezes na enfermaria.

Após terminar a gravação do depoimento, coloquei-me a sua disposição para esclarecer algumas dúvidas, caso achasse necessário. Pudemos então conversar sobre a sua condição de saúde e pude realizar o cuidado educativo de acordo com as suas necessidades.

É importante salientar que aparentemente Beta falava pouco, porém a comunicação não-verbal era muito significativa. O cuidado educativo iniciou assim que eu me aproximei, pois senti que suas carências eram mais que físicas. A transição de saúde-

doença era evidente, esboçava toda sua preocupação com o tratamento médico e seu bebê, o medo que sentia do desconhecimento sobre sua doença, sobre o tratamento médico, acrescidos, ainda, da preocupação gerada pela falta de informações relativas ao problema cardíaco diagnosticado na sua infância. Beta referiu ainda a preocupação com o estado emocional do seu marido confirmando que a transição pela qual passa a cliente se reflete na família, o que nos chama atenção para a necessidade de um cuidado mais abrangente que atenda também aos familiares. Tedesco (1999, p.38) afirma que os familiares mostram os mesmos padrões de reação materna: *“assim, o pai pode mostrar preocupação pela saúde da mãe e/ou do feto; pela doença e pelo risco que representa para o feto, seu filho, culpando-se por ser participante e, por vezes, o desejoso daquela gravidez.”*

Beta expressou sua carência de informações, fator importante ao avaliar toda a trajetória gestacional, com necessidades evidentes de suporte pessoal, profissional ou institucional.

O cuidado educativo dirigiu-se no sentido de instrumentalizá-la para a consciência de saúde, enfocando aspectos pertinentes às suas necessidades, como o repouso, decúbito lateral esquerdo, dieta hipossódica, parto e anestesia, causas e efeitos da DHEG e, em especial, o medo relacionado às condições do bebê. Percebi que o cuidado educativo é diferenciado com cada cliente pois, conforme afirma Leopardi et al. (2001, p.41), *“lida com crenças hábitos e valores, além de conhecimento, todos conceitos abstratos, não identificáveis senão pela expressão da pessoa que os carrega.”*

ENTREVISTA 3: GAMA 13/6/2001

Após obter informações no prontuário de Gama, senti certa insegurança quanto à realização da entrevista naquele momento, uma vez que ela havia passado por vários episódios de crise convulsiva no dia anterior, quando do seu internamento. Solicitei a opinião do médico de plantão, para assegurar-me de que ela realmente estava em condições de participar do estudo. Aproximei-me, apresentei-me e iniciou-se a inter-relação de forma descontraída, informal.

Senti uma boa receptividade por parte da cliente, o que me estimulou a expor o motivo da minha presença ali. Após realizar a explicação bem detalhada sobre o meu estudo, a metodologia da coleta de seu depoimento e a necessidade da sua concordância em participar do mesmo, deixei bem claro que caso ela não se sentisse em condições de responder às perguntas, poderia se recusar a participar.

Gama disse que estava se sentindo bem e que gostaria de participar do estudo. Em seguida eu mesma li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para ela. Entreguei em suas mãos para, caso ela quisesse, ler novamente, o que a mesma disse não ser necessário. Solicitou a caneta e assinou com alguma dificuldade, uma vez que estava deitada e com infusão venosa nas duas mãos. Posicionei-me junto ao leito e iniciei a entrevista.

Durante a realização da coleta do depoimento percebi que aquele ambiente era totalmente inadequado à cliente. A enfermaria se encontrava muito clara, inclusive havia sol batendo no leito e havia um barulho constante de vozes e risos vindos da copa, onde a equipe de enfermagem se encontrava comemorando aniversário de uma das funcionárias da unidade. Interrompi o depoimento de Gama e me dirigi à copa. Falei sobre o barulho

com a enfermeira da unidade que prontamente solicitou à equipe diminuir os ruídos. Retornei à enfermaria de médio risco e continuei a entrevista. Percebi que Gama apresentava alguma dificuldade para falar, pois havia ferido a língua no dia anterior durante as crises convulsivas. Perguntei se isso não a incomodava, e Gama disse que, apesar da dificuldade para pronunciar algumas palavras, estava disposta a continuar e se referiu ao meu trabalho da seguinte forma: “*é mesmo bom que alguém estude para conhecer bem as pessoas doentes*”, e segurou na minha mão, nesse momento. Esse gesto me fez sentir realmente à vontade para realizar a entrevista, pois estava considerando inconveniente e inadequado o momento.

Após o término do depoimento da cliente julguei que seria melhor que ela repousasse. Marquei novo encontro, que se realizou na manhã seguinte, quando pudemos conversar informalmente. Tentei direcionar a conversa para os pontos duvidosos do depoimento do dia anterior. Foi muito positivo, pois Gama estava em melhores condições e fez muitas perguntas; assim pude desenvolver o cuidado educativo.

O momento de interação com Gama me fez refletir sobre determinadas posições ou condutas que os profissionais de saúde, em geral, adotam diante da cliente em estado grave. Percebi que pouca atenção é dispensada, julgando-se desnecessária, uma vez que está sonolenta, aparentemente tranqüila e, portanto, precisa apenas de repouso. Esse comportamento fica evidente ao observar o desejo da cliente de exteriorizar seus anseios, dúvidas, sentimentos, mesmo com sérias dificuldades físicas, pois, a equipe pré-julga a situação baseada em seus pressupostos pessoais de que não é necessário mais nada além da medicação que, no caso de Gama estava fluindo em ambas as mãos. Ao dialogar com ela foi possível perceber necessidades que ultrapassavam o biológico, pois estava preocupada com a filha que deixou em casa, com medo da morte, apresentava desinformação sobre a

doença, falta de orientação no pré-natal, acrescida das dificuldades financeiras e de trabalho. Foi possível estabelecer o cuidado educativo, levando em consideração suas expressões que foram compreendidas naquele momento de aproximação, iniciando então a troca.

O cuidado estabelece-se de forma espontânea e integral, pois baseia-se na escuta da cliente, em seus reais sentimentos. Assim, conversamos sobre sua doença, as causas, o tratamento, o porquê das convulsões, a cesárea, o medo da morte, relações conjugais e até mesmo o período puerperal e o planejamento familiar.

O ambiente é espaço de cuidado, é geralmente negligenciado; a condição da cliente exige um ambiente reparador, calmo, tranqüilo, escurecido e aconchegante. O ambiente de cuidado precisa apresentar solidariedade, respeito, compromisso com o outro, ou seja, cuidado educativo, pois está oferecendo à cliente a oportunidade de reconhecer os benefícios de um ambiente saudável. Inserida nesse processo de cuidado educativo, situa-se a observação que na visão de Matheus et al. (2000, p.6) *“é o primeiro passo para a execução de cuidados de enfermagem... a habilidade de observar vai decidir o sucesso ou fracasso do processo cuidativo, pois é a observação que nos dará subsídios para a construção desse processo”*.

Nesse sentido, considero que conhecer todas as características que envolvem a DHEG, não assegura ao cuidador compreender a totalidade da situação, pois existem diferenças individuais, respostas distintas ao mesmo estímulo, comportamentos próprios de cada ser frente a um mesmo agente, fatores estes que somente um observador habilitado consegue captar.

Captar o sentido que está por trás da experiência da transição de saúde-doença, exige envolvimento, conhecimento e treinamento. O porquê de a equipe de enfermagem

não captar as reais necessidades de Gama talvez esteja referido no pensamento de Waldow (1995, p.17), quando afirma que *“a capacidade para cuidar pode ser desenvolvida, despertada ou inibida através da experiência educacional, e principalmente, pela presença ou ausência de modelos de cuidar/cuidado”*.

ENTREVISTA 4: DELTA 21/6/2001

Delta, outra cliente desse estudo, não estava no leito quando a procurei na enfermaria. Uma auxiliar me disse que deveria procurá-la no pré parto, pois ela costumava ir até lá conversar com outras gestantes. Esperei alguns minutos, voltei à enfermaria de médio-risco e encontrei Delta lendo uma revista.

Aproximei-me do leito e me apresentei, mostrei o meu crachá, o qual Delta tomou nas mãos e observou atentamente, devolvendo-o em seguida com um sorriso. Expliquei a ela o motivo da minha visita. Ela pareceu não se interessar muito pela minha explicação, mas concordou em participar do estudo.

Nesse dia a enfermaria de médio-risco se encontrava lotada. Sugeri então que fôssemos até outra enfermaria (REPAI), a qual se encontrava vazia, para que pudéssemos ter maior privacidade. A cliente concordou prontamente e, para minha surpresa, retirou da sua mesa de cabeceira uma pequena sacola plástica de onde retirou um pente, um espelho, um perfume e um batom. Fiquei observando enquanto Delta se arrumava. Em seguida ela me convidou para seguir até a outra enfermaria.

Dirigimo-nos até lá, onde pudemos conversar tranquilamente. Minha primeira percepção, foi que Delta não estava preocupada com sua condição de saúde e que o hospital era um ambiente que não a desagradava.

O cuidado educativo foi prejudicado no seu desenvolvimento pois a cliente não demonstrou interesse em discutir sua condição de saúde. Pude perceber que seu maior problema no momento, sobre o que ela queria conversar, era sua relação com o pai da criança. Conversamos então, algum tempo sobre isso e a cliente demonstrou estar satisfeita em falar sobre o assunto. Delta falou também sobre seus problemas de relacionamento com o irmão e sobre suas preocupações financeiras. Observei que as necessidades da cliente em relação aos problemas pessoais eram de cunho social, mas pudemos discutir e a orientei, reforçando sua auto-estima e sugerindo algumas condutas que poderiam favorecer seu bem-estar.

Percebi que deveria olhar para Delta de forma diferenciada, pois além de vivenciar a transição de saúde-doença sobreposta à transição gestacional, ela vivenciava a transição da adolescência, com 15 anos e solteira.

Segundo Zagonel (1998, p.51) a adolescência *“é um fenômeno específico de transição desenvolvimental experienciado pelo ser adolescente, marcado por características existenciais de ambivalência, contradição, perda, desestruturação, busca, apego afetivo, para alcançar o processo de maturação biopsicosociocultural e espiritual”*.

A gestação na adolescência, segundo Wajman (1988), constitui-se numa crise por implicar a simultaneidade de dois processos do desenvolvimento humano. Dessa forma entendi a atitude da cliente como uma dificuldade de enfrentamento da doença.

Como objetivo de atender às necessidades reveladas por Delta e de dar o suporte que era necessário naquele momento, coloquei-me à disposição para conversar com ela sobre sua relação com o pai da criança, o que me pareceu ser um gerador de estresse e um complicador da sua condição de saúde. O fato de o pai da criança não ter assumido a paternidade despertou ressentimento e fez com que ela sentisse que estava

assumindo a responsabilidade pela criança sozinha. Por outro lado, sua condição de mãe solteira resultou em rejeição por parte de seu irmão, e em conflitos familiares que estavam naquele momento prejudicando seu bem-estar, uma vez que ele é um dos provedores da família. Outro fato que fazia com que Delta se preocupasse era a sua dependência financeira. A situação relatada fez com que eu compreendesse a singularidade dessa cliente e a necessidade de apoio emocional como forma de reforçar sua auto-estima para que depois ela pudesse compreender a sua condição de gestante de risco e enfrentar a transição de forma mais saudável. A partir de então o cuidado educativo estava em movimento.

ENTREVISTA 5: ÉPSILON 25/62001

Ao chegar na enfermaria, pareceu-me que a cliente estava dormindo. Aproximei-me do leito, li seu prontuário e percebi que a mesma não dormia e sim permanecia bem encolhida sob as cobertas, que cobriam parte de seu rosto. Quando percebi que Épsilon estava me observando, cumprimentei-a e me apresentei. Ela correspondeu, colocando-se em outra posição no leito e olhando para mim. Pelo seu olhar me pareceu uma pessoa triste e que havia chorado. Preferi não perguntar nada a princípio. Apenas perguntei se ela gostaria de conversar comigo, se ela gostaria de me falar sobre o que estava acontecendo. Ela apenas concordou com um gesto de cabeça.

Resolvi então colocar o real motivo da minha visita. Expliquei sobre a realização do estudo, meus objetivos e como eu realizaria a coleta das informações. Perguntei então se ela concordava em participar. Ela concordou, mas pediu que sentássemos no final corredor. Não havia um local mais tranquilo nesse dia, pois todas as enfermarias da unidade estavam lotadas. Acredito que Épsilon fez essa solicitação para ter um pouco mais de privacidade. Apesar de o local não ser o mais adequado, em decorrência

do barulho, a entrevista transcorreu tranqüila. Não fomos interrompidas em nenhum momento.

Durante o depoimento percebi a ansiedade da cliente, pois sua fala foi continuamente entrecortada por suspiros.

Após encerrar a gravação da entrevista, conversei ainda por algum tempo com ela. As preocupações relacionadas com a DHEG foram sendo amenizadas na medida em que respondia as perguntas feitas por Épsilon. Sua maior preocupação era resultante de uma diferença de informações dadas a ela por diferentes profissionais gerando dúvidas e angústia.

Conversamos ainda sobre seus problemas pessoais, muito mais que questões relacionadas à doença. A necessidade da cliente nesse momento era de ser ouvida por alguém, uma vez que passava por um problema judicial onde estava sendo discutida a questão da guarda de seus filhos do primeiro casamento. Épsilon demonstrava grande fragilidade emocional. Segundo Tedesco (1999, p.33), “ *a gravidez é considerada como crise psicológica, crise de vida, constituindo-se em tempo de mudanças profundas e inter-relacionadas, seja no equilíbrio fisiológico e emocional como nas associações interpessoais*” Sua angústia era resultante do fato de os filhos de 6 e 8 anos permanecerem sozinhos em casa durante o dia, e pelo fato de que a qualquer momento uma assistente social do juizado de menores poderia fazer uma visita a sua casa para avaliar a condição de vida das crianças. Tedesco (1999, p33) afirma ainda que “*problemas de condições orgânica, psicológica ou social sobrepostos, outros componentes emocionais podem se manifestar, desequilibrando, às vezes, a frágil estrutura psicológica materna*”. Ao falar sobre isso Épsilon chorou muito. A preocupação estava gerando um quadro depressivo e ela mesma reconhecia esta situação, mas ainda não havia tido oportunidade de conversar

com ninguém sobre isso. Esta situação desvela uma assistência fragmentada e biologicista centrada na doença, desconsiderando o ser humano como um todo. Após nossa conversa Épsilon concordou que seria bom conversar com um psicólogo. Solicitei então à enfermeira do Centro obstétrico que providenciasse uma avaliação junto ao serviço de psicologia da maternidade.

Essa situação evidencia a necessidade de os profissionais de saúde assumirem uma postura mais humanizada e que possibilite à cliente oportunidade de expressar seus sentimentos, criando uma relação terapêutica que atenda o ser humano de forma integral, ou seja, é necessário colocar em ação o cuidado educativo humanizado frente às importantes transformações que a transição de saúde-doença suscita.

VII. EXPLICITANDO OS RESULTADOS

A análise dos depoimentos realizada mediante o método de Análise de Conteúdo de Bardin (1979) iniciou-se tão logo foi feita a apreensão de todos os depoimentos que comporiam este estudo. A análise segue todas as fases propostas por Bardin, as quais passo a explicitar para uma melhor compreensão do leitor.

Iniciou-se pela **leitura flutuante** de todos os depoimentos. A leitura flutuante, na verdade condensa várias leituras sucessivas, considerando **as regras da exaustividade, da representatividade, da homogeneidade e da pertinência**, as quais foram seguidas na busca do *corpus*, conjunto dos documentos para análise. Assim, esta leitura abrangeu o todo dos depoimentos, e foi feita sempre tendo em mente os objetivos, os quais são norteadores dessa leitura.

Após essa leitura encontraram-se os **índices e indicadores** nos depoimentos analisados, chegando às **unidades de registro**, palavras-chave ou frases que identificam alguma representação concreta dos significados existentes no discurso. Destacadas as unidades de registro no conteúdo analisado foi possível fazer recortes no texto chegando às **unidades de contexto**, ou seja, delimitar o contexto de compreensão. Isso já se constitui em uma primeira categorização do material, pressuposto da análise temática proposta por Bardin. Para tanto, agruparam-se as unidades de contexto sob a forma de **unidades de categorização**, agrupando elementos que pertenciam a determinada classe de dados, as

quais foram então categorizadas, para em seguida serem codificadas. Essa fase necessita ser refeita várias vezes, pois impõe a revisão de todo o material. Nesse momento é importante contar com a visão de mais de um pesquisador. Neste caso, eu e minha orientadora realizamos a leitura, selecionamos as unidades que realmente dessem significado aos discursos. O critério de escolha foi semântico, ou seja, no caso de análise temática, o agrupamento é feito em função do significado daquele grupo ou classe em questão. Em um primeiro momento, obtiveram-se quatorze unidades de registro.

Na segunda fase da análise iniciou-se a **exploração desse material**, codificando-o e apresentando-o em mapas, conforme sugere Bardin, que demonstrem como foi processada a análise. Nessa nova revisão do material já codificado, realizou-se uma nova leitura das unidades de contexto e uma nova **codificação**, que resultou em dez unidades de contexto, as quais foram novamente categorizadas. Essas dez unidades foram novamente estudadas, analisadas e foram reagrupadas em **três principais unidades de contexto**, que receberam subdivisões em **unidades de significação** .

Durante toda a análise de conteúdo, as três principais fases propostas por Bardin, estão inter-relacionadas, existindo uma ligação e uma correlação entre elas, não sendo possível desmembrá-las ou separá-las no momento da análise, porque uma fase introduz a próxima fase, conduzindo-nos à anterior, e assim por diante. Portanto é um processo cujas as fases se entrelaçam.

Com o **quadro que explicita os resultados** de toda a análise do conteúdo dos depoimentos apreendidos, tem-se uma visualização do todo.

Com base nessa visualização foi possível realizar a inter-relação dos significados explicitados ao meu referencial teórico, a Teoria de Transição de Meleis

(1997), às minhas inferências, minha compreensão e minha interpretação à luz do referencial da literatura que embasa este estudo, conforme preconiza Bardin.

QUADRO I: EXPLICITANDO O APREENDIDO

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO
1 Expressando a vivência da transição de saúde-doença: implicações ao cuidado	<p>A. As diferenças percebidas em seu viver diante a ocorrência da doença</p> <p>B. ...Os sentimentos ambivalentes frente à hospitalização</p> <p>C. As mudanças que a doença suscita no contexto familiar</p>
2 Sentimentos e percepções em relação à experiência da DHEG: o emergir do ser de cada cliente	<p>A. O medo mediando o limiar de vida e morte de si e do bebê.</p> <p>B. Sentimentos negativos frente à doença instalada</p>
3. O papel do cuidado educativo	<p>A. Sentindo a necessidade de informações: lacuna para o enfrentamento e adaptação à transição</p> <p>B. A parturição: o desconhecido gera apreensão</p> <p>C. O cuidado de si: necessidades expressas diante da transição</p>

Ao iniciar a discussão sobre a primeira unidade de contexto, EXPRESSANDO A VIVÊNCIA DA TRANSIÇÃO DE SAÚDE-DOENÇA: IMPLICAÇÕES AO CUIDADO, que contém a unidade de significação: **As diferenças percebidas em seu viver diante a ocorrência da doença**, é possível apreender a instalação, de forma muito nítida, da transição de saúde-doença, quando os depoimentos das mulheres portadoras de DHEG deixam transparecer as mudanças que estão ocorrendo no seu cotidiano, na sua vida, em consequência da doença.

Analisando os depoimentos percebemos que a doença gerou mudança, percebemos de forma clara a transição de saúde-doença, ou seja, a passagem de um estado saudável para um estado de doença. Todo o processo que a gestante vem vivenciando desde o diagnóstico da DHEG, até o momento do depoimento, deixa transparecer a mudança, desvelando alterações na sua vida pessoal, familiar, no contexto de trabalho, das atividades domésticas, nas relações pessoais, enfim, em toda sua vida produtiva, acarretando modificações no seu papel social.

Os depoimentos, dentro dessa unidade de significação revelam, a partir do momento do início da doença, a concretude das mudanças. Encontramos colocações como: *“me sinto diferente, tive que mudar, eu não consigo mais fazer as coisas”*. Isso evidencia os efeitos negativos da doença, uma vez que restringe atividades normais da mulher, impondo-lhe o uso de medicamentos, exigindo mudança de comportamento. Podemos inferir dessa unidade de significação, que a transição de saúde-doença implica modificações no viver da cliente acometida pela DHEG, e que essas modificações não são restritas ao plano físico-fisiológico, mas chegam ao contexto emocional. De todos os depoimentos depreende-se que a gestante precisou mudar sua forma de viver, seus comportamentos, assumir diferentes posturas, mudar seu relacionamento familiar, delegar

tarefas a outros membros da família, o que faz com que ela perceba todo o processo como transição concreta e instalada. Essas modificações têm repercussão a nível emocional, evidenciada quando as clientes atribuem à ocorrência da doença, o aumento da pressão, e estas mudanças.

É o momento no qual a gestante tem que enfrentar mudanças inesperadas, quando se intensificam as alterações do ciclo gestacional normal, quando ela se depara com o risco. A transição de saúde-doença se sobrepõe à transição gestacional.

A transição é um processo que está intimamente ligado à forma como é percebida pela pessoa que a vivencia e envolve as respostas da pessoa. Segundo Chick e Meleis (1986, p.242), entre as respostas esperadas em uma transição encontram-se o estresse e a ansiedade. As autoras afirmam ainda que “*o estresse acumulado pelas mudanças no processo saúde-doença como desencadeadores da transição conduzem a conseqüências na forma de sintomas biofísicos ou psicossociais*” (p.249).

Os discursos revelam que nem sempre a cliente compreende a doença como fator que suscitou essas mudanças. Essa percepção de transição de saúde-doença muitas vezes não é visível para as clientes. Nesse sentido, é muito importante que os profissionais da área de saúde, em especial os enfermeiros, detenham esse conhecimento, assim, conseguirão apreender o significado dado à transição pela cliente, decodificando-o em uma linguagem que favoreça a assimilação do processo por ela

Eu me sinto diferente de antes, agora eu tenho medo do parto, não vejo a hora de passar, de estar com a minha menina no braço, ser mãe. É como as mulheres dizem: é bom ser mãe e eu quero experimentar também. Não vou fazer o parto normal e nem sei porque. Deve ser a doença. (Beta)

Quando me falaram que eu tinha pressão alta já vi que as coisas iam mudando, desde ter que comer separado, fazer as coisas só para mim, já tinha que fazer separado porque não podia mais comer sal. (Gama)

Sei que vai mudar, vou deixar tudo por fazer no serviço da casa, mas precisa pra se cuidar. A única coisa mais complicada vai ser ter que ir na farmácia todo dia, que é umas cinco quadras.(Épsilon)

Eu me sinto uma porcaria porque tenho que tomar esses remédios caros desse tipo, sendo que antes não precisava. (Alfa)

Se eu pudesse não ter essa DHEG seria melhor ainda, os gastos seriam menos. Antes de ter ela eu fazia pré-natal só uma vez por mês na consulta e agora tenho que vir uma vez por semana, cada dois dias, daí é ruim né.(Delta)

Uma das mudanças que aparecem nos discursos como uma das mais sentidas pelas clientes é relativa ao seu trabalho. A falta dele resulta em dificuldades financeiras e estresse.

Também tive que mudar até no meu trabalho, mudei pra um serviço mais calmo só tô cuidando das piscinas agora, isso incomoda.(Alfa)

Eu trabalhava antes de estar assim né com esse negócio né, agora já não trabalho mais, aí tive que parar depois de quatro mês de gravidez. Só parei porque eu precisei, da minha outra eu trabalhei até oito mês, em casa também era eu que cuidava e fazia de tudo, agora desta aqui eu já tive que mudar.(Gama)

Eu agora não posso trabalhar né. Eu tentei um emprego numa padaria, trabalhar no balcão né mas não agüento ficar em pé, tenho que ficar deitada porque senão minha perna incha e a pressão sobe.(Delta)

O meu caso, da pressão, acho que é a falta de trabalho no caso. É porque eu não sei ficar em casa.(Epsilon).

São inúmeras as preocupações que afetam a condição de saúde da gestante portadora de DHEG e, se a enfermagem tem como objetivo o bem-estar da cliente não deve centralizar a sua atenção apenas no cuidar técnico. Pelo perfil socioeconômico-cultural das mulheres que compõem as estatísticas da mortalidade materna e também pelo perfil das entrevistadas, fica evidenciado que os problemas na dimensão social influenciam o bem-estar das clientes, uma vez que juntamente com a preocupação com o próprio bem-estar e o do feto, mostram ser os principais geradores de estresse.

Maldonado (1997, p.151) cita uma revisão de literatura feita por Levin e De Frank nas décadas de 60 a 80 em que encontraram um grande número de estudos

correlacionando estresse e ansiedade provenientes de mudanças de vida com complicações da gravidez e de parto.

Na segunda unidade de significação que trata de **sentimentos negativos frente à hospitalização**, pode-se perceber diferentes significados atribuídos à situação.

Chick e Meleis (1986) dizem que os significados atribuídos a eventos de transição variam. A hospitalização é considerada necessária à cura por algumas pessoas e como um passo em direção à morte por outras.

Tedesco (1999, p.36) afirma que *“a hospitalização significa um desafio adaptativo emocional para a gestante por trazer a conscientização da doença”*.

A hospitalização é vista como uma coisa boa por oferecer recursos para o tratamento e cuidados necessários para que a cliente se sinta mais segura.

Tedesco (1999, p.38) afirma que:

“a hospitalização oferece aspectos benéficos. Por vezes, funciona como elemento redutor do estresse e da ansiedade, pois representa segurança e melhores perspectivas de sucesso para a grávida e seu filho. Pode ainda, representar repouso e refúgio dos afazeres diários ou dificuldades no relacionamento com seus próximos.”

Eu acho melhor estar aqui, porque aqui estou me cuidando, minha filha está segura e não preciso correr, estou aqui e já ganhando aqui eu tenho tudo que precisar fazer aqui. Mas em casa também é bom com o meu marido, estava a vontade e aqui é diferente. Quando precisa das enfermeiras você chama, se tiver uma dor você chama as enfermeiras. Em casa se tiver dor tem que segurar, correr no posto de saúde. Aqui é tudo na hora, sabem o que você tem e se já está na hora de ganhar a criança. Para mim é bom estar aqui porque é mais seguro.(Beta)
Aqui no hospital, ao mesmo tempo que é bom, ao mesmo tempo é ruim. Bom, porque eu preciso fazer os exames, qualquer coisa tem tudo aqui no hospital e já é ruim porque é muito longe para mim vir. Tenho que estar aqui 7 ou 7:30, então eu tenho que sair de casa antes das 6, até 5:30 para chegar em tempo.(Alfa)

Aqui no hospital. Aqui a gente é bem atendida, o pessoal é gente fina né, mas em casa é melhor e isso eu penso, é horrível né.(Gama)

Algumas clientes se referiram como uma situação desagradável a dependência gerada durante a hospitalização.

Eu quero sair logo, é ruim ficar aqui. Como eu já falei né, o pessoal é tudo gente boa para a gente mas só que é ruim né ter que ficar. Olha eu estou aqui desde ontem e não consigo nem me mexer. Não posso nem me mexer direito sozinha. Estou com fome e não posso comer por causa da cesárea. É ruim por isso.(Gama)

No hospital é um desespero. Ter que ficar com soro para ir no banheiro, levar esse ferro, para abrir a porta tenho que precisar de alguém. Já fiquei me segurando até o último, até alguém abrir a porta pra eu não ter que pedir. Na hora de tomar banho de manhã cedo tem que esperar tirar a gente da cama, me dá mais desespero ainda. Aqui tem que esperar atender todo mundo, coisa ou outra, depois que vem me tirar da cama pra eu poder tomar banho, tem que me tirar do soro, para depois por de novo.(Alfa)

Eu estou internada tem 6 dias aqui. Os primeiros dias foi bom, numa boa. No terceiro dia foi me dando um desespero. Eu queria voltar para casa. Eu vim por dor no meu rim, passou a dor, quero ir para casa só que a pressão não abaixa, aí não podia ir embora. Se o rim não está direito a pressão também não volta ao normal. Aí eu fico naquela.(Alfa)

Segundo Tedesco (1999, p. 36) “a perda da autonomia e a dependência impostas pela rigidez do ambiente hospitalar manifestam-se em conflitos gerados pela perda do autocontrole. Surgem sentimentos de desamparo e desalento...”

A hospitalização é um evento importante que se sobrepõe às transições da gestação e de saúde-doença, caracterizando segundo Shumacker e Meleis (1994) um processo transicional múltiplo, deixando a cliente mais vulnerável.

Soar Filho (1994, p.186) afirma que

“diante do desconhecido, de situações estressantes, de tensão emocional, e sobretudo da dor e das limitações físicas é uma tendência universal do ser humano reagir com algum grau de regressão” e que esta resposta dependerá de fatores como “prévia estrutura da personalidade, qualidade da informação sobre a natureza do problema e a forma como a instituição o recebe, e o tipo de resposta que o profissional lhe propicia”

Fiquei só em um canto sem poder sair. Não conhecia as pessoas estranhando o lugar, com medo de falar alguma coisa e atrapalhar as pessoas, de falar coisa que não deve, fazer alguma pergunta que vai magoar a pessoa que está internada também.(Beta)

Sabemos que a existência de rotinas rigorosas padronizadas como a proibição de objetos/roupas de uso pessoal, restrição de visitas e principalmente a falta de informação, a falta de comunicação profissional-cliente, não leva em consideração a vivência da cliente durante essa transição.

Fico aqui sem visita e comendo comida sem sal que é meio ruim. Aqui é muito ruim pela comida, não que é tão ruim assim, só que é sem sal e os horários da comida, é muito distanciado um do outro né. Daí a gente fica um tempo sem comer, daí come, daí não come de novo. Não é que nem em casa que se come a toda hora né. Apesar que a gente aqui faz bastante amizade, mas assim aqui é muito diferente, mas eu não achei muito chato não.(Delta)

Estou bem aqui no HC. Faço amizades, mas é triste ficar aqui, ficar sozinha, ter que conversar com pessoas diferentes, mas se não há com quem conversar é ruim. Isso é que faz falta.(Beta)

Com base nessa unidade de significação pode-se confirmar o que diz a literatura em relação ao significado atribuído ao evento da hospitalização durante a transição de saúde-doença. Também confirma-se a necessidade de um cuidado mais humanizado, onde seja estabelecida uma relação de troca entre enfermeiro-cliente, em que esta possa encontrar suporte emocional, tão necessário nesse momento, quando as mudanças se concretizam em função da mudança do contexto social das clientes.

Ao analisar a unidade de significação **As mudanças que a doença suscita no contexto familiar**, é necessário considerarmos a cliente como parte de um grupo social. O cuidado humanizado tem que respeitar o contexto e o papel social de cada cliente.

As multigestas referem preocupação por deixar os filhos sozinhos ou sob os cuidados de outras pessoas. Os desequilíbrios emocionais podem se intensificar no caso de a gestante ter que se afastar dos outros filhos, com os quais ainda tem um vínculo mais forte que o vínculo com o feto. Segundo Tedesco (1999. p. 37), isso pode resultar em sentimentos de culpa e incapacidade para o desempenho do papel de mãe até mesmo a rejeição do feto.

Ah! É horrível ficar internada Eu fico pensando na minha filha lá em casa. Eu estou morrendo de dó dela. Por isso mesmo eu queria estar em casa, fico preocupada com a minha filha. Hoje de manhã ela veio ver eu um pouquinho aqui. Coitadinha chorando porque queria vir comigo e eu não podia pegar. Eu tenho dó dela daí. Isso dá um aperto, por isso mesmo que eu quero sair logo daqui. Tenho dó de deixar minha pequenininha em casa sozinha. (Gama)

Agora me preocupa a saúde do meu filho e os outros que estão em casa. (Épsilon)

Só sei que está complicado porque eu estou aqui mas eu estou preocupada porque as crianças estão sozinhas. (Épsilon)

Quando fico ruim mesmo, começa a não pode respirar. Eu não consigo falar, só consigo chorar, chorar, as coisa vão me irritando estas coisa que me preocupam. Me preocupo com as crianças em casa. (Épsilon)

Entre as gestantes portadoras de DHEG entrevistadas, ficou evidente que as primigestas encaram a hospitalização de forma diferente pelo fato de não terem a preocupação com outros filhos que ficam sem cuidados maternos em casa.

Na minha casa fica tudo normal porque minha sogra está passando esses meses com a gente, aí ela fica com meu marido. Não me incomodo porque ele está bem cuidado. (Beta)

Problemas familiares também geram preocupações que podem interferir na condição de saúde da gestante portadora de DHEG. A gestação é uma experiência familiar. Prestar um cuidado integral e humanizado a uma gestante requer pensar também na família, um sistema organizado no qual todo e qualquer evento referente a uma das partes atinge o sistema inteiro.

Às vezes meu pai me ajudava também, minha mãe, senão eu não ia ter condições de comprar o remédio né. (Gama)

Às vezes minha mãe vinha me ajudar, ela ficou preocupada por eu ter pressão alta porque quando eu era mais menina tinha problema no coração. Eu tinha um sopro e os médicos falavam à medida que eu ia crescendo ia fechando, ia tampando o buraco no coração. E agora eu nem sei se ainda continua, mas minha mãe continua preocupada com isso e a pressão alta poder afetar o coração. (Beta)

Falceto e Waldemar (2001, p.60) expressam que “nos pontos de transição da vida familiar, que coincidem com as crises de desenvolvimento do indivíduo, surgem freqüentemente impasses e bloqueios, desencadeando sintomas emocionais”. A vivência

de uma gestação de risco é um momento crítico de transição, em que cliente e família perdem a noção do fluxo do tempo e passam a enxergar a situação presente como eterna. Os autores dizem que *“quando se auxilia a família a perceber a relação entre os sintomas e a atual crise vital, introduzindo a noção de transitoriedade e impermanência, vive-se uma experiência que ajuda a grande maioria a retornar ao caminho natural do desenvolvimento”*.

O enfermeiro não pode cuidar das gestantes portadoras de DHEG como indivíduos isolados. O cuidado de enfermagem voltado aos familiares pode resultar em um cuidado humanizado que ultrapassa os limites das exigências físicas da gestante.

Assim, como ocorrem importantes alterações com a gestante, também o companheiro pode apresentá-las. O futuro pai, para Zimmermann et al. (2001, p.31), *“fantasia e vivencia as experiências que sua companheira está passando, observa sua barriga aumentando, encanta-se com os primeiros sinais de vida do seu filho, sonha com o que fará com sua criança”*. Entretanto, o momento crítico pelo qual a mulher passa traz à tona sentimentos diversos frente à situação que colocam em risco toda a fantasia masculina em torno da chegada do seu filho.

Isso fica evidenciado nas falas seguintes:

Meu marido perguntou porque eu estava quieta. Daí que eu falei que estava com pressão alta. Daí ele já ficou meio assim comigo também. Queria saber porque eu não tinha falado antes. Porque qualquer coisa que acontece na unidade de saúde eu tenho que contar para ele. Se eu vou no posto de saúde ele também já vai correndo, já conhece os médicos de lá e já vai perguntar se eu fui lá e o que eu tenho. Ele sempre quer saber mesmo se eu não contar o que aconteceu na consulta.(Beta)

...meu marido ficou tão preocupado quando internei que foi trabalhar e atorou três dedos na serra. Eu estava com 7 meses. Ele quis vir comigo eu não deixei, aí ele foi trabalhar nervoso e aconteceu isto.(Beta)

...até roupa meu marido lavava. Ele chorava mas não na minha frente para não me preocupar também. Sabe que se eu vejo ele chorar eu

choro também. Não gosto de ver ele triste, e tudo isso por causa da pressão. Ela muda as coisa da vida da gente.(Beta)

Lá em casa faço mais nada não, quem faz é o meu marido né. Nos dias de semana eu faço só por cima. Final de semana, que ele fica em casa, ele tem que limpar. Eu não consigo mais fazer as coisas, me dá uma dor na barriga e nas costas.(Gama)

Como afirmam Chick e Meleis (1986, p.253)

“algumas vezes os enfermeiros tendem a ver os clientes historicamente e portanto, eles falham ao reconhecerem ou ao irem ao encontro das necessidades dos clientes no ponto em que o cliente presentemente está em sua percepção da situação”.

De acordo com Schlossberg citado por Murphy (1990, p.5)

“além da percepção que o indivíduo tem da transição fatores associados com o ambiente como, recursos e suportes disponíveis, composição do cenário da rede social são fundamentais para o estresse resultante do processo de enfrentamento e saúde.”

Os profissionais vêm atuando de forma impessoal, não considerando necessidades que saem do âmbito biológico, não valorizando outras dimensões que possam influenciar o significado atribuído à transição vivenciada pela gestante portadora de DHEG.

Ainda no contexto familiar, as dificuldades financeiras apareceram nos discursos das clientes, levando-nos a inferir que necessidades das clientes portadoras de DHEG extrapolam o plano físico, as quais acabam interferindo no cuidado de saúde.

As coisas estão meio apertadas lá em casa. Daí eu falei compra só um remédio né. Quando consultei, a médica disse que eu tinha que comprar né, mas eu disse “ eu não posso comprar, não vou fazer mais conta ainda, se eu não posso comprar, se minha mãe não pode comprar.” Eu falei que os outros dois eu não podia comprar e para pegar no posto é muito difícil né, porque estes remédios é muito caro e no posto não tem. E eu fiquei tomando só o Neozine mesmo.(Delta)

Tedesco (1999, p.33) afirma que é difícil estabelecer a relação entre os fatores de risco socioeconômico-culturais nos efeitos sobre a gravidez se analisarmos separadamente, portanto é preciso inter-relacioná-los. Invariavelmente existe uma relação

direta entre as complicações da gestação e o nível sócio econômico da gestante. Isso fica evidente quando o perfil da gestante que morre em consequência da DHEG é analisado.

Segundo a OPAS (MS, 1994, p. 45), medidas sociais podem contribuir para evitar as Mortes Maternas, as quais desvelam um problema de caráter social, uma vez que a maior parte delas ocorre em países em desenvolvimento, atingindo mulheres que pertencem à classe social baixa, sendo um importante indicador social.

O meu nenê tá com meu marido, ele cuida mas tem que faltar o trabalho. Teve que faltar ontem e hoje já. Isso é problema porque é vintão a menos né. Vinte por dia a menos e agora com a chegada do outro nenê as coisa vão ser pior. Por isso que eu quero ir embora logo porque ele não pode ficar faltando assim, senão no final do mês as consequências são das pior. (Gama)

No caso, era nós dois, agora é nós quatro, e mais o nenê que esta pra nascer, então com trezentos e sessenta reais você não vive, é complicado. Acho que é isso que começou de um mês para cá essa pressão aumentar, porque não é possível, eu nunca tive nada. A minha pressão sempre foi baixa.(Épsiion)

Ih !! a primeira foi uma maravilha eu trabalhei até oito mês em casa de família limpando e agora com esse negócio aí, vai fazer três mês que eu estou ruim já. Isso foi ruim, diminuiu o dinheiro e ficou bem mais difícil.(Gama)

As clientes entrevistadas apresentam outras preocupações que são decorrentes de problemas sociais.

Se eu pudesse mudar, uma é que eu não ia querer estar solteira, eu não acho nada de mais, mas é que eu queria que ele estivesse perto para eu convencer ele que ela vai ser uma menina bonita. Pra ele se acostumar a ser pai. Ele já vai fazer 21 anos eu que só tenho 15, então eu vou falar que essa filha não é minha também. Eu não tenho como falar, as brigas lá de casa se eu pudesse eu mudava.(Delta)

Vê, problema com o marido agora eu não tenho, ele faz tudo pra me ver feliz. Cuida dos meus filhos como se fossem dele, então não tem outro problema, a não ser aquela preocupação que a assistente social vai vir para ver, a psicóloga vai passar para ver como estão as crianças, a guarda delas é provisória. Com quem que ela vai deixar as crianças. Com ele ou comigo. (Épsilon)

Se o cuidado humanizado visa atender o ser humano em todos os aspectos, inclusive o social, o enfermeiro deve procurar a solução desses problemas que só serão diagnosticados quando houver a perfeita interação entre enfermeiro-cliente.

Dessa unidade de significado podemos inferir a necessidade de um cuidado que rompa com o paradigma reducionista e entenda a cliente como um ser integral, buscando atender suas necessidades além do aspecto físico.

Dentro da segunda unidade de contexto, SENTIMENTOS E PERCEPÇÕES EM RELAÇÃO À EXPERIÊNCIA DA DHEG: O EMERGIR DO SER DE CADA CLIENTE encontramos a unidade de significação **O medo mediando o limiar de vida e morte de si e do bebê**. O que podemos inferir nessa unidade de significação é que, ao se deparar com a doença, as gestantes não sabem como enfrentá-la o que acaba gerando estresse.

O estresse é definido por Pohodich, Ramer e Sasmor (1982, p.10) como “ *uma pressão externa ou interna que põe à prova a capacidade do indivíduo ou família para enfrentar os problemas da vida*”.

Pudemos constatar que o estresse da transição de saúde–doença vivenciada pelas gestantes portadoras de DHEG gera, entre outros sentimentos, o medo, revelado por todas as participantes deste estudo.

Quando analisados os discursos em função do medo expresso pelas gestantes portadoras de DHEG, surgiram duas categorias: o medo da morte do bebê ou delas mesmas.

Os médicos falavam que tinha que ir no posto todo dia medir a pressão. Chegava lá e dava além do normal. Eu ficava assim triste sem saber o que fazer, com medo até de morrer por causa disso. Eu tinha medo da pressão subir demais e eu ficar ruim e ir pra o hospital e não agüentar.(Beta)

Um dia eu estava chorando e uma enfermeira veio falar comigo. E eu com medo, medo de morrer. Aí ela pegou o aparelho de pressão e pois no meu braço. Disse “ vamos ver como tá tua pressão” e brincou ainda comigo para eu parar de chorar.(Alfa)

O que vem na minha cabeça é a morte.(Alfa)

Tenho medo de morrer se ela estiver muito alta. Na hora de ganhar o bebê pode acontecer alguma coisa, passa na minha cabeça que eu posso morrer, pode acontecer alguma coisa com a minha filha, isso dá muito medo e tristeza, corta o coração.(Beta)

Eu não quero morrer enquanto não deixar minhas crianças criadas, isso eu não queria....(Delta)

O medo da morte revela que as gestantes têm consciência da transição de saúde-doença e como a vivenciam. As mulheres entrevistadas (4 delas) não se referiram ao termo risco, mas ficou evidenciado que todas vivenciam essa condição quando revelam o medo da morte de si e dos bebês. Portanto, concordo com a afirmação de Saxell (2000);segundo esse autor é necessário oferecer à mulher subsídios para que faça a interpretação de seu próprio risco.

A aproximação do parto aumenta os medos devido às fantasias de morte. Na visão de Zimmermann et al. (2001, p.33) *“nos meses que precedem o parto, as dificuldades físicas acentuam-se, e, do ponto de vista psicológico, a mulher encontra-se em meio a um turbilhão de emoções”*.

Enfatizam ainda que:

“Por um lado, há a alegria associada ao nascimento do filho com a conseqüente satisfação do instinto materno e o alívio que o parto proporcionará. Por outro lado, as preocupações são cada vez mais intensas pela proximidade do parto e por reavivar os medos da gestante de ser mutilada ou morrer”.

Ficou claro nos discursos que o medo de perder o bebê é sentido pelas gestantes que fizeram parte desse estudo.

Se não tivesse grávida podia subir a pressão, esquentar tudo que quisesse e eu não tinha medo. Agora eu tenho medo pelo nenê.(Alfa)

Agora eu fico pensando na pressão alta, no coração, na criança. Em mim não muito, mas na criança mais, é isso que me corta o coração, o medo da pressão prejudicar a criança(Beta)

É risco de eu perder ele, posso fazer a cesárea e ele não sobreviver. Eu não queria isso, eu sinto um ruim Meu Deus do céu . Minha cabeça parece que está estourando depois que elas me deram essa notícia. Eu

tenho dó né! É meu filhinho que está dentro de mim e eu não queria que acontecesse isso. Tenho dó do nenzinho. É horrível.(Gama)

Fiquei com medo de prejudicar a criança também, daí eu ficava nervosa. Se a criança não mexia eu já ficava preocupada, "será que ela não está se mexendo por causa da pressão? Será que ela está muito alta?"(Beta)

Eu não senti nada, mas primeiro eu fiquei com medo assim de ser alguma coisa que prejudicasse o nenê. Passava um monte de coisa na minha cabeça, tipo assim: a gente fica com medo né, porque a gente as vezes faz alguma coisa assim, ou come uma comida com muito sal, passa mal e as vezes prejudica o nenê e a gente fica com medo né, não de prejudicar a gente né, mas de prejudicar o nenê, ainda mais o primeiro filho. (Delta)

A falta de informação é um gerador de medo.

Pode acontecer alguma coisa pra a criança se esquentar muito a água da bolsa e cozinhar a criança, então se esquentou um pouquinho meu rosto eu corro já pro médico, na farmácia.....É assim, dá uma quentura, vem uma quentura de dentro. Você sente que o rosto tá bem quente mas se você põe a mão o rosto tá gelado, tá normal, mas por dentro tá quente o rosto. Ou senão quando tenho dor na minha nuca. (Alfa)

Tinha vez que a pressão estava 15/10, 16 ou até 17. Eu pensava "o que eu vou fazer." Não tinha mais o que pensar. Eu ficava preocupada com criança, não comigo, mas com a criança. Era meu primeiro filho e eu tinha medo de perder a criança .(Beta)

Fiquei com muito medo quando me falaram que estava com pressão alta. Fiquei com medo quando deram muito remédio para eu tomar.(Beta)

O conhecimento do significado atribuído à transição de saúde-doença pela cliente fornece subsídios para o enfermeiro proceder um cuidado educativo que, além de estimular a participação da cliente, oferece informações que podem diminuir o estresse, favorecendo um transitar mais saudável dessa cliente pelo processo de transição.

A unidade de significação **Sentimentos negativos frente à doença instalada**, evidencia a forma negativa como as clientes vivenciam o processo de transição de saúde-doença. Os discursos desvelam sentimentos como desespero, agonia, culpa. Pela forma como as gestantes espõem esses sentimentos fica claro que existe uma lacuna no cuidado

oferecido pela equipe de saúde no que diz respeito à falta de comunicação e interação com a cliente.

Eu pensava muito na outra gravidez. Pensava porque não podia ser como a primeira. Porque eu não era normal. Então como se diz, eu me culpava, me culpava mais ainda, porque não me cuidei na dieta da primeira. Eu acho que porque não me cuidei afetou a segunda e prejudicou esta também.(Alfa)

Me deu um pouco de culpa, mas agora já estou sentindo alívio, que estou chegando no fim da gravidez.(Alfa)

Agora eu estou um pouco assustada porque a médica me disse que se a pressão continuasse a subir eu ia ter que fazer uma cesárea as pressas. É que as vezes tiram o nenê para ter mais chance e as vezes acaba morrendo do mesmo jeito. Aí a gente fica um pouco assustada e pensa que a culpa é da gente.(Delta)

Quando a criança ficou dois dias sem se movimentar, fui no posto para fazer exame e os médicos me deixaram mais assustada ainda com a cara que fizeram e eu pensei “ pronto alguma coisa aconteceu”. Aí eu voltei no terceiro, daí fizeram eu escutar o coração da criança.(Beta)

Eu tinha até medo de me mexer. Se eu estava perdendo líquido e eu não estava vendo o líquido, me dava preocupação porque eu não via. A minha mãe que explicou, que eu não perdia. Era que eu não estava fazendo mais líquido suficiente. Eu vi, porque eu tomava AAS, que era porque eu estava com o sangue grosso e daí, eu não podia ter líquido mesmo. Isso me preocupou, mas agora os médico falaram que subiu ao normal de novo. Desde esta coisa de liquido eu fiquei tendo azia. Qualquer comprimido agora me dá azia.(Alfa)

Shumacker e Meleis (1994) citam vários estudos em que foi identificada a falta de suporte ou comunicação com a equipe profissional, nos quais clientes em transição experienciaram sentimentos negativos como impotência, confusão, frustração e conflito. Os mesmos autores afirmam que o nível de conhecimento sobre a transição é relevante e influencia os resultados de saúde.

A DHEG, além de trazer o risco materno e fetal tornando a transição de saúde-doença uma ameaça à vida, traz o sentimento de culpa. É comum as gestantes se sentirem culpadas, o que gera uma maior dificuldade no enfrentamento do problema. Muitas vezes, como afirma Tedesco (1999, p.35), “a grávida busca razões ou necessita atribuir a algo ou alguém a causa de seu infortúnio” O autor diz, ainda, que nesse momento surgem

sentimentos de culpa, de punição ou censura, na maioria das vezes conseqüência da falta de informação sobre a doença, que pode ser resolvido por meio do cuidado educativo. Portanto, o processo de cuidado educativo deve permear o dia-a-dia da enfermeira que trabalha com as gestantes portadoras de DHEG.

A transição de saúde-doença é um momento na vida da cliente em que existe necessidade de apoio. Um cuidado efetivo durante este processo requer uma relação de confiança no qual o profissional seja suporte, oferecendo segurança para melhorar a auto-estima das clientes e favorecendo o enfrentamento e a adaptação à doença.

Na unidade de contexto O PAPEL DO CUIDADO EDUCATIVO, que compreende a unidade de significação **Sentindo a necessidade de informações: lacuna para o enfrentamento e adaptação à transição**, as falas revelam falta de informações a que são submetidas as clientes portadoras de DHEG. Nenhuma das clientes deixou transparecer satisfação com o conhecimento sobre a sua situação de saúde-doença.

Eu acho que a pressão alta afeta o bebê, os médicos fala que está alta e daí eu fico triste, voito no posto e me falam isto e eu fico triste.(Beta)

Como não conheço o que causa a pressão alta penso na criança vir com algum problema. Alguma deficiência, com qualquer coisa assim, eu penso bobagem. E com muitas dúvidas de qual é exatamente o problema da criança recém nascida. A preocupação aumenta(Beta)

*Da primeira eu não cuidei e da segunda veio as complicação. Da segunda eu não cuidei e tá afetando agora a terceira. Agora, se eu tivesse cuidado, seguido os mandamentos direitinho ia tar tudo direitinho agora. Sei lá se é coisa da minha cabeça, mas o médico perguntou se eu cuidei na dieta antes. Aí eu acho que poderia ser por isso, porque eu não guardei a dieta e agora dá os problemas.
(Alfa)*

A única coisa que passa na minha cabeça, quando eu esquento meu rosto, meu medo é que a água da bolsa ferva. A primeira coisa que passa na minha cabeça, mas também nunca perguntei pra ninguém se acontece isso, mas é o que passa na minha cabeça na hora.(Alfa)

Me perguntaram se eu estava sentindo alguma dor e quanto tempo a criança estava sem se mexer. Deram uma pomada para eu colocar lá em

baixo e disseram pra aplicar sempre quando for dormir, mas nem me falaram porque estavam me dando aquilo.(Beta)

Nem me passa pela cabeça. Nem passa na minha cabeça o que possa ser exatamente e o que pode acontecer. Sinto fraqueza no corpo, sinto muita dor de cabeça, tontura, moleza e sono. Sinto muito sono. Os remédios vem do posto, é grátis. A pressão alta é não sei que tipo de doença e o que ela pode causar(Beta)

Não sei muito não dessa doença. Eu só sei que é uma doença de pressão alta só na gestação. Só isso mesmo que eu sei. Me falam assim né, mas a gente se esquece ou as vezes não dá muita importância de ficar perguntando.(Delta)

Aconteceu de eu ser medicada sem saber de nada, mas agora eu não aceito isto, tem médico que explica e é bonzinho, tem outros que são carrancudos e estúpidos, não falam nada. Eu gosto de saber o que está acontecendo comigo.(Beta)

Quando o médico examina tem que falar como está, o que tem que fazer e não examinar e sair sem falar nada. Eu gosto de perguntar e ser correspondida, o que está acontecendo comigo e com minha saúde para ficar por dentro.(Beta)

Eu não sei nada. Só falaram lá em baixo que era uma DHEG leve, Porque a médica chegou e falou uma coisa para mim, aí depois a outra vem e fala outra coisa, então, você no final, você não entende nada. Você fica “é ou não é?” e isso é ruim porque você não sabe o que, em quem você acreditar, quem está falando a coisa mais certa ali. Porque se um falou, acho que outra pessoa devia chegar e falar,“é isso, tem mais isso ou menos isso” mais para um é, outro não é bem por aí, é totalmente diferente. Então tem que ser uma coisa bem explicada ou não explica nada. Eu acho que é muito enrolado isso.(Épsilon)

A falta de conhecimento e de orientação sobre a DHEG ficou clara em todos os discursos das clientes que fazem parte desse estudo. Ficou evidenciado que o cuidado educativo não acontece. As mulheres ficam à margem do tratamento instituído, o qual privilegia a patologia, negligenciando a integralidade do ser humano. Quatro das cinco clientes entrevistadas demonstraram a necessidade de ter maiores informações sobre a doença, uma delas não referiu diretamente a necessidade de informações mas demonstrou seu desconhecimento.

Segundo Zimmermann et al. (2001, p.31) enfatizam que “é necessário enfatizar que as manifestações psicossomáticas costumam ser reduzidas se a gestante for

devidamente esclarecida a respeito dos eventos aos quais está sujeita em decorrência da gravidez, de modo que um apoio psicológico e efetivo pode trazer ganhos significativos”.

Os discursos revelam que o cuidado recebido pelas gestantes é despersonalizado e técnico, o que dificulta visualizarem a transição como um processo de mudança em busca do reequilíbrio.

Eu queria saber, gostaria de saber mais sobre esta doença. O que que causa ela, quer dizer, a causa disto, é muito sal. Como ele prejudica eu fico pensando isso e não tenho resposta. Acho que me enrolam e não me dão resposta. (Beta)

Schumacker e Meleis (1994, p.122) afirmam que “*o nível de conhecimento e habilidade relevantes a uma transição é outra condição que influencia os resultados de saúde e podem ser insuficientes para encontrar as demandas de uma nova situação*”.

Isso significa que a cliente, não recebendo uma explicação em linguagem compreensível, pode não valorizar/compreender a importância de uma atitude para o cuidado de si, não assumindo um comportamento de responsabilidade sobre sua saúde. O cuidado educativo, então pode favorecer que a transição saúde-doença durante o ciclo gestacional ocorra de forma segura, com a participação da cliente no cuidado. As informações devem atender às necessidades reveladas nos discursos e, para tanto, é necessária uma perfeita interação entre enfermeiro e cliente.

Eu perguntava para que o remédio, eu perguntava mesmo. Eu desejo saber o que estão fazendo comigo, que remédio estão me dando, porque eu fico assustada antes de fazer alguma coisa. Eu pergunto o que vão fazer comigo. Se não me disser o que irão fazer eu não deixo mexer comigo.(Beta)

Quando a gente sabe a verdadeira gravidade da doença a gente procura se cuidar, diminuir alguma coisa. Se o médico não fala a gente não vai ajudar muito.(Beta)

Chick e Meleis (1986, p. 251) afirmam que as perturbações associadas com a transição podem favorecer o aprendizado; mas, se houver desconhecimento do curso do processo transicional, o comportamento de busca à saúde pode ser inibido. O

desconhecimento, segundo as autoras, pode resultar em incerteza e ansiedade, dificultando o julgamento da pessoa que vivencia a transição a respeito da severidade e seriedade dos sintomas.

O desconhecimento demonstrado pelas clientes pode acarretar no desenvolvimento das complicações inerentes à DHEG ou no acesso tardio ao sistema de saúde, resultando em morte.

Não sei nada sobre essa doença. Só que é pressão alta e que é perigoso se for muito alta, a única coisa que eu sei. Os médicos falaram que é perigoso para mulher grávida né. Sei lá se é perigoso porque dá isso? Não sei devido do que dá isso. É isso que eu queria saber porque é tão esquisito a gente ficar mal. (Delta)

Apenas uma cliente afirmou que não gostaria de saber mais sobre a DHEG.

Essa colocação alerta que o cuidado educativo deve resultar da interação enfermeiro-cliente. As informações devem ser dadas a cada cliente de forma individual, respeitando suas necessidades e atendendo a suas expectativas. O enfermeiro deve conhecer cada cliente para não atribuir à transição um significado estereotipado, desvalorizando a experiência da cliente.

Segundo Chick e Meleis (1986), o cuidado transicional deve ser planejado com base no significado que a situação tem para a cliente, o que estimula e favorece o cuidado humanizado, individualizado.

Em relação ao conhecimento da doença e o cuidado, as clientes sabem que a dieta hipossódica e o repouso são importantes. Nenhuma cliente conhece as complicações e as conseqüências da DHEG.

As informações recebidas pelas clientes são congruentes com a afirmação de Zumpano et al. (1990), que recomendam repouso e orientação pré-natal, principalmente

para gestantes de baixo nível socioeconômico-cultural, como forma de minimizar as complicações da DHEG.

No pré-natal eles me falavam que eu tinha que me cuidar, não podia comer muito sal. Eles sempre falavam do sal. Diziam que era para cortar tudo o sal. Falei então que cortei tudo o sal e eles mandaram fazer repouso, repousar bastante.(Beta)

O quadro clínico é bom saber, para esclarecer as coisas que acontecem com a gente, só saber que é só o sal, é ruim. Com isto a gente ia ficar com mais confiança no médico se ele diz o que realmente se passa com a gente e com a criança por causa da pressão alta.(Beta)

Quando perguntava diziam “cortar o sal” só falavam isso. Tem que cortar o sal. Não falavam o que era, como prejudica o nenê. Nunca falavam disso, eu acho que me enrolavam porque não deve ser só sal que faz isso. Eu tinha curiosidade de saber por que, a causa e os efeitos. (Beta)

Tedesco (1999, p.39) diz que:

“As explicações são sempre escassas. Esquece-se do princípio fundamental de que a paciente tem direito às informações, e a equipe, obrigação de fornecê-las. Em muitos casos, as pacientes sentem-se tratadas com descaso, como desprovidas de qualquer senso de julgamento, e que devem ser subservientes, acatando as decisões médicas tomadas, muitas vezes, sem o seu consentimento. Mas, mesmo quando se dão informações, estas são insuficientes, pouco esclarecedoras e em linguajar técnico: pior quando, por comodismo ou fuga, encarregam-se os menos experientes para essa função.”

Eles deviam explicar melhor pra o paciente. Se acham que não deve explicar para o paciente, explica para alguém que... um alguém, um parente ou alguma coisa assim né. Porque senão fica aquele nó na cabeça das pessoas e alguns podem entender totalmente errado ou entender tudo errado. Eu queria e eu quero saber. A hora que um médico vir ali conversar comigo eu vou perguntar para ele o que que é isso.(Épsilon)

Teve um mês que o médico falou que eu estava com pouco líquido. Eles não explicaram. Não sei como, se eu nunca perdia líquido. Eu olhava na calcinha e estava seca, eu achava que podia ser como álcool e estava evaporando. Passei bem preocupada até que disseram que não sei como, voltou para o normal.(Alfa)

O cuidado educativo em saúde para ser efetivo, deve-se constituir em um encontro entre o enfermeiro e a cliente, despertar nela um sentimento de competência e responsabilidade, para que não se torne uma mera imposição. A democratização do

conhecimento técnico implica valorização que resulte em atitudes positivas para a melhoria da condição de saúde do ser humano.

O papel do enfermeiro vai além do orientar e informar. Deve trabalhar com o objetivo de conscientizar a cliente para que esta participe de forma efetiva no cuidado de si, uma vez que a educação para a saúde conduz ao autoconhecimento e desperta as mulheres para o reconhecimento de suas reais necessidades.

A humanização do cuidado torna necessária uma visão singular da cliente e as informações fornecidas devem respeitar as necessidades individuais. As informações não devem ser exaustivas ou apresentadas num linguajar técnico. Basta que sejam simples, inteligíveis, verdadeiras e respeitosas, ou seja, fornecidas respeitando-se a capacidade intelectual e cultural da cliente.

Me disseram que é grave se der uma convulsão no caso, que nem a moça falou e não tiver feito os preparos lá que eles fizeram. Ela falou lá que podia dar a convulsão então tinha que colocar aquela sonda, aqueles negócios lá. Aí hoje teve uma outra que disse que não havia necessidade de pôr, então eu ... no fim você fica com a cabeça que dá um nó. (Épsilon)

Na unidade de significação **A parturição: o desconhecido gera apreensão**, fica evidenciado que o atendimento recebido pelas gestantes durante todo o pré-natal não tem o enfoque educativo mais elementar, que é preparar a gestante para o momento do parto. Essa preparação deveria ser feita basicamente por meio de orientação antecipatória pela transmissão de informações de modo claro, simples, sintético. O quanto e o que informar depende da solicitação da cliente e da sua necessidade de saber. A atuação do enfermeiro no de pré natal deve ser pautada no princípio do cuidado educativo. O cuidado de enfermagem não deve excluir o modelo tradicional (modelo biomédico), mas superá-lo, associando a ele práticas educativas que valorizem realmente o saber popular, as reais

necessidades das clientes, particularmente das gestantes de risco, a fim de que elas sejam cuidadas de forma integral e humanizada.

Cuidar dessas gestantes de forma humanizada abrange uma série de diferentes aspectos referentes às idéias, valores e práticas envolvendo as relações entre os enfermeiros / enfermeiros obstetras, os procedimentos adotados e as rotinas dos serviços.

O modelo de atenção vigente está impregnado do impessoalismo e da objetividade do paradigma biomédico. Essas características interferem no atendimento das gestantes, pois os profissionais não valorizam as necessidades individuais de cada cliente, deixando uma grande lacuna no que diz respeito à humanização da assistência.

É importante que, durante o trabalho de parto, a cliente não seja deixada sozinha. Ela deve ser incentivada a participar e acompanhar todos os passos da evolução parturitiva, o que lhe possibilita uma sensação de competência.

A humanização do cuidado à mulher durante a transição gestacional requer novas formas de cuidar, as quais favoreçam a participação dessas mulheres permitindo-lhes serem sujeitos de todo o processo de gestação, parto e puerpério. Requer também a formação de um vínculo maior entre as gestantes e o enfermeiro que resulte no suporte emocional e na educação para a saúde.

Humanizar é, basicamente, respeitar a individualidade das pessoas, saber ouvir o outro, favorecendo a adequação da assistência segundo as crenças e os valores de cada um.

A humanização, no caso da obstetrícia, deveria ser iniciada no pré-natal, mediante um trabalho de conscientização junto às mulheres, discutindo com elas as suas necessidades ou demandas em relação à gestação, parto e puerpério, utilizando o cuidado educativo e humanizado.

Então meu medo é na hora de ganhar o nenê. Que não esteja bem a criança, que tenha alguma coisa, defeito. Que nem no outro, eu tinha medo de ver o nenê. É o que mais tenho medo. Que venha com alguma má formação ou qualquer coisa.(Alfa)

O parto de risco me deixa nervosa, preocupada o que vai acontecer, será que a criança vai vir bem? (Beta)

Eu tenho medo porque dá minha menina eu penei para ganhar ela. Fiquei cinco dias internada e eu tenho parto seco e dá primeira eu penei bastante então isso dá medo e eu penso nisso aí direto. A sensação que eu tenho é que eu vou passar por tudo que eu passei da outra, a outra, o parto foi difícil. (Gama)

Eu me sentiria bem melhor se me falassem o porquê de tudo aquilo e me explicassem as coisas. Queria saber mais até agora...sobre o que é o parto cesárea e se a gente sente muita dor.(Beta)

Eu fiquei ruim agora, e agora acho que eles vão tirar o nenê. Sabe que é bom, porque o remédio era caro, tinha dificuldade para comprar porque quem ganha três salários não vive muito bem né. Eu comprava né, mas daí tinha que diminuir outras coisas e comprar o remédio porque eu estava passando mal. (Gama)

Percebe-se que o significado atribuído ao parto é fortemente influenciado pela experiência anterior de cada mulher. Mais uma vez é importante para o enfermeiro conhecer a cliente, para que possa identificar o que existe de real nas crenças dela e o que pode ser imaginário, e de que forma este saber está ajudando ou prejudicando o vivenciar do processo de transição e o bem estar da cliente.

Todos os pais esperam um parto normal e gratificante. Assim “o choque provocado pela necessidade de uma cesárea é seguido por decepção, e encarado como fracasso”, como afirmam Zimmermann et al. (2001, p.35). A interrupção de uma gestação altera o comportamento e o equilíbrio emocional da mãe e da família. Os autores salientam ainda que “para algumas mulheres, a cesariana é uma derrota para a auto-estima, como se elas tivessem falhado no seu dever de mulher por não terem tido parto normal”

A unidade de significação **O cuidado de si: necessidades expressas diante da transição**, deixou clara a abordagem técnica no cuidado das gestantes. Existem algumas

informações, mas não há uma preocupação dos profissionais com as reais condições das clientes, se estas compreenderam suas potenciais necessidades, se têm condições de realizar o que foi preconizado como cuidado.

Há um mês eu fiz a consulta de pré-natal, eu não lembro, mas o médico disse que era pra eu me cuidar que a pressão estava alta e qualquer coisa que eu sentisse era para eu procurar o posto ou um hospital. É isso que ele pediu para mim né. Esse tempo todo daí eu fiquei esperando a outra consulta que ia ser agora né. O remédio eu tomei um pouco e acabou, não deu pra o mês inteiro daí eu.....ontem eu só lembro disso, só do desmaio lá e daí não lembro mais nada.(Gama)

Esta fala revela que a cliente foi informada da necessidade do cuidado de si, mas não houve a compreensão sobre a gravidade da doença e como proceder. Percebe-se também que a não conscientização sobre os reais riscos da DHEG resultou no uso de medicamentos restrito a um período de tempo que favoreceu o agravamento do quadro.

Preciso me cuidar. Pensar um pouco no que está acontecendo, para não aumentar mais a pressão. Ficar deitada do lado esquerdo e passar para o lado direito e não de barriga para cima.(Beta)

No começo me disseram para repousar uma hora por dia depois passou pra três ou quatro horas, daí já era para repousar o dia inteiro. Ficar o dia inteiro deitada, e eu já não agüentava fazer muita coisa. Eu ficava deitada o dia inteiro do lado esquerdo. (Beta)

Descansar um pouco é bom, mas muito tempo dá agonia, cansa, muito tempo incha as costas. Tem o lado bom e o lado ruim de ficar na cama. (Beta)

Que nem eu, não posso comer comida com sal e às vezes eu como a comida muito salgada e isso prejudica né. Aí eu fico com dor de cabeça e vendo luzinha, essas coisas né. Daí a gente pensa né "será que vai prejudicar o nenê?". É que a gente está fazendo mesmo que sabe que não é bom, vai e faz, daí fica com medo assim de prejudicar o nenê. (Delta)

A doença, eu tenho que fazer repouso, não posso comer nada com sal, eu não posso ficar nervosa, não posso ficar estressada...(Épsilon)

Fica evidenciado que a abordagem que vem sendo dada ao tratamento da DHEG não é eficaz na prevenção de suas complicações. Mesmo as clientes tendo tido acesso ao pré-natal, não foi possível evitar a evolução da patologia.

É horrível ficar na cama precisando de ajuda, nem consigo levantar sozinha. Queria né, mas não consigo. Você está percebendo a minha fala do jeito que está, diferente. Minha língua está toda cortada também de ontem. Eu não via o que eu estava fazendo, estava desmaiada. Está horrível e eu quero sair logo daqui. Eu queria fazer a cesárea logo. (Gama)

Isso de tomar remédio é que mudou muito, isso eu tenho que cuidar, eu tomo aquele...não me lembro o nome, tomo todo dia, a noite. E o AAS infantil tomo porque agora no final dizem que corro perigo do sangue ficar grosso e é para afinar. Só que pra comprar é meio pesado. O AAS não, mas o outro é caro, é bem pesado custa, uns quarenta e poucos reais. Se eu não posso comprar ou qualquer coisa, eu peço pra minha mãe comprar para mim. Eu não gosto de pedir mas agora preciso pedir, fazer o quê! Se não dá do meu lado eu peço pra mãe. (Alfa)

E depois eles também me mandaram tomar remédio né, eu não me lembro mais do nome, mas desde que me falaram eu tive que tomar remédio. Eu que comprava e não me lembro agora só que faz dias que não estou tomando o remédio, já faz uns quinze dias que acabou, e daí eles falaram que eu podia parar, era só pra eu voltar na próxima consulta que ia ser agora pro final da semana, lá no postinho e daí eles iam ver o que iam fazer comigo. (Gama).

Nessas falas percebe-se claramente que o cuidado na concepção das clientes, resume-se ao repouso, à dieta hipossódica e ao uso de medicamentos. As clientes são tratadas, de forma geral, como se todas fossem iguais e como se existisse uma única fórmula para o enfrentamento da DHEG, desconsiderando totalmente as particularidades de cada uma.

VIII. IDÉIAS CONCLUSIVAS

Partindo do pressuposto de que toda gestante está vivenciando uma transição desenvolvimental, acrescida da transição de saúde-doença ao tornar-se portadora da DHEG, e que nessa passagem de um estado ao outro insere-se a interação enfermeiro-cliente, tendo como mediador o cuidado educativo, podem-se identificar pontos que considero relevantes para a efetivação de um cuidado de enfermagem de melhor qualidade.

É possível concluir que as gestantes vivenciam essa transição de forma negativa, o que resulta em sentimentos de angústia, desespero, culpa e, sobretudo, medo da sua morte e do bebê .

Ficou evidenciado nos discursos analisados que o processo de transição acarreta inúmeras mudanças no cotidiano dessas gestantes. Essas mudanças afetam sua vida e a de seus familiares, trazendo diversos transtornos e preocupações.

Pode-se inferir que essas gestantes vivenciam esse processo de transição com uma grande carência de informações, o que contribui para que os sentimentos negativos se fortaleçam.

A falta de informação que permeia esse vivenciar é consequência da assistência que é oferecida, orientada para a doença e para a cura, desconsiderando causas emocionais

e sócioeconômicas. A assistência de enfermagem, ao seguir o modelo biomédico também relega para segundo plano o cuidado humanizado e o cuidado educativo.

Ficou claro nos discursos expressos que a informação que as gestantes têm sobre a DHEG se reduz à consciência de medidas como repouso e ingesta de dieta hipossódica, o que revela falta de interação da equipe multiprofissional com as clientes, bem como um cuidado pré-natal de baixa qualidade, que não é capaz de identificar e atender á necessidade de informação, dificultando o transitar pelo processo de transição saúde-doença.

A relação de descuido que se estabelece revela a falta de disponibilidade, de interação, de confiança, contribuindo para o não crescimento da gestante, enquanto ser humano, e dificultando o cuidado de si.

Um dos aspectos mais graves da ausência de cuidado educativo é que a não consciência da possível evolução da DHEG e sua gravidade expõe a gestante às complicações inerentes à patologia e, conseqüentemente, à morte.

A lacuna no cuidado, se configura no abandono, por parte da equipe de saúde, dos aspectos educativo e social do cuidado prestado. Ao abandonar a visão do ser humano de forma integral e inserido num contexto social, a enfermagem abandonou o vasto domínio da prevenção, criando um abismo entre ela e a cliente.

É notável a invisibilidade do profissional enfermeiro, quando, nos discursos analisados, ao se referirem às poucas informações que obtiveram durante a realização do pré-natal, nenhuma das gestantes portadoras de DHEG se referiu a este profissional. Apesar de a enfermagem ter crescido como profissão no decorrer dos últimos anos, construindo um corpo de conhecimentos próprio, ainda não uniu a reflexão à ação, mantendo-se na invisibilidade junto à clientela. É preciso passar da teoria à prática,

ocupando espaços por meio do cuidado educativo, expressando-se, interagindo junto às gestantes portadoras de DHEG, construindo uma prática assistencial em que a comunicação leve ao crescimento não só da cliente, mas também da profissão de enfermagem.

O não desenvolvimento do cuidado educativo por esses profissionais denota o reforço do modelo vigente no contexto da assistência à saúde. Foi possível reconhecer que o cuidado educativo não faz parte da prática diária do enfermeiro, o que evidencia a necessidade de uma maior articulação entre educação e saúde, práticas sociais inter-relacionadas.

O cuidado educativo necessita ser visto pelos enfermeiros como um transformador de sua práxis, como uma forma de conquistar credibilidade e visibilidade junto à clientela, uma vez que virá a favorecer a interação enfermeiro-cliente.

O cuidado educativo é um recurso de dupla utilidade: servindo ao cliente, porque instrumentaliza-o para o cuidado de si e para o exercício da cidadania e ao enfermeiro, por favorecer a conquista de espaço no contexto profissional. Pode ser utilizado como forma de interação entre enfermeiro e cliente e também como recurso para combater o autoritarismo e o assistencialismo vigentes no sistema de saúde .

O poder exercido por parte dos profissionais se revela quando o tratamento é instituído, se não de forma autoritária, desconsiderando o direito a informação das clientes. Esse cuidado se resume a procedimentos técnicos e curativos, organizados e padronizados de acordo com a visão reducionista e medicalizada vigente no sistema de saúde brasileiro, havendo total desconsideração da integralidade do ser humano, bem como da determinação social das questões de saúde, revelando falta de humanização e sensibilidade dos profissionais para com os problemas que transcendem ao fisiológico.

Pode-se inferir da análise dos discursos que o ser humano não é visto como alguém capaz, que tem condições intelectuais e emocionais para compreender a natureza e as conseqüências das questões relacionadas a sua condição de saúde-doença. Dessa forma é negada, a essas gestantes, a oportunidade de crescimento pessoal durante o processo de transição, bem como o direito de participar das decisões a ele inerentes.

Isso nos remete à questão ética do direito de informação e da autonomia do ser humano, cidadão, levando-nos a acreditar que a assistência obstétrica necessita de uma mudança de paradigma para garantir um cuidado humanizada. É preciso, inicialmente, que os profissionais conheçam e compreendam as clientes. Isso exige uma postura que permita aproximação, observação e abstenção de julgamentos prévios, para que se alcance a visão da cliente sobre sua própria condição de saúde-doença antes de classificá-la no modelo biomédico.

É preciso que os profissionais repensem o respeito ao ser humano e à sua autonomia, para que este, recebendo informações por meio do cuidado educativo, seja estimulado a compartilhar das decisões que dizem respeito ao seu cuidado e ao seu tratamento. O cuidado educativo é vital para que a gestante portadora de DHEG possa vivenciar a transição de saúde-doença de forma mais saudável e segura.

A falta de conhecimento da gestante sobre a DHEG, seus riscos e a forma de cuidado que esta exige podem ser fatores que dificultam a transição da gestante, uma vez que não permitem que ela tenha consciência da situação tornando-se incapaz de fazer um julgamento a respeito da severidade e seriedade da situação vivenciada.

A necessidade do cuidado humanizado e educativo durante a transição se evidencia quando, ambos, privilegiam o respeito pela individualidade, acreditam no

potencial de crescimento do ser humano, respeitam seu contexto de vida e valorizam sua vivência.

A hospitalização é vivenciado de forma diferenciada pelas gestantes, pois, cada ser humano atribui significado diferente a cada evento vivenciado e este significado decorre da sua capacidade de enfrentamento, da sua estrutura pessoal, bem como, do seu contexto social. A hospitalização pode significar segurança, se a gestante a percebe como um momento em que existe confiança em decorrência da presença de recursos humanos e materiais capazes de garantir a sua vida e a de seu bebê. Pode também significar um novo problema quando a retira de seu ambiente fazendo com que abandone sua rotina e prejudicando o desempenho de seu papel social.

A hospitalização é um evento de transição que vem exacerbar o medo e a ansiedade sentidos pela gestante portadora de DHEG, iatropatogenicamente pelo fato de não se estabelecer uma relação de confiança entre a cliente e os profissionais, tornando-a ainda mais vulnerável.

A sensação de dependência decorrente da hospitalização referida pelas clientes que fazem parte desse estudo, revela a necessidade de um cuidado humanizado e educativo como estratégia para que as clientes se sintam mais seguras e tranquilas nesse momento especial de suas vidas.

O apoio emocional, somado ao cuidado educativo, além de favorecerem o bem-estar dessas clientes, estimulariam a sua cooperação e a corresponsabilidade no cuidado/tratamento.

Os discursos revelaram que a assistência pré-natal é centrada no cuidado médico, mostrando mais uma vez a ausência do enfermeiro, o qual deixa de ocupar seu espaço. O pré-natal se tornou medicalizado, momento em que só os médicos atuam. No

entanto é nesse momento específico que o enfermeiro deve atuar, levando em conta aspectos que vão além do biológico. Nesse sentido, parece ser nosso o papel de prover à gestante de risco cuidados para atender à gama de necessidades revelada durante o vivenciar do processo de transição de saúde-doença. O pré-natal da gestante de risco oferece um espaço para a atuação do enfermeiro, não só como cuidador mas, principalmente como educador. Deve ser visto como um espaço onde ele pode desenvolver além da competência técnica, o seu saber específico. É mais uma vez, necessário enfatizar a necessidade e a importância de o enfermeiro se tornar presente, atuante, visível, nas situações em que o cuidado educativo é primordial. A sua ausência no contexto do pré-natal de risco se revela como um dos fatores determinantes do seu não reconhecimento neste contexto.

Evidenciou-se que todas as gestantes receberam cuidado pré-natal e tiveram acesso a serviços de referência, como preconiza o Programa de Humanização no Pré- Natal e Nascimento instituído pela portaria GM/MS n.º 569/GM, mas as dificuldades para um cuidado efetivo, referidas pelas clientes entrevistadas, são de cunho social, portanto as práticas de saúde, reduzidas ao aspecto curativo, revelam uma lacuna dificultando uma maior efetividade do sistema assistencial brasileiro.

A realidade vivenciada pelas gestantes portadoras de DHEG nos remete à afirmação de Saxell (2000) quando cita Smilkstein et al.: existe necessidade de uma avaliação do risco psicossocial para se evitar complicações na gestação. A avaliação do risco deve considerar o contexto socioeconômico e cultural da gestante.

As dificuldades geradas pelas condições socioeconômicas, como a baixa renda e a falta de emprego contribuem de forma a dificultar o repouso e a aquisição de medicamentos, gerando estresse e expondo as gestantes ao risco de complicações e morte.

A baixa escolaridade dessas mulheres condiciona atitudes que dificultam a obtenção de um nível de cuidado de si, bem como o acesso ao sistema de saúde considerado de qualidade.

As gestantes vivenciam a transição de saúde-doença em um contexto que dá ênfase ao evento (doença) e não à realidade vivida por ela.

O cuidado centrado no modelo biomédico, com ênfase no aspecto curativo e o predomínio da visão fragmentada do homem resulta em descaso aos fatores de risco sociais. Enfatizam-se os aspectos assistencial e curativo, desconsiderando-se os aspectos social e preventivo. Separa-se não só o doente da doença, mas o cliente do seu contexto social-econômico, desrespeitando-o como um todo: sua história, suas crenças, seus valores e seus papéis sociais. Mesmo que não seja possível atender ao todo da pessoa simultaneamente, pode-se reconhecer a coextensão de suas várias dimensões para direcionar esforços no sentido de minimizar os riscos.

Se faz necessária uma atuação da enfermagem e dos demais profissionais da área de saúde que transcenda à terapêutica que objetiva somente o controle da DHEG.

Os limites da ação da equipe de saúde no atendimento às necessidades das clientes se revelam quando dos discursos emergem problemas de ordem socioeconômica que contribuem de forma inegável para que a transição de saúde-doença se torne um momento difícil para as gestantes portadoras de DHEG.

A identificação das carências no âmbito socioeconômico desvelam outra lacuna no cuidado à saúde oferecido a essas mulheres durante a transição gestacional quando da sobreposição da transição de saúde-doença. Fatos como o desemprego, a baixa renda e a falta de estrutura familiar, resultam em comportamentos e sentimentos que prejudicam o cuidado da gestante portadora de DHEG, assim como não realizar o repouso

e a falta de medicação, os quais favorecem o agravamento da doença e aumentam os riscos inerentes a ela. Portanto, desenvolver uma assistência apenas intervencionista, curativa, tecnológica, medicalizada não atende às necessidades sociais destas clientes, que continuam expostas ao risco de morte.

O modelo de assistência que privilegia o curativo, o biomédico mas desconsidera a história e o contexto de vida das mulheres, bem como o aspecto emocional em uma fase de transição como a gestação de risco, não se torna efetivo na diminuição das mortes maternas, não melhora a qualidade de vida ou provoca mudança de comportamentos de saúde. É preciso abandonar o modelo tradicional de análise de riscos de saúde, preso aos aspectos biológicos, e avançar para uma visão individualizada em que não sejam negligenciadas as facetas socioeconômica, cultural e emocional dessas mulheres.

Cabe ao enfermeiro, com o objetivo de humanizar e de respeitar os direitos de cada cliente, contribuir para diminuir os índices de morte materna, conhecer o perfil social destas gestantes expostas ao risco, ouvir o que elas têm a dizer, perceber como elas vivenciam essa transição, para que possa prestar um cuidado que melhore a qualidade dessa vivência e também promova o crescimento da mulher como ser humano.

Todas as possibilidades de ocorrência de eventos transicionais serão melhor percebidas e compreendidas com a conscientização do enfermeiro sobre o cuidado transicional. É necessário lidar com os acréscimos e decréscimos, com as respostas positivas e negativas.

Conhecendo esses padrões, o enfermeiro pode avaliar, planejar e implementar estratégias de cuidado fundamentadas na transição. É importante fornecer suporte às pessoas para que a transição seja bem sucedida, saudável, substituindo o estresse por bem-

estar, confiança, segurança, mantendo as redes sociais a que a cliente está envolvida em equilíbrio e harmonia.

A percepção do processo de transição de saúde-doença pelo enfermeiro, aproxima a díade profissional-cliente das verdadeiras necessidades, colocando o profissional em contato não apenas com a dor e a fraqueza, mas também com a coragem e a força individuais do ser doente.

A atenção à saúde requer o reforço de políticas sociais que garantam condições adequadas de vida a uma grande faixa da população que, a exemplo dessas mulheres, vem sofrendo carências de ordem econômica-cultural, resultando em baixa qualidade de vida e em mortes evitáveis, como reconhece a comunidade científica.

As conquistas no que diz respeito a melhores condições de vida e a uma melhor assistência de saúde às mulheres, bem como do restante da população carente, dependem, em grande parte, dos governos, mas a participação do profissional pode ser relevante, se este, no exercício de sua atividade desempenhar seu papel de cuidador e educador contribuindo para o crescimento e a conscientização do ser humano, direcionando-o na busca de seus direitos sociais e no exercício da cidadania.

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa : Edições 70, 1979.

BERLINGUER, Giovani. **Ética da saúde**. São Paulo : Hucitec, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. Secretaria de Assistência à Saúde - Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação Materno Infantil. COMIN, Brasília, 1994.

_____, _____. **Plano para redução da mortalidade materna**. Secretaria da Assistência à Saúde – Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação Materno Infantil. COMIN, Brasília, 1995.

_____, _____. **Programas e projetos. Saúde da mulher**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em 28 abr. 2001.

BRANDEN, Pennie Sessler. **Enfermagem materno-infantil**. 2.ed. Rio de Janeiro : Reichmann e Affonso Editores, 2000.

CAVALHEIRO, Antônio Marcus; EL-KADRE, Dib; CAMANO, Luiz. Contribuições à pesquisa do edema cerebral em pré-eclampsia grave, através da tomografia cerebral computadorizada. **Revista Bras. Ginecol. Obstet.** São Paulo, v 7, p. 130-134, jul./ago., 1989.

CAPLAN, Gerald. **Princípios de psiquiatria preventiva**. Rio de Janeiro : Zahar, 1980.

CIANCIARULLO, Tamara Iwanow. **Instrumentos básicos para cuidar : um desafio para a qualidade da assistência**. São Paulo : Atheneu, 1996.

CHICK, Norma, MELEIS, Afaf Ibrahim. Transitions : a nursing concern. In CHINN, P. L. **Nursing Research Methodology**, Rockeville: Aspen, p. 237-257, 1986.

COLLIÉRE, Marie-Françoise. **Promover a vida : da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa:Printipo, 1989.

EIZIRIK, Claudio Laks; KAPCZINSKI, Flávio; BASSOLS, Ana Margareth Siqueira. Noções básicas sobre o funcionamento psíquico. In: _____. **O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

EL KADRE, Dib, DELASCIO, Domingos. **Hipertensão na gravidez**. 2. ed. São Paulo : Sarvier, 1981.

FÁBREGA, H. **Medical anthropology**, Biennial Review of Anthropology, p.167-229, 1971.

FALCETO, Olga Garcia; WALDEMAR, José Ovídio Copstein. O ciclo vital da família. In: EIZIRIK, Claudio Laks; KAPCZINSKI, Flávio; BASSOLS, Ana Margareth Siqueira.. **O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro : Fronteira, 1995.

FREIRE, Paulo. **Conscientização : teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3. ed. São Paulo : Moraes, 1980 .

_____. **Educação e mudança**. 10. ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1998

_____. **Pedagogia da autonomia**. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1997.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 26. ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1999.

_____. **Educação como prática de liberdade**. 23 ed. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1999.

GADOTTI, Moacir. **Convite à leitura de Paulo Freire**. São Paulo : Scipione, 1989.

_____. **Paulo Freire, uma bibliografia**. São Paulo : Cortez, 1997.

GARRAFA, Volnei. **Dimensão ética em saúde pública**. São Paulo : Faculdade de Saúde Pública/USP, 1995.

GELAIN, Ivo. A ética na enfermagem : sua história e suas perspectivas. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 4, n. 2, p. 9-17, 1995.

HALL, Beverly A. The change paradigm in nursing : growth versus persistence. **Advances in Nursing Science**, Mariland, jul., p. 1-6, 1981.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis : Vozes, 1992.

HOLMES, T.T, RAHE, R.H. Intervenção nas crises do período perinatal. In: POHODICH, Jane; RAMER, Leah; SASMOR, Jeannette L. **Aspectos psicossociales del embarazo**. Organizacion Panamericana de la Salud, 1982.

KAHHALE, Soubhi; ZUGAIB, Marcelo. **Síndromes hipertensivas na gestação**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

KREUTER, F.R. **What is good nursing care?** Nursing Outlook, v.5, p. 302-304, 1957.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias em enfermagem** : instrumento para prática. Florianópolis, Papa-Livros, 1999.

_____; GELBCKE, Francine Lima; RAMOS, Flávia Regina Souza. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.10, n.1, p. 32-49, jan./abr., 2001.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da gravidez**. 14 ed. São Paulo: Saraiva, 1997.

MATHEUS, Maria Clara Cassuli; FUGITA, Rose Meire Imanichi; SÁ, Ana Cristina de. Observações em enfermagem. In: CIANCIARULLO, Tamara Iwanow (org.). **Instrumentos básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo: Atheneu, 2000.

MELEIS, Afaf Ibrahim, **Theoretical Nursing: Development and Progress**. 3 ed. Philadelphia: Lippicott, 1997.

MELO, Victor Hugo; RIO, Suzana Maria Pires; AGUIAR, Regina Amélia Lopes Pessoa et al. Complicações clínicas em gestantes eclâmpticas. **Boletim da Comissão Nacional de Hipertensão na Gravidez**, Rio de Janeiro, FEBRASGO : v.2, n.4, p. 4-5, dez., 1995.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. 5 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1998.

MOFFATT, Alfredo. **Terapia da crise**: teoria temporal do psiquismo, 3 ed. São Paulo: Cortez, 1987.

MURPHY, Shirley A. Human responses to transition: a holistic nursing perspective. **Holistic Nursing Practice**. v. 4, n. 3, p. 1-7, 1990.

ODENT, Michel. **Gênese do homem ecológico** : o instinto reencontrado. São Paulo : Tao, 1982.

OLIVEIRA, Sonia Junqueira; ARCURI, Edna Aparecida Moura. Medida da pressão arterial em gestantes. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, p.49-55, jul., 1997.

PARANÁ, Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna do Estado do Paraná. **Situação da Mortalidade Materna no Paraná – 1989-96**. Curitiba : Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, 1997.

_____. **Mortalidade Materna, do anonimato à ação**. – 1994-96. Curitiba. Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, 1997.

_____. **Mortalidade materna no Paraná: vigilância x redução - 1997-99.** Curitiba : Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, 2000.

PARANÁ, Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. **Natural é parto normal: pré-natal, parto e puerpério.** Curitiba, 1999.

POLIT, Denise, F. HUNGLER, Bermadete, P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem.** Porto Alegre, Artes Médicas 1995.

POHODICH, Jane, RAMER, Leah, SASMOR, Jeannette L. **Aspectos psicossociales dei embarazo.** Organizacion Panamericana de la Salud, 1982.

RAMOS, J.G.L; COSTA, S.M; ROSA, Jr. et al. Mortalidade materna geral e por hipertensão arterial no Estado do Rio Grande do Sul : uma análise de 11 anos (1978-1988). **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 7, n. 2, p.123-129, mar./abr., 1995.

REZENDE, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. **Obstetrícia fundamental.** Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1988.

ROACH, Marie S. **The human out of caring : a blueprint of the health professions.** Ottawa : Canadian Hospital Association, 1993.

RODRIGUES. Maria Socorro Pereira; LEOPARDI, Maria Tereza. **O método de análise de conteúdo : uma versão para a enfermagem.** Fortaleza, Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

SAAS, Nelson; SOUSA, Eder Viana; SOUSA, Eduardo et al. O papel do endotélio no complexo fisiopatológico da pré-eclampsia : novas perspectivas? **Femina**, São Paulo, v. 2, n. 2, p.53-56, mar. 2000.

SAXELL, Lee. Risk: Theoretical ou actual. In: PAGE, Lesley Ann. **The new midwifery : Science and sensitivity in practice.** Edinburgh:Churchill Livingstone, 2000.

SCHLOSSBERG, Nancy K. A model for analyzing humanadapatation to transition. **The Counseling Psychologist**, St Louis, v.9, n.2, p. 2-18, 1981.

SCHUMACHER, Karen L.; MELEIS, Afaf Ibrahim. Transitions : a central concept in nursing. **Image - Journal of Nursing Scholarship**, Indianápolis, v. 26, n. 2, p. 119- 127, 1994.

SOAR FILHO, Ercy. Relação profissional de saúde-cliente. **Arq.Cat.Med.**, Florianópolis, v.23, n.3, p.185-189, jul./set. 1994.

TEDESCO, J.Júlio.de A. **A grávida, suas indagações e as dúvidas do obstetra.** São Paulo. Atheneu, 1999.

WAJMANN, Maria Salete Rodrigues et al. Gravidez na adolescência: aspectos psicossociais In: **Coletânea sobre saúde reprodutiva do adolescente brasileiro**. Brasília: s. ed.,1998, p.89-99.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano, o resgate necessário**. Porto Alegre : Sagra Luzzato, 1998.

_____. **Encaminhando o conhecimento na enfermagem**. In: MEYER, D.E. et al. **Marcas da diversidade : saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1998.

_____. **Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem**. In WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Estermann. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas,1995.

ZAGONEL, I. P. S., **O ser adolescente gestante em transição ex-sistindo: um enfoque de cuidar- pesquisar sob a ótica da enfermagem**. Florianópolis, 1998. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis,1998.

_____, I. P. S. O cuidado de enfermagem na perspectiva dos eventos transicionais humanos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 56-63, 1998.

_____.I. P. S. O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 25-32, jul. 1999.

ZIMMERMANN, Aida; ZIMMERMANN, Heloisa; ZIMMERMANN, Jaques; TATSCH, Fernando; SANTOS, Cristina. **Gestação, parto e puerpério**. In: EIZIRIK, Claudio Laks; KAPCZINSKI, Flávio; BASSOLS, Ana Margareth Siqueira. **O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

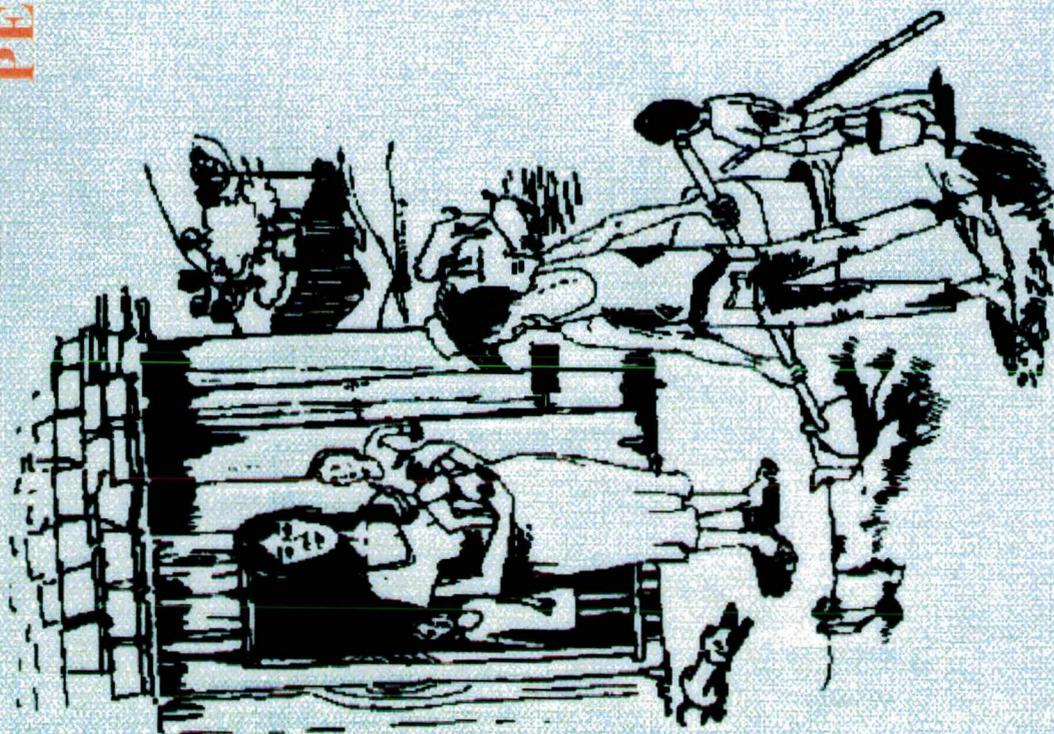
ZUMPARO, J.F; FERREIRA, I.N; HENEINE, R.A.D. Estudo do uso de furosemida e alfa-metildopa na doença hipertensiva específica da gestação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 2, n. 5, p.188-190, set./out. 1990.

ANEXOS

PERFIL DA MULHER QUE MORRE DEVIDO A PROBLEMAS NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

MORTALIDADE MATERNA - PARANÁ, 1989 - 1998
PERFIL DA Sra. X

IDADE MEDIANA 28 ANOS
 ESCOLARIDADE < 8 ANOS 91%
 RENDA ATÉ 3 SALÁRIOS MÍNIMOS 84%
 OCUPAÇÃO DO LAR 70%
 OCUPAÇÃO DO MARIDO LAVRADOR 45% **
 ESTADO CIVIL CASADA 66% *
 RAÇA BRANCA 74% *
 GESTAÇÕES ATÉ 3 66% *
 MAIS DE 2 ANOS DE INTERVALO INTERPARTAL 60%
 NÃO USAVA MÉTODO CONTRACEPTIVO 53%
 FILHOS ÓRFÃOS 2.991
 REALIZOU PRÉ-NATAL 83%
 PRÉ-NATAL < 6 CONSULTAS 59%
 PRÉ-NATAL NA REDE PÚBLICA MUNICIPAL 61% *
 PARTO HOSPITALAR 93%
 PARTO REALIZADO POR OBSTETRA 65% *
 PARTO CESÁREA 63%
 RECEBEU ANESTESIA 70%
 ANESTESIA RAQUIDIANA 60% *
 ATENDIMENTO POR OBSTETRA 65% *
 NECESSITA TRANSFUSÃO 34%
 DIFICULDADE DE OBTENÇÃO DE SANGUE 17%
 NECESSITA TRANSFERÊNCIA 29%
 RECÊM NASCIDO VIVO 74%
 RECÊM NASCIDO COM BAIXO PESO 33%



Períodos Analisados : ** 1998

* 1993 - 1998

Fonte : *Comitê Estadual de Mortalidade Materna - Paraná*

ANEXO II**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu.....fui convidada para participar de uma pesquisa de enfermagem sobre A transição de saúde – doença vivenciada pela gestante portadora de Doença Hipertensiva Específica da Gestação. Para auxiliar na coleta de informações para o trabalho de conclusão do Curso de Mestrado em Enfermagem/ UFSC/UFPR e universidades associadas, sendo informada quanto aos objetivos da pesquisa, assim como o direito de desistir se achar necessário. Concordo que meu depoimento seja gravado e utilizado na íntegra, com sigilo e anonimato de identificação.

De livre e espontânea vontade concordo e aceito participar.

.....
assinatura da cliente.

Curitiba,.....de.....de 2001

ANEXO III**INSTRUMENTO PARA COLETA DAS INFORMAÇÕES****DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

NOME:

IDADE:

ESTADO CIVÍL:

RAÇA:

PROCEDENCIA:

RENDA FAMILIAR:

GRAU DE INSTRUÇÃO:

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

PRÉ-NATAL:

ENTREVISTA

Gostaria que me falasse sobre sua gestação. Quando começou a ter o problema de pressão alta?

O que você sabe sobre esta doença?

Como é para você estar internada?

ANEXO IV

DISCURSOS APREENDIDOS

ENTREVISTA 1 ALFA 7/6/2001

Gostaria que me falasse sobre sua gestação. Quando começou a ter o problema de pressão alta?

Eu sentia muita dor de cabeça e meu nariz sangrava. Eu tinha dor na nuca e dor na testa.

Um dia eu estava chorando e uma enfermeira veio falar comigo. E eu com medo, medo de morrer. Aí ela pegou o aparelho de pressão e pois no meu braço. Disse “ vamos ver como tá tua pressão” e brincou ainda comigo para eu parar de chorar. A pressão tava 18 por 12. Aí ele chamou o médico. Ele veio e mediu de novo e tava alta , ele disse que eu ia precisar tomar remédio. Acho que era metiltope, uma coisa assim. Mas ele não baixava a minha pressão. Aí acabou que controlou e eu vim pra cá.

Quando eu engravidei do meu primeiro menino a pressão era normal, foi do começo ao fim. Era 12 por 8, 10 por 7, não passava disso a gravidez toda. Quando tive o segundo menino ia a 18, outro dia ia pra 12, pra 18 de novo, depois baixava pra 16 , pra 14. Quando tava com 7 mes a minha pressão foi pra 20. Aí tiraram o nenê. Eu morria de medo, me falavam pra mim que era perigoso. Eu tinha medo até que esse nenê vinha a falecer por causa da pressão. É que nesta gravidez a minha pressão começou na mesma coisa. Eu comecei com a pressão normal. Dos 4 mês para frente é que começou, e como te falei até aquele dia que deu dor na nuca e eu fui chorando no posto, e depois mandaram eu vir pra cá. Fazer acompanhamento aqui.

Aqui no hospital, ao mesmo tempo que é bom, ao mesmo tempo é ruim. Bom, porque eu preciso fazer os exames, qualquer coisa tem tudo aqui no hospital e já é ruim porque é muito longe pra mim vir. Tenho que estar aqui 7 ou 7:30, então eu tenho que sair de casa antes das 6, até 5:30 pra chegar em tempo.

Acho que já costumei ter pressão alta com a outra gravidez. Fiquei sempre me controlando, uma coisa ou outra que acho até normal. Controlando na comida, no sal. Só tenho medo na gravidez, muito medo pelo nenê. Eu nem sei.....é uma coisa assim. Se esquentou um pouquinho meu rosto eu já corro pra

farmácia, ou se tô trabalhando no meu serviço peço pra ir embora. Quero ir pra casa pra ir ver a minha pressão. A única coisa que passa na minha cabeça, quando eu esquento meu rosto, meu medo é que a água da bolsa ferva. A primeira coisa que passa na minha cabeça, mas também nunca perguntei pra ninguém se acontece isso, mas é o que passa na minha cabeça na hora. Pode acontecer alguma coisa pra a criança se esquentar muito a água da bolsa e cozinhar a criança, então se esquentou um pouquinho meu rosto eu corro já pro médico, na farmácia....

É assim, dá uma quentura, vem uma quentura de dentro. Você sente que o rosto tá bem quente mas se você põe a mão o rosto tá gelado, tá normal, mas por dentro tá quente o rosto. Ou senão quando tenho dor na minha nuca. Se dói a nuca eu também corro na farmácia medir a pressão. Isso porque eu estou grávida. Se não tivesse grávida podia subir a pressão, esquentar tudo que quisesse e eu não tinha medo. Agora eu tenho medo pelo nenê. Eu já vivi tudo que tinha que viver mas ele não tem culpa. Ele não pediu pra nascer e como tá dentro de mim eu tenho que cuidar principalmente da saúde dele. O nenê vem em primeiro, então eu acho que se eu cuidar da minha pressão direitinho, ela tando normal, a alimentação tando certinha eu vou fazer bem para o nenê. Quer dizer, o nenê tando bem pra mim tá bem qualquer coisa.

Se eu sentir alguma coisa em mim que não vai prejudicar o nenê é bem capaz de eu não me preocupar nem procurar o médico ou uma coisa ou outra...Eu não estou preocupada comigo, nunca fui assim, eu me preocupo mesmo é de estar grávida. Se eu tô grávida, a minha pressão tá se alterando eu me preocupo com alguma coisa que pode acontecer pro nenê. Se eu não tô grávida a pressão pode subir e descer que pra mim tá tudo bem.

O que você sabe sobre esta doença?

Só sei que pode dar um derrame e pode paralisar a pessoa de um lado. O nervosismo da pessoa pode alterar a pressão e pode dar um ataque cardíaco, uma coisa assim. Eu não sei muito, nunca procurei saber porque se tiver que morrer vou morrer sabendo ou não. Eu nunca procurei saber muito não, só sei, certeza mesmo, que pode dar um derrame, uma paralisia numa parte do corpo, ou uma coisa ou outra.

Eu não me preocupo não, não tenho medo. Tinha medo de morrer quando era menina, lá pelos 12 anos. Agora não.....hoje em dia não.

Só falaram para eu comer comida com pouco sal. Minha vida nem mudou, eu já acostumei, agora se tem um pouco de sal eu já acho que tá salgado demais da conta. Já acostumei com quantia

moderada, modera no sal, modera os doces, uma coisa ou outra. Não mudou muito porque no sal eu não sou muito chegada, mas de doce eu gosto. Mas eu adoro comer e na gravidez eu não posso comer demais. O doce para mim é a melhor coisa. E não posso comer, não posso tomar refrigerante, isso na gravidez mudou. Só tomo de vez em quando, eu tomo um pouco, mesmo sabendo que não posso tomar. Antes de manhã cedo eu tomava coca e não café. Hoje já não..... tomo um pouco cada quatro dias, tomo um copinho só pra matar a vontade.

Isso de tomar remédio é que mudou muito, isso eu tenho que cuidar, eu tomo aquele.....não me lembro o nome, tomo todo dia, a noite. E o AAS infantil tomo porque agora no final dizem que corro perigo do sangue ficar grosso e é para afinar. Só que pra comprar é meio pesado. O AAS não, mas o outro é caro, é bem pesado custa uns quarenta e poucos reais. Se eu não posso comprar ou qualquer coisa eu peço pra minha mãe comprar pra mim. Eu não gosto de pedir mas agora preciso pedir, fazer o que! Se não dá do meu lado eu peço pra mãe. Eu me sinto uma porcaria porque tenho que tomar esses remédios caros desse tipo, sendo que antes não precisava, na gravidez eu tenho que controlar, não posso tomar qualquer coisa que eu podia tomar sem tar grávida. Tem que ser o que o médico passa, mesmo que eu não queira tomar. Será que eu não podia tomar um remédio mais barato se eu não tivesse grávida e com pressão alta ? Se eu não tivesse grávida eu nem ia me cuidar, se quisesse subir subia se quisesse descer, descia. Eu nem ia ligar....

Eu penso sempre na primeira gravidez, porque na primeira eu roçava, carpia, andava o dia todo não precisava descansar, não tinha dor de cabeça e nem mal estar. Não sentia nada nada. Foi até eu ganhar o nenê. Ele nasceu grandão, bonito. Todo mundo falava que eu era maluca de caminhar, de tá roçando, eu ia na vila, andava 5 quilômetros para fazer compras. Voltava cheia de sacolas, fazia força. Diziam que era perigoso e não sei o que.... E agora eu fico tendo que cuidar, é difícil não fazer esforço. A primeira foi uma gravidez que só ia mesmo para fazer o acompanhamento uma vez no mês. Chegava lá e tava tudo beleza. Na segunda foi só complicação. Agora fico pensando que gravidez não é uma igual a outra. Então porque esta não é como a primeira, é complicada como a segunda. Eu fico pensando que pode até ser por mim mesma. Alguma coisa que eu fiz que aconteceu da minha pressão se alterar. Sei lá, acho que pode ser porque eu não tenho essa coisa de guardar a dieta dos 30 dias. Eu não guardei a dieta dos outros meninos e isso pode estar afetando agora. Todo mundo falava pra não tomar chuva, eu tirei ponto numa semana e na outra eu estava carpindo de novo, tava andando e fazendo as coisa normal como uma mulher que não tinha ganhado nenê. Da primeira eu

não cuidei e da segunda veio as complicação. Da segunda eu não cuidei e tá afetando agora a terceira. Agora se eu tivesse cuidado, seguido os mandamentos direitinho ia tar tudo direitinho agora. Sei lá se é coisa da minha cabeça, mas o médico perguntou se eu cuidei na dieta antes. Aí eu acho que poderia ser por isso, porque eu não guardei a dieta e agora dá os problemas.

Eu penso na primeira gravidez. Eu acho que pode ser culpa minha porque eu não guardei direitinho. Porque na primeira gravidez a minha pressão não alterou de jeito. Agora já tenho que tomar remédio. Tenho que vir consultar toda semana lá no pré-natal. Já se a gravidez fosse normal não.... Era uma vez por mês e beleza, só de oito mês é que precisava vir mais, de 15 dias ou uma vez por semana. Essa eu tenho que vir direto toda quinta e eu fico pensando porque não é normal como a outra? Na outra eu ia uma vez no mês. A única complicação foi quando fui ganhar que a anestesia não pegava. Acho que já foi porque eu tava com medo de fazer a cesárea. Eu sei que agora se eu ficar com medo a pressão pode se alterar. A minha vontade é parto normal. Fico assustada porque falam que quem tem pressão alta, fazendo cesárea é perigoso a anestesia na hora. Que o médico falou que pode ser cesárea, acho que pelo nervosismo é que a pressão subiu mesmo. Eu fico meio com medo. Me assustaram já sei que quem tem pressão alta e faz cesárea pode morrer. O povo diz que tem as vezes que escolher entre a mãe ou o nenê, ou um dos dois, que não sei o que..... Da outra vez que eu fui fazer que vi aquela mesinha aquele monte de troço, quase morri de medo de morrer. Daí o médico falou que tava tudo avançado, que não tinha problema como antigamente, aí eu fui me acalmando, mas demorou muito tempo para conseguir me acalmar. Agora quando soube que tava grávida de novo a primeira coisa foi pensar em abortar. Cheguei a comprar o remédio. Aquele que compra do Paraguai. Esqueci o nome dele agora. Comprei ele, fiquei com ele um mês e pouquinho. Eu fui saber que tava grávida já com quase 4 meses. O médico achava que era um cisto. Eu tava tomando aquela injeção, o Pelutam. Então ele achava que era cisto. Quando fui fazer a ecografia que deu pra ver que era gravidez e não cisto. Daí eu comprei o tal remédio. Eu pensei “ eu não quero mais um filho por causa da gravidez complicar” eu pensava que a pressão podia se alterar de novo. A gente sofre demais. Uma coisa que muda ali outra aqui. Pensava nas coisas que me incomodavam. Eu não queria outra gravidez, fui e comprei esse remédio. Pensei eu já tenho dois nenê praticamente, o pequeno tem um ano e o outro tem dois. A gravidez podia ser complicada. Daí guardei o remédio mais ou menos um mês. Daí cheguei e falei pro meu marido que tava com o remédio já comprado. Falei “ Luís eu comprei o remédio e eu não quero esse nenê, eu vou abortar.” Daí ele pegou e

leu a bula, tava escrito que até 3 mês podia tomar. Depois já era perigoso morrer os dois ou ter que escolher. Daí o meu marido falou que não era pra tomar mais nem se eu quisesse. Pegou e jogou no vaso e deu descarga. Aí eu fiquei chorando, desesperada que eu não queria a gravidez. Eu não queria de jeito nenhum. Eu até tive depressão, fiquei com o médico me acompanhando. Eu só deitava de barriga pra baixo pra ver se o nenê amanhecia morto. Tudo que o médico falava eu fazia ao contrário. Contrariava nas coisa da comida por causa da pressão, comia sal, limão com sal, tudo que ele proibia eu fazia ao contrário. Se ele falasse que não podia passar na ponte eu acho que eu ia lá e pulava. Tudo porque eu queria perder o nenê, de todo jeito. Não pelo medo da pressão alta mas por medo do nenê nascer prematuro como o segundo. Eu passei um desespero tão grande com o meu segundo piá lá na encubadora. Nasceu de 7 meses, ficou na encubadora, fiz a cesárea, o médico usou fórceps do mesmo jeito, marcou todo o rostinho, quebrou a mãozinha. E como se diz, não foi médico foi um açougueiro. Então eu tinha medo de passar a mesma coisa, fiquei mais preocupada que tudo. E como é que o médico vai me garantir a vida do nenê? O outro médico me dopava. O meu medo é passar tudo outra vez, passar por tudo de novo. O meu medo é deste nascer com algum problema e até deformado. Por que muita gente fala que a pressão deforma a criança. Então por tudo isso que fiquei com medo desta gravidez. Meu outro menino já nasceu sem um pedaço da orelha, a orelha dele é meio esquisita. A orelha tudo bem, o cabelo tampa, mas se este nascer deficiente. Se a pressão alta dá um troço na cabeça do nenê e ele nasce débil mental, alguma coisa. Nisso tudo eu tenho pensado então eu não queria. Não queria de jeito nenhum, com medo de ter uma criança deficiente, defeituosa. Aí foi meu pai conversando comigo, minha mãe, meu marido. Aí eu pensava , vamos ver até onde vai, mas pensava “ que não quero ,não quero”. Aí como diz, foi indo, foi indo e eu comecei a pensar comigo mesma, se o primeiro foi uma gravidez boa, a segunda foi ruim, quem sabe a terceira vai ser como a primeira. Decidi tentar, uma não é igual a outra como todo mundo fala...E depois dos quatro mese é que resolvi cuidar, o médico falava uma coisa eu seguia no pé da risca. Não fazia as loucuras mais, como no meu serviço que cheguei a trabalhar cinco dias sem dormir, como diz, era pra eu perder mesmo mas não perdi fazendo tudo errado. Pensava que quanto mais eu fazia mais fraco o nenê ia ficar e logicamente eu ia perder. Aí entrou na minha cabeça que não tinha jeito mesmo.Minha cunhada falava que se eu não queria era pra ter e dar pra alguém. Aí venha cá. Eu vou passar por todo o sofrimento da gravidez depois ganhar o nenê, depois de tudo bonitinho vou dar para alguém? Quem quer que faça um também. Depois que eu falei que eu vou ter eu vou ter. Depois de todo sofrimento

vou dar de mão beijada? Se eu vou ter vou comer pão ou pedra e ele vai comigo, mas dar para outro não dou. E elas falavam, então não tente matar. Minha cunhada dizia que se abortasse ia matar do mesmo jeito, era a mesma coisa que matasse depois de nascer. Eu dizia que era diferente porque eu não tava vendo, não peguei no colo, não vi chorar. Depois de nascer eu vou ver chorar, vai tar ali, eu vou ver que é meu e não vou ter coragem de dar. Aí eu comecei a pensar bem uma coisa e outra. Pensava e guardava pra mim mesma, ia no médico e não falava nada. Se me perguntavam dizia que estava tudo bem. Mesmo que não tivesse eu dizia que tava bem. Não tinha vontade de falar porque eu tinha medo de sermão. Se falasse e o médico me desse sermão eu ia ficar mais nervosa e era capaz de fazer uma loucura então pensava comigo “deixa do jeito que tá”. Eu sou muito irritada, não sou violenta mas sou braba. Se faço daquele jeito vai ser daquele jeito. Aí era meu medo por falar e levar uma bronca e me irritar eu ia acabar fazendo besteira ia abortar mesmo. Eu pensava sozinha, era esquisito Muitas vezes eu pensava se não ter este filho é um filho a menos, já tenho dois, e é um piá mesmo.... Eu queria uma menina, a minha raiva era maior por ser piá. Eu queria uma menina. Eu ficava assim e ao mesmo tempo pensava, era uma vida que não pediu pra nascer. Daí eu pensava, se for pra pensar assim eu também não pedi pra ficar grávida. Então a culpa era do médico que deu essa injeção errada. Se eu não quero ficar grávida, o nené não pediu pra nascer, o médico é que faça alguma coisa, eu pensava a culpa era dele. Eu tava tomando a injeção certinho. Se a injeção não falha, é melhor que o comprimido, a gente não arrisca de esquecer. Eu achava uma loucura. Eu já tive problema de pressão uma vez, engravidar de novo é loucura. Até minha mãe se preocupou e não aceitou pelo mesmo problema, que eu tinha tido de pressão alta. Mas até que agora ela não tá tão alta, fica 14, 16. Não tá muito alta como a outra. Também tive que mudar até no meu trabalho, mudei pra um serviço mais calmo só tô cuidando das piscinas agora, isso incomoda. Sabe que o medo da minha mãe era perder eu que sou filha única dela por causa de mais uma gravidez que é arriscada. Ela teimou comigo que eu não me cuidei que foi semvergonhice, que não tomei a injeção. Ela foi no médico e ele explicou pra minha mãe que nenhum anticoncepcional é 100% garantido, que nem a laqueadura garante tudo. No começo eu até nem falava mais com ela, eu tinha medo de falar as coisa e ela brigava. Aí eu não podia conversar com ela e nem com meu marido. Eu ficava só comigo. Aí foi que a minha pressão, como dizem, ia se alterando mais. Nesta época sentia um desespero uma agonia, sei lá, uma vontade de sumir, mas parecia que se eu sumisse o problema sumia também, outras vezes pensava que se eu sumisse lá para o sul do Brasil o problema ia junto comigo. Eu vou, mas a barriga vai junto

comigo. Não tem como falar, eu ia pro norte o problema ia ficar em Curitiba. Mas as vezes na minha cabeça se eu sumisse o problema ia sumir também, mas ao mesmo tempo eu pensava que não ia sumir de jeito nenhum, e eu ia ter que encarar do mesmo jeito. Eu pensava muito na outra gravidez. Pensava porque não podia ser como a primeira. Porque eu não era normal. Então como se diz, eu me culpava me culpava mais ainda porque não me cuidei na dieta da primeira. Eu acho que porque não me cuidei afetou a segunda e prejudicou esta também. Eu fiquei meio em depressão, agora tou melhor mas as vezes esquento minha cabeça. Eu preocupo muito com o nenê agora. Mais por tudo que fiz. Aqui faço ecografia toda semana, mas lá no postinho eu ia pagar particular mesmo só pra saber se está tudo bem. Isso por causa das extravagâncias que fiz antes. Eu me preocupo se está tudo perfeito, se ele não tem nada. Agora me dá uma sensação de alívio, por não ter acontecido nada e uma sensação de culpa por ter tentado fazer alguma coisa contra uma vida que não podia se defender, que nem podia se defender de uma coisa ou outra. Foi minha mãe que mudou um pouco a minha idéia. Ela contou também que quis fazer aborto da minha irmã e não conseguiu. Sabe que a menina nasceu perfeita, minha mãe daí pegou amor é claro, era filha, só que a menina era gorda e sadia e nunca tinha ido no médico. Aí quando ela estava com 8 meses, ficou doente, foi no médico era febre e febre, ficou uns 15 dias no hospital até que foram descobrir que era meningite e ela veio a falecer. Era tarde demais e ela faleceu. Aí eu pensava que era a mesma coisa para mim Que Deus tinha dado a minha irmã perfeitinha, bonitinha, gorda, pra minha mãe e quando ela pegou amor ela foi e não voltou. Ela não queria matar o nenê na barriga? Então, Deus deu e depois tirou. Então eu penso a mesma coisa comigo. As vezes eu acordo de noite, eu penso e choro. O que eu tinha mesmo é medo de Deus deixar eu pegar amor e depois tirar esta criança. Quando tá dentro da barriga não tô vendo. Agora hoje em dia eu converso muito com ele e passo a mão na barriga. Converso com ele principalmente quando ele não me deixa dormir de noite, ele pula a noite inteira. De dia ele quase não mexe, mas de noite chuta e chuta na gente. Parece que quer mesmo que eu converse. Aí eu começo a conversar, passar a mão. Aí eu penso, será que Deus não vai me dar esta criança perfeita e depois me tirar como foi com a minha mãe? Isso pode ser castigo, que Deus pesou a mão para ela pra mostrar que quando ele quer uma coisa ele quer. Até hoje minha mãe conversa comigo. Ela fala que ela tentou matar e depois Deus tirou pra castigar. A mesma coisa eu fiquei pensando pra mim. Você imagina eu ter a chance de engravidar, fazer tratamento, ter chance de ser mãe quando tantas não tenham, sofrem tanto fazendo tratamento, coisa e outra. Outras não tem chance, tem certeza que não podem ser mãe. E eu, sendo

mãe tentando matar meu filho. Será que quando ele nascer Deus vai me castigar? Vai me tirar a criança depois de grande?. Minha irmã com 8 meses estava um nenesão. Por isso que minha mãe contou a história, pra eu parar. Ela falou pra mim conscientisar. Para eu não tentar mais tirar a criança que eu podia me arrepende depois caso ela venha a ficar doente e falecer por algum motivo. Depois que ela contou esta história certinho que eu fiquei pensando. Daí acabou totalmente a coragem de tirar. Minha mãe ficou bem transpassada por isso. Ela pois na cabeça que era castigo, ela ficou bem passada, só pensava na criança. Essa história serviu para eu não ter feito mais a loucura que ia fazer de tirar a criança. Mas eu acho, como diz, pode ser que venha a acontecer, a gente não sabe, não pode saber. Pode ser que esta criança nasce e venha a falecer depois, mas eu acho que não vai ser um castigo. Eu já pedi muito perdão para Deus. E quando a gente pede de coração ele atende. Eu pedi perdão de coração. Ele sabe que foi num desespero, numa agonia que eu tentei fazer aquilo. Coisa que eu não quero mais. Hoje em dia não penso muito, mas lá no fundo me dá aquele medinho, mas acho que não vai ser assim, tirado por castigo, por Deus. Eu tenho medo assim de alguma coisa que eu comi, alguma coisa que fiz que tenha afetado o nenê em alguma coisa e que vai aparecer quando ele nascer.

Como é para você ficar internada?

Eu estou internada tem 6 dias aqui. Os primeiros dias foi bom, numa boa. No terceiro dia foi me dando um desespero. Eu queria voltar para casa. Eu vim por dor no meu rim, passou a dor, quero ir para casa só que a pressão não abaixa, aí não podia ir embora. Se o rim não está direito a pressão também não volta ao normal. Aí eu fico naquela, meu marido vem todo dia de tarde, cada vez que ele vem parece que é pior, a vontade de ir embora fica maior. Aqui o dia não passa. Outro dia me deu ataque cardíaco, acelerava o coração, me dava falta de ar, parecia que ia parar, amorteceu aqui (braço) e a boca. Eu não falei pra os médicos porque queria ir embora. Pensei se eu falar não vou embora. Pensava “lá vai Néia ficar mais uns dias internada”. Então perguntavam e eu não falava. Eu dizia que não tinha nada, ficava quieta na cama pra ver se passava a dor. Chegavam e perguntavam e eu nada, até que depois falei e me mandaram aqui em baixo, eu fiquei aqui pelo ataque cardíaco. Pode saber que eu não tinha nada mas o desespero de ficar aqui no hospital é que fez eu ter isso e a pressão subiu. Eu não gosto de hospital. O que vem na minha cabeça é morte. Pra mim hospital é ruim, dois dias, acabou a dor vou embora. Se tiver com pouca dor, termina de curar em casa. Se for por mim a pressão podia ir até mil, eu não ia no médico. Hospital me dá desespero, me

dá angústia, tanto que a médica falou que vai dar alta mas que tem que tomar estes remédios. Para mim não importa, pode até ter que levar uma farmácia inteira, mas se não fosse para casa de fato ia ter um troço. Ia me dar qualquer coisa, eu estava sufocada aqui no pescoço. Nem conseguia mais respirar direito. Eu estava vendo que eu ia morrer se eles me segurassem aqui. Aqui é que minha pressão não abaixa mesmo. Tanto que quando vou para casa, como da outra vez, eu dei minha palavra de honra. Eu vou pra casa e vou controlar. Na outra quinta feira trago o papel, vou mostrar que a pressão tá normal. Se eu ficar não vai abaixar. Da outra vez foi isso que eu fiz e a pressão foi para 12/8, no máximo 13/10. Eu tomo os remédios certinho. Se eu for embora a pressão volta ao normal. Só de falarem que eu fico internada me dá desespero. Para mim hospital é para quando estiver morrendo. Quando fiz a outra cesárea, fiz de noite, quando amanheceu levantei, tomei banho sozinha, estava faceira com a roupa arrumada e queria ir embora. Não estava com dor, não estava com nada. Quando o médico disse que eu tinha que ficar pelo menos três dias acho que já começou a alterar a pressão de novo. Eu não me sinto bem de ficar fechada, não poder andar, não poder sair para fora, não poder se movimentar, ir de um lado para outro.....Até em serviço sou assim. Eu não consigo trabalhar fechada. Não gosto de ficar parada. Se preciso fazer repouso eu não consigo, não que eu não queira, eu não consigo. Eu não tenho paciência de ficar ali deitadinha, quieta. Vai me dando desespero aquela coisa de pedir, “fulano pega um copo de água para mim”. Há eu não gosto, vou lá e faço o que tem que fazer. Quando vejo que está sujo quero limpar, já quero arrumar tudo,

Então se fico em casa é pior, é difícil....não deixo fazerem por mim. Aqui no hospital mesmo, eu não aceito, de jeito nenhum que a enfermeira pegue em mim para me levantar. Eu levanto sozinha e vou sozinha no banheiro, tomo banho sozinha. A única coisa que eu aceito em negócio de gravidez, é nos últimos mês que meu marido lave meus pés, isso de vez em quando, senão eu pego meu banquinho, ponho lá e me lavo, vou gemendo mas faço. Se precisar de ajuda eu não gosto de pedir. Eu já cuidei muito de gente doente, várias pessoas, meu sogro, vi como é ruim o desespero de ter que pedir e ninguém fazer. Eu pus na cabeça que nunca vou precisar de ajuda de ninguém, pra nada.. Na minha cabeça eu tenho assim: se eu fazer tudo sozinha eu me garanto, eu sou assim sou mais eu para enfrentar o mundo lá fora. Se me garantir eu mesma enfrento qualquer coisa. Se qualquer coisa eu correr pedir ajuda, na minha cabeça é que eu vou precisar sempre de alguém. Já se eu me virar eu tenho certeza que vou ter capacidade de me garantir.

No hospital é um desespero. Ter que ficar com soro para ir no banheiro, levar esse ferro, para abrir a porta tenho que precisar de alguém. Já fiquei me segurando até o último, até alguém abrir a porta pra eu não ter que pedir. Na hora de tomar banho de manhã cedo tem que esperar tirar a gente da cama, me dá mais desespero ainda. Aqui tem que esperar atender todo mundo, coisa ou outra, depois que vem me tirar da cama pra eu poder tomar banho, tem que me tirar do soro, para depois por de novo. Então dá desespero Ter que depender dos outros. O almoço tem que ter alguém para trazer, eu já não gosto, gosto eu mesma de por, de servir. Tomar café, põe a bandeijinha, uma mulher vem servir, isso é um desespero, me sinto inútil, vou me sentindo incapaz. Incapaz de cuidar de si própria. Eu acho, para mim isso é o fim do mundo. É o fim do mundo ter que depender de outra pessoa. Eu acho que quem pode, faça para enfrentar. Se a gente cai e não levanta sozinha a gente nunca vai aprender na vida nada. Eu acho. Nem peço nada, nem para minha mãe, nada nada. Ela fala que eu sou ruim. Eu posso não estar bem, se alguém que me conhece não percebe que não estou bem e vem me trazer no hospital eu não falo e não peço para vir no hospital. Nem fico com medo. Só penso que se chegar a hora de morrer enterra e pronto e se eu ficar de cama me matem. Uma coisa eu tenho na minha cabeça, se der uma paralisia, um derrame cerebral, sempre falo pra minha mãe, me mate. Ela chora.....Mas já pensou ter que pedir ajuda., eu ia ficar desesperada, acho que não ia saber fazer o que fazer. Pra começar eu não sei pedir, eu enrolo demais. Quando eu vejo que não tem jeito, que tem que pedir ajuda mesmo, aí é só em último caso.

Sabe que eu tenho é medo de saber muito sobre a doença da pressão. Como diz, se eu souber muito sobre uma coisa, fico com aquilo na cabeça, fico pensando e se eu não saber nada não tenho nada para me preocupar. A única coisa que me interessa saber é dos meninos, assim se eles tem uma coisa eu quero saber de ponta a ponta. Fico pensando comigo, se eu souber mais coisa dessa doença da pressão, eu já sei que dá derrame, fica paralisado, uma coisa e outra, se saber mais coisas eu vou ficar com aquilo na cabeça. Aí eu vou saber o que acontece e daí? Eu vou ter que seguir o mesmo tratamento. Então como diz, sabendo tenho que ir procurar mais ajuda. O bom é não saber de nada. Se não sabe de nada vai procurar ajuda pra quê? Se não tem nada não precisa de ajuda, de nada.... Eu sou assim, prefiro não saber pra não ter que pensar. Posso morrer de uma hora para outra, prefiro não saber, assim trabalho contente, se a pressão está alta tá. Se é pra tomar remédio toma e pronto ou senão uma hora ou outra ela vai abaixar. Não tenho medo do que aconteça para mim, não tenho medo de morrer. Tenho medo pelos meus filhos. Eu só tenho medo de ter que ficar de

cama. Se ficar assim me matem, não vou depender de alguém. Agora, na gravidez, eu me cuido pelo nenê, tenho medo que aconteça alguma coisa com ele. Por mim mesma, nada. Para ser sincera eu não gosto de ninguém e de nada. A única coisa que eu tenho amor é nos meus filhos e em primeiro lugar a Deus. Eu sou bem na verdade uma pessoa fria. Como diz, uma pessoa fria e calculista. Um psicólogo me disse para mim que sou fria e calculista. Eu sou de matutar, se você faz uma coisa para mim, quando você se distraiu é que eu vou te dar o troco. Daí quando faço ainda explico porque. Aqui está teu troco. Eu me vingou. Quando fui no psicólogo ele disse que sou fria e calculista. Quando nasceu meu primeiro menino eu fui no psicólogo porque eu não gostava de pegar no colo. Aí achei que não era normal e procurei por mim mesma. Eu não gostava, dava de mamar, dava banho, cuidava, trocava mas não gostava e até hoje não gosto de choro de criança. Se ele chorava eu deixava chorar, ficava lá dentro, trancava a porta do quarto e ficava lá até parar de chorar. Daí eu pegava, se não parava punha tudo quanto era remédio, de nariz, de ouvido, dava pela boca de tudo pra não chorar. Achava que era dor que ele estava chorando, dava de mamar, mas se não adiantava isso eu largava pra meu marido cuidar. Eu achava que eu não era normal e aí fui buscar o psicólogo. Não era nem depressão porque eu cuidava dele mesmo, banho comida, trocava, tudo certinho mas não suportava o choro e não gosto até hoje. Também, do jeito que eu sou, eu trato as pessoas, não fico alisando toda hora. Nunca fui de carinho nem com minha mãe. E ele explicou muitas coisas e a minha preocupação acabou. Hoje a única coisa que esquenta mesmo a minha cabeça é a pressão. A pressão pode dar problema de rim né! Se isso se altera na gravidez vou cuidar né, passou a gravidez sarou, vou para casa. Não tenho medo de mais nada.

Sabe que eu tenho medo é na hora de nascer, de levar agulhada, fazer anestesia não é fácil. Eu sei que já vou ficar com raiva e querendo ir embora. Foi assim da outra vez. Demorou pra pegar a anestesia. Eu já queria ir embora. Então meu medo é na hora de ganhar o nenê. Que não esteja bem a criança, que tenha alguma coisa, defeito. Que nem no outro, eu tinha medo de ver o nenê. É o que mais tenho medo. Que venha com alguma má formação ou qualquer coisa. Só de saber que vou ficar mais uns três dias, pra mim conta três mês, três anos. Aqui não passa o tempo, você olha no relógio e quando olha de novo parece que andou para traz, não passou nada. Se eu pudesse ficava dormindo o tempo todo. Pelo menos não via o tempo passar. Se tivesse um jeito eu mudava mas não tem como. Eu não gosto de hospital. Hospital, para mim me lembra morte. Eu acho que para ganhar nenê não precisa três dias. Para que três dias? Maternidade também é hospital. Tem enfermeira, médico, é a mesma coisa. Tem aquele quarto fechado. Vou ficar ali e não vou

poder sair, nem ir e voltar a hora que eu quiser. Se eu fizesse cesariana hoje e me deixassem ir embora não importava de ter que voltar de duas em duas horas, desde que não precisasse ficar aqui dentro. Mas sei que o nenê tem que ficar 48 horas. Mas porque eu tenho que ficar também. Já fico sempre, já deu quase um mês todo. Não adianta, eu não gosto mesmo. Para mim hospital não é bom. Mesmo que eu teja doente, com dor ou qualquer coisa, se melhorou um pouco, quero ir embora.

Da outra vez, quando cheguei, minha pressão variava de 13, no máximo 14, quando fiquei passou pra 16, 17. Daí eu me angustiando, eu não estava mais com dor de cabeça. Então quando eu olhava pra janela, me dava uma coisa ruim. Eu via o pessoal andando lá para fora, aí que eu desesperava mais ainda. Eu pensava, o que eu vou ficar fazendo aqui dentro. Tem tanta gente querendo vaga e eu aqui, eu nem tinha mais dor. Não queria ficar. Eu sabia que ali minha pressão não ia abaixar. Agora eu tento conversar com uma ou outra não deixo ninguém em paz. Aqui eu não consigo dormir e quero que fiquem conversando comigo. Fico conversando pra ver se distrai. Pra não pensar que quero ir embora. Aí eu não quero chorar. Se me der desespero, a primeira coisa é chorar. Daí eu dano a chorar, como diz meu marido, até secar as lágrimas. Daí eu paro de chorar e vou andar de volta. Se vem me consolar, eu choro mais ainda. Não gosto que falem comigo quando eu estou chorando, não gosto que perguntem alguma coisa. Não gosto que falem comigo. Se insistir em conversar eu mando calar a boca, aí fico braba e me irrita com quem está me consolando e mando ficar quieto. Se eu falo que não quero conversar e ficam me enchendo eu mando para o inferno e calar a boca. Aí eu fico me segurando pra não chorar e começa uma dor aqui dentro no peito. Parece que meu rosto vai pegar fogo, acho que fica até vermelho.

É pior se vem cuidar de mim. Eu vou ficando mais nervosa ainda e me tranco. Dá dor no peito, formigamento nos braços, uma coisa e outra. Daí é que não converso.

O melhor é não cuidar e me deixar de lado. Me deixe de lado que uma hora ou outra vou querer conversar. Daí eu me sinto melhor, me deixe no meu canto que eu não fico nervosa. Em casa sou assim, me tranco no quarto e já digo pra me deixar em paz que não estou boa. Eu evito de conversar quando estou nervosa. O melhor é me deixar de lado. E a minha natureza é essa, de ficar mais guardada comigo mesma.

A minha cunhada perdeu uma criança faz 4 meses, ficou transpassada. Só falava nisso, queria conversar comigo e eu não queria saber. Penso que se acontecesse comigo eu ia ficar desesperada, desnorteada, enlouquecia de vez. Hoje eu faço tudo que o médico manda, agora se depender de mim, agora

não vai ter problema. Eu tenho uma sensação de alívio que o tempo está passando e eu já vou chegar no fim e completar os 9 meses. Teve um mês que o médico falou que eu estava com pouco líquido. Eles não explicaram. Não sei como se eu nunca perdia líquido. Eu olhava na calcinha e estava seca, eu achava que podia ser como álcool e estava evaporando. Passei bem preocupada até que disseram que não sei como voltou para o normal. Eu tinha até medo de me mexer. Se eu estava perdendo líquido e eu não estava vendo o líquido, me dava preocupação porque eu não via. A minha mãe que explicou, que eu não perdia. Era que eu não estava fazendo mais líquido suficiente. Eu vi, porque eu tomava AAS, que era porque eu estava com o sangue grosso e daí eu não, podia ter líquido mesmo. Isso me preocupou, mas agora os médico falaram que subiu ao normal de novo. Desde esta coisa de liquido eu fiquei tendo azia. Qualquer comprimido agora me dá azia.

Eu não sei os nomes dos remédios, não sou boa de cabeça assim, mas para a pressão é só gotas. Eu tomo todo dia, a noite. Eu me acho meio pestiada porque tenho que tomar esses remédios. Acho que é porque eu usava drogas quando era mais menina, mas agora graças a Deus eu nunca mais usei. Já passou. Eu fui internada e nunca mais eu nem fumei. Me deu um pouco de culpa, mas agora já estou sentindo alívio que estou chegando no fim da gravidez.

ENTREVISTA 2 BETA 11/06/2001

Gostaria que me falasse sobre sua gestação. Quando começou a ter o problema de pressão alta?

Fiquei com muito medo quando me falaram que estava com pressão alta. Fiquei com medo quando deram muito remédio para eu tomar. Fiquei com medo de prejudicar a criança também, daí eu ficava nervosa. Se a criança não mexia eu já ficava preocupada, “será que ela não está se mexendo por causa da pressão? Será que ela está muito alta?” Os médicos falavam que tinha que ir no posto todo dia medir a pressão. Chegava lá e dava além do normal. Eu ficava assim triste sem saber o que fazer, com medo até de morrer por causa disso. Eu tinha medo da pressão subir demais e eu ficar ruim e ir pra o hospital e não agüentar. Porque várias vezes, sei lá os médicos dizem né, que as vezes as pessoas com pressão muito alta é ruim no parto, daí eu ficava preocupada, assim com medo.. Daí os médicos me disseram que não ia prejudicar o nenê. Que eu tinha que cooperar, cortar o sal, não podia comer sal na comida.. Eles só falavam

isto para mim, mas dá medo, bastante, comecei a tomar bastante remédio, daí a pressão abaixou. Mas daí eu voltava no médico e toda vez que voltava, a pressão estava alta e eu ficava com mais medo. Tinha vez que a pressão estava 15/10, 16 ou até 17. Eu pensava “o que eu vou fazer.” Não tinha mais o que pensar. Eu ficava preocupada com criança, não comigo, mas com a criança. Era meu primeiro filho e eu tinha medo de perder a criança. A gente fica triste, pensando o que vai fazer. Quando fiquei sabendo que tinha a pressão alta fiquei com medo, com muito medo.

A doença não mudou muito minha vida, eu fazia as coisas normalmente, só tinha que ter atenção na hora da comida para não colocar muito sal. É para o meu bem não comer comida com muito sal. O meu marido reclama da comida sem sal. Aí eu tinha que fazer comida sem sal para mim e comida de sal para ele. O sabor é diferente. As vezes minha mãe vinha me ajudar, ela ficou preocupada por eu ter pressão alta porque quando eu era mais menina tinha problema no coração. Eu tinha um sopro e os médicos falavam a medida que eu ia crescendo ia fechando. Ia tampando o buraco no coração. E agora eu nem sei se ainda continua mas minha mãe continua preocupada com isso e a pressão alta poder afetar o coração.

Não me sinto bem, aí eu me sinto triste de não poder controlar a minha pressão, de ela ser muito alta. Quando eu fiquei sabendo disso fiquei muito quieta, fiquei umas duas semanas encolhida num canto. Meu marido perguntou porque eu estava quieta. Daí que eu falei que estava com pressão alta. Daí ele já ficou meio assim comigo também. Queria saber porque eu não tinha falado antes. Porque qualquer coisa que acontece na unidade de saúde eu tenho que contar para ele. Se eu vou no posto de saúde ele também já vai correndo, já conhece os médicos de lá e já vai perguntar se eu fui lá e o que eu tenho. Ele sempre quer saber mesmo se eu não contar o que aconteceu na consulta. Eu já fiquei internada por causa da pressão alta, também me deu hemorragia, começou a sangrar, meu marido ficou tão preocupado quando internei que foi trabalhar e atorou três dedos na serra. Eu estava com 7 meses. Ele quis vir comigo eu não deixei, aí ele foi trabalhar nervoso e aconteceu isto.

Como é para você ficar internada?

Fiquei só em um canto sem poder sair. Não conhecia as pessoas estranhando o lugar, com medo de falar alguma coisa e atrapalhar as pessoas, de falar coisa que não deve, fazer alguma pergunta que vai magoar a pessoa que está internada também. O meu marido fica sempre preocupado comigo. Agora nem sabe que eu estou aqui, quando ela saber ele vai ficar apavorado.

Na minha casa fica tudo normal porque minha sogra está passando esses meses com a gente, aí ela fica com meu marido. Não me incomoda porque ele está bem cuidado. O nenê, nele eu penso. Se eu não estou bem ele também não está. Quando eu fico ruim assim, estes dias a criança ficou dois dias sem mexer e eu já fiquei preocupada e corri lá no posto. Eu colocava a mão e apertava e nada...não fazia nada, não mexia nada. Corri no posto e já comecei a chorar e lá falava o que estava acontecendo. Foi feita ecografia, ele só está preguiçoso e não quer mexer. Isso alivia um pouco. Antes já vinha o medo da pressão alta.

O que você sabe sobre esta doença?

Eu acho que a pressão alta afeta o bebê, os médicos fala que está alta e daí eu fico triste, volto no posto e me falam isto e eu fico triste. Se pudesse eu mudava e a pressão ficaria normal, boa. Eu fico imaginando. Aí se eu tivesse uma pressão normal ia ser bem diferente, seria uma vida sem preocupação, eu não ia se preocupar tanto, agora eu fico pensando na pressão alta, no coração, na criança. Em mim não muito mas na criança mais, é isso que me corta o coração, o medo da pressão prejudicar a criança, até na hora do parto ela pode subir e acontecer alguma coisa comigo. Tipo eu morrer. Eu tenho medo na hora do parto ela subir mais e eu não poder tomar anestesia geral. Dá medo eu pensar que eu posso morrer.

Nem me passa pela cabeça. Nem passa na minha cabeça o que possa ser exatamente e o que pode acontecer. Sinto fraqueza no corpo, sinto muita dor de cabeça, tontura, moleza e sono. Sinto muito sono. Os remédios vem do posto, é grátis. A pressão alta é não sei que tipo de doença e o que ela pode causar. Tenho medo de morrer se ela estiver muito alta. Na hora de ganhar o bebê pode acontecer alguma coisa, passa na minha cabeça que eu posso morrer, pode acontecer alguma coisa com a minha filha, isso dá muito medo e tristeza, corta o coração.

Mesmo quando passei de um pré-natal pra outro eu continuei indo lá no posto. O médico disse que a pressão tinha subido e ia me passar para outra unidade de saúde. Aí foi que comecei a fazer o pré natal lá na unidade da mulher. O pré-natal é bom, tratam a gente bem e conversam um pouco com a gente. Se faço uma pergunta eles respondem. Eu perguntava se podia prejudicar o bebê. No pré-natal eles me falavam que eu tinha que me cuidar, não podia comer muito sal. Eles sempre falavam do sal. Diziam que era para cortar tudo o sal. Falei então que cortei tudo o sal e eles mandaram fazer repouso. Repousar bastante. No começo me disseram para repousar uma hora por dia depois passou pra três ou quatro horas, daí já era para repousar o dia inteiro. Ficar o dia inteiro deitada, e eu já não agüentava fazer muita coisa. Eu ficava deitada o dia inteiro

do lado esquerdo. Isso mudou tudo, eu colocava meu marido pra arrumar a casa e fazer almoço. Descansar um pouco é bom, mas muito tempo dá agonia, cansa, muito tempo incha as costas. Tem o lado bom e o lado ruim ficar na cama, mas até roupa meu marido lavava. Ele chorava mas não na minha frente para não me preocupar também. Sabe que se eu vejo ele chorar eu choro também. Não gosto de ver ele triste, e tudo isso por causa da pressão. Ela muda as coisa da vida da gente.

Eu me sinto diferente de antes, agora eu tenho medo do parto, não vejo a hora de passar, de estar com a minha menina no braço, ser mãe. É como as mulheres dizem: é bom ser mãe e eu quero experimentar também. Não vou fazer o parto normal e nem sei porque. Deve ser a doença. Eu queria saber, gostaria de saber mais sobre esta doença. O que que causa ela, quer dizer a causa disto é muito sal. Como ele prejudica eu fico pensando isso e não tenho resposta. Acho que me enrolam e não me dão resposta.

Quando perguntava diziam “cortar o sal” só falavam isso. Tem que cortar o sal. Não falavam o que era, como prejudica o nenê. Nunca falavam disso, eu acho que me enrolavam porque não deve ser só sal que faz isso. Eu tinha curiosidade de saber porque, a causa e os efeitos.

Como é para você ficar internada?

Estou bem aqui no HC. Faço amizades, mas é triste ficar aqui, ficar sozinha, ter que conversar com pessoas diferentes, mas se não há com quem conversar é ruim. Isso é que faz falta.

Eu acho melhor estar aqui, porque aqui estou me cuidando, minha filha está segura e não preciso correr, estou aqui e já ganhando aqui eu tenho tudo que precisar fazer aqui mas em casa também é bom com o meu marido, estava a vontade e aqui é diferente. Quando precisa das enfermeiras você chama, se tiver uma dor você chama as enfermeiras. Em casa se tiver dor tem que segurar, correr no posto de saúde. Aqui é tudo na hora, sabem o que você tem e se já está na hora de ganhar a criança. Para mim é bom estar aqui porque é mais seguro.

O quadro clínico é bom saber para esclarecer as coisas que acontecem com a gente, só saber que é só o sal é ruim. Com isto a gente ia ficar com mais confiança no médico se ele diz o que realmente se passa com a gente e com a criança por causa da pressão alta. Quando a gente sabe a verdadeira gravidade da doença a gente procura se cuidar, diminuir alguma coisa. Se o médico não fala a gente não vai ajudar muito.

Preciso me cuidar. Pensar um pouco no que está acontecendo, para não aumentar mais a pressão. Ficar deitada do lado esquerdo e passar para o lado direito e não de barriga para cima. Quando o

médico examina tem que falar como está, o que tem que fazer e não examinar e sair sem falar nada. Eu gosto de perguntar e ser correspondida, o que está acontecendo comigo e com minha saúde para ficar por dentro.

Eu perguntava para que o remédio, eu perguntava mesmo. Eu desejo saber o que estão fazendo comigo, que remédio estão me dando porque eu fico assustada antes de fazer alguma coisa. Eu pergunto o que vão fazer comigo. Se não me disser o que irão fazer eu não deixo mexer comigo. Aconteceu de eu ser medicada sem saber de nada, mas agora eu não aceito isto, tem médico que explica e é bonzinho, tem outros que são carrancudos e estúpidos, não falam nada. Eu gosto de saber o que está acontecendo comigo. O parto de risco me deixa nervosa, preocupada, o que vai acontecer, será que a criança vai vir bem? Como não conheço o que causa a pressão alta penso na criança vir com algum problema. Alguma deficiência, com qualquer coisa assim eu penso bobagem. E com muitas dúvidas de qual é exatamente o problema da criança recém nascida. A preocupação aumenta. A primeira vez que descobri a pressão alta ela estava 16/10 e abaixou com minha visita regular no posto de saúde.

Eu só sei que para abaixar a pressão alta é diminuir o sal, se eu colocasse um pouco de sal e fosse ao posto ver a pressão ela já estava alta. Daí eu ficava com medo, e um pouco de sal já era motivo para a pressão subir. Ela estava 15/9 e os médicos só diziam que estava alta. E o internamento se deu por isto. Os médicos simplesmente diziam que estava alta e eu precisava ficar internada. Cheguei no hospital e fiquei com medo por não saber quais os motivos da subida da pressão, se seria o sal ou um problema com a criança.

Eu queria ser normal e não ter pressão alta porque penso muito na criança e fico pensando se já estou pronta para ser mãe, se saberei cuidar do bebê apesar da inexperiência fico alegre, contente em saber que vou ser mãe. Aí você esquece um pouco a pressão alta, vai no quarto curtir um pouco a barriga, é gostoso. Quando a criança ficou dois dias sem se movimentar, fui no posto para fazer exame e os médicos me deixaram mais assustada ainda com a cara que fizeram e eu pensei “ pronto alguma coisa aconteceu”. Aí eu voltei no terceiro, daí fizeram eu escutar o coração da criança me perguntaram se eu estava sentindo alguma dor e quanto tempo a criança estava sem se mexer. Deram uma pomada para eu colocar lá em baixo e disseram pra aplicar sempre quando for dormir, mas nem me falaram porque estavam me dando aquilo. Eu me sentiria bem melhor se me falassem porque de tudo aquilo e me explicassem as coisa. Queria saber mais até agora.....sobre o que é o parto cesárea e se a gente sente muita dor.

ENTREVISTA 3 GAMA 13/6/2001

Gostaria que me falasse sobre sua gestação. Quando começou a ter o problema de pressão alta?

Tenho pressão alta e já é a terceira vez que eu fico assim. A gravidez inteira tomando remédio. E a pressão, é a segunda vez já que eu estou do jeito que estou hoje. Teve a primeira vez que não foi tanto assim, que fui só lá perto de casa no Pronto Socorro, me deram um soro só e voltei embora. A segunda vez já precisei ficar internada aqui e agora de volta devido a pressão alta. Foi da primeira vez que descobri que tinha pressão alta. Da minha menininha eu não tinha nada, da outra que eu tenho. Agora dessa uma disseram que eu não devia ter ficado grávida e que eu corro risco, eu e o nenê. Durante a gravidez minha pressão é muito alta, um tipo de risco e eu desmaio bastante também. Ontem mesmo que eu tive que vir, desmaiei nove vezes. Isso começou segunda feira e a primeira vez foi no mês retrasado. Só que a primeira vez não foi forte que nem agora e nem que nem a segunda. A segunda já foi também forte. Essa é a terceira vez que dá de volta. Faz dois dias já que eu estou aqui né? Quando dá eu não vejo nada. Do jeito que eu cheguei aqui ontem eu não via nada. Eu nem sabia que estava aqui, eu estava desmaiada. Eu sinto bastante dor e já sinto dor de parto. Me sinto bem mal mesmo, tonta, dor de cabeça.

Essa doença mudou minha vida, porque eles pediram para eu comer menos sal, pelo menos até eu ganhar o nenê. Depois proibiram eu de comer. Estou comendo só sopa quase em casa também. Que nem comida de hospital, então mudou bastante. Eu comia de tudo né e agora tenho vontade de comer as coisa e não posso. Eles proibiram para mim o sal, carne gorda, pode carne de frango só frita, coisa doce também não pode. Quando eu como coisa doce assim, dá cólica depois. Não posso comer nada de doce. Um pouco de adocyl. Isso mudou bastante. Isso me incomoda porque eu sinto vontade de comer como antes e agora não posso, vejo os outros comendo e me dá vontade. Com isso a gente se sente mais mal ainda né. Eu já digo para as pessoas nem pode comer as coisas na minha frente. Pior é que já faz três mês que estou assim né.

Para mim foi muito triste né, pois do jeito que a minha pressão fica alta né eu fiquei com medo porque eles falaram que eu corria risco, tanto eu quanto o nenê. Aí eu fiquei com medo né. Dá muito medo,

eu morro de medo. Medo, quando você está atacada, que nem do jeito que eu cheguei aqui ontem, a sensação que você tem é que você está morrendo. Eu nunca morri para saber, mas agora eu sei, vai trancando o ar, você não consegue respirar, tudo isso dá na gente. A única coisa que passa na tua cabeça é que você vai morrer, pelo menos para mim é assim. A única sensação que eu tenho na cabeça é que eu vou morrer logo, porque vai subindo assim um aperto desde de baixo assim e quando chega aqui no pescoço a impressão é que você daí não passa. Mas daí estando com os médicos, dão remédio para a gente e passa né, mas a sensação é de morrer. Eu acho que a morte é assim porque a primeira coisa que vai é o ar da gente né, a gente não respira. Então, eu, ontem, a hora que cheguei aqui estava assim, com a sensação que eu ia morrer.

Quando me falaram que eu tinha pressão alta já vi que as coisas iam mudando, desde ter que comer separado, fazer as coisas só para mim, já tinha que fazer separado porque não podia mais comer sal e pra meu marido tinha que fazer uma outra e dá mais trabalho, porque antes a gente comia tudo junto né, agora não, tem que fazer almoço para um almoço para outro. E agora eu não consigo nem ficar abaixada mais. Lá em casa faço mais nada não, quem faz é o meu marido né. Nos dias de semana eu faço só por cima. Final de semana que ele fica em casa ele tem que limpar. Eu não consigo mais fazer as coisas me dá uma dor na barriga e nas costas. E depois eles também me mandaram tomar remédio né, eu não me lembro mais do nome, mas desde que me falaram eu tive que tomar remédio. Eu que comprava e não me lembro agora só que faz dias que não estou tomando o remédio, já faz uns quinze dias que acabou, e daí eles falaram que eu podia parar, era só pra eu voltar na próxima consulta que ia ser agora pro final da semana, lá no postinho e daí eles iam ver o que iam fazer comigo e foi aí, que eu fiquei ruim agora, e agora acho que eles vão tirar o nenê. Sabe que é bom porque o remédio era caro, tinha dificuldade para comprar porque quem ganha três salários não vive muito bem né. Eu comprava né, mas daí tinha que diminuir outras coisas e comprar o remédio porque eu estava passando mal. As vezes meu pai me ajudava também, minha mãe, senão eu não ia ter condições de comprar o remédio né. Em casa eu cortei bastante coisa assim, tipo de bolacha ou essas coisa para economizar, eu só comprava as coisa da minha nenê para ela não ficar sem as coisa né, agora a gente fica né. Eu tive que cortar isso né porque o salário já era pouco. Eu trabalhava antes de estar assim né com esse negócio né, agora já não trabalho mais, aí tive que parar depois de quatro mês de gravidez. Só parei porque eu precisei, da minha outra eu trabalhei até oito mês, em casa também era eu que cuidava e fazia de tudo, agora desta aqui eu já tive que mudar. Hi !! a primeira foi uma maravilha eu trabalhei até oito mês em

casa de família limpando e agora com esse negócio aí, vai fazer três mês que eu estou ruim já. Isso foi ruim, diminuiu o dinheiro e ficou bem mais difícil. O meu marido diz que é para eu me cuidar né ele acha que trabalhar é perigoso né pra mim e para o nenê. Hoje mesmo ele esteve aqui ele pede pra mim me cuidar e é pra nós cuidar para eu não ter mais né, já estou com dois e estou nova ainda. Esta gravidez eu não desejo para as pessoas, meu Deus, é horrível. Você sente muita coisa, no mesmo dia que acha que já está boa, daqui a pouco já tem que estar no médico. Eu quando estava em casa era assim, é muito difícil. Se fosse gravidez normal eu não ia precisar estar assim que nem hoje né, aqui no hospital. Aqui a gente é bem atendida, o pessoal é gente fina né, mas em casa é melhor e isso eu penso, é horrível né, como que a primeira não deu trabalho nenhum. Agora esse um,nossa! Está me matando. Está judiando bastante de mim, a sensação assim é...que eu quero sair logo, quero que acabe logo, tipo um pesadelo que eu estou vivendo esses dias Meu Deus!!

Como é pra você ficar internada?

Há! É horrível ficar internada Eu fico pensando na minha filha lá em casa. Eu estou morrendo de dó dela. Por isso mesmo eu queria estar em casa, fico preocupada com a minha filha. Hoje de manhã ela veio ver eu um pouquinho aqui. Coitadinha chorando porque queria vir comigo e eu não podia pegar. Eu tenho dó dela daí. Isso dá um aperto, por isso mesmo que eu quero sair logo daqui. Tenho dó de deixar minha pequenininha em casa sozinha. Penso nesse um que está pra vir, penso que ele corre risco. É risco de eu perder ele, posso fazer a cesárea e ele não sobreviver. Eu não queria isso, eu sinto um ruim Meu Deus do céu . Minha cabeça parece que está estourando depois que elas me deram essa notícia. Eu tenho dó né! É meu filinho que está dentro de mim e eu não queria que acontecesse isso. Tenho dó do nenesinho. É horrível. Eu quero sair logo, é ruim ficar aqui. Como eu já falei né, o pessoal é tudo gente boa para a gente mas só que é ruim né ter que ficar. Olha eu estou aqui desde ontem e não consigo nem me mexer. Não posso nem me mexer direito sozinha. Estou com fome e não posso comer por causa da cesárea. É ruim por isso. É horrível ficar na cama precisando de ajuda, nem consigo levantar sozinha. Queria né, mas não consigo. Você está percebendo a minha fala do jeito que está, diferente. Minha língua está tudo cortada também de ontem. Eu não via o que eu estava fazendo, estava desmaiada. Está horrível e eu quero sair logo daqui. Eu queria fazer a cesárea logo eu eu queria a minha filha para eu ter perto mas eu não posso.

O que você sabe sobre esta doença?

Não sei nada sobre essa doença. Só que é pressão alta e que é perigoso se for muito alta, a única coisa que eu sei. Os médicos falaram que é perigoso para mulher grávida né. Sei lá se é perigoso porque que dá isso? Não sei devido do que que dá isso. É isso que eu queria saber porque é tão esquisito. A gente ficar mal Mal é o calor que dá no rosto, já desce nas costas a quentura derrepente já está na barriga. É isso que eu sinto .Se eu pudesse mudar eu mudava a pressão eu gostaria que passasse tudo bem para mim e para o nenê né, para eu não sentir isso que eu estou sentindo. Eu tenho é bastante medo. Eu tenho medo porque dá minha menina eu penei para ganhar ela. Fiquei cinco dias internada e eu tenho parto seco e dá primeira eu penei bastante então isso dá medo e eu penso nisso aí direto. A sensação que eu tenho é que eu vou passar por tudo que eu passei da outra, a outra, o parto foi difícil. Acho que o que me ataca todas essas coisas é de medo. Porque eu tenho bastante medo. Eu fico pensando se eu passar tudo de volta, eu fico sofrendo. Foi difícil, eu sofri tanto. Fiquei quatro dias para ganhar ela. Foi bem difícil meu primeiro parto. O meu nenê tá com meu marido, ele cuida mas tem que faltar o trabalho. Teve que faltar ontem e hoje já. Isso é problema porque é vintão a menos né. Vinte por dia a menos e agora com a chegada do outro nenê as coisa vão ser pior. Por isso que eu quero ir embora logo porque ele não pode ficar faltando assim, senão no final do mês as consequências são das pior. Tudo isso por causa de uma pressão. Fora da pressão não tenho nada, é só a pressão mesmo. Tudo devido a pressão né. E o medo de eu morrer, tanto eu e o nenê. Não quero que aconteça nada para nenhum dos dois né. Isso eu só falo em casa né para o meu marido que eu tenho medo que complicasse e agora do jeito que eu estou eu fico com medo porque pode acontecer o mal para mim eu tenho medo da morte tanto pra mim como para o nenê, aqui não falei nada porque ontem eu cheguei mal e agora já estou boa. Se eu puder perguntar eu gostaria de saber porque que a pressão da gente pode estar normal num dia e no outro dia desregulada assim, isso eu gostaria de saber, porque o que me mata mesmo é a pressão de medo e de tudo. Eu me lembro que ontem estava de pé na porta assim e eu desmaiei. Eu estava boa,só tinha uma dor na barriga, daí depois disso eu lembro só de eu caída. Não me lembro de mais nada e só fui acordar ontem de noite, já estava aqui. Eu não estava sozinha porque ele não tinha saído pra trabalhar ainda. Imagine se eu estava sozinha.... Há um mês eu fiz a consulta de pré-natal, eu não lembro mas o médico disse que era pra eu me cuidar que a pressão estava alta e qualquer coisa que eu sentisse era para eu procurar o posto ou um hospital. É isso que ele pediu para mim né. Esse tempo todo daí eu fiquei esperando a outra consulta que ia ser agora né. O remédio eu tomei um pouco e acabou, não deu pra o mês inteiro daí

eu.....ontem eu só lembro disso, só do desmaio lá e daí não lembro mais nada. Agora estou sentindo dor de cabeça e um pouco de dor na barriga e fome, fome mesmo....fome, fome. Agora eu penso que hoje vou pra a cesariana e depois disso vai ficar tudo bem se Deus quiser. A minha vontade é essa né, que fique tudo bem depois né. Apesar que cesárea não é mole da gente recuperar né. Então é isso que eu quero, sair daqui e ficar boa logo porque esta gravidez está sendo horrível. Para mim foi horrível essa gravidez até agora está sendo difícil pra mim. Tive medo desde o começo já quando descobri que estava mal. É muito complicado, se eu pudesse eu não teria mais, dois para mim estava bom. Se eu não tivesse a pressãoaí depende, até três tudo bem, mais não. Agora mudou por que eu vou ficar com medo de ficar grávida de volta, eu vou me cuidar mais para não ficar grávida, agora eu tenho medo que eu tenho risco e acho que eu sou meia nova ainda pra morrer. Eu não quero morrer enquanto não deixar minhas crianças criadas, isso eu não queria...

ENTREVISTA 4 DELTA 21/6/2001

Gostaria que me falasse sobre sua gestação. Quando começou a ter o

problema de pressão alta?

Bom, primeiro eu fui em Piraquara pedir exame pra saber se estava grávida mesmo. Daí deu positivo,daí eu comecei a fazer o pré-natal lá no posto de Piraquara mesmo, daí a médica começou me tratar muito mal e eu mudei pra um outro posto perto da minha casa. Daí lá fiquei consultando do segundo até o sexto mês e daí me encaminharam pra cá , acho que por causa da DHEG porque lá não tinha recurso pra tratar.

Eu estava feliz porque é minha primeira filha né, mesmo sendo mãe solteira estava feliz. A felicidade é a mesma Aí quando fui encaminhada pra cá, acho que vim numa sexta feira que a minha pressão chegou a 15/10 parece, daí me senti mal lá e daí eles me encaminharam pra cá, me trouxeram de ambulância pra cá e decidiram que eu ia fazer o pré-natal aqui. Até aí eu não sabia que tinha problema de pressão. Neste dia que fiquei sabendo. Aqui eu fiz vários exames, tiravam sangue quase toda semana. Fiz exames lá em Piraquara, daí aqui tive que fazer de novo, mais um monte de exame. É o que eu lembro. Eu não senti nada,

mas primeiro eu fiquei com medo assim de ser alguma coisa que prejudicasse o nenê. Passava um monte de coisa na minha cabeça, tipo assim: a gente fica com medo né, porque a gente as vezes faz alguma coisa assim, ou come uma comida com muito sal, passa mal e as vezes prejudica o nenê e agente fica com medo né, não de prejudicar a gente né, mas de prejudicar o nenê, ainda mais o primeiro filho. Se bem que eu tenho o apoio da minha mãe e tudo, mas a gente sempre que faz alguma coisa errada fica com medo que prejudique. Que nem eu, não posso comer comida com sal e as vezes eu como a comida muito salgada e isso prejudica né. Aí eu fico com dor de cabeça e vendo luzinha, essas coisas né. Daí a gente pensa né “ será que vai prejudicar o nenê?”. É que a gente está fazendo mesmo que sabe que não é bom, vai e faz, daí fica com medo assim de prejudicar o nenê. Sei que não pode comer comida com sal, comer muito porque os quilo aumenta e a pressão aumenta junto, daí tem que entrar no regime, comer comida sem sal. Daí eu vim uma vez aqui e foi solicitado dois exame de DHEG e daí minha pressão estava alta de novo e eles me deixaram internada. Desde a terça feira. Antes era para eu tomar os remédios que eles passaram, Neozine, metildope e sulfato ferroso, só que metildope e sulafato ferroso eu não pude comprar daí eu tomei só neozine. Não tomei porque lá em casa já tem muita conta. Minha mãe está pagando o jogo de quarto de nenê e as roupinha tudo. Daí está sendo pagado em prestação. As coisa estão meio apertado lá em casa daí. Daí eu falei compra só um né. Quando consultei a médica disse que eu tinha que comprar né mas eu disse “ eu não posso comprar, não vou fazer mais conta ainda, se eu não posso comprar, se minha mãe não pode comprar.” Eu falei que os outros dois eu não podia comprar e para pegar no posto é muito difícil né, porque estes remédios é muito caro e no posto não tem. E eu fiquei tomando só o Neozine mesmo.

Como é para você ficar internada?

Há, ficá internada foi uma surpresa porque eu vim aqui só pra pegar o resultado de exame de DHEG né, esse resultado que tem sempre que ficar fazendo. Daí ela falou que eu ia ter que ficar internada porque minha pressão estava muito alta e num dia eu engordei 900 gramas, quase um quilo de um dia pra o outro. Daí eles me deixaram internada por causa do regime e por causa da pressão e para tomar o medicamento. Daí tá, daí eu liguei pra minha mãe avisando que eu ia ficar internada e ela achou bom né, uma que eu fico em casa sozinha daí é meio ruim se eu passar mal, lá não tem nenhum recurso. Moro retirado, mais no mato mesmo. Há, lá é muito ruim, é muito longe para eu vir aqui. Daí eles fizeram a ficha de

internamento, tive que trocar de roupa e me trouxeram para cima. Eles passaram meu caso para o Dr. e ele cuidou de mim. Fico aqui sem visita e comendo comida sem sal que é meio ruim. Aqui é muito ruim pela comida, não que é tão ruim assim, só que é sem sal e os horário da comida, é muito distanciado um do outro né. Daí a gente fica um tempo sem comer, daí come, daí não come de novo. Não é que nem em casa que se come a toda hora né. Apesar que a gente aqui faz bastante amizade, mas assim aqui é muito diferente, mas eu não achei muito chato não. Em casa a minha mãe briga muito com meu irmão né. Daí eu fico muito nervosa e daí minha pressão aumenta também né. Daí eu pensei, se eu ficar aqui pelo menos ela vai ficar baixa, ninguém vai estar brigando ou minha mãe não vai estar brigando comigo, meu irmão não vai estar brigando comigo né. Daí eu tando aqui eu estou melhor né. Daí eu tinha que fazer repouso absoluto e lá eu não podia porque as vezes tinha que lavar roupa, tinha que fazer várias coisas, e aqui não né. Aqui eu fico mais deitada mesmo. Saio as vezes pra sentar lá no sofá, ficar olhando lá para fora, mas fico mais dormindo né, os médicos mandam a gente dormir. E é melhor ficar aqui, a gente descansa mais né, fica com a cabeça mais calma, não tem tanto problema, que nem eu tenho problema. O rapaz que é o pai da criança, ele até agora ele não aceitou, não quer ser pai ainda, largou de mim por eu estar grávida. Essas coisa né. Esses dias ainda a gente andou discutindo porque foi estipulado no juizado que ele teria que dar cinquenta reais por mês e ele não quer dar, a mãe dele vai lá para brigar comigo. Eu brigo e digo que não é porque o nenê não foi planejado que não tem que ser amado né. Ele não quer assumir. Enquanto eu levanto as seis horas para vir aqui no hospital ele está lá dormindo, não trabalha. Vive nas costas dos pai né então.....Daí aqui eu fico mais longe do agito de casa, por isso é que eu acho ficar aqui melhor. Eu penso que no dia que eu receber alta vou ter que voltar lá para casa. Aqui não tem briga né, não tem discussão. Outra é que aqui eu não fico vendo ele. Ele fica passando com a namorada dele lá na frente de casa e eu já fico nervosa. É que eu gosto dele né, então isso me deixa um pouco nervosa. Outro dia eu passei mal porque vi ele com a namorada e tive que vir aqui de noite. Eu fico assim com uma tontura e desmaio, mas só quando fico bem nervosa mesmo. Ele já foi lá em casa discutir com meu irmão, meu irmão queria bater nele. Foi a maior confusão. Por isso que eu gosto de ficar mais aqui no hospital mesmo. E outra que ter que ficar vindo é muito ruim porque tem que gastar na passagem que é a minha mãe que tem que gastar né. E outra é que eu desço no terminal do Guadalupe e tenho que andar até aqui e é ruim né. Outra, eu de manhã tenho que gastar dinheiro para lanche não dá para comer porque tenho que pegar o primeiro ônibus lá para vir aqui e chegar aqui as 6 ou 6 e meia. O ruim é vir

andando de lá até aqui, quando eu estou em casa eu tenho que vir fazer o negócio do controle de DHEG né. Minha mãe já falou pra eu falar para o Dr. que eu não tenho condição de ficar indo e voltando. Uma é que meu pai não dá pensão. Ele deu a parte dele na casa e não dá pensão. E meu irmão, ele ajuda em casa né, só que dá com uma mão e tira com a outra. Ele joga na cara, queria que minha mãe me expulsava de casa porque eu estava grávida né, daí minha mãe falou que se tivesse que escolher era ele para sair de casa, porque pra ela, agora a neta dela é tudo. Ele vive falando que isso é uma desgraça e eu vivo ficando nervosa. Aí fico nervosa, começo com a dor de cabeça. A pressão aumenta e já começo com tontura né. Por isso que é legal de ficar aqui, porque não tem ninguém jogando na minha cara ou falando que minha filha é desgraça ou alguma coisa assim. Ele acha que eu tenho culpa de ter ficado grávida e não ter casado. Daí sobra tudo pra mim. Tudo na minhas costas. Daí enquanto o pai tá lá dormindo eu estou aqui para me cuidar e fazer o tratamento da DHEG. Mas já falei, um dia a crucificação outro dia a glória se agora eu estou passando esses maus momentos não vai ser para sempre. Não é pra sempre que eu vou ficar doente ou essas coisa né. O dia que me deixaram internada eu não achei ruim, mas não achei bom. Numas parte é bom mas noutras partes é ruim. É ruim porque a mãe tem que ficar trazendo as coisa para mim, daí é muito ruim porque ela tem que trabalhar também e ela tem que ficar vindo e ela se preocupa bastante. Mas o bom é que me falaram que a minha menina é bem grandona e se for para ela nascer agora ela já está perfeita. E a minha mãe já ficou toda orgulhosa. Então além de ter a DHEG a gente passa por vários problemas ainda. Mas eu não esquento muito a cabeça. Eu esquento mais é que a minha mãe tem que pagar as coisas, passagem para eu vir aqui as vezes um lanche né. Mas agora já é as últimas semanas né. Daí você vê o quanto já passou mal e daí é meio ruim. Eu me preocupo mais é com isso, que ela está tirando do bolso dela pra me ajudar né. Outro dia ela comprou mais um monte de roupa, travesseiro. Só que ela não pensa que já está cheia de conta. Ela compra e isso preocupa né. Ela fica reclamando que tem que pagar isso e aquilo. Ela já comprou berço, guarda-roupa e cômoda. Cada coisa que ela vê ela quer comprar e faz conta e faz conta. Ela não está podendo comprar mas ela compra, numa parte eu acho bom porque a minha filha tem de tudo mas noutra parte é ruim porque ela tem que estar batalhando para pagar né. Eu agora não posso trabalhar né. Eu tentei um emprego numa padaria, trabalhar no balcão né mas não agüento ficar em pé, tenho que ficar deitada porque senão minha perna incha e a pressão sobe. Eu tenho que ficar mais deitada e ela tem que lavar a roupa domingo. Tudo é ruim né. Ela já está cheia de conta, prestação, para pagar. Agora eu estou um pouco assustada porque a

médica me disse que se a pressão continuasse a subir eu ia ter que fazer uma cesárea as pressas. É que as vezes tiram o nenê para ter mais chance e as vezes acaba morrendo do mesmo jeito. Aí a gente fica um pouco assustada e pensa que a culpa é da gente. Minha mãe já teve isso então é coisa herdada de família né! Não que eu ache que a culpa é minha, as vezes um pouco sim. Por causa da comida que eu devia de comer sem sal. Agora eu estou comendo porque eu fiquei. Eu estou internada e acostumei né. Eu estou comendo menos, já emagreci bastante, e as vezes a gente acaba pensando que a culpa é da gente mas não é. Se a gente tem não é porque a gente planejou ter, aconteceu. Por isso a gente tem que tentar se tratar né.

O que você sabe sobre esta doença?

Não sei muito não dessa doença. Eu só sei que é uma doença de pressão alta só na gestação. Só isso mesmo que eu sei. Me falam assim né, mas a gente se esquece ou as vezes não dá muita importância de ficar perguntando. A enfermeira falou o que que era bem a palavra DHEG né. Antes eu tinha mais vontade de saber, quando eu estava com poucos meses de gravidez, agora não muito mais. Eu não dou muita importância. O dia que eles colocaram mesmo que era DHEG no prontuário eu vi lá e perguntei “o que será que é esse DHEG?” Daí, na outra consulta é que ela foi me explicar. Aí eu achei um pouco chato, uma porque tem que ficar sempre vindo, tirando sempre sangue e minha veia é ruim estoura sempre. Tem que colher sempre urina né. Tem que estar sempre controlando a pressão, vindo aqui, esperando os resultados. Isso é ruim, uma que eu não gosto de tirar sangue, não gosto mesmo. Quando vai na consulta tem que andar até lá no posto. Se eu não tivesse isso eu só ia consultar e ia para a casa e pronto. Uma que eu não estaria aqui né. Ia só no posto que é bem mais perto de casa, o que é bem melhor o posto perto de casa. Não tem mais recursos mas é melhor e outra que eu não ia ter que fazer tanto exame toda semana. Mas se precisa a gente faz. Não que eu goste, mas tem que fazer. Não dá pra pensar só na gente, tem que ver pelo nenê. É ruim, de qualquer jeito é ruim. Se eu pudesse mudar, uma é que eu não ia querer estar solteira, eu não acho nada de mais, mas é que eu queria que ele estivesse perto para eu convencer ele que ela vai ser uma menina bonita. Pra ele se acostumar a ser pai. Ele já vai fazer 21 anos eu eu que só tenho 15, então eu vou falar que essa filha não é minha também. Eu não tenho como falar, as brigas lá de casa se eu pudesse eu mudava. O meu

irmão briga por causa de mim, ele sente que a mãe dá mais as coisa para mim. Ela liga sempre para saber notícia minha aqui. Ela vive preocupada então ele sente um pouquinho de ciúme então ele briga com ela. Ele briga por causa de mim, se eu pudesse mudar isso eu mudaria. Eu não posso sair desesperada por causa de um marido, isso eu não vou. Eu sou nova, não preciso assim ir casando. Se eu pudesse não ter essa DHEG seria melhor ainda, os gastos seriam menos. Antes de ter ela eu fazia pré-natal só uma vez por mês na consulta e agora tenho que vir uma por semana, cada dois dias, daí é ruim né. Sempre gastando em passagem, eu não trabalho, minha mãe é que trabalha, para ela também é ruim, gasta em remédio. Aqueles dois remédios eu não posso comprar mesmo, teria que pedir para meu irmão, daí ele já vai jogar na minha cara e eu já ia ficar nervosa e a pressão ia ficar alta. Então é assim né, o remédio, esse Neozine que ele comprou ele já jogou na minha cara. A minha mãe reclama que eu não faço quase nada em casa. Eu faço um pouco, arrumo os quartos mas minha irmãzinha adotiva faz bagunça, ela me deixa muito nervosa. As vezes eu fico o dia inteiro trancada no quarto porque ela faz bagunça e eu me irrita e fico nervosa. Eu qualquer coisinha já estou nervosa eu arrumo ela desarruma. Eu fico muito irritada, as vezes dá vontade de chorar, agente fica num nervo que dá vontade de sair batendo em todo mundo. Minha mãe também é bem nervosa. Eu fico com muito ódio e começo a xingar. As vezes eu sento e choro, daí me acalmo, não sinto outra coisa, mais é raiva mesmo, ódio. A minha mãe está cuidando de mim, ela faz comida com pouco sal para a gente comer junto. Se eu fico com vontade de comer alguma coisa ela compra. Ela se preocupa comigo. Acho que não preciso de mais nenhuma coisa especial. Tudo que uma pessoa poderia fazer para cuidar de mim ela faz. Aqui no hospital não precisa de nada especial. Eles cuidam da gente super bem, super carinhosos. Todo mundo chega e pergunta se a gente está bem. As vezes ficam fazendo piadinha, é super divertido, ninguém fica com cara amarrada. A gente chega e já faz amizade. Eles cuidam bem aqui, tratam a gente bem. Precisa ver a diferença se a gente vai lá em Piraquara. Lá são pessoas brutas. Mas aqui é tudo ótimo, pelo menos agora eu não tenho do que reclamar. São super ótimos, carinhosos, bem atenciosos, procuram deixar a gente calma né. O bom que a doença é só na gravidez, o pior ia ser continuar com pressão alta a vida inteira né. Ia ser ruim e eu penso em engravidar de novo mas não tão já né. Eu penso em passar por tudo de novo, por tudo isso daí é um pouco ruim se tiver que fazer as mesmas coisas.

Gostaria que me falasse sobre sua gestação. Quando começou a ter o problema de pressão alta?

Eu não pretendia engravidar nunca mais. Tive dois filhos e não queria ter mais filhos. Esse eu comecei com um sangramento, vinha a menstruação dez dias, parava uns dez, começava de novo, daí a médica falou para mim que eu precisava trocar o anticoncepcional, já fazia seis anos que eu estava tomando, daí ela trocou. Na troca eu engravidei. Não foi planejado. Aí quando engravidei eu continuei tomando acho que mais uns dois meses ainda, daí que fui descobrir que eu estava grávida, porque vinha a menstruação normal e eu com enjôo, dor aqui, dor ali. Aí eu procurei um clínico geral e ele mandou eu fazer uns exames. Aí eu fiz os exames em fevereiro. E aí ele falou assim para mim: “você está grávida”, foi um choque, foi assim aquele susto. Eu estou separada do primeiro marido e agora com o segundo eu não queria. Os meus filhos nem estavam comigo, então eu fiquei chocada. Acho que eu não estava preparada. Mas já que tá, que seja bem vindo. Aí eu passei a fazer o pré-natal lá no posto, agora já que tá, que venha e que tenha saúde né, o problema é que estou sem emprego e a gente paga aluguel. É só o marido trabalhando, pagando pensão para a ex-mulher. Isso tudo vai acumulando e atacando os nervos, acho que seja por isso a pressão alta, porque não é possível. Ainda agora a juíza decidiu pra que eu ficasse com a guarda das crianças. Agora eles estão lá em casa e já é mais um gasto. No caso, era nós dois, agora é nós quatro, e mais o nenê que esta pra nascer, então com trezentos e sessenta reais você não vive, é complicado. Acho que é isso que começou de um mês para cá essa pressão aumentar, porque não é possível, eu nunca tive nada. A minha pressão sempre foi baixa. Eu soube agora, faz um mês, eu comecei a inchar, inchei muito do fim de maio pra cá. Eu ia na farmácia e pedia para medir, eles mediam e estava alta. Eu tomei chá de quebra-pedra com pata de vaca, eu fazia xixi direto e melhorou. Desinchou e ela normalizou. Depois quando voltei no médico para a consulta, minha pressão estava tão alta que ele falou que eu não podia ficar assim em casa. Disse que seu ver que a pressão está alta eu tenho que correr pra o médico. O médico ficou brabo, mas não tinha me falado nada sobre inchaço e pressão, e nem podia saber que isso precisava ir para o hospital. Ele tinha falado de dor e de sangramento antes, só foi aí que ele me falou que precisa sempre ir no médico e que isso pode prejudicar o

bebê. Disse que eu tinha que vir no hospital e se internar. Mas eu falei “ eu não sinto nada, eu não sei como vou chegar e o que vou dizer para um médico né”. Que nem quando eu cheguei ali, me internaram, aí vem o professor dos acadêmicos e disse que eu não tinha necessidade. Então eu não entendo. Se ele disse que não tinha necessidade de ficar internada porque estou aqui tem três dias. Então eu não sei. Eu acho que isso não é jeito de me falar. O meu caso, da pressão, acho que é a falta de trabalho no caso. É porque eu não sei ficar em casa. A casa pra mim foi feita pra chegar, tomar um banho e ir dormir. Eu não consigo ficar parada. E agora já estou lá há quatro meses sem fazer nada, com dois filhos, o marido ganhando pouco, pagando aluguel, minha casa está caindo aos pedaços, meu ex marido não quer deixar eu voltar para a outra casa. Acho que tudo isso contribui porque é uma coisa que me preocupa né. Você vai ficando nervosa e faz a pressão subir. Pra pressão subir basta ficar nervoso né Eu acho que seja isso porque não tem outro motivo. Vê, problema com o marido agora eu não tenho, ele faz tudo pra me ver feliz. Cuida dos meus filhos como se fossem dele, então não tem outro problema, a não ser aquela preocupação que a assistente social vir para ver, a psicóloga vai passar para ver como estão as crianças, a guarda delas é provisória. Com quem que ela vai deixar as crianças. Com ele ou comigo? Então eu fico assim sabe. A cabecinha deles como é que vai ficar. “A mãe me trocou por outro?” Sabe, então é complicado, isso é que me dá um desespero, sei lá. Acho que é isso, não pode ter outra causa. Ontem ainda eu estava falando para meu marido que a médica falou pra mim, me chamou para conversar e falou que tinha que fazer tudo isso senão corria risco eu e o nenê. Aí eu falei assim pra ele: “ Você liga pra minha mãe, entrega as crianças para ela e manda ela entregar eles para o pai deles.” Ele perguntou pra que isso e eu disse que eu não sei como eu vou sair daqui e eu não quero que eles fiquem sem pai nem mãe. Ele disse para eu parar de pensar nisso e que era isso que alterava minha pressão. E realmente, quando eu fico nervosa, se vou medir a pressão ela está mais alta. Eu acho que seja isso, não deve de ter outra causa, tudo bem que não foi planejada, mas agora é tudo que eu quero. A única coisa que eu fico preocupada é assim, será que porque eu não tinha planejado. Será que só porque eu dizia que não queria outro filho nem por um castigo agora Deus vai me tirar esse filho? Acho que não, acho que Deus não é tão ruim assim. Há! Eu fico meio assim né. Ontem eu olhei para o rapaz que estava medindo a minha pressão e disse para ele: “ Pelo amor de Deus, faz qualquer coisa mas não deixa eu perder esse filho.” Eu não queria no começo mas agora eu quero ele de qualquer jeito, e ele me disse que já estava tudo bem, que eu ia melhorar. Só sei que está complicado porque eu estou aqui mas eu estou preocupada porque as crianças estão sozinhas.

Eles são pequenos, o mais velho só tem oito anos, o mais novo tem seis. Nesse horário o meu marido já saiu para trabalhar e eles estão só em casa. Então complica né. Eu fico pensando: “Meu Deus, quando será que passa tudo isso.” Eu acho que se estivesse em casa, por mais que eu não teja fazendo nada, mas estando ali eu ia estar vendo né o que que está passando. Mas acho que não mudou muita coisa não, depois eu sou muito calma, eu não me assusto muito. Agora me preocupa a saúde do meu filho e os outros que estão em casa. Eu nunca fui de me preocupar comigo, sempre tudo que eu fazia era em função das crianças. Só depois que o meu ex arrumou outra eu passei a me preocupar um pouquinho mais comigo, a me cuidar um pouquinho mais. Acho que esse meu marido está me ajudando a arrumar minha auto estima, porque eu tive uma época de depressão e eu não sei, talvez seja isso que tem dias assim que eu estou pra baixo mesmo, com aquela vontade de chorar, aquele vazio, aquele porque que eu estou vivendo. Mas eu nunca fui de me preocupar muito comigo. Hoje eu penso que eu vou me cuidar, mas eu quero o bem dos meus filhos. Se tiver que escolher entre eu e ele que fique ele. Será que eu estou voltando naquela fase de depressão? E estou assim para baixo mesmo. Também já faz praticamente um ano que eu não vejo ninguém da minha família, com isso você fica assim meio desmotivada. Eu não sentia isso no começo da gravidez mas de uns dias para cá eu estou assim. Antes de eu saber da pressão eu estava bem, eu acordava cedo, levantava saía, ia na casa de uma amiga minha, costurava com ela, toda animada, daqui apouco foi indo, eu fui ficando para baixo nem estou saindo mais. Minha vontade é de ficar em casa debaixo das cobertas, não conversar com ninguém, quero mais é ficar quieta, as vezes até ouvir a voz das pessoas me irrita. Eu não sei, mas isso é de um mês para cá. Antes disso não tinha queixa nenhuma. Agora também sinto dor de cabeça, sinto tontura e aquele sufoco que não passa. Toda hora tem que estar assim (suspirando). É esse sufoco. Eu já falei para os médicos Os médicos não falam nada, então eu não entendo, então tudo bem. Eu já nem reclamo mais porque sei que não adianta. A única coisa que eu sinto é isso. Esse sufoco, só isso e aquela dorzinha de cabeça. Ela não é uma dor forte, é aquela dorzinha que fica assim, martelando e eu não sei o porque. Já fiz um monte de exame e não aparece nada.

O que você sabe sobre esta doença?

Eu não sei nada. Só falaram lá em baixo que era uma DHEG leve, depois uma DHEG leve e grave, depois não sei o que. Daí eu perguntei pra menina e ela disse que depois o

professor ia lá me explicar e ele não foi e então eu não sei nada. Me disseram que é grave se der uma convulsão no caso, que nem a moça falou e não tiver feito os preparos lá que ele fizeram. Ela falou lá que podia dar a convulsão então tinha que colocar aquela sonda, aqueles negócios lá. Aí hoje teve uma outra que disse que não havia necessidade de por, então eu ... no fim você fica com a cabeça que dá um nó. Porque a médica chegou e falou uma coisa para mim, aí depois a outra vem e fala outra coisa, então, você no final, você não entende nada. Você fica “é ou não é?” e isso é ruim porque você não sabe o que, em quem você acreditar, quem está falando a coisa mais certa ali. Porque se um falou, acho que outra pessoa devia chegar e falar, “é isso, tem mais isso ou menos isso” mais para um é, outro não é bem por aí, é totalmente diferente. Então tem que ser uma coisa bem explicada ou não explica nada. Eu acho que é muito enrolado isso. Eles deviam explicar melhor pra o paciente. Se acham que não deve explicar para o paciente, explica para alguém que... um alguém, um parente ou alguma coisa assim né. Porque senão fica aquele nó na cabeça das pessoas e alguns podem entender totalmente errado ou entender tudo errado. Eu queria e eu quero saber. A hora que um médico vir ali conversar comigo eu vou perguntar para ele o que que é isso. Eu queria saber como é que está meu bebê direitinho dentro da minha barriga. Desde sexta feira me falaram que vão fazer uma ecografia para ver e não fazem nunca. Você ouve o coração, tudo bem, está ouvindo direitinho mas será que o resto está tudo bem? Porque se a pressão está alta tem que ver né, porque as vezes não é só isso. Eu queria saber, descobrir o motivo assim, porque ela está subindo tanto, ela vai, ela volta. Será que é esse o problema ou não é?

Como é pra você ficar internada?

Ai, sei lá, isso de ficar internada é complicado. É primeira vez que eu fico internada na minha vida, tantos dias assim né, porque o meu primeiro filho eu cheguei onze horas, meio dia ele nasceu, no outro dia, sete horas eu tive alta. Do segundo eu tive três dias. Mas era assim né, eu sabia que estava ali que estava tudo bem, que já tinha nascido o bebê. Agora, aqui eu fico.. “Meu Deus, eu não sinto nada, eu não tenho nada, para que eu tenho que ficar aqui” Não é bom não. É meio complicado. Se é preciso, se vai fazer bem para o bebê então tem mais é achar que está bom Eu penso nele, se ela está bem, que vai ficar tudo bem e que

eu estou aqui para o bem dele né. Acho que é uma sensação bem boa quando eu penso nele. Eu fico imaginando se ele vai ser a cara do pai dele, porque os meus dois não tem o que tirar do pai deles. Agora esse eu não sei, espero que seja também. Dá uma sensação gostosa quando eu penso nele. Ele está marcado pra o dia vinte e nove de agosto, mas não sei não se ele chega lá. Os outros dois nasceram antes, o mais velho veio com 36 semanas e o outro era para dia vinte e sete de maio nasceu dia dezessete. O médico falou para mim que pode bem nascer umas duas semanas antes. Até que os meus são rápidos né? Foi duas gravidez com parto super rápido, nunca tive dor. Há! Gravidez normal você faz tudo né, você não tem repouso nada, trabalha e tudo agora com a doença você já tem que se cuidar mais, você já tem aquela preocupação de eu não posso fazer isso porque se prejudicar você ao mesmo tempo pode prejudicar o bebê, então você já tem que pensar mais, tem que ter mais cuidado em tudo que você vai fazer, no que você vai comer, em tudo que nem agora, a moça veio trazer o almoço e me perguntou se era hipossódica, só que ela trouxe o almoço. totalmente salgado e eu já tive que reclamar. Coisa que eu detesto é reclamar de alguma coisa. Eu comi só o frango que tinha pouco sal, pensei o resto eu não vou comer não porque pode aumentar a pressão e prejudicar o bebê. Numa gravidez normal você não tem isso né. Se está tudo bem você vai comer e pronto. E numa gravidez assim não pode. Mas não faz diferença. A diferença é se você não está mesmo a fim da criança, mas do jeito que eu estou querendo ele agora isso não faz diferença não, você agüenta qualquer coisa. Acho que quando a mãe quer um filho bem do lado dela ela agüenta qualquer coisa pela criança, eu acho que você tem que pensar muito no bem estar do bebê. Eu tenho pensado ultimamente é só nisso. Eu acho que agüenta sim. O único problema nesta gravidez é não estar trabalhando, não ter o meu trabalho, outro problema não tem. A doença, eu tenho que fazer repouso, não posso comer nada com sal, eu não posso ficar nervosa, não posso ficar estressada, mas como eu sei disso eu vou fazer de tudo pra que isso não venha acarretar em cima de mais problemas para o bebê. Isso eu estou bem consciente mesmo em casa, o horário que o marido está em casa ele faz, se não faz fica sem fazer, eu faço o mais necessário, o mais leve e o mais difícil fica lá, se eu não fizer alguém vai fazer. Eu acho que a gente tem que arrumar condições pra tudo né. E depois as crianças já não são tão pequenas que já não sabem se virar. Desde que eles começam a se virar sozinho, a mãe ensinando eles vão pegando o jeito, eles vão fazendo. Eu vou tomar os remédios direitinho. Para comprar vou ter que ir na farmácia e falar que eu estou precisando, meu crediário, tem um tanto lá que eu posso comprar e se não der, se for mais caro, vou ter que conversar com o dono da farmácia e comprar. Tem que ser, porque ficar

sem tomar não vai dar. Não me falaram se é grave e por isso que eu falei que a hora que um médico passar eu tenho que conversar pra saber direitinho, para ter certeza do que é ou não é, pra saber o que eu posso fazer ou não posso. Lá em baixo teve a dr^a X que falou para mim que eu não podia nem ficar caminhando, que podia prejudicar o bebê, a outra disse que eu não tenho problema nenhum, então eu não entendo isso, se é grave é grave, se não é grave não é né? Então se for grave eu tenho mais é que me cuidar. E eu prefiro saber porque daí quanto mais você sabe da sua doença mais você sabe como você deve se cuidar. Daí se o médico falar que tem que me cuidar, tem que ser assim. Agora se ele não te explica nada, se não te fala nada você não se cuida, você não faz porque você não sente nada. As vezes os médicos nem sabem o que você está sentindo, e eu não falo nada, não sou de falar. Quando fico ruim mesmo, começa a não pode respirar. Eu não consigo falar, só consigo chorar, chorar, as coisa vão me irritando estas coisa me que me preocupam. Me preocupo com as crianças em casa Não sei daqui como elas estão se cuidando, se estão com frio, se estão com fome, se saíram no barro, se não estão gripados. Prefiro ficar em casa, é melhor fico mais tranqüila, mesmo que não faça nada, pelo menos vou estar vendo eles, vendo o que se passa, nem que seja para ficar o dia todo no sofá. Se não tivesse criança em casa era diferente. Aqui a gente fica preocupada com os que estão em casa e com o que está na barriga. Sei que vai mudar, vou deixar tudo por fazer no serviço da casa, mas precisa pra se cuidar. A única coisa mais complicada vai ser ter que ir na farmácia todo dia, que é umas cinco quadras. Para me cuidar tenho que ficar internada se for preciso. Precisa me explicar direitinho o que tem que fazer pra se cuidar. Uma falou que é grave, outra falou que não é. Você fica em dúvida. Eu poso ir para casa e continuar minhas atividades normais ou não posso? Eu estou preocupada mas pelo bebê. Por mim eu não tenho medo. Sei que tenho que me cuidar na gravidez, depois a vida vai voltar ao normal. Mas eu queria saber se como está o bebê, se a DHEG é grave, que o médico me explique porque ela surgiu. Se é problema de nervos, se tem outra causa para isso. Esse negócio me fadigando no peito, não consigo melhorar porque. A gente quando está grávida ou gestante faz qualquer coisa para tratar e cuidar do filho da gente e não por si. Acho que é a mesma coisa, com doença muda se cuida mais. Eu sempre me cuidei, isso não muda. O que muda mesmo é a vida, fazer comida separada. Fazer tudo certinho. Quero ficar bem para ele ficar bem, mas quero ir para casa. Vou fazer tudo certinho mas me preocupo porque a psicóloga vai passar, me preocupo com a assistente social e com a guarda dos meus filhos. Acho que a pressão alta é desta preocupação. Eu acho que piorei o sufoco e a depressão desde que eu soube que a psicóloga vem avaliar se as crianças ficam comigo ou

com o pai. Talvez essa pressão seja daí. Eu não entendo porque. Quando perguntei para aos médicos eles ficaram de dizer e não disseram, um fala de tudo o tratamento que tem que fazer depois vem outro e diz que não tem necessidade. A moça me disse que eu tinha que por a sonda e aqueles preparos porque não podia deixar ficar grave, outro diz que não é grave.

ANEXO V

QUADRO I: EXPLICITANDO O APREENDIDO

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO
<p>1 Expressando a vivência da transição de saúde-doença: implicações de cuidado</p>	<p>A As diferenças percebidas em seu viver diante da ocorrência da doença</p> <p>B A hospitalização como espaço obstaculizante ao processo de viver saudável</p> <p>C As mudanças que a doença suscita no contexto familiar</p>
<p>2 Sentimentos e percepções em relação à experiência da DHEG: o emergir do ser de cada cliente</p>	<p>A. O medo mediando o limiar de vida e morte de si e do bebê.</p> <p>B. Sentimentos negativos frente a doença instalada</p>
<p>3. O papel do enfermeiro/equipe no processo de cuidado educativo</p>	<p>A. A carência de informações: lacuna para o enfrentamento e adaptação à transição</p> <p>B. A parturição: o desconhecido gera apreensão</p> <p>C. O cuidado de si: necessidades expressas diante da transição</p>

